

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ АКРОМЕГАЛИИ У ПАЦИЕНТКИ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

НАСЫБУЛЛИНА ФАРИДА АЛИМБЕКОВНА, ORCID ID: 0000-0003-2180-4414; Researcher ID GXH-3189-2022; RSCI Author ID 777510; SPIN-код: 3121-0016, врач-эндокринолог эндокринологического отделения Государственного автономного учреждения здравоохранения «Городская клиническая больница №7 имени М.Н. Садыкова» г.Казани, 420103, Россия, Республика Татарстан, г. Казань, ул.Маршала Чуйкова, д.54, тел: 89172561759, email: nasybullinaf@mail.ru

ПЕТРОВА ТАТЬЯНА АЛЕКСАНДРОВНА, ORCID ID: 0009-0007-7063-3857; заведующая эндокринологического отделения Государственного автономного учреждения здравоохранения «Городская клиническая больница №7 имени М.Н. Садыкова» г.Казани, 420103, Россия, Республика Татарстан, г. Казань, ул.Маршала Чуйкова, д.54, email: tanuha1976@bk.ru

МЯГКОВА НАТАЛЬЯ АЛЕКСАНДРОВНА, ORCID ID: 0009-0002-6619-244X; врач-эндокринолог эндокринологического отделения Государственного автономного учреждения здравоохранения «Городская клиническая больница №7 имени М.Н. Садыкова» г.Казани, 420103, Россия, Республика Татарстан, г. Казань, ул.Маршала Чуйкова, д.54, email: natmyag@gmail.com

ВАГАПОВА ГУЛЬНАР РИФАТОВНА, ORCID ID: 0000-0001-8493-7893, Scopus Author ID: 56663181000, Resercher ID: C-1421-2019, RSCI Author ID: 284254, доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент Академии наук Республики Татарстан, заведующая кафедрой эндокринологии Казанской государственной медицинской академии - филиал федерального государственного бюджетного образовательного учреждения дополнительного профессионального образования «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 420012, Россия, Республика Татарстан, г. Казань ул. Муштари, д. 11, email: g.r.vagapova@gmail.com

ВАЛЕЕВА ФАРИДА ВАДУТОВНА, ORCID ID: 0000-0001-6000-8002; SPIN-код 2082-3980; Author ID: 784269; доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой эндокринологии Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Казанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 420012, Россия, Республика Татарстан, Казань, ул. Бултерова, д. 49, e-mail: val-farida@yandex.ru

Реферат. Введение. Распространенность акромегалии составляет 4,6 случая на 1 миллион населения, а заболеваемость – 116,9 новых случая на 1 миллион ежегодно. В то же время, проявления акромегалии могут быть коварными, и, несмотря на достижения в этой области, существуют значительные задержки в диагностике заболевания, ухудшая тем самым прогноз для пациентов. **Цель.** Изучить клиническое течение акромегалии у пациентки с ревматоидным артритом. **Материалы и методы исследования.** В данной статье описывается клинический случай пациентки 47 лет с установленными диагнозами ревматоидного артрита и акромегалии. **Результаты и их обсуждение.** Суть патологического процесса при ревматоидном артрите составляет системное аутоиммунное воспаление, которое с максимальной интенсивностью затрагивает синовиальную оболочку суставов. Акромегалическая артропатия – это невоспалительное заболевание, при котором гипертрофия и гиперплазия хряща приводят к нарушению геометрии сустава и метаболизма хондроцитов и, в конечном счете, к дегенеративным изменениям. Данный клинический пример является интересным, учитывая сосуществование двух тяжелых диагнозов, имеющих схожую клиническую картину поражения опорно-двигательного аппарата. **Выводы.** В связи с полученными результатами по данному клиническому примеру, следует обратить внимание на важность своевременной постановки диагноза акромегалии с учетом возможного влияния сопутствующей патологии на клиническое течение заболевания.

Ключевые слова: акромегалия, ревматоидный артрит, артропатия, аденома гипофиза.

Для ссылки: Насыбуллина Ф.А., Петрова Т.А., Мягкова Н.А. и др. Клинический случай акромегалии у пациентки с ревматоидным артритом // Вестник современной клинической медицины. – 2023. – Т. 16, прил.1. – С.65-70. DOI: 10.20969/VSKM.2023.16 (suppl.1).65-70.

