

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ для обучающихся

Тема: Болезни надпочечников, гипофиза, гипоталамуса. Синдром и болезнь Иценко-Кушинга. Острая надпочечниковая недостаточность. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Терапия.

Цель: на основе теоретических знаний ординатор должен заподозрить и уметь провести дифференциальную диагностику заболеваний гипоталамо-гипофизарной системы и надпочечников.

Задачи: закрепить знания о болезни и синдроме Иценко-Кушинга, надпочечниковой недостаточности.

Вид работы: Подготовка и написание рефератов на заданные темы.

Контроль выполнения работы: Проверка рефератов.

Ординатор должен знать:

1. Клиническую картину болезни и синдрома Иценко-Кушинга и методы подтверждения диагноза.
2. Методы лечения болезни и синдрома Иценко-Кушинга, роль врача ОВП.
3. Признаки острой надпочечниковой недостаточности.

Ординатор должен уметь:

1. Заподозрить заболевание гипоталамо-гипофизарной системы и надпочечников.
2. Проводить профилактику при постоянном диспансерном наблюдении больных, страдающих аддисоновой болезнью и длительно получающих кортикостероидные препараты по поводу различных хронических заболеваний.

Учебно-тематический план темы:

Самостоятельная работа – 1 час

Всего – 1 час

Формы самостоятельной работы и контроля

Вид работы	Контроль выполнения работы
Самостоятельная проработка отдельных тем учебной дисциплины в соответствии с учебным планом	Тестирование
Подготовка и написание рефератов	Проверка рефератов
Участие в научно-практических конференциях, семинарах	Предоставление сертификатов участникам
Работа с тестами и задачами для самопроверки	Тестирование

Основные темы рефератов:

1. Болезнь и синдром Иценко-Кушинга: различия в этиологии, общность клинических проявлений.
2. Диагностические критерии болезни и синдрома Иценко-Кушинга.
3. Методы лечения: вклад врача ОВП.
4. Острая надпочечниковая недостаточность: причины, клиническая картина.
5. Диагноз и дифференциальный диагноз острой недостаточности коры надпочечников.
6. Лечение острой надпочечниковой недостаточности.

Тестовые задания

ПК-5

На прием к врачу общей практики обратилась пациентка 34 лет с жалобами на головные боли, раздражительность, жажду. В анамнезе — бесплодие. Объективное физикальное обследование выявило индекс массы тела 30, гипертрихоз, стрии на животе и спине, АД 164/98 мм рт. ст. Дополнительными исследованиями в офисе была диагностирована битемпоральная гемианопсия, глюкоза в плазме 7,8 ммоль/л. Совокупность данных заставляет подумать в первую очередь о

- а) синдроме Штейна—Левенталя
- б) сахарном диабете
- в) аденоме гипофиза
- г) гипертонической болезни II стадии
- д) ожирении II-й степени с осложнениями

У больной 17 лет отмечается полиурия с низким удельным весом мочи. После проведения теста с ограничением жидкости величина удельного веса мочи не изменилась. Наиболее вероятно, что у больной

- а) психогенная полидипсия
- б) несахарный диабет
- в) сахарный диабет
- г) хронический пиелонефрит
- д) нет правильного ответа

Больная Ж., 32 года, обратилась к врачу с жалобами на общую слабость, утомляемость, потерю веса (20 кг за полгода), отсутствие аппетита, тошноту. Объективно: кожа сухая, обычного цвета. АД - 90/60 мм рт. ст. Лабораторно: гликемия - 3,5 ммоль/л, калий плазмы - 5,2 ммоль/л, уровень адренокортикотропного гормона в крови понижен. Какой наиболее вероятный диагноз?

- А. Хронический гастрит
- В. Нейрогенная анорексия
- С. Гипофизарная недостаточность
- Д. Хроническая вторичная надпочечниковая недостаточность
- Е. Хроническая первичная надпочечниковая недостаточность

Больной Ф., 29 лет., жалуется на сонливость, слабость, головную боль, одышку при незначительной физической нагрузке, снижение потенции, увеличение веса. Болеет 3 года, начало заболевания ни с чем не связывает. Объективно: рост 172 см, вес 106 кг. Откладывание жира больше на шее, плечах, груди, животе. На плечах, бедрах наблюдаются стрии, тоны сердца приглушены, акцент II тона над аортой. АД 160/110 мм рт. ст., пульс 84 на мин, печень на 2 см выступает из-под реберной дуги (см. рис.). Глюкоза крови 7,2 ммоль/л. Предыдущий диагноз?

