

УДК 616.831-009.24

DOI: 10.22141/2224-0586.7.78.2016.86108

САВИЦКАЯ И.Б., БУТКО Л.В., ГРИГОРЬЕВ А.Ю., ЯРЫЧКИНА Л.П., ГОНЧАРОВ Г.В., КУДИНОВА А.Е.
Харьковская медицинская академия последипломного образования, г. Харьков, Украина
Харьковская городская клиническая больница скорой и неотложной медицинской помощи,
г. Харьков, Украина

ПСЕВДОИНСУЛЬТНОЕ ТЕЧЕНИЕ АДЕНОМЫ ГИПОФИЗА ГОЛОВНОГО МОЗГА: КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Резюме. Представлено клиническое наблюдение пациентки с верифицированной аденомой гипофиза с псевдоинсульным течением в виде головокружения, зрительных нарушений, онемения в левых конечностях.

Ключевые слова: аденома гипофиза; псевдоинсульное течение

Больная Н., 60 лет, поступила в неврологическое отделение Харьковской городской клинической больницы скорой и неотложной медицинской помощи с подозрением на острое нарушение мозгового кровообращения в вертебробазилярном бассейне. Заболела остро за несколько часов до поступления, когда после сильного психоэмоционального стресса (тяжелая болезнь близкого человека) появились головокружение системного и несистемного характера, онемение в левых конечностях, «мелькание мушек» перед глазами при наклоне головы вперед. Онемение в левых конечностях отмечалось у больной в течение 20 минут. У пациентки продолжали сохраняться головокружение, зрительные нарушения, и больная вызвала скорую медицинскую помощь (СМП), которая зафиксировала артериальное давление (АД) 190/100 мм рт.ст. Бригада СМП с учетом остроты ситуации, артериальной гипертензии, транзиторного сенсорного дефицита, сохранения зрительных нарушений, головокружения заподозрила острое нарушение мозгового кровообращения в вертебробазилярном бассейне и доставила пациентку в клинику.

В анамнезе гипертоническая болезнь, регулярно лечится и контролирует цифры АД, однако фоновые цифры АД 160–170/90–100 мм рт.ст. Сахарный диабет, болезнь Боткина, инсульта, инфаркты, аллергические заболевания отрицает. В анамнезе три невыношенные беременности (замирание плода). Наблюдалась у гинеколога, обследована неодно-

кратно в связи с невынашиванием беременностей на предмет TORCH-инфекций, патологии не обнаружено. Семь лет назад в связи с фибромиомой матки, множественным кистозным процессом в яичниках произведена экстирпация матки с придатками. Последний осмотр у гинеколога один год назад, без патологии. Заместительная гормональная терапия не проводилась.

В соматическом статусе обращает внимание ожирение второй степени.

Status neurologicus: сознание ясное. Менингеальные знаки отрицательные. Глазные щели D = S. Зрачки D = S. Фотореакции средней живости D = S. Корнеальные рефлексы D = S. Нистагма, диплопии нет. Лицо симметричное. Язык по средней линии. Глоточные рефлексы сохранены. Фонация достаточная. Сухожильные рефлексы с рук, ног D = S, оживлены. Мышечная сила достаточная. Мышечный тонус D = S, достаточный. Неубедительная гипестезия в левых конечностях на фоне выраженной эмоциональной лабильности пациентки. Брюшные рефлексы не вызываются. Патологические стопные рефлексы не вызываются. Координаторные пробы выполняет неуверенно с двух сторон. Речь не нарушена. Гипергидроз кистей и стоп.

Дополнительные методы исследования: клинические анализы крови, мочи, биохимии крови — без особенностей; коагулограмма — проявления гиперкоагуляции.

Ультразвуковое исследование щитовидной железы: расположена в типичном месте, симметрична, в размерах не увеличена, структура однородная, обычной эхоплотности. Васкуляризация в пределах возрастной нормы.

Магнитно-резонансная томография (МРТ) головного мозга (рис. 1). Грубой очаговой патологии и интракраниальных патологических объемных образований не выявлено. Боковые желудочки симметричны, размеры желудочков в пределах нормы. Третий и четвертый желудочки не изменены. Срединные структуры не смещены. Объем гипофиза увеличен, структура однородная, контуры ровные, четкие. Размеры гипофиза: вертикально — 1 : 27 мм, сагиттально — 1 : 18 мм. Супраселлярно верхние отделы гипофиза пролабируют на 4 мм, компримируя оптико-хиазмальные структуры. Наружные субарахноидальные пространства не расширены. Стволово-мозжечковые структуры без видимой патологии. Краниовертебральный переход без особенностей.

Больная осмотрена эндокринологом, нейрохирургом, окулистом. Аденома гипофиза. Рекомендовано наблюдение окулиста, нейрохирурга, эндо-

кринолога, МРТ головного мозга в динамике через 6 месяцев.

