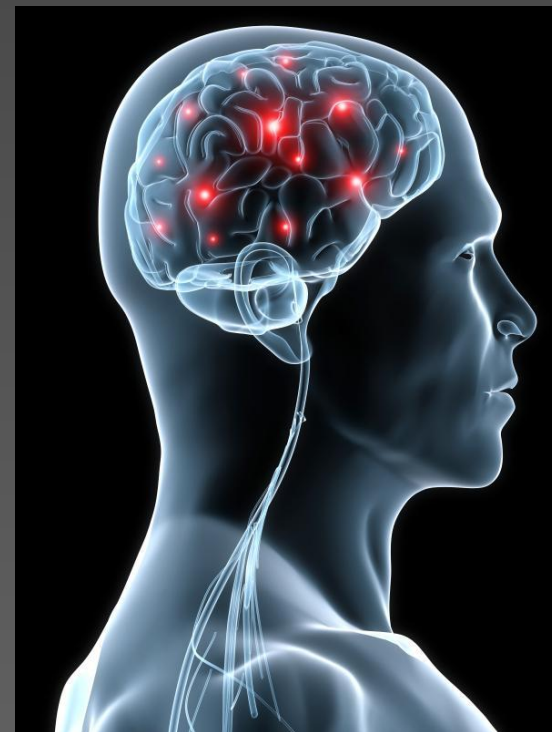


Хвороби надниркових залоз і гіпофіза. Етіологія. Патогенез. Діагностика. Клініка. Ускладнення. Принципи лікування. Роль лікаря-стоматолога в ранній діагностиці і профілактиці



Автор: к.мед.н., доцент
Грицай Ганна Володимирівна
2016-2017 н.р.

План лекції

- Акромегалія
- Хвороба Іценко-Кушинга
- Гіперпролактинемія
- Надниркова недостатність
- Хвороба Аддісона
- Вторинна недостатність надниркових залоз

