

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

© Коллектив авторов, 2015

УДК 616.71 – 007.152; 616-07;616-08

Рахмонов В.Д., Касимова С.Д.

ДВА СЛУЧАЯ ПОЗДНЕЙ ДИАГНОСТИКИ АКРОМЕГАЛИИ

Курс эндокринологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Rahmonov V.D., Kasymova S.D.

TWO CASES OF LATE DIAGNOSIS OF ACROMEGALIA

Course of Endocrinology of the State Education Establishment “Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of Republic of Tajikistan”

Аннотация

В данной статье приводятся 2 случая поздней диагностики акромегалии, обусловленной аденомами гипофиза. Показаны трудности первичной диагностики заболевания. Продемонстрирован опыт применения современного метода медикаментозной терапии сандостатином ЛАР в адекватных дозах с достижением неактивной фазы заболевания.

Ключевые слова: акромегалия, диагностика, медикаментозная терапия

This article describes 2 cases of late diagnosis of acromegaly caused by pituitary adenomas. Showing difficulties primary diagnosis of the disease. Demonstrated experience in application of modern methods of drug therapy Sando-statine LAR in adequate doses to the achievement of the inactive phase of the disease

Key words: acromegalia, diagnosis, drug therapy

Актуальность

Акромегалия – это тяжёлое нейроэндокринное заболевание, обусловленное хронической гиперсекрецией соматотропного гормона (СТГ) и инсулиноподобного фактора роста 1 (ИФР-1) у лиц с законченным ростом. Распространённость акромегалии составляет около 50-70 случаев на 1 млн. населения в год, встречается с одинаковой частотой у мужчин и женщин, как правило, в возрасте 30-50 лет, смертность при акромегалии в 2-4 раза превышает таковую в общей популяции и без адекватного лечения больные умирают в трудоспособном возрасте.

Клинический случай №1

Пациентка Ш. 1952 года рождения наблюдалась в ГЦЗ № 12 города Душанбе в течение 6 лет у семейного врача и кардиолога. Диагноз:

Сахарный диабет 2 типа средней тяжести. Гипертоническая болезнь II степени IV класса риска, ИБС, стенокардия напряжения.

По поводу сахарного диабета принимала глибенкламид в дозе 10-15 мг/сутки в сочетании с метформином 1000-1500 г/сутки. Удовлетворительной компенсации сахарного диабета достигнуто не было за все годы заболевания. По назначению кардиолога принимала антигипертензивную, дезагрегантную терапию и антисклеротические препараты.

Во время приёма эндокринолог обратил внимание на характерные для акромегалии внешние проявления: у больной были укрупнены черты лица, отмечалось увеличение надбровных дуг, прогнатизм, макроглоссия, огрубение голоса, кожа лица была огрубевшей с выраженной отёчностью век под глазами. При

сборе анамнеза выяснилась, что последние 5-6 лет больную беспокоят изменения внешности, частые головные боли, увеличение кистей рук и размера обуви. Симптомы сахарного диабета появились в последние 4 года. Больная была дообследована; 09.01.2015 года была выполнена МРТ головного мозга по стандартной методике, толщиной среза 3-5 мм. Очаговые изменения ствола, мозжечка и полушарий не выявлены, срединные структуры не смещены. Желудочки мозга не расширены. Гипофиз расположен интраселлярно, структура его неоднородна, супраселлярная цистерна частично пролабирует в полость седла, воронка гипофиза смещена вправо. В полости турецкого седла определяется узловое образование размером 0,52-0,74 см. Заключение: МР признаки микроаденомы гипофиза. СТГ от 16.01.2015 – 49 мМЕ/л (при норме 1,0-20 мМЕ), ИФР-1 – 360,0 (при норме 150,0 – 350,0 мМЕ/л).

Глюкоза крови от 08.01.2015 – 15,8 ммоль/л, в моче глюкозы 6%, ацетон – реакция положительная. Больная от оперативной аденомэктомии отказалась.

Современную медикаментозную терапию аналогами соматостатина ввиду высокой стоимости препаратов больной провести не представилось возможным. В связи с этим, ей было дано направление в эндокринологическое отделение для прохождения курса лучевой гамматерапии.

Обсуждение. Особенностью представленного случая является отсутствие настороженности врачей общей практики в плане объяснения нестандартных причин возникновения сахарного диабета и недостаточный сбор анамнеза. Поздняя диагностика и несвоевременное лечение акромегалии обусловили неэффективность лечения сахарного диабета и артериальной гипертензии.

Клинический случай №2

Больная Т. 1958 года рождения, жительница г. Вахдата, с 1998 года наблюдается по месту жительства с диагнозом: Гипертоническая болезнь, ИБС, стенокардия напряжения, атеросклероз аорты. Хронический холецистопанкреатит. Желчнокаменная болезнь. Миома матки.