- А. Алиментарно-конституционное ожирение
- В. Синдром Кона
- С. Синдром Иценко - Кушинга
- Д. Гипертоническая болезнь
- Е. Ни один из перечисленных

Больной Н. жалуется на большую массу тела, головную боль, быструю утомляемость. Значительное увеличение массы тела произошло в 14 лет. Вес 90 кг, рост 160

см. Распределение жировой клетчатки равномерное. На бедрах, животе розовые тонкие стрии. АД – 145/90 мм. рт. ст. Ваш диагноз?

- А Вегето-сосудистая дистония
- В Алиментарно-конституционное ожирение
- С Пубертатно-юношеский диспитуитаризм
- Д Болезнь Иценко-Кушинга
- Е Синдром Иценко-Кушинга

У больного В. 18 лет при осмотре: рост 175 см, вес 105 кг, распределение жировой ткани относительно равномерное, с преобладанием на лице, животе, конечностях. Двусторонняя гинекомастия. На коже большое количество бледно-розовых полосок растяжения. ЧСС- 78 за мин., АД- 155/90 мм рт. ст. внутренние органы без изменений. На рентгенограмме турецкого седла - без деструктивных изменений. Пролактин, кортизол, ЛГ, ФСГ, тестостерон в норме. Какая причина ожирения у больного?

- А Адипозо-генитальная дистрофия
- В Пролактинома
- С Болезнь Кушинга
- Д Алиментарно-конституционный тип
- Е Гипоталамический синдром

Ситуационные задачи

ПК-5, ПК-6

Больная А., 38 лет, работает продавцом в продуктовом магазине. В течение последних 3 лет отмечает периодически (после подъема тяжестей и особенно после частых наклонов туловища вниз) ухудшение самочувствия: появление пульсирующей головной боли, сопровождающиеся чувством сдавления головы, сердцебиением, потливостью в верхней половине тела.

При амбулаторном осмотре АД - 120\80 мм рт.ст. ЧСС - 78 в минуту. За последние 6 месяцев отмечает похудание на 4 кг, учащение приступов головной боли и сердцебиения, особенно после переедания.

При очередном ухудшении самочувствия вызван врач «Скорой помощи». При осмотре выявлено: АД - 220\130 мм рт.ст. ЧСС - 180 в минуту. Температура тела - 37,8 С, бледность кожных покровов, тремор, похолодание кистей рук, светобоязнь. Отмечалось кратковременное синкопальное состояние.

Проведенная гипотензивная терапия (верапамил в\в, лазикс в\в) эффекта не дали. Больная госпитализирована в кардиологическое отделение. При обследовании больной выявлено: в анализе крови: лейкоциты - 10 х 10⁹ \л, лимфоцитов - 16%, эозинофилов - 6%.

Сахар_крови натощак - 7,2 ммоль\л, К - 6,2 ммоль\л, Na - 138 ммоль\л. В моче: белок - 0,66%, эритроциты - 6-8-10 в поле зрения, сахар 0,5%. На ЭКГ - синусовая тахикардия, неполная блокада левой ножки пучка Гиса. Заключение окулиста: нейроретинопатия. При суточном мониторинговании АД - 120\80 - 126\75 мм рт.ст.

1. Установить предварительный диагноз.
2. Наметить план дополнительного обследования.
3. Провести дифференциальную диагностику.
4. Определить тактику лечения.

Ответ

1. Диагноз: Феохромоцитома. Кризовая форма. Криз.
2. Диагностика:
 - 1) УЗИ надпочечников, почек, грудного и брюшного отделов аорты, мочевого пузыря

- 2) Рентгенотомография почек и надпочечников
 - 3) Исследование мочи на количественное содержание норадреналина, адреналина, ванилилминдальной кислоты
 - 4) Проба с тропафеном при кризовой форме
3. Дифференциальная диагностика с нейроциркуляторной дистонией, гипертонической болезнью, другими симптоматическими гипертензиями.
Лечение: терапия при кризе:
- альфа-адреноблокаторы, при необходимости добавить бета-блокаторы (празозин, фентоламин, обзидан). При отсутствии метастазов - хирургическое лечение. В случае неуправляемой гемодинамики - экстренное хирургическое вмешательство

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ

1. Анализ крови: Hb - 120 г\л, ц.п. - 0,8, эр- 3.4×10^{12} \л, лейкоц. 10×10^9 \л, лимфоцитов - 16%, эозинофилов - 6%. СОЭ - 26 мм\ч.
2. Анализ мочи: уд.вес - 1016, реакция кислая, белок - 0,66%, сахар 0,5%, лейкоц. 3-4 в поле зрения, эритроциты - 6-8-10 в поле зрения.
3. Биохимия: Сахар крови натощак - 7,2 ммоль\л, К - 6,2 ммоль\л, Na - 138 ммоль\л.
4. Ванилилминдальная кислота в моче - 15 мг за 24 часа (норма - 7,5 мг)
5. На ЭКГ - синусовая тахикардия, неполная блокада левой ножки пучка Гиса.
6. Заключение окулиста: нейроретинопатия.
7. При суточном мониторировании АД - 120\80 - 126\75 мм рт.ст.
8. Флюорография - без патологии.
9. УЗИ органов брюшной полости: печень, желчный пузырь, поджелудочная железа без особенностей. Почки расположены обычно. Чашечно-лоханочный комплекс без изменений. Над правой почкой определяется неомогенное образование в диаметре 2,5 см.
10. Рентгеновская компьютерная томография: над правой почкой имеется округлое образование размером примерно 3 см.