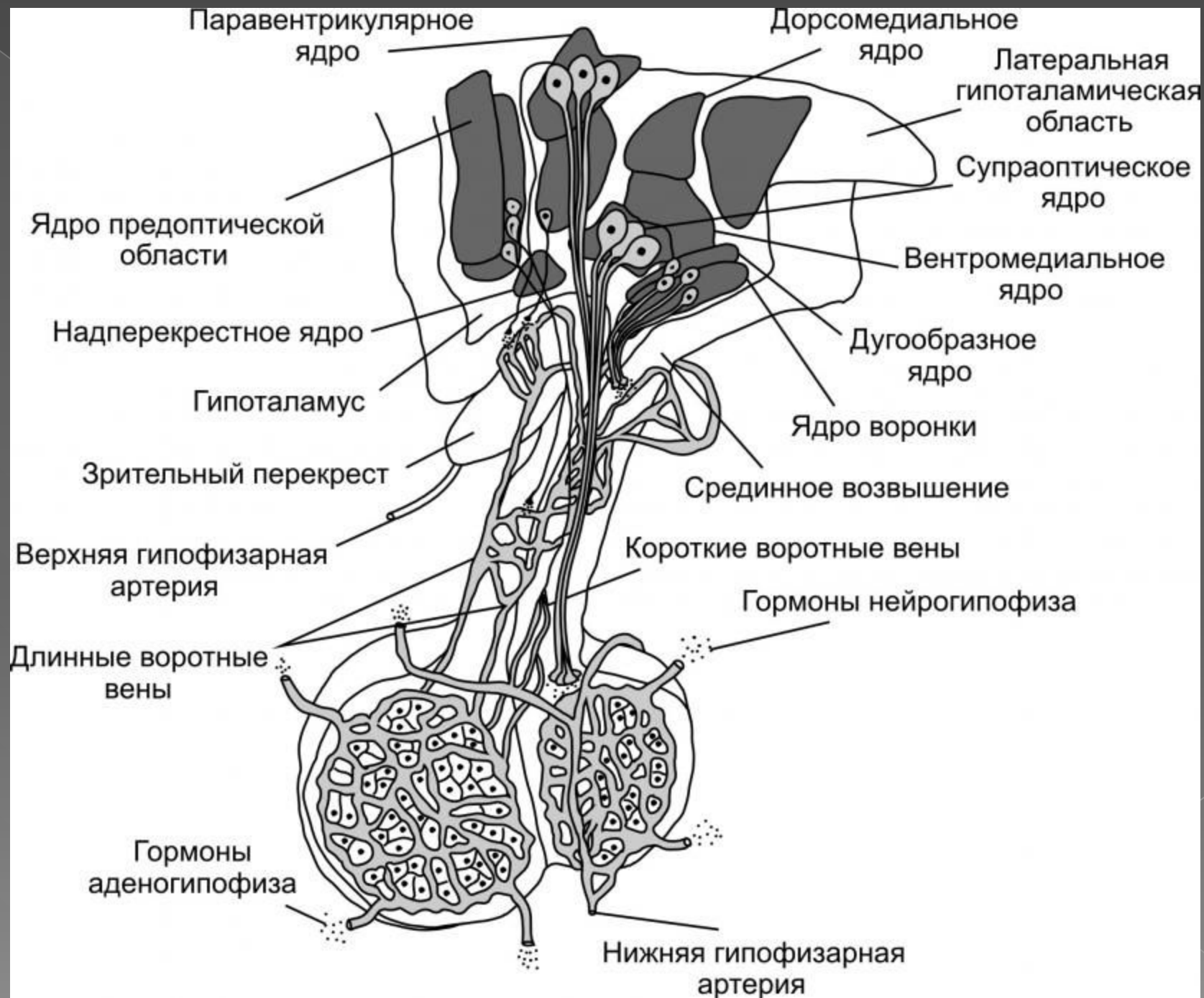
Захворювання

гіпоталамо-гіпофізарної системи:

- Акромегалія і гігантизм
- Хвороба Іценко-Кушинга
- Пролактинома
- Гіперпролактинемія
- Цукровий діабет

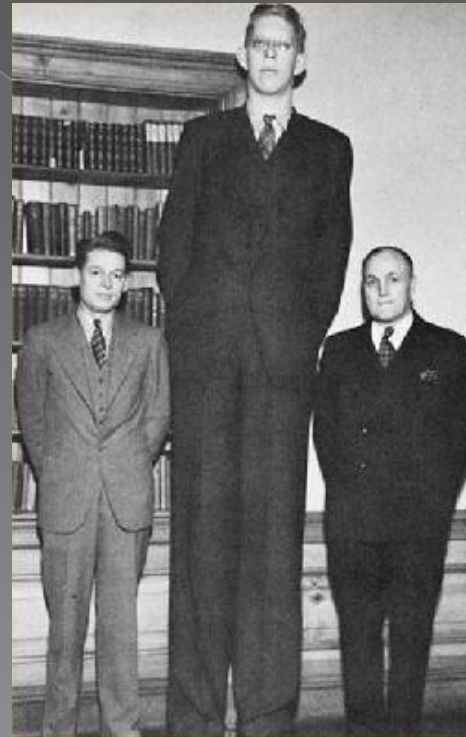
надниркових залоз

- Гормонально-активні пухлини надниркових залоз
- Хронічна недостатність надниркових залоз
- Первинний гіперальдостеронізм



Акромегалія

- (от грецьк. ἄκρος — кінцівка и греч. μέγας — великий)
- захворювання, пов'язане з порушенням функції передньої долі гіпофіза (аденогіпофіз); супроводжується збільшенням (розширенням і потовщенням) кистей, стоп, черепа, особливо його лицьової частини.



Причини виникнення і механізми розвитку

- ⦿ в основі - підвищення синтезу соматотропного гормону
- ⦿ **причини:**
- ⦿ травми або запалення в даній зоні головного мозку;
- ⦿ пухлина гіпофіза (еозинофільна гранульома).
- ⦿ **Під дією цього гормону змінюється і ендокринна система:**
- ⦿ - Цукровий діабет через виснаження острівкового апарату підшлункової залози - клітин, що виробляють інсулін;
- ⦿ - Безпліддя і т.д.