Гормональное исследование не выявило отклонений: пролактин в норме, тиреотропный гормон — 0,87 мкЕД/мл (норма 0,38–4,31), кортизол — 18,6 мкг/дл (норма 6,4–21).

На фоне проведенной противоотечной и сосудистой терапии состояние больной улучшилось: неврологический дефицит не возобновлялся, головные боли, головокружения не беспокоят, прекратилось «мелькание мушек» перед глазами.

В данном клиническом наблюдении продемонстрирован клинический полиморфизм аденомы гипофиза головного мозга, в частности у пациентки сочетание обменно-эндокринных нарушений (невынашивание беременности, фибромиома матки, поликистоз яичников, ожирение, стойкая артериальная гипертензия), с неврологическими и зрительными нарушениями. С учетом острых ситуации, артериальной гипертензии сочетание транзиторного сенсорного дефицита, зрительных нарушений, головокружения позволило предположить острое нарушение мозгового кровообращения в вертебробазилярном бассейне на догоспитальном и раннем

госпитальном этапах оказания помощи. В стационаре с учетом данных анамнеза, динамики клинико-параклинической картины (ключевую позицию в диагностике занимает МРТ головного мозга) верифицировали аденому гипофиза, а выявленное сочетание неврологических и зрительных нарушений расценили как псевдоинсультное течение аденомы гипофиза. Инсультобразное течение аденомы гипофиза в данном случае обусловлено супраселлярным ростом образования, нарушением кровообращения в нем на фоне артериальной гипертензии, что подтверждается данными литературы [2, 6].

Аденомы гипофиза в подавляющем большинстве случаев остаются небольших размеров и мало беспокоят пациентов. Этому виду опухоли свойственен крайне медленный рост [5]. К тому же клетки новообразования несут доброкачественный характер. Тем не менее в ряде случаев опухоль прорастает в соседние с ней структуры головного мозга, происходит их патологическое сдавливание. В результате у пациента начинаются неврологические расстройства, может пострадать зрение, поскольку глаза расположены со-

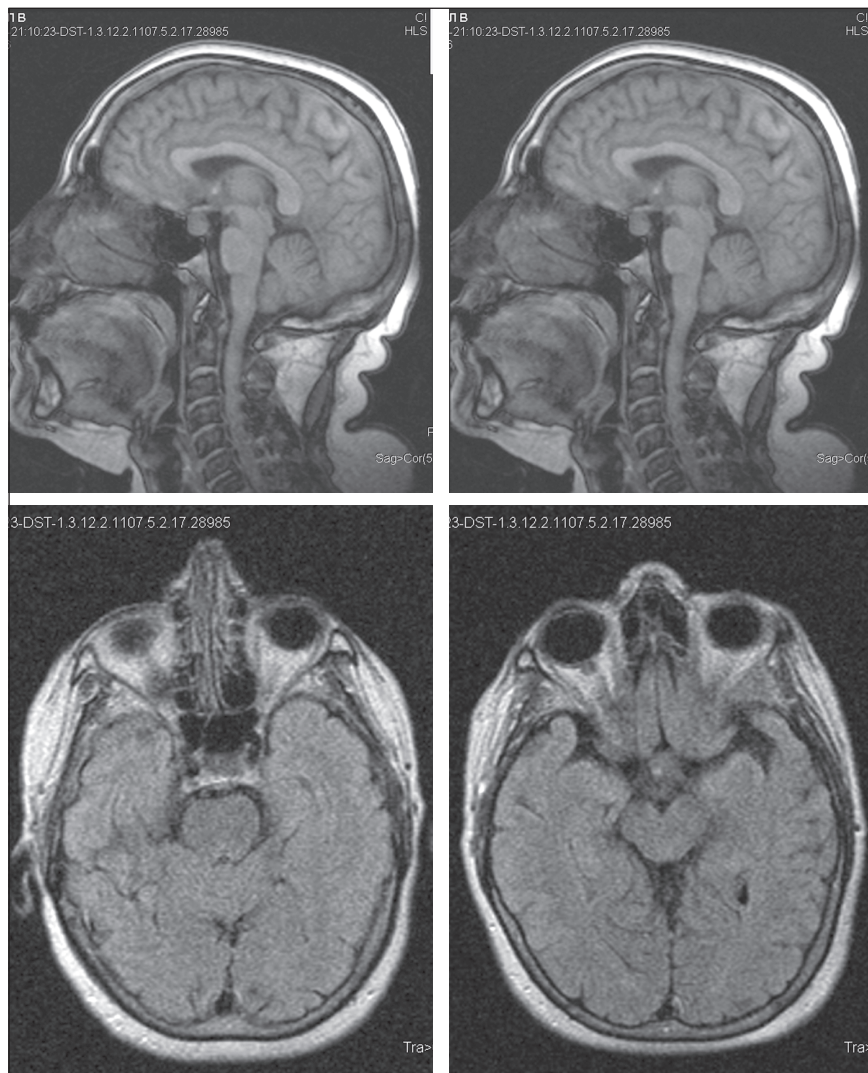


Рисунок 1. МРТ головного мозга больной Н.