ПК-5, ПК-6

Больная И., 25 лет, доставлена в стационар в тяжелом состоянии. Сознание заторможено, выражена адинамия. Кожные покровы очень смуглые, сухие. Отмечается выраженная пигментация в области послеоперационных рубцов (аппендэктомия, внематочная беременность), шеи, сосков молочных желез. ЧСС - 90 в минуту. АД - 60\35 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Над легкими легочный звук, дыхание везикулярное, 18 в минуту. Частая рвота. Живот мягкий, нерезко выраженная болезненность в эпигастриальной области, печень, селезенка не увеличены. Дважды за сутки жидкий стул, температура тела - 35,5 С.

В анамнезе - туберкулез легких, хронический тонзиллит. В течение последнего года отмечает нарастающую слабость, головные боли, быструю утомляемость, похудание на 8 кг. Состояние ухудшалось после психотравмы.

При поступлении проведены дополнительные обследования.

1. Установить предварительный диагноз.
2. Наметить план дополнительного обследования.
3. Провести дифференциальную диагностику.
4. Определить тактику лечения.

Ответ

1. Диагноз: Болезнь Аддисона. Аддисонический криз, желудочно - кишечная форма.

2. Дообследование:
- 1) анализ крови общий
 - 2) анализ мочи общий
 - 3) электролиты крови (Na, K)
 - 4) вычислить коэффициент $Na : K = 128 : 6 = 21$ (в норме = 30)
 - 5) определить рН крови (наклонность к ацидозу)
 - 6) гематокрит (возможно сгущение крови)
 - 7) анализ крови на АКТГ , кортизол , альдостерон
 - 8) флюорография
 - 9) УЗИ органов брюшной полости (в т.ч. надпочечников)
 - 10) ЭКГ
3. Дифференциальный диагноз- с комами другой этиологии

Лечение:

заместительная терапия

- а) глюкокортикоиды - преднизолон сразу в/в 30 мг , либо гидрокортизон в/в 75 мг с последующим введением их в/в капельно под контролем АД;
 - б) минералокортикоиды - ДОКСА по 1 мл в/в каждые 12 часов;
- регидратационная терапия
- для ликвидации тканевой гипоксии: в\в унитиол 10%-10 мл с одновременной оксигенацией
 - при неукротимой рвоте, обезвоживании через 30 минут от начала введения изотонического раствора натрия хлорида в\в ввести 10 мл 10% р-ра натрия хлорида + 40-50 мл 40% глюкозы
 - лечение сосудистой недостаточности: мезатон в\в, в\м, адреномиметики, к р-рам добавляют 500 мг аскорбиновой кислоты, 100 мг кокарбоксылазы
 - сердечные гликозиды по показаниям. Терапия проводится до полного выведения больного из криза.-нтибиотики.
- При неадекватной заместительной терапии прогноз неблагоприятный.

ПК-5, ПК-6, ПК-8

Больная 35 лет жалуется на прибавку в весе, жажду, головные боли, боли в пояснице. Считает себя больной 2 года после родов. Лечилась по поводу гипертонической болезни. Объективно: диспластическое ожирение, на коже живота розово-синюшные стрии. АД 160/100. Тоны сердца приглушены. Гликемия натощак 8 ммоль/л, сахар в моче 1%. При рентгенографии выявлен остеопороз позвонков.

1. Предварительный диагноз?
2. Укажите патогенез основных симптомов?
3. С каким заболеванием необходимо дифференцировать и какие дополнительные исследования необходимо провести?
4. Какое лечение должно быть проведено после уточнения диагноза?
5. Реабилитация данного пациента.

Ответ

1. Болезнь Иценко - Кушинга?
2. Повышение АД от задержки натрия, гипергликемия от повышения глюконеогенеза, остеопороз от разрушения белковой матрицы кости.
3. С синдромом Иценко - Кушинга. Необходимо сделать компьютерную томографию надпочечников, УЗИ надпочечников, провести функциональные пробы.
4. При обнаружении опухоли гипофиза возможно оперативное лечение, а также облучение протонными пучками, назначение ингибиторов стероидогенеза (маммит, хлодитан).