Клінічний перебіг

- Хворіють однаково часто і чоловіки і жінки, віком 20-40 років
- Скарги на слабкість, болі в суглобах, оніміння кінцівок, порушення сну, підвищену пітливість, посилений ріст волосся на тілі.
- У жінок - розлад менструальної функції.
- У чоловіків знижується потенція і статевий потяг.
- Зовнішні ознаки:
 - збільшення надбрівних дуг,
 - виличні кісток, підборіддя,
 - носа, губ, вух.



Клінічний перебіг

- Шкіра утворює складки на обличчі.
- Голос грубий (потовщення голосових зв'язок).
- Зростання кісток і стоп у ширину.
- Грудна клітка збільшується,
- Хребет деформується.
- Після нетривалого зростання фізичної сили, обумовленої підвищенням м'язової маси настає м'язова слабкість, адинамія.



Діагностика

- Додаткові дослідження:
- на рентгенограмах скелета - характерні зміни кісток і суглобів.
- Обстеження ендокринної системи - наявність цукрового діабету, порушення функції щитовидної залози і статевих залоз, артеріальна гіпертонія.
- КТ і МРТ головного мозку - пухлина гіпофіза.
- в крові пацієнтів - підвищення рівня соматотропного гормону і інших гормонів, що виробляються гіпофізом.



Методи лікування

- хірургічний,
- медикаментозний,
- променевий,
- комбінований.



Хірургічний метод лікування

- полягає у видаленні пухлини гіпофіза в спеціалізованому нейрохірургічному відділенні.
- найбільш поширений і ефективний метод лікування



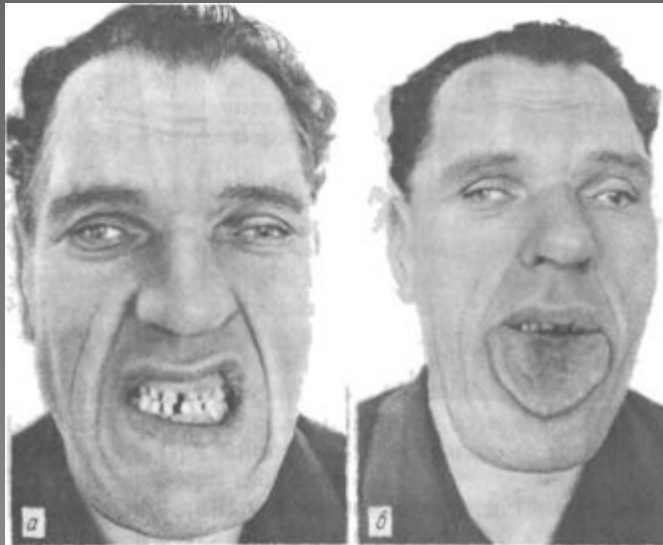
Рис. 103. Больная 64 лет. Акромегалия

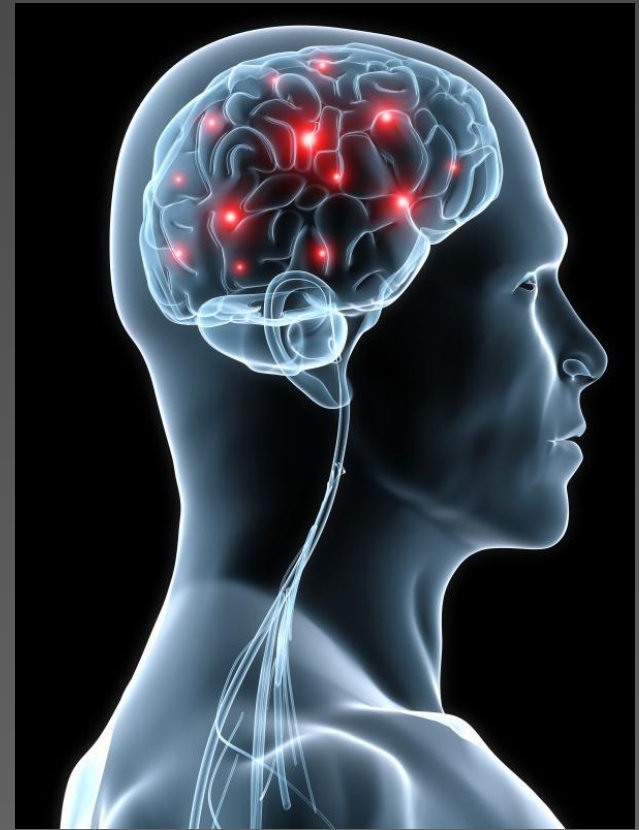


Рис. 104. Та же больная. Профиль

Медикаментозний метод лікування

- лікарські препарати, які гальмують вироблення гормону росту і ІРФ I.
- Основні групи медикаментозні препаратів:
- аналоги соматостатину
- агоністи дофаміну





