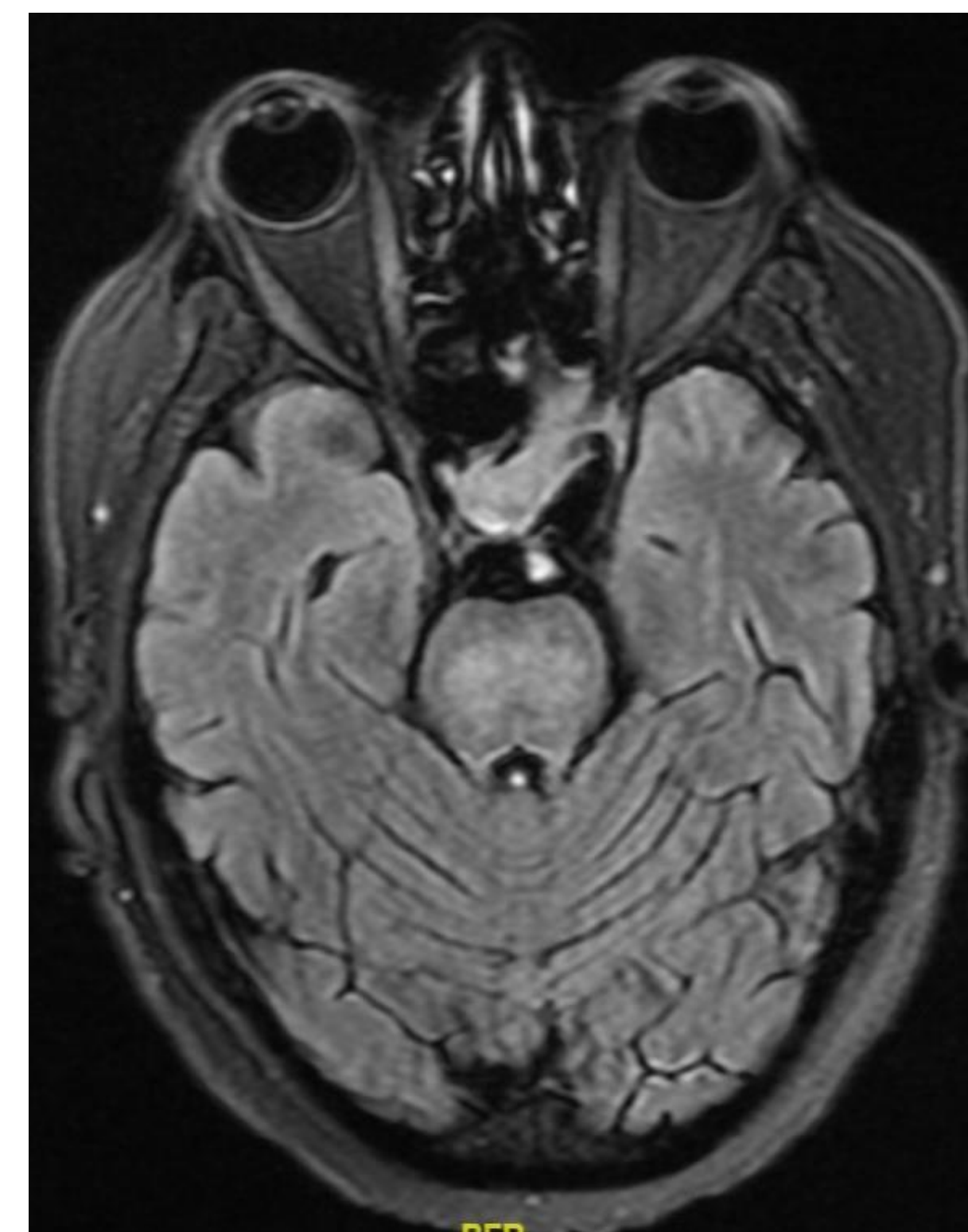




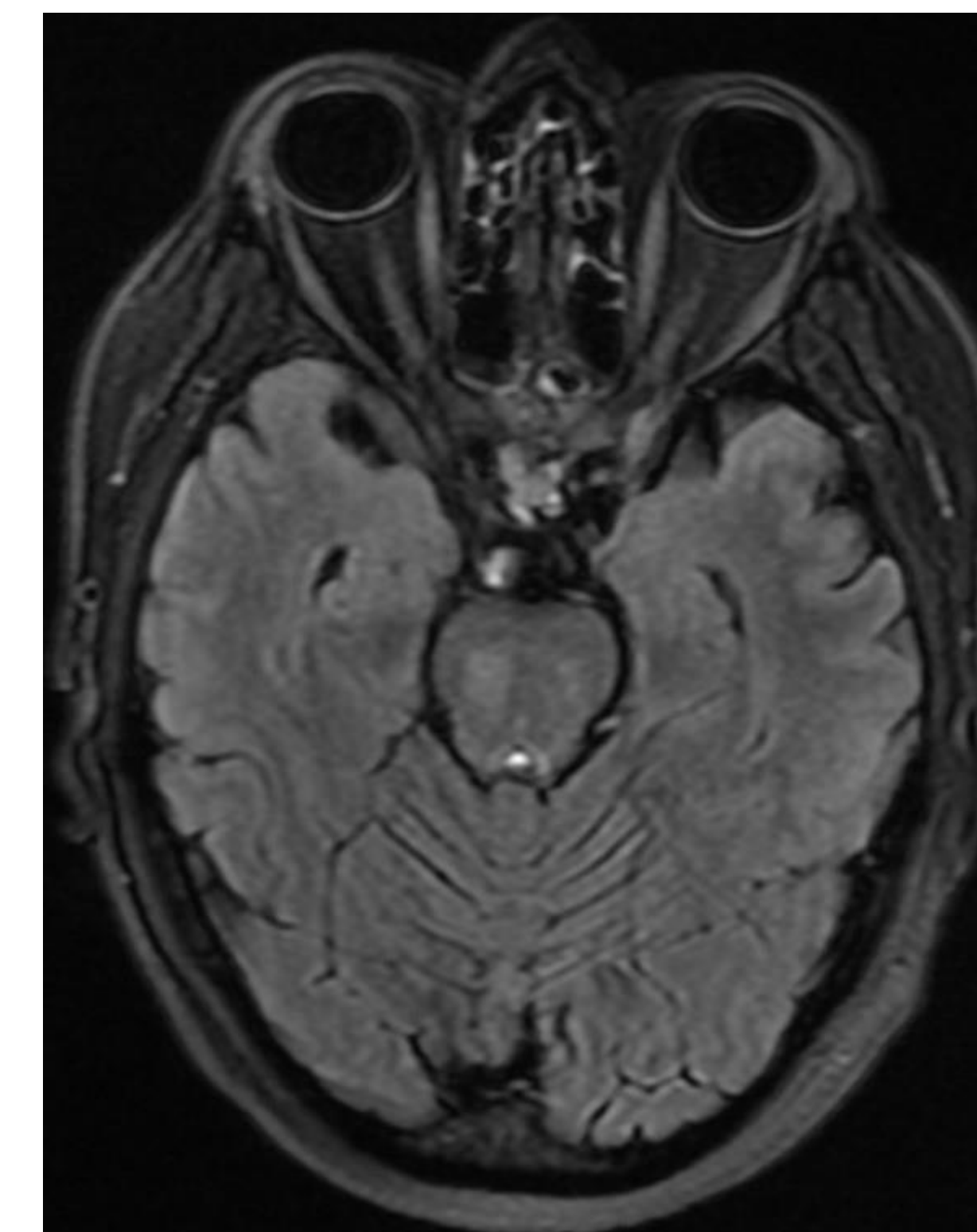
## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ АГРЕССИВНОЙ КОРТИКОТРОПИНОМЫ У ПАЦИЕНТКИ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕННОГО КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ

**ВВЕДЕНИЕ.** Лечение агрессивных кортикотропином представляет трудности ввиду частого инвазивного роста опухоли, что осложняет проведение радикального хирургического лечения и может увеличивать риск рецидивов, что вкупе с резистентностью опухолевой ткани к лучевой терапии приводит к персистенции заболевания.