CLINICAL CASE OF ACROMEGALY IN A FEMALE PATIENT WITH RHEUMATOID ARTHRITIS

NASYBULLINA FARIDA A., ORCID ID: 0000-0003-2180-4414; Researcher ID GXH-3189-2022; RSCI Author ID 777510; SPIN-code: 3121-0016; Endocrinologist at the Endocrinology Department, City Clinical Hospital 7 named after M. N. Sadykov, 54 Chuikov str., 420103 Kazan, Russia; tel.: +79172561759, email: nasybullinaf@mail.ru

PETROVA TATIANA A., ORCID ID: 0009-0007-7063-3857; Head of the Endocrinology Department, City Clinical Hospital 7 named after M. N. Sadykov, 54 Chuikov str., 420103 Kazan, Russia; email: tanuha1976@bk.ru

MYAGKOVA NATALIA A., ORCID ID: 0009-0002-6619-244X; Endocrinologist at the Endocrinology Department, City Clinical Hospital 7 named after M. N. Sadykov, 54 Chuikov str., 420103 Kazan, Russia; email: natmyag@gmail.com

VAGAPOVA GULNAR R., ORCID ID: 0000-0001-8493-7893, Scopus Author ID: 56663181000, Researcher ID: C-1421-2019, RSCI Author ID: 284254, MD, Professor, Corresponding Member of the Academy of Sciences of the Republic of Tatarstan, Head of the Department of Endocrinology, Kazan State Medical Academy – Branch of the Russian Medical Academy of Postgraduate Education, 11 Mushtari str.; 420012 Kazan, Russia; email: g.r.vagapova@gmail.com

VALEEVA FARIDA V., ORCID ID: 0000-0001-6000-8002; SPIN code 2082-3980; Author ID: 784269; Dr. sc. med., Professor, Head of the Department of Endocrinology, Kazan State Medical University, 49 Butlerova str., 420012 Kazan, Russia; e-mail: val-farida@yandex.ru

Abstract. Introduction. Acromegaly prevalence is 4.6 cases per 1 million person-years, and its rate is 116.9 new cases per 1 million person-years. At the same time, acromegaly manifestations can be insidious, and despite advances in this area, there are significant delays in the diagnosis of the disease, thereby worsening the prognosis for patients. **Aim.** To study the clinical course of acromegaly in a female patient with rheumatoid arthritis. **Materials and Methods.** This article presents a clinical case of a 47-year-old female patient with the proven diagnoses of rheumatoid arthritis and acromegaly. **Results and Discussion.** Essentially, pathological process in rheumatoid arthritis is systemic autoimmune inflammation that most intensively affects the synovial membrane of joints with maximum intensity. Acromegaly-related arthropathy is a non-inflammatory disease, in which hypertrophy and hyperplasia of cartilage lead to the joint geometry perturbations and metabolic disorders in chondrocytes and, eventually, to degenerative changes. This clinical case is interesting, given the coexistence of two severe diagnoses that have a similar clinical picture of musculoskeletal damages. **Conclusions.** Related to the findings from this clinical case, attention should be paid to the importance of timely diagnosing acromegaly, considering potential influence of concomitant pathology on the clinical course of the disease. **Keywords:** acromegaly, rheumatoid arthritis, arthropathy, pituitary adenoma. **For reference:** Nasybullina FA, Petrova TA, Myagkova NA, etc. Clinical case of acromegaly in a female patient with rheumatoid arthritis. The Bulletin of Contemporary Clinical Medicine. 2023; 16(suppl.1):65-70. DOI: 10.20969/VSKM.2023.16 (suppl.1).65-70.

Введение. Термин 'акромегалия' был введен в обиход в 1886 году французским неврологом Пьером Мари для описания характерных клинических особенностей женщины с этим заболеванием [1]. Однако одно из первых сообщений о человеке с симптомами акромегалии относится еще к 1567 году. Акромегалия - медленно прогрессирующее заболевание, возникающее в результате повышенного высвобождения гормона роста (ГР) и, следовательно, инсулиноподобного фактора роста I (ИФР-1). Более 95% пациентов с акромегалией имеют спорадическую ГР-секретирующую аденому, которая возникает либо из соматотропных клеток (клеток гипофиза, выделяющих ГР), либо из смешанных ГР-секретирующих и пролактина (ПРЛ)-секретирующих клеток передней доли гипофиза [2].

Распространенность акромегалии составляет 4,6 случая на 1 млн населения, а заболеваемость – 116,9 новых случаев на 1 млн ежегодно [3].