Хвороба Іценко-Кушинга

Хвороба Іценко-Кушинга -



важке багатосимптомне захворювання гіпоталамо-гіпофізарного генезу, перебігає з проявами гіперкортицизму, обумовлене наявністю пухлини гіпофіза або його гіперплазії і характеризується підвищеною секрецією АКТГ, а також збільшенням продукції гормонів кори надниркових залоз

КЛАСИФІКАЦІЯ:

I. За ступенем тяжкості:

- 1) Легка форма
- 2) Середня форма
- 3) Важка форма

II. Від швидкості наростання:

- 1) Швидкопрогресуюча
- 2) Торпідна



Найчастіше **Етіологія**

зустрічається у жінок
Рідко

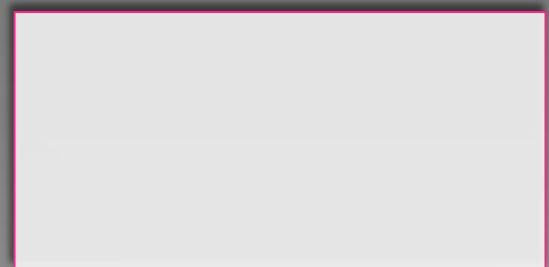
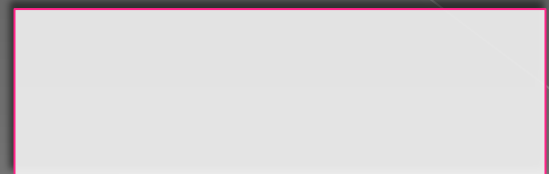
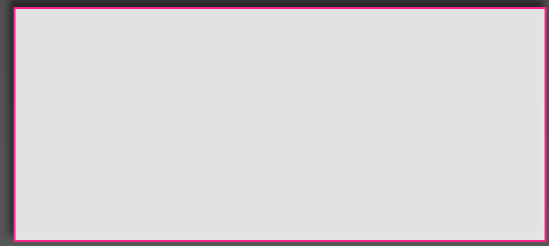
діагностується в

