

Список литературы

1. Медникова М.Б. Биоархеология неандертальских погребений с территории Франции и Крыма / М. Б. Медникова // Краткие сообщения Института археологии. 2015. № 238. С. 252.
2. Авксентьева М. В. Контролируемый эксперимент в медицине. / М. В. Авксентьева // Медицинские технологии. Оценка и выбор. №

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: АКРОМЕГАЛИЯ. НЕВОЗМОЖНОСТЬ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ В СЛЕДСТВИЕ ЕЕ ТЯЖЕЛЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ.

Кардапольцева Е.Л., Сентюрина Л.Б., Киселева Т.П.

*ФГБОУ ВО «Уральский Государственный Медицинский Университет» МЗ РФ
г.Екатеринбург, Россия*

МАУ ГКБ№40,г.Екатеринбург, Россия

Цель: описать клинический случай пациента, страдающего акромегалией, несвоевременного обращения, что привело к поздней диагностике и невозможности оперативного лечения.

Материалы и методы: акромегалия -это тяжелое нейроэндокринное заболевание, обусловленное хронической гиперпродукцией гормона роста (соматотропина, СТГ) у лиц с законченным физиологическим ростом и характеризующееся патологическим диспропорциональным периостальным ростом костей, хрящей, мягких тканей, внутренних органов, а также нарушением морфо-функционального состояния сердечно-сосудистой, легочной системы, периферических эндокринных желез, различных видов метаболизма. Чаще всего акромегалией заболевают между 20 и 40 годами, но иногда наблюдается ее возникновение как в возрасте старше 50 лет.

Пациент М, 44 года, в 2018 г. впервые обратился за врачебной помощью (вызов СМП) в связи с очередным эпизодом нарушения уровня сознания. Поступил в неотложном порядке в ГКБ, где при КТ ГМ с в/в контрастированием было выявлено образование турецкого седла с супраселлярным ростом. После осмотра эндокринологом пациент был переведен в ЭО ГКБ № 40 с диагнозом «СТГ-продуцирующая макроаденома гипофиза, впервые выявленная. Эписиндром». Считает себя больным с 19-летнего возраста, когда после перенесенного клещевого энцефалита в армии, начал отмечать незначительные изменения внешности. С того момента к врачам не обращался, считал, что изменения внешности носят физиологический характер (крупный с детства). С 2016 года начались эпилептические припадки. Объективно: рост 205 см, вес 130 кг, крупные черты лица: выдающиеся надбровные дуги,

выдвинутая вперед нижняя челюсть, большие губы, нос, уши; гигантские кисти, стопы (размер обуви -52); артериальное давление 120/70 мм рт ст, пульс 70 уд.в мин. Из общего анализа крови: панцитопения, анемия средней степени. Снижено железо в сыворотке крови, повышена ОЖСС. По данным гормональных исследований: СТГ-34 мЕд/л (норма 0,0-3,6), ИФР- 630 нг/мл (норма 22,0-210,0), инсулин – 24,46 (норма 2,0-25,0); гиперпролактинемия. По данным МРТ гипофиза: в турецком седле определяется патологическая масса с инфра-супра-параселлярным ростом (больше справа), размерами 35*44*60 мм. Асимметрия желудочковой системы с компрессией передних рогов большого желудочка, вентральной части заднего желудочка. По УЗИ брюшной полости: гепатоспленомегалия; дилатация портальной и селезеночной вен; МКБ: камень левой почки. ПО ЭХО-КГ: миокардиодистрофия. К сожалению, на момент выявления акромегалии, ее тяжелые осложнения и высокий интраоперационный риск привели к невозможности оперативного лечения данного заболевания.

Результаты: Сейчас пациент состоит на диспансерном наблюдении у эндокринолога с основным диагнозом: Макроаденома гипофиза (СТГ, пролактин-продуцирующая) с инфра-пара-супраселлярным ростом. Акромегалия, активная стадия. Гиперпролактинемия. Осложнения: Ассиметрия желудочковой системы с компрессией передних рогов большого желудочка, вентральной части заднего желудочка. Эписиндром. Вторичная надпочечниковая недостаточность, компенсация. Вторичный гипотиреоз, компенсация. Вторичный гипогонадизм. Частичная атрофия зрительных нервов. Дисгормональная миокардиодистрофия. Гепатоспленомегалия. Полинейропатия нижних конечностей сложного генеза. Сопутствующие заболевания: Панцитопения. Железодефицитная анемия средней тяжести. МКБ: камень левой почки.

Выводы: у пациента в данном клиническом случае изменения внешности нарастали постепенно, в течение последних 10-15 лет. Родственники, близкие и сам пациент не придавали значения и не было обращения к врачу, что послужило несвоевременной диагностике и осложнениям акромегалии, невозможности оперативного вмешательства и, в целом, к ухудшению качества жизни пациента.