Средний возраст на момент постановки диагноза по данным различных исследований составляет 40-50 лет [4]. С момента появления первых симптомов до верификации диагноза проходит в среднем от 5 до 25 лет, согласно ретроспективным данным анамнеза пациента [5,6].

Поскольку продолжительность активного заболевания является основным фактором, определяющим тяжесть большинства осложнений акромегалии, в том числе увеличение размера образования на момент постановки диагноза, подчеркивается важность обучения и повышения осведомленности о заболевании среди врачей и пациентов [7].

Клинические признаки и симптомы

Клиническая картина акромегалии весьма многообразна, что обусловлено вовлечением в патологический процесс многих органов и систем.

Наиболее ярким клиническим проявлением акромегалии являются изменения внешности. Так, больные отмечают укрупнение носа, губ, языка, надбровных дуг. Увеличиваются в размерах конечности: кисти, пальцы, стопы, причем в основном в ширину. Пациенты с акромегалией имеют характерный внешний вид – прямоугольное лицо, увеличенный в размерах нос, выступающие скулы, выпуклый лоб, утолщенные губы и выраженная морщинистость кожи. Существует тенденция к прогнатизму (выстояние нижней части лица), диастеме (расширение

межзубных промежутков) и неправильному прикусу (смещению зубов). Тяжелые, хронические, прогрессирующие формы акромегалии характеризуются деформациями скелета, которые приводят к дорсальному кифозу и искривлению грудной клетки [8,9].

Часто акромегалия сопровождается также такими неспецифическими симптомами как головная боль (независимо от размера аденомы гипофиза; часто это основополагающая жалоба, которая приводит к постановке диагноза); астения; гипергидроз, преимущественно в ночное время; акропарестезия (боль в конечностях, синдром запястного канала); боль в суставах [8].

У женщин нарушения менструального цикла также являются частой причиной обращения за медицинской консультацией [10].

На момент постановки диагноза у пациентов могут наблюдаться сопутствующие заболевания, связанные с избыточным уровнем ГР или ИФР-1, такие как сахарный диабет (20-56%) и нарушение толерантности к глюкозе (16-46%), гипертония (20-50%), синдром апное во сне (60-80%), кардиомиопатия (главным образом гипертрофия левого желудочка) и зуб [11,12].

Проспективные исследования показали, что до 45% пациентов с акромегалией имеют полипы толстой кишки, которые являются аденоматозными у 24% обследуемых и обнаруживаются во всех отделах толстой кишки [13].

Артралгия, которая является преимущественно механической, дегенеративной и невоспалительной по происхождению, возникает у 30-70% пациентов. Особенно подвержены изменениям крупные суставы [14]. Распространенность поражения позвоночника у пациентов с акромегалией составляет – 40-50% [15].

По данным рентгенологических исследований характерными признаками являются – угловые деформации суставов, остеофиты, обызвествление суставных поверхностей, остеосклероз, субхондральные кисты, увеличение и кальцификация реберно-хрящевых сочленений [9, 16, 3].

Помимо указанных состояний, следует отметить, что при акромегалии также встречается синдром запястного (карпального) канала (30–50% пациентов), часто он бывает двусторонним. Установлено, что его причиной является отек срединного нерва [17].

Диагностика

При выявлении характерных клинических симптомов акромегалии у пациента диагноз подтверждается биохимически, путем выявления повышенных концентраций ИРФ-1 и высоких уровней гормона роста в сыворотке крови, которые не подавляются при оральном глюкозо-толерантном тесте. Действительно, у здоровых людей повышение уровня глюкозы в крови подавляет секрецию гормона роста гипофизом и, таким образом, снижает уровень гормона роста в сыворотке крови. Когда аденома гипофиза автономно выделяет ГР в избытке, эта физиологическая регуляция теряется, и уровень ГР не подавляется пероральным приемом глюкозы [18]. Как только диагноз акромегалии подтвержден с помощью биохимических диагностических тестов, диагностическое обследование должно быть направлено на выявление аденомы гипофиза и масс-эффектов опухоли (таких как изменения поля зрения и остроты зрения). Магнитно-резонансная томография (МРТ) дает информацию о размере аденомы и ее инвазивности [18, 19].

Оценка других тропных гормонов гипофиза необходима для исключения их возможной недостаточной или избыточной секреции. Гиперсекреция пролактина встречается у 30% пациентов с акромегалией и может быть функциональной, вторичной по отношению к сдавлению опухолью ножки гипофиза или вызванной смешанной секрецией аденомы.