дитячому віці

Залежність захворювання від вагітності і пологів,

травм

головного мозку та нейроінфекції

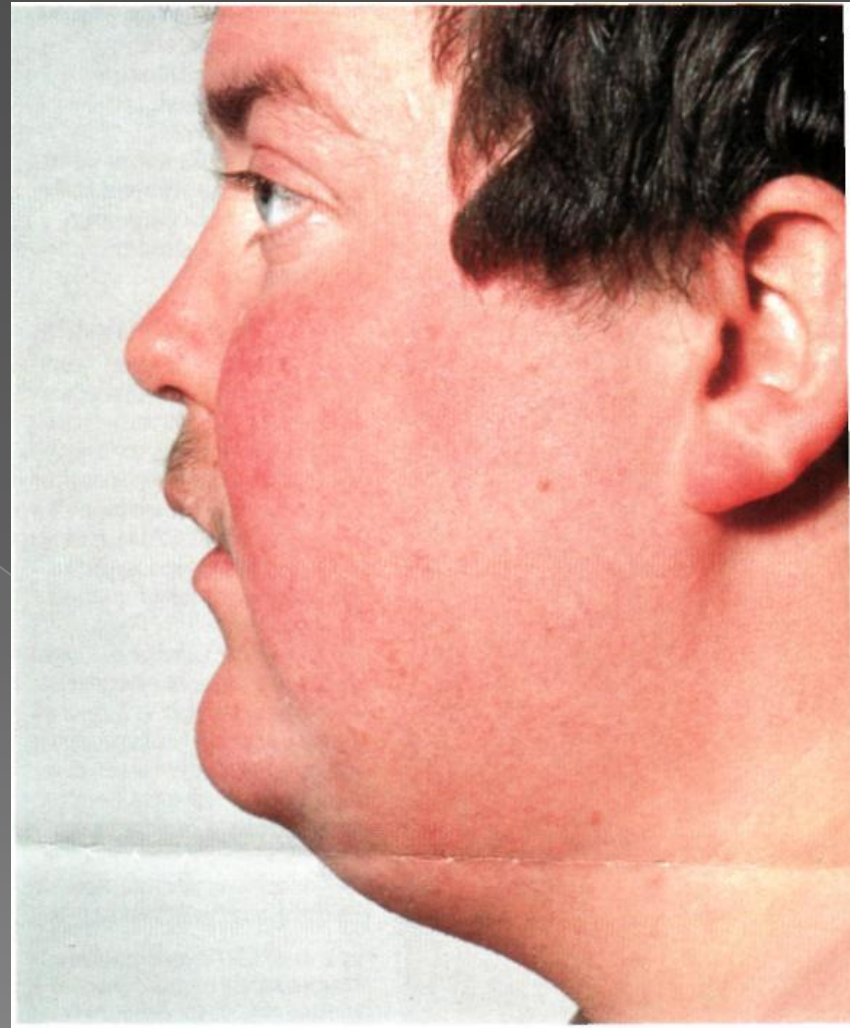


Патогенез

- Автономна секреція АКТГ
- Гіперфункція кори надниркових залоз
- Підвищення функціональної активності всіх трьох зон кори надниркових залоз.

Клінічна картина

- ✓ Лице стає круглим («Місяцеподібне»)
- ✓ Щоки багряно-червоного кольору («матронізм»)



Трофічні зміни шкіри

- ✓ шкірні покриви стоншені, сухі зі схильністю до гіперкератозу
 - ✓ багряно-ціанотичного забарвлення
- ✓ на стегнах, грудях, плечах, животі - смуги розтягування (стрії) червоно-фіолетового кольору



Характер стрій
– «МІНУС
ТКАНИНА»



✓ Збільшення маси тіла характеризується нерівномірним перерозподілом підшкірно-жирової клітковини («кушингоїдний» тип ожиріння).



✓ Наявність гематом



- ✓ Гіперпігментація шкірних покривів в місцях тертя (шия, ліктьові суглоби, пахвові западини)
- ✓ У жінок - гірсутизм на обличчі



✓ Ураження серцево-судинної системи

✓ Порушення електролітного обміну

✓ Енцефалопатія

✓ Системний остеопороз





✓ **Вторинний імунодефіцит: гнійничкові захворювання (акне), грибкові ураження шкіри і нігтьових пластин, трофічні виразки гомілок**







Діагноз

Збір
анам
незу

Клініч
ний
огляд

МРТ,
КТ

Лабо
ратор
на
діагно
стика

Лікування:

- Направлено на пригнічення основних клінічних симптомів.
- Нормалізація рівня АКТГ і рівня кортизолу

Методи лікування:

- 1) Нейрохірургічний
(Трансфеноїдальна аденомектомія)
- 2) Променевий
- 3) Комбінований (променева + одно- або двустороння адреналектомія)
- 4) Медикаментозне лікування

Фармакологічні препарати:

- 1) Похідні аміноглютетимиду
(Мамоміт 250 мг.,
Ориметен 250 мг.)

