

Гиперпитуитаризм (увеличение образования гормонов аденогипофиза) связан наиболее часто с аденомами железы, составляющими примерно 10% всех внутричерепных опухолей и выделяющими тот или иной гормон (гормоны). Выделяют микро- и макроаденомы диаметром соответственно до 10 мм и более 10 мм, одиночные, в отдельных случаях множественные, заполняющие турецкое седло. Опухоль может иметь псевдожелезистое или папиллярное строение, состоит из одинаковых полисегментарных клеток, иногда с очагами [некроза](#), псаммомными тельцами, кровоизлияниями. Точная морфофункциональная диагностика этих новообразований возможна лишь после электронномикроскопического и иммуногистохимического исследований, выявляющих в цитоплазме клеток многочисленные секреторные гранулы, содержащие гормон.

□ Соматотропная аденома. Заболеваемость составляет 2–4 случая на 100 тыс. населения. В ткани аденомы обнаружен мутантный белок GSA, стимулирующий пролиферацию соматотропных клеток. Опухоль вызывает развитие гигантизма у детей и подростков или акромегалии у взрослых, что проявляется увеличением дистальных частей тела — надбровных дуг, скуловых костей, кистей, стоп, нижней челюсти, языка (макроглоссия), деформирующим остеоартрозом крупных суставов. Развивается артериальная гипертензия, связанная с задержкой ионов натрия, нарушение толерантности к глюкозе вплоть до сахарного диабета, гиперкальциемия, гиперкальциурия. Блокирование витамина D глюкокортикоидами способствует развитию вторичного гиперпаратиреоза. Гиперкортицизм вызывает вторичный иммунодефицит с частым присоединением вторичной инфекции. Опухоль состоит из крупных эозинофильных, реже хромофобных клеток, образующих солидные поля.

Клинические признаки:

мышечная гипертрофия в начале заболевания, сменяемая затем мышечной слабостью из-за дистрофических и склеротических изменений мышц, миокарда, нейропатии;

демнерализация костей (выход ионов кальция и фосфора) с кальцификацией твёрдой мозговой оболочки;

нарушения половой сферы;

гиперпигментация складок кожи, её утолщение, гиперфункция потовых и сальных желёз, пиодермии, грибковые поражения;

активация липолиза — увеличение содержания в сыворотке крови липопротеинов

низкой и очень низкой плотности, кетоновых тел, уменьшение уровня липопротеинов высокой плотности, что ведёт к раннему атеросклерозу.

□ Прولاктиномная аденома — наиболее частая опухоль гипофиза (до 25–30% всех его новообразований). Синтезируемый опухолью пролактин вызывает у больных гипогонадизм, потерю либидо, бесплодие, у женщин — лакторею, аменорею. У мужчин опухоль бывает в 6 раз реже, чем у женщин. Аденома диаметром до 2–3 мм представлена хромофобными или слабозозинофильными клетками.

□ Кортикотропная аденома построена из крупных базофильных и реже хромофобных клеток. Усиленная продукция адренкортикотропного гормона активизирует корковое вещество надпочечников, вызывает его гиперплазию и ведёт к развитию болезни Иценко–Кушинга. Впервые симптоматика этой патологии была описана в 1924 г. Н.М. Иценко, а в 1932 г. Х.В. Кушинг выявил её связь с аденомой гипофиза. Заболевание чаще развивается у женщин в возрасте 25–45 лет. Характерны [прогрессирующее ожирение](#) по верхнему типу (лицо и туловище) с непропорционально худыми конечностями (вследствие атрофии мышц), артериальная гипертензия, вторичный стероидный сахарный диабет, дисфункция яичников с нарушениями менструального цикла, вирилизмом, остеопороз, гипертрихоз, гирсутизм, стрии на коже живота и бедер. Возможно возникновение гипокалиемического алкалоза, изменений психики, гиперпигментации кожи, пиодермии, почечных камней, пиелонефрита.

□ Гонадотропная аденома — редкая опухоль, состоящая из крупных хромофобных клеток. В крови больных мужчин увеличено содержание фолликулостимулирующего и реже лютеинизирующего гормонов, приводящих к гипогонадизму.

□ Тиреотропная аденома (тиреотропинома) развивается исключительно редко и построена из крупных хромофобных или базофильных клеток. Может быть причиной гипертиреоза, что приводит к диффузному увеличению щитовидной железы с затруднением дыхания и глотания из-за сдавления окружающих тканей.

Злокачественные опухоли составляют около 1% всех новообразований гипофиза и, как правило, гормонально неактивны. Опухоли построены из мелких хромофобных клеток с гиперхромными полиморфными ядрами, большим количеством митозов. Иногда злокачественность новообразования можно распознать только после обнаружения внутричерепных метастазов. Внечерепное метастазирование (в лимфатические узлы, кости, печень) бывает очень редко.

Интересные статьи:

1) [Атипизм](#)

2) [Синдром МЭН 1 типа](#)

3) [Переломы костей](#)