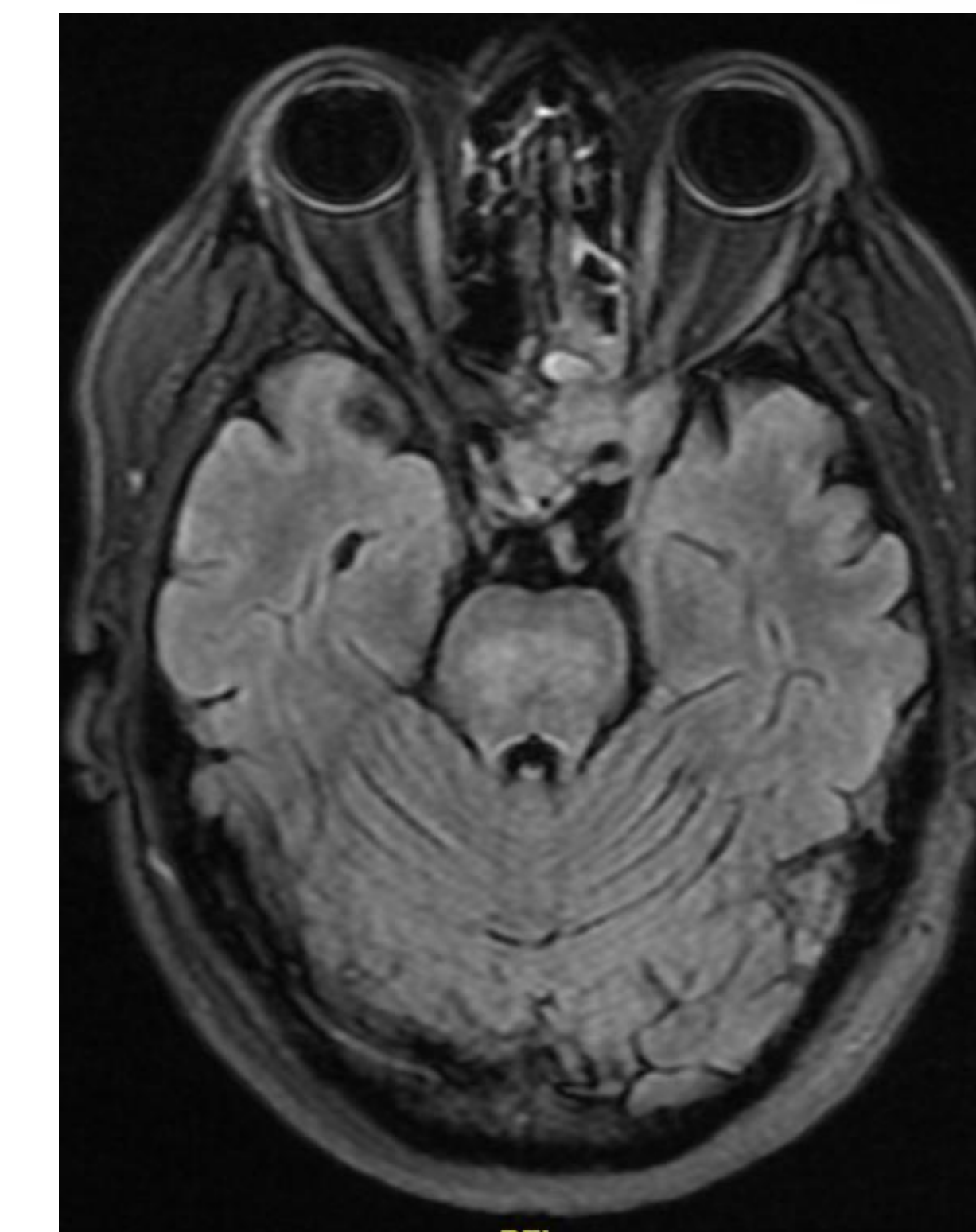
**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Описание клинического случая пациентки 48 лет с агрессивной кортикотропиномой после проведенного комбинированного лечения.