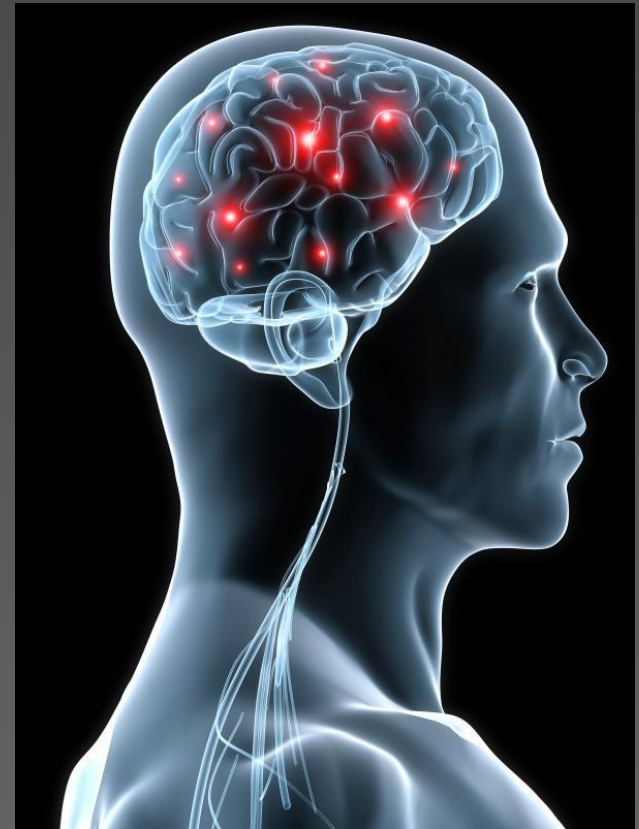


2) Похідні кетоконазолу (низорал 200 мг / сут.)