всем близко от растущей опухоли. Также возникают головные боли, онемение или покалывающие ощущения в области лица. Иногда встречаются интенсивно растущие аденомы гипофиза. Последствия их роста нарушают гормональный фон организма. Среди возможных осложнений аденомы гипофиза встречаются кистозные перерождения и кровоизлияния в опухоль [2].

Также при курации больных, в том числе и у вышеприведенной пациентки, обращает внимание выраженная эмоциональная лабильность. Необходимо тактично уведомлять пациентов о трудностях и особенностях диагностического поиска, вероятности гипердиагностики, доброкачественном течении большинства аденом и медленном их росте, современных возможностях лечения, необходимости длительного наблюдения у смежных специалистов (что при недостаточной разъяснительной работе с пациентом может быть расценено как «непонятный, страшный диагноз», «никто не понимает, что у меня»).

Как показывает практика, аденома гипофиза — нередко встречающаяся патология, и при преобладании обменно-эндокринных нарушений пациент обращается к эндокринологу и/или терапевту, при преобладании неврологических нарушений — к неврологу, при наличии зрительных нарушений — к офтальмологу. Таким образом, необходимо иметь междисциплинарную клиническую настороженность в отношении аденом гипофиза со своевременной МРТ-диагностикой, офтальмологическим обследованием с определением остроты и полей зрения, осмотром глазного дна, тщательным неврологическим осмотром и гормональным обследованием тропных гормонов.

Следует заметить, что, пока готовилась статья к печати, под нашим наблюдением было еще 2 случая аденомы гипофиза с супраселлярным и параселлярным ростом с инсультообразным течением, что еще раз подчеркивает актуальность поднятой проблемы.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов при подготовке статьи.

Список литературы

1. Булатов А.А. Современная концепция патогенеза опухолей гипофиза // Проблемы эндокринологии. — 2000. — № 1. — С. 26-29.
2. Гук М.О. Діагностика аденом гіпофіза з інсультоподібним перебігом // Український нейрохірургічний журнал. — 2006. — № 3. — С. 12-17.
3. Дедов А.С., Беленков Ю.Н., Беличенко О.Н., Мельниченко Г.А. Магнитно-резонансная томография в диагностике заболеваний гипоталамо-гипофизарной системы и надпочечников // Клиническая эндокринология. — 1997. — С. 43-56.
4. Кадашев Б.А. Аденомы гипофиза: клиника, диагностика, лечение / Под ред. проф. Б.А. Кардашева. — М.: Триада-Х, 2007. — 368 с.
5. Симоненко В.Б., Дулин П.А., Маканич М.А. Нейроэндокринные опухоли: Рук-во. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. — 240 с.
6. Соматоневрология: рук-во для врачей / Под ред. А.А. Скоромца. — СПб.: СпецЛит, 2009. — 655 с.
7. Neuroophthalmology / Ed. by J.S. Glaser. — Philadelphia etc., 1999. — XIV, 667 p.

Получено 08.10.2016 ■

Савицька І.Б., Бутко Л.В., Григор'єв О.Ю.,
Яричкіна Л.П., Гончаров Г.В., Кудинова А.Є.
Харківська медична академія післядипломної освіти,
м. Харків, Україна
Харківська міська клінічна лікарня швидкої та невідкладної
медичної допомоги, м. Харків, Україна

ПСЕВДОІНСУЛЬТНИЙ ПЕРЕБІГ АДЕНОМИ ГІПОФІЗА ГОЛОВНОГО МОЗКУ: КЛІНІЧНЕ СПОСТЕРЕЖЕННЯ

Резюме. Наведено клінічне спостереження пацієнтки з верифікованою аденомою гіпофіза з псевдоінсультним перебігом у вигляді запаморочення, зорових порушень, оніміння в лівих кінцівках.

Ключові слова: аденома гіпофіза; псевдоінсультний перебіг

Savitskaya I.B., Butko L.V., Grigoriev A.Yu.,
Yarychikina L.P., Goncharov G.V., Kudinova A.Ye.
Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education,
Kharkiv, Ukraine
Kharkiv City Clinical Emergency Hospital,
Kharkiv, Ukraine

PITUITARY ADENOMA STROKE-LIKE PRESENTATION: CLINICAL OBSERVATION

Abstract. The paper describes a clinical case of a verified pituitary adenoma with stroke-like symptoms as follows dizziness, vision disturbances, paresis in left limbs.

Keywords: pituitary adenoma; stroke-like presentation