Проявления акромегалии могут быть коварными, и, несмотря на достижения в этой области, существуют значительные задержки в диагностике заболевания, ухудшая тем самым прогноз для пациентов. В связи с этим в современной литературе все чаще обсуждается скрининг на акромегалию путем измерения уровня ИРФ-1 не только у пациентов с типичными клиническими проявлениями заболевания, но также и у тех, у кого отсутствует типичная клиническая картина, но есть несколько сопутствующих состояний, таких как синдром апноэ во сне, сахарный диабет 2 типа, изнуряющий артрит, синдром запястного канала, гипергидроз и гипертония [18, 20].

Влияние этого подхода на распространенность и показатели заболеваемости акромегалией в будущем еще предстоит выяснить.

Интересно, что по данным литературы, чаще всего диагноз акромегалии устанавливают: – врачи общей практики – 44%; – эндокринологи – 13%; – врачи отделения неотложной помощи – 10%; – другие специалисты (невропатологи, стоматологи, офтальмологи, акушеры) – 27%; – сам больной – 7% [21].

Подходы к лечению акромегалии включают хирургическое удаление, лучевую терапию и медикаментозную терапию; каждый из них имеет определенные преимущества и недостатки. Лечение акромегалии направлено на нормализацию уровней ГР и ИРФ-1, контроль объема опухоли и снижение риска развития системных сопутствующих заболеваний, тем самым снижением смертности [18, 22].

Цель. Изучить клиническое течение акромегалии у пациентки с ревматоидным артритом.

Материалы и методы. В данной статье описывается клинический случай пациентки 47 лет с установленными диагнозами ревматоидного артрита и акромегалии. От пациента было получено письменное информированное согласие на публикацию.

Результаты и их обсуждение.

Пациентка С. 47 лет была госпитализирована в ревматологическое отделение для верификации диагноза ревматоидного артрита (РА), а также для оценки лабораторной и клинической активности и подбора базисной терапии при необходимости. Жалобы при поступлении: боль в мелких суставах кистей, лучезапястных, тазобедренных и коленных суставах в покое и движении, ограничение движения в вышеперечисленных суставах, по Визуально-аналоговой шкале (ВАШ) 5 баллов, отечность кистей и стоп. Утренняя ригидность около двух часов, субфебрильная температура в течении дня без ознобов, отечность лица. Считает себя больной в течении 20 лет, когда впервые обратилась к ревматологу с жалобами на боль в мелких суставах кистей, повышение температуры тела до 38 градусов. Тогда же был установлен диагноз ревматоидного артрита. Была назначена поддерживающая терапия - Ибупрофен 200-400 мг в сутки (потребность 2 раза в неделю), базисная терапия – Метотрексат 10 мг в неделю, фолиевая кислота.

Физикальное обследование: Состояние средней степени тяжести по уставному синдрому. Ходит с трудом. Рост - 168 см, вес – 70 кг, индекс массы тела (ИМТ) – 24,8 кг/м². Кожные покровы нормальной влажности и окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Артериальное давление – 120/80 мм рт.ст., частота сердечных сокращений – 74 в минуту. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Молочные железы без особенностей. Лактореи нет.

Status localis: Форма грудной клетки без изменений. Положительный симптом сжатия кистей и стоп. Деформация коленных суставов незначительная. Ограничение движений в тазобедренных суставах, больше слева. Суставы внешне изменены, гипертермии в лучезапястных, межфаланговых суставах кистей нет, гиперемии нет. ВАШ боли 5 баллов: СИ1, БИ 1, ВИ1, СС 3. Ограничение движения (сгибание, отведение, приведение, ротации) в обоих коленных суставах. Отечность периартикулярных тканей.

Данные клинико-лабораторных и инструментальных методов исследования.

Клинический анализ крови: СОЭ -35 мм/час, НВ-124 г/л. Эритроциты $4,28 \times 10^{12}/л$, гематокрит-37,8%, тромбоциты- $336 \times 10^9/л$, лейкоциты- $6,21 \times 10^9/л$.