**5) Препарати калію
(Розчин хлористого калію або таблеток
ацетату калію 5,0 і більше в день) +
спіронолактон**





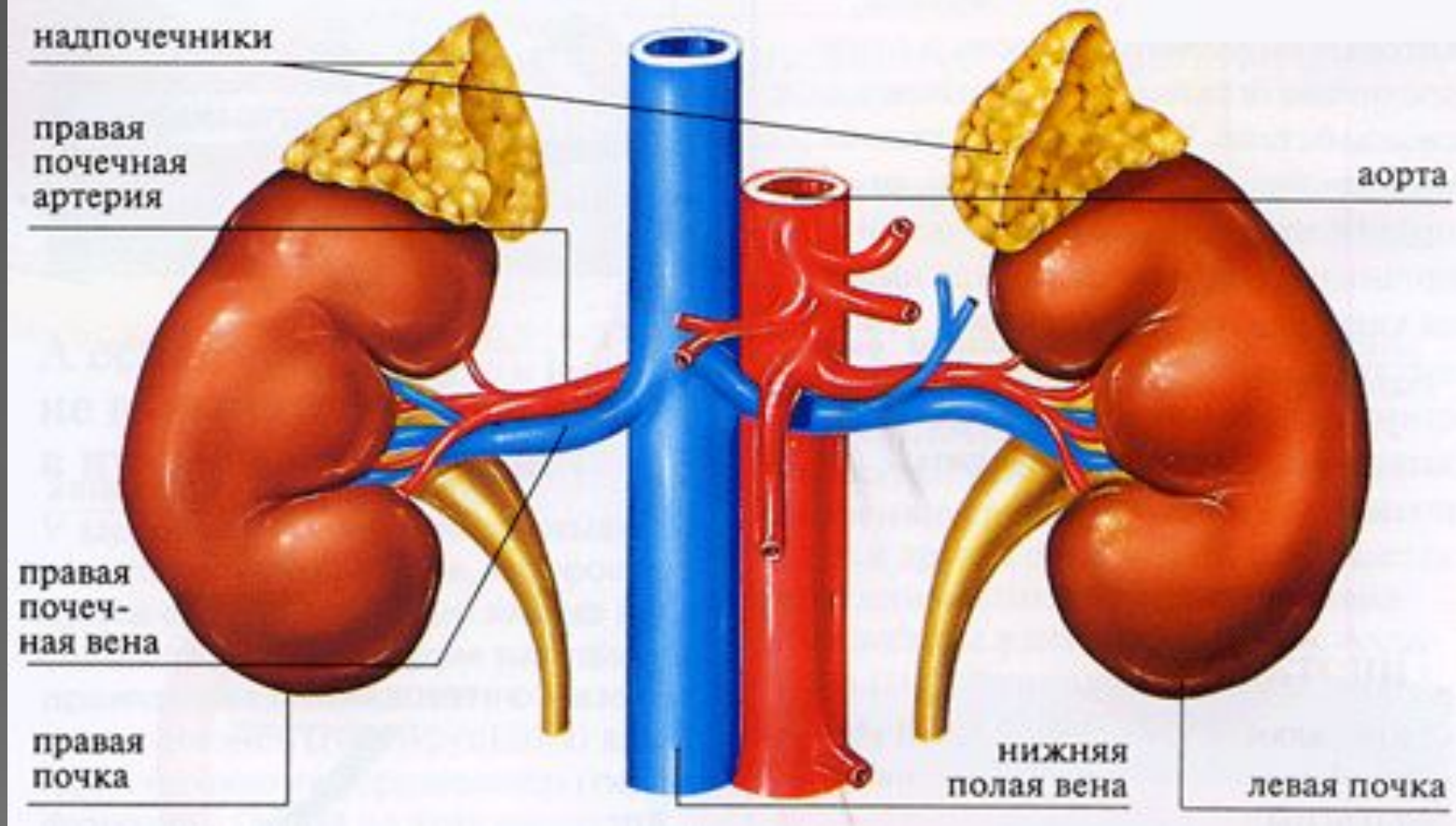
Надниркова недостатність

Наднирники - парні органи,
розташовані на верхівках нирок.

Функції гормонів наднирників:

- Підтримка водно-сольового балансу в крові і рівня артеріального тиску
- Участь в реакції вегетативної нервової системи на збудження або стрес
- Регуляція нормального обміну речовин
- Становлення репродуктивної функції

РАСПОЛОЖЕНИЕ
НАДПОЧЕЧНИКОВ



В результаті порушення діяльності надниркових залоз виникає або дефіцит або надлишок різних гормонів

Надниркова недостатність

- об'єднує хвороби, викликані гіпофункцією кори надниркових залоз.
- Клінічні прояви надниркової недостатності обумовлені дефіцитом глюкокортикоїдів і (рідше) дефіцитом мінералокортикоїдів

Етіологія і класифікація

- **Первинна** надниркова недостатність (хвороба Аддісона) - наслідок первинного захворювання наднирників, при якому руйнується більше 90% клітин коркової речовини, які секретують кортикостероїди
- **Вторинна** надниркова недостатність обумовлена захворюваннями гіпоталамуса або гіпофіза, що призводять до дефіциту кортиколиберина або АКТГ
- **Ятрогенна** надниркова недостатність - тривале лікування глюкокортикоїдами пригнічує гіпоталамо-гіпофізарно-надниркову систему

Надниркова недостатність

- **Гостра:** швидке руйнування кори надниркових залоз (наприклад, при двосторонньому крововиливі в наднирники), пошкодження наднирників при травмі або хірургічному втручанні
- **Хронічна:**
 - 1) первинна
 - - Аутоімунне ураження кори надниркових залоз (приблизно 80% випадків). Може супроводжуватися іншими аутоімунними ендокринними захворюваннями, наприклад - інсулінозалежний цукровий діабет і гіпотиреоз;
 - - Туберкульоз (10-20% випадків)
 - 2) вторинна

Клінічна картина

- стомлюваність, слабкість, гіпоглікемія, втрата ваги і шлунково-кишкові розлади (дефіцит глюкокортикоїдів)
- втрата натрію, підвищене споживання солі, гіповолемія, артеріальна гіпотонія, гіперкаліємія, легкий метаболічний ацидоз (ураження клітин клубочкової зони кори надниркових залоз, які секретують мінералокортикоїди, що призводить до гіпоальдостеронізму)

Клінічна картина

- гіперпігментація шкіри і слизових навколо губ і на слизовій щік, а також на відкритих або на тих, що піддаються тертю частинах тіла (гіпофіз не пошкоджується, дефіцит кортизолу викликає компенсаторне підвищення секреції АКТГ і МСГ)
- зменшення пахвового і лобкового оволося (зниження секреції андрогенів)

- **Посилюється пігментація меланоцитарних невусів і поява нових**



Лікування хвороби Аддісона.

- 1) Дієта
- 2) Замісна терапія гормонами наднирників: гідрокортизон і флудрокортизон.
- 3) Гідрокортизон по 10 мг вранці і 5 мг всередину щодня після обіду (дорослим до 20-30 мг / добу).
- 4) Флудрокортизон по 0,1-0,2 мг всередину 1 раз в день.

**Дякую за
увагу!**