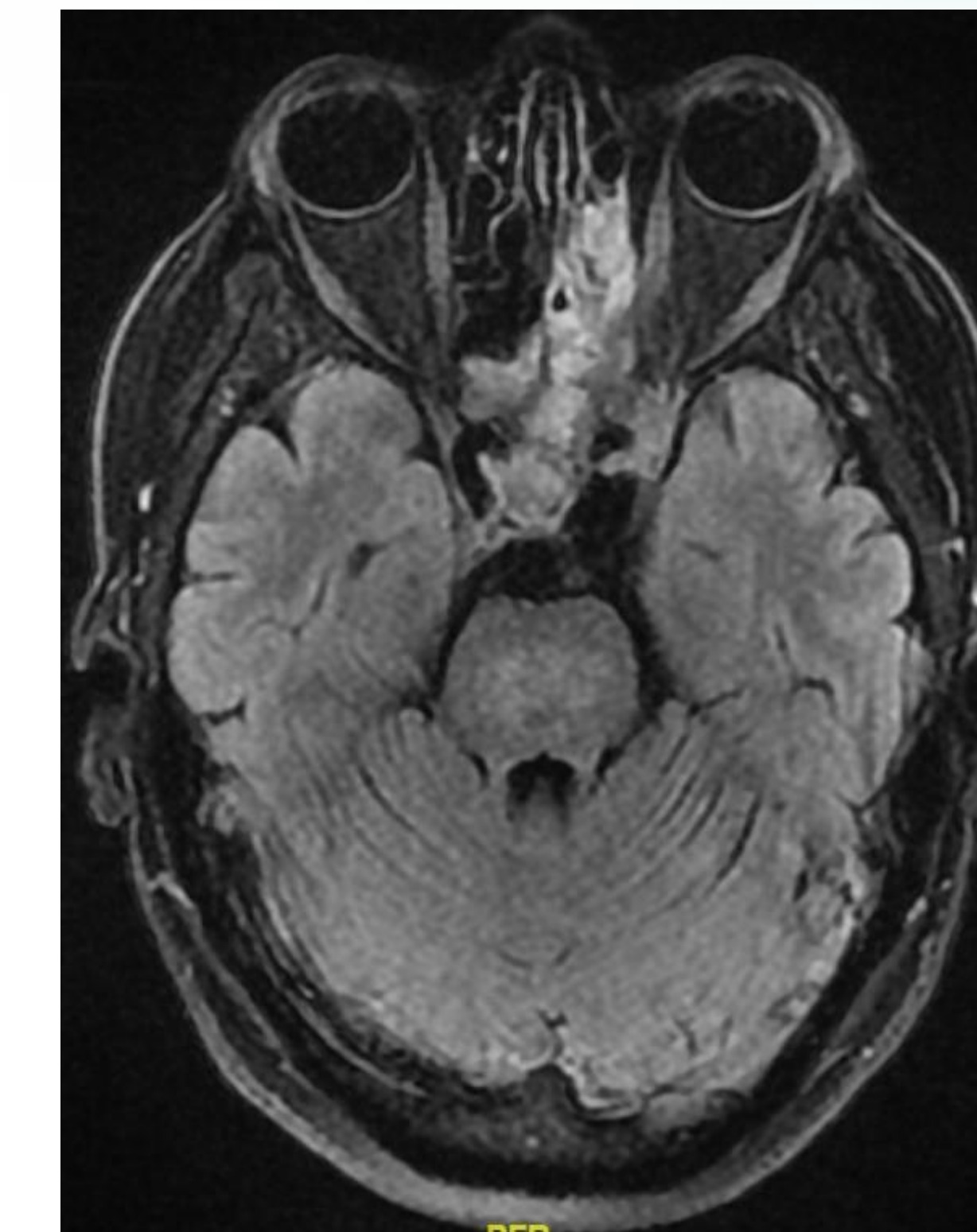
август 2023



февраль 2024



апрель 2024



сентябрь 2024

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** В августе 2023 года у пациентки 3., 48 лет, с подтвержденным гиперкортицизмом (АКТГ вечером 255,3 пг/мл (2-25,5), кортизол в вечерней слюне 50,88 нмоль/л (0,5-9,65), кортизол в суточной моче 1892 нмоль/сут (100-379)) по данным МРТ головного мозга в полости турецкого седла, в супраселлярной цистерне, в левом кавернозном синусе (Knosp IV), в клиновидных пазухах, в ячейках решетчатого лабиринта слева определялось объемное образование размерами 28x25x39 мм. Проведена трансназальная трансфеноидальная аденомэктомия (морфологическое исследование: опухоль гипофиза солидного строения преимущественно из клеток с амфифильной цитоплазмой, 1 патологический митоз; иммуногистохимическое исследование: экспрессия синаптофизина, САМ 5.2, очаговая экспрессия АКТГ, Ki-67-13,4%, экспрессия рецепторов соматостатина 5 подтипа не отмечена). В послеоперационном периоде в связи с клиническими проявлениями надпочечниковой недостаточности была инициирована терапия гидрокортизоном, которая была отменена в феврале 2024 года по причине персистенции эндогенного гиперкортицизма, а также сохранения по данным МРТ опухолевой ткани в правой части аденогипофиза размерами 14,5x13x12 мм и в левом кавернозном синусе размерами 17x16x33 мм. В марте 2024 года проведено повторное хирургическое лечение (морфологическое исследование: опухоль солидного строения из клеток с амфифильной цитоплазмой). Через месяц по причине развития нейроофтальмологической симптоматики и распространения опухолевой ткани размерами 26x31x41 мм в глазницу по данным МРТ, проведена