Неоднократно получала стационарное лечение по поводу сердечно-сосудистых заболеваний (приступы стенокардии, гипертонические кризы). При обследовании в стационаре была выявлена гипергликемия – уровень глюкозы крови натощак 9,8 ммоль/л. Больная впервые проконсультирована эндокринологом в 2012 году. Во время беседы выяснилось, что сама пациентка и окружающие заметили изменения её внешности в 2008 г. Объективно

у больной отмечалось укрупнение черт лица, размер обуви увеличился с 38-го до 40-го, также беспокоили чрезмерная потливость, снижение работоспособности, упорные головные боли, приступы частого сердцебиения и сухости во рту. При физикальном обследовании: рост 160 см, масса тела 75 кг, ИМТ = 29,5 кг/м², кожные покровы влажные, кожа лица огрубевшая, подкожно-жировая клетчатка развита избыточно, на коже лица, груди, спины множество «асп», губы и язык увеличены, отмечается гипертрихоз предплечий и голеней, А/Д – 150/90 мм рт.ст, ЧСС – 78 ударов в минуту. При пальпации щитовидной железы отмечается узловое образование в правой доле. При гормональном обследовании выявлены высокие базальные концентрации гормона роста – СТГ – 27 нг/мл (при норме до 10 нг/мл), глюкоза крови – 8,6 ммоль/л. При МРТ от 9.01.2012: турецкое седло полуоткрытой формы, костная структура и соотношение элементов сохранены. Гипофиз увеличен в размерах, определяется макроаденома с четкими ровными контурами размером 10,1×8,5×11,2 мм. Заключение: эндоселлярная макроаденома гипофиза.

При УЗИ у пациентки обнаружена миома матки размером 10×10 мм, узел в правой доле щитовидной железы размером 12×6,5×10 мм.

Заключительный клинический диагноз: Акромегалия средней степени тяжести активная фаза. Макроаденома гипофиза (соматотропинома). Узловой эутиреоидный зоб. Миома матки. Вторичный сахарный диабет.

Пациентке амбулаторно был назначен пролонгированный аналог соматостатина – сандостатин ЛАР – 30 мг 1 раз в 28 дней внутримышечно в течение 4-х месяцев, глюкофаж 850 – по 1 таблетке 2 раза в день, эутирокс – 50 мкг утром. Кавинтон форте – 10 мг 2 раза в день в течение месяца. При введении сандостатина ЛАР аллергических реакций не наблюдалось.

На фоне проводимого лечения выявлена положительная динамика клинических, лабораторных и инструментальных показателей: через 2 месяца от начала лечения прекратились головные боли, уменьшились отеки, потливость, слабость; через 5 месяцев нормализовался уровень гормона роста (СТГ = 8 нг/мл, через 8 месяцев СТГ – 2,4 нг/мл).

Через 1 год в ноябре 2014 года МРТ-исследование гипофиза показало уменьшение размеров гипофиза и макроаденомы до 7,6×3,6×6 мм, при УЗИ уменьшились размеры доброкачественных образований: миома матки до 8 мм, узлы правой доли щитовидной железы до 8,6×3,8×6,2 мм.

Пациентка находится на диспансерном учете у эндокринолога Республиканского клинического центра эндокринологии, регулярно получает медикаментозное лечение. В настоящее время состояние ее стабильное, болезнь находится в неактивной фазе.

Заключение

Особенностью представленных случаев является манифестация акромегалии с сердечно-сосудистыми проявлениями, к которым впоследствии присоединились нарушения углеводного обмена. На постепенном появлении характерных клинических проявлений акромегалии не было заострено внимания наблюдавших пациентку врачей, недостаточно хорошо был собран анамнез заболевания. Проведенное современное медикаментозное лечение сандостатином ЛАР у второй больной дало хороший эффект с достижением неактивной фазы заболевания, что согласуется с публикациями С.А. Макаровой [1], Н.Н. Молитвослова с соавт. [2, 3].

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Макарова С.А., Клинический опыт лечения акромегалии у больного К. // Сборник научных трудов «Современные достижения эндокринологии в практике здравоохранения». Чебоксары, 2011. С. 37-40
2. Молитвослова Н.Н., Марова Е.И. Современные технологии в лечении акромегалии // Материалы всероссийской научно-практической конференции

«Актуальные проблемы нейроэндокринологии». М., 2003. С. 27-31

3. Молитвослова Н.Н., Иловайская И.А., Пронин В.С. Эффективность длительно действующего аналога соматостатина – лантреотида при длительном лечении акромегалии // Клиницист. 2006. № 2. С. 54-60

REFERENCES

1. Makarova S. A., [Clinical experience in the treatment of acromegaly patient]. *Sbornik nauchnykh trudov "Sovremennye dostizheniya endokrinologii v praktike zdavookhraneniya"* [Collection of scientific works "Recent advances in endocrinology practice in health care."]. Cheboksary, 2011, pp. 37-40. (In Russ.)
2. Molitvoslovova N. N., Marova E. I. [Modern technologies in the treatment of acromegaly]. *Materialy vserossiyskoy nauchno-prakticheskoy konferentsii "Aktualnye problemy neyroendokrinologii"* [Materials of All-Russian scientific and practical conference "Actual problems of neuroendocrinology"]. Moscow, 2003, pp. 27-31. (In Russ.)
3. Molitvoslovova N. N., Ilovayskaya I. A., Pronin V. S. *Effektivnost dlitelno deystvuyushchego analoga somatostatina – lantreotida pri dlitelnom lechenii akromegalii* [The effectiveness of long-acting somatostatin analogue - lantreotid at long treatment of acromegaly]. *Klinitsist - Klinitsist*, 2006, No. 2, pp. 54-60.

Сведения об авторах:

Рахмонов Вохид Дусаевич – ассистент курса эндокринологии ГОУ ИПОвСЗ РТ, врач высшей категории
Касимова Саломат Джамоловна – зав. курсом эндокринологии ГОУ ИПОвСЗ РТ, к.м.н.

Контактная информация:

Рахмонов Вохид Дусаевич – тел.: +992918877670