Биохимические исследования:

СРБ- 0,2 мг/л, РФ – 149,7 МЕ/мл, мочевая кислота – 248 мкмоль/л, мочевины – 2,2 ммоль/л, креатинин – 59 мкмоль/л, общий белок – 76,6 г/л, АЛТ – 18 ед/л, АСТ - 20,5 ед/л, глюкоза - 6,20 ммоль/д, билирубин - 18,9 ммоль/л, холестерин – 5,51 ммоль/л, щелочная фосфатаза -127,4 Ед/л, ЦИК 32.000 Ед.оп. пл, АСЛО – 22,4 МЕ/мл.

Общий анализ мочи: Цвет - светло-желтый, прозрачная, pH 6,0; Уд. вес 1,017; белок отр, глюкоза отр., лейкоциты 0 в п/зр, эритроциты 0 мг/дл, бактерии 16,50 в п/зр.

Коагулограмма: ПТВ 10,02 сек, ПТИ 106,1%, МНО 0,93, фибриноген 2,4 г/л, АЧТВ 27,70 сек.

Рентгенография кистей в прямой проекции: небольшие краевые остеофиты и субхондральный склероз суставных поверхностей межфаланговых сочленений обеих кистей с наличием единичных кистозидных просветлений. Межсуставные щели не сужены.

Заключение: деформирующий артроз межфаланговых сочленений обеих кистей 1ст.

Рентгенография таза в прямой проекции: неравномерное сужение суставных щелей обоих тазобедренных суставов. Заключение: двухсторонний сакроилеит. Полиартрит (2-я Ro ст.)

Рентгенография стоп в прямой проекции: неравномерное сужение суставных щелей плюснефаланговых сочленений первых пальцев обеих стоп. Заключение: Остеоартроз плюснефаланговых сочленений первых пальцев обеих стоп.

Рентгенография коленных суставов в прямой проекции: неравномерное сужение суставных щелей коленных суставов. Заключение: Артрозо-артрит коленных суставов (2-я R ост).

Денситометрия: Z-критерий (-0.6) - норма

На основании жалоб, анамнеза, данных лабораторных и инструментальных методов обследования согласно Клиническим рекомендациям «Ревматоидный артрит» (утв. Министерством здравоохранения РФ, 2021 г.) был установлен диагноз:

Серопозитивный ревматоидный артрит, полиартрит, активность 2 степени. DAS 28 по СОЭ 5,6, АЦЦП – ассоциированный, клинически развернутая стадия, рентген стадия 2, в сочетании с остеоартрозом, гонартрозом, рентген = стадия 2. ФН 2. Состояние на иммуносупрессивной терапии.

В связи с прогрессирующей жалобой на отечность лица была консультирована эндокринологом, который заподозрил диагноз акромегалии. Проведено исследование базального СТГ – 27,8 нг/мл (норма 0,126-9,880), ИРФ-1 – 793 г/мл (норма 80-218)

Рекомендована госпитализация в эндокринологическое отделение для дообследования.

Дополнения к анамнезу:

Отечность лица, увеличение размеров кистей, стоп, языка, огрубение голоса беспокоят около 6 месяцев.

Менархе в 16 лет, 4 беременности (2 родов, 2 медицинских аборта). Аменорея в течении 4 месяцев. Приливы жара с потом не беспокоят. Наследственность отягощена по сахарному диабету 2 типа со стороны матери.

В условиях эндокринологического отделения было выполнено исследование гормонального статуса пациентки (табл. 1).

Таблица 1

Гормональный статус пациентки

Table 1

Hormonal status of the patient

Показатель	Значение	Норма
ТТГ	2,35 мМЕ/мл	0,23 — 3,40
ФСГ	2,35 мМЕ/мл	1,27 — 19,26
ЛГ	1,1 мМЕ/мл	1,2 — 8,6
Пролактин	94,9 нг/мл	3,3 — 26,7
Тестостерон	0,12 нг/мл	0,00 — 0,75
Кортизол	340 нмоль/л	185,0 — 624,0
Инсулин	27,5 мкМЕ/мл	1,9 — 23,0

Гликемический профиль: 7,6-11-7,5 ммоль/л.

Гликированный гемоглобин: 7%.

По данным МРТ головного мозга с контрастным усилением – размеры турецкого седла увеличены. Края его дна и стенок гладкие и четко ограничены от окружающих тканей. В полости седла интраселлярное образование 17x19x25 мм признаками компримирования хиазмы. При контрастировании, данное образование слабо и неоднородно накапливает контраст. Воронка гипофиза не визуализируется.

Консультирована офтальмологом – отмечается сужение полей зрения.

Для исключения полипоза кишечника выполнена колоноскопия. Органической патологии не выявлено.