очередная трансназальная трансфеноидальная аденомэктомия (морфологическое исследование: фиброзная ткань с деформированными опухолевыми клетками с гиперхромными ядрами; иммуногистохимическое исследование: экспрессия АКТГ в 100% опухолевых клеток, САМ 5.2 в 80 % клеток, индекс Ki67-10 %, выраженная реакция с VEGF и экспрессия PD-L1 в 5 % опухолевых клеток, экспрессия ЛГ, ФСГ, пролактина и рецепторов соматостатина 2A и 5 типов не отмечена). В июне-августе 2024 года проведен курс стереотаксически ориентированной лучевой терапии с РОД 1.8 Гр до СОД 55.8 Гр за 31 фракцию. При обследовании в сентябре 2024 года сохранялся гиперкортицизм, по данным МРТ - опухолевая ткань в области левого кавернозного синуса размерами 10x14x14 мм, эндо-супраселлярно справа размерами 16x14x14 мм и дополнительная ткань по верхнему, правому и нижнему контурам левого зрительного нерва. Пациентка консультирована нейрохирургом, рекомендовано динамическое наблюдение.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Данный представленный клинический случай отражает высокую актуальность проблемы лечения агрессивных кортикотропином. Применение анти-VEGF терапии и ингибиторов иммунных контрольных точек в некоторых исследованиях показало эффективность при лечении агрессивных кортикотропином. Таким образом, выявленная при иммуногистохимическом исследовании экспрессия VEGF и PD-L1 в опухолевых клетках у данной пациентки может предоставить альтернативные возможности в лечении и помочь в достижении ремиссии заболевания.

**КОНТАКТЫ.** Лисина Дарья Валентиновна, аспирант отделения нейроэндокринологии ГНЦ РФ ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России, Москва, Россия  
E-mail: lisinadaria@mail.ru