По данным ультразвукового исследования (УЗИ) щитовидной железы – суммарный объем 39,8 мл. В средней трети правой доли визуализируется гипоэхогенное неоднородное образование 7x4 мм без признаков кровотока. В левой доле – аналогичное образование 14x19 мм со смешанным кровотоком. На границе с левой долей в области перешейка визуализируется изоэхогенное образование с анэхогенными полостями и гипоэхогенным ободком 26x15x27 мм со смешанным кровотоком. TIRAS 3

По данным УЗИ органов брюшной полости – очаговой патологии не выявлено.

Согласно клиническим, лабораторным и инструментальным данным выставлен диагноз:

Интраселлярная макроаденома гипофиза (соматомаммотропинома). Акромегалия активная фаза, висцеропатическая стадия. Хиазмальный синдром. Многоузловой эутиреоидный зоб 2 степени по ВОЗ. Вторичная аменорея.

Сахарный диабет 2 типа впервые-выявленный. Целевой гликированный гемоглобин менее 6,5%. Избыточная масса тела (ИМТ – 28 кг/м²)

Серопозитивный ревматоидный артрит, полиартрит, активность 2 степени. DAS 28 по СОЭ 5,6, АЦЦП – ассоциированный, клинически развернутая стадия, рентген стадия 2, в сочетании с остеоартрозом, гонартрозом, рентген = стадия 2. ФН 2. Состояние на иммуносупрессивной терапии.

Рекомендовано

- консультация нейрохирурга для решения вопроса о трансназальном удалении аденомы гипофиза,
- Метформин 1000 мг 2 раза в день,
- Тонкоигольная аспирационная биопсия узлов щитовидной железы под контролем УЗИ,
- Наблюдение ревматолога.

Вышеописанный клинический пример является интересным, учитывая сосуществование двух тяжелых диагнозов у пациентки 47 лет, имеющих схожую клиническую картину поражения опорно-двигательного аппарата.

Ревматоидный артрит – иммуновоспалительное (аутоиммунное) ревматическое заболевание, характеризующееся прогрессирующей деструкцией суставов и поражением внутренних органов, развитие которого определяется сложным взаимодействием факторов внешней среды и генетической предрасположенности, ведущих к глобальным нарушениям в системе гуморального и клеточного иммунитета [23,24].

Распространённость РА среди взрослого населения в разных географических зонах мира колеблется от 0,5 до 2%. Соотношение женщин к мужчинам - 3:1. Заболевание встречается во всех возрастных группах, но пик заболеваемости приходится на наиболее трудоспособный возраст – 40-55 лет [24, 25]

Суть патологического процесса при РА составляет системное аутоиммунное воспаление, которое с максимальной интенсивностью затрагивает синовиальную оболочку суставов.

Акромегалическая артропатия – это невоспалительное заболевание, при котором гипертрофия и гиперплазия хряща приводят к нарушению геометрии сустава и метаболизма хондроцитов и, в конечном счете, к дегенеративным изменениям.

Патогенетические изменения при акромегалической артропатии связаны с избытком СТГ и ИФР-1, вторичные нарушения на начальных этапах обусловлены эндокринными изменениями с последующим развитием дегенеративных процессов. Артропатия развивается, прежде всего, из-за нарушенного гомеостаза матрикса суставного хряща, который регулируется несколькими факторами роста, и ИФР-1 является наиболее важным стимулятором роста хрящевой ткани [26].

В отечественной и зарубежной литературе задокументированы единичные случаи возникновения ревматоидного артрита и акромегалии у одного и того же пациента [27,28,29,30].

У этой пациентки был ранний ревматоидный артрит с поражением мелких суставов, повышенным СРБ и высокими титрами ревматоидных факторов, что соответствовало критериям диагностики ревматоидного артрита.

Из-за повышенной концентрации СТГ и ИФР-1 и наличия опухоли гипофиза, подтвержденной с помощью МРТ, подтвердилось подозрение на акромегалию, сосуществующую с активным ревматоидным артритом.

Заключение. В связи с полученными результатами по данному клиническому примеру, следует обратить внимание на важность своевременной постановки диагноза акромегалии с учетом возможного влияния сопутствующей патологии на клиническое течение заболевания.

Прозрачность исследования. Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать.

Декларация о финансовых и других взаимоотношениях. Все авторы принимали участие в разработке концепции и дизайна исследования и в написании рукописи. Авторы не получали гонорар за исследование.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Marie P. Sur Deux Cas D'acromegalie; Hypertrophie Singuliere non Congenitale des Extremite´s Superieures, Inferieures et Cephalique. F. Alcan. 1886.
2. Petrossians P, Adrian FD, Natchev E et al. Acromegaly at diagnosis in 3173 patients from the Liege Acromegaly Survey (LAS) Database. Endocrine Related Cancer. 2017; 24: 505–518. DOI: 10.1530/ERC-17-0253
3. Паневин Т.С., Алексеева Л.И., Мельниченко Г.А. Ревматические проявления акромегалии // Остеопороз и остеопатии. — 2019. — Т. 22, №2. — С.14-22. [Panevin TS, Alekseeva LI, Melnichenko GA. Revmaticheskie proyavleniya akromegalii [Rheumatic manifestations of acromegaly]. Osteoporoz i osteopatii [Osteoporosis and Bone Diseases]. 2019; 22(2): 14-22. (In Russ.)]. DOI: 10.14341/omet10245
4. Dal J, Feldt-Rasmussen U, Andersen M et al. Acromegaly incidence, prevalence, complications and long-term prognosis: a nationwide cohort study. European Journal of Endocrinology. 2016; 175: 181–190. DOI: 10.1530/EJE-16-0117
5. Hoskuldottir GT, Fjalldal SB, Sigurjonsdottir HA. The incidence and prevalence of acromegaly, a nationwide study from 1955 through 2013. Pituitary. 2015; 18: 803–807. DOI: 10.1007/s11102-015-0655-4
6. Mestron A, Webb SM, Astorga R et al. Epidemiology, clinical characteristics, outcome, morbidity and mortality in acromegaly based on the Spanish Acromegaly Registry (Registro Espanol de Acromegalia. REA). European Journal of Endocrinology. 2004; 151: 439–446. DOI: 10.1530/eje.0.1510439
7. Zarool-Hassan R, Conaglen HM, Conaglen JV et al. Symptoms and signs of acromegaly: an ongoing need to raise awareness among healthcare practitioners. Journal of primary health care. 2016; 8: 157–163. DOI: 10.1071/HC15033
8. Colao A, Grasso LF, Giustina A et al. Acromegaly. Nature reviews. Disease primers. 2019; 5(1): 20. DOI: 10.1038/s41572-019-0071-6
9. Пронин В.С., Молитвословова Н.Н. Акромегалия. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение/Под ред. Академика РАН и РАМН И.И. Дедова, член-корр Г.А. Мельниченко. – М. – 2009. [Pronin VS, Molitvoslavova NN. Akromegaliya. Etiologiya, patogenez, klinika, diagnostika, lechenie. [Acromegaly. Etiology, pathogenesis, clinic, diagnosis, treatment]. M; 2009 (In Russ.)]
10. Grynberg M, Salenave S, Young J et al. Female gonadal function before and after treatment of acromegaly. The

- Journal of clinical endocrinology and metabolism. 2010; 95: 4518–4525. DOI: 10.1210/jc.2009-2815
11. Chanson P, Salenave S, Kamenicky P. Acromegaly. Handbook of clinical neurology. 2014; 124: 197–219. DOI: 10.1016/B978-0-444-59602-4.00014-9
 12. Colao A, Ferone D, Marzullo P et al. Systemic complications of acromegaly: epidemiology, pathogenesis, and management. Endocrine Reviews. 2004; 25: 102–152. DOI: 10.1210/er.2002-0022
 13. Delhougne B, Deneux C, Abs R et al. The prevalence of colonic polyps in acromegaly: a colonoscopic and pathological study in 103 patients. The Journal of clinical endocrinology and metabolism. 1995; 80: 3223–3226. DOI: 10.1210/jcem.80.11.7593429
 14. Kropf LL, Madeira M, Vieira N et al. Functional evaluation of the joints in acromegalic patients and associated factors. Clinical rheumatology. 2013; 32: 991–998. DOI: 10.1007/s10067-013-2219-1
 15. Scarpa R, Brasi DD, Pivonello R et al. Acromegalic axial arthropathy: a clinical case-control study. The Journal of clinical endocrinology and metabolism. 2004; 89: 598–603. DOI: 10.1210/jc.2003-031283
 16. Wassenaar MJ, Biermasz NR, Bijsterbosch J et al. Arthropathy in long-term cured acromegaly is characterised by osteophytes without joint space narrowing: a comparison with generalised osteoarthritis. Annals of the rheumatic diseases. 2011; 70(2): 320-325. DOI: 10.1136/ard.2010.131698
 17. Tagliafico A, Resmini E, Nizzo R et al. Ultrasound measurement of median and ulnar nerve cross-sectional area in acromegaly. The Journal of clinical endocrinology and metabolism. 2008; 93: 905–909. DOI: 10.1210/jc.2007-1719
 18. Katznelson L, Laws ER, Melmed S et al. Acromegaly: an Endocrine Society clinical practice guideline. The Journal of clinical endocrinology and metabolism. 2014; 99: 3933–3951. DOI: 10.1210/jc.2014-2700
 19. Федеральные клинические рекомендации. Акромегалия: клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, методы лечения. – 2013. [Federal'nye klinicheskie rekomendacii. Akromegaliya: klinika, diagnostika, differencial'naya diagnostika, metody lecheniya. [Federal clinical guidelines. Acromegaly: clinic, diagnosis, differential diagnosis, treatment methods]. 2013. (in Russ.)].
 20. Ntali G, Karavitaki N. Recent advances in the management of acromegaly. F1000Research. 2015; 4: F1000 Faculty Rev-1426. DOI: 10.12688/f1000research.7043.1
 21. Покрамович Ю.Г., Древаль А.В. Особенности клинической картины акромегалии: описание клинического случая // РМЖ. – 2017. – 57–60. [Pokramovich YuG, Dreval' AV. Osobennosti klinicheskoy kartiny akromegalii: opisaniye klinicheskogo sluchaya [Features of the clinical picture of acromegaly: description of the clinical case] RMJ. 2017: 57-60. (In Russ.)].
 22. Colao A, Vandeva S, Pivonello R et al. Could different treatment approaches in acromegaly influence life expectancy? A comparative study between Bulgaria and Campania (Italy). European Journal of Endocrinology. 2014; 171: 263–273. DOI: 10.1530/EJE-13-1022
 23. Насонов Е.Л., Каратеев Д.Е., Балабанова Р.М. Ревматоидный артрит. // Ревматология. Национальное руководство. Насонов Е.Л., Насонова В.А., редакторы. Москва: ГЭОТАРМедиа. – 2008. – С. 290–331. [Nasonov EL, Karateev DE, Balabanova RM. Revmatoidnyi artrit [Rheumatoid arthritis]. Revmatologiya. Natsional'noe rukovodstvo. [Rheumatology. National leadership]. Nasonov EL, Nasonova VA, editors. Moscow: GEOTAR-Media; 2008: 290–331. (In Russ.)].
 24. Smolen JS, Aletaha D, McInnes IB. Rheumatoid arthritis. Lancet. 2016; 22: 388(10055): 2023-2038. DOI: 10.1016/S0140-6736(16)30173-8
 25. Woude D, Helm-van Mil AH. Update on the epidemiology, risk factors, and disease outcomes of rheumatoid arthritis. Best practice & research. Clinical rheumatology. 2018; 32(2): 174-187. DOI: 10.1016/j.berh.2018.10.005
 26. Fortier LA, Mohammed HO, Lust G et al. Insulin-like growth factor-I enhances cell-based repair of articular cartilage. The Journal of bone and joint surgery. British volume. 2002; 84(2): 276-288. DOI: 10.1302/0301-620x.84b2.11167
 27. Ozcakar L, Akinci A, Bal S. A challenging case of rheumatoid arthritis in an acromegalic patient. Rheumatology international. 2003; 23(3): 146-148. DOI: 10.1007/s00296-002-0280-1
 28. Aydin Y, Coskun H, Kir S et al. Rheumatoid arthritis masquerading as acromegaly recurrence: report of two cases. Rheumatology international. 2012; 32(9): 2913-2915. DOI: 10.1007/s00296-010-1490-6
 29. Read RC, Watt I, Dieppe PA. Rheumatoid arthritis and acromegaly - effect of growth factors on RA? British journal of rheumatology. 1988; 27(3): 242-243. DOI: 10.1093/rheumatology/27.3.242
 30. Miyoshi T, Otsuka F, Kawabata T et al. Manifestation of rheumatoid arthritis after transsphenoidal surgery in a patient with acromegaly. Endocrine journal. 2006; 53(5): 621-625. DOI: 10.1507/endocrj.k06-043