5. Борьба с повышенной массой тела (диета, физическая активность), профилактика остеопороза (прием препаратов Са в сочетании с витамином D, миакальцика), контроль артериального давления, уровня сахара в крови, кортизола и его метаболитов в суточной моче).

Больной 40 лет жалуется на частые головные боли, утомляемость, одышку, приступы с резким повышением АД. В последнее время приступы участились. В клинике развился гипертонический криз, сопровождавшийся резкой головной болью, ознобом, потливостью, сердцебиением, тошнотой, рвотой, болями в животе. Объективно: пониженного питания, холодные и влажные кожные покровы, багрово-красный оттенок кожи на кистях, предплечьях, стопах. АД 260/120 мм рт.ст. Пульс 95 в минуту. В анализах крови: лейкоциты 12,0; глюкоза 8,0 ммоль/л.

1. Предварительный диагноз?
2. В чем заключается патогенез заболевания?
3. Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
4. Какими препаратами будете купировать гипертонический криз у данного больного?
5. Какие мероприятия в рамках национального проекта «Здоровье» необходимо было проводить пациенту?

Ответ

1. Феохромоцетома.
2. Гиперсекреция катехоламинов.
3. Определение экскреции с мочой адреналина, норадреналина, винилминдальной кислоты после прекращения криза. УЗИ и КТ надпочечников. Функциональные пробы с тропафеном.
4. Препарат выбора – тропафен. Вводится 1-2 мл 1% раствора в/в или в/м.
5. Диспансеризация работающего населения способствует раннему выявлению заболеваний (в т. ч. артериальной гипертензии) и своевременному лечению.

ПК-5, ПК-6

Пациентка, страдающая болезнью Аддисона, постоянно принимает преднизолон 10 мг в сутки и кортинеф 1 таблетку утром. Появились изжога, голодные боли в эпигастральной области, диагностирована язвенная болезнь 12-перстной кишки, развитию которой способствовал прием преднизолона. Самостоятельно отменила преднизолон, после чего появилась и стала нарастать общая слабость, гипотония до 80/40, тошнота, вздутие живота, диарея, усилилась гиперпигментация кожи и слизистых. Прием противоязвенных препаратов (блокаторов желудочной секреции и антацидов) состояния не облегчил, слабость достигла степени адинамии, развился коллапс. Доставлена в больницу.

1. О каком состоянии следует думать и что спровоцировало данное состояние?
2. Основные направления диагностики.
3. Терапия.
4. Дальнейшее ведение пациентки.
5. Цели вторичной профилактики данного состояния.

Ответ

1. Острая надпочечниковая недостаточность, отмена заместительной терапии.
2. Уровень гематокрита, калия, натрия, глюкозы, креатинина. При усугублении абдоминальной симптоматики – ФГС для исключения желудочно-кишечного кровотечения.

3. Массивная кортикостероидная терапия – гидрокортизон внутривенно струйно, затем каждые 4 - 6 часов на протяжении первых суток. Инфузионная терапия (внутривенное введение не менее 3 л жидкости – изотонический раствор, р-р глюкозы, белковые препараты).
4. Проводится терапия заболевания, спровоцировавшего ОНН и симптоматическая терапия. Противопоказано введение препаратов калия и мочегонных. Увеличение дозы преднизолона (в/м или в таблетках) в сочетании с антацидами и обволакивающими препаратами.
5. Профилактика декомпенсации заболевания и развития острой надпочечниковой недостаточности (подразумевает постоянный прием заместительной терапии, увеличение дозы ГКС при возникновении сопутствующих заболеваний).

ПК-5, ПК-6, ПК-8

Пациент 34 лет с детства получает кортикостероиды по поводу бронхиальной астмы тяжелого течения (минимальная суточная доза 1,5 таблетки преднизолона). За эти годы сформировался кушингоидный синдром, стероидный диабет и остеопороз. По жизненным показаниям проведена аппендектомия. В послеоперационном периоде у больного развились явления сосудистого коллапса, нарушение сознания с неврологической симптоматикой. Проводится антибактериальная, инфузионная терапия, введение прессорных аминов, но положительной динамики не отмечено.

1. О каком состоянии следует думать?
2. Направления диагностических исследований?
3. Что спровоцировало данное состояние?
4. Терапия.
5. Реабилитация и профилактика.

Ответ

1. Острая надпочечниковая недостаточность вследствие синдрома отмены кортикостероидов.
2. Уровень гематокрита, калия, натрия, глюкозы, креатинина.
3. Отмена терапии преднизолоном в послеоперационном периоде.
4. Системные глюкокортикостероиды (гидрокортизон 100-150 мг в/в струйно, затем каждые по 50-75 мг каждые 4-6 часов на протяжении первых суток). Инфузионная терапия – в/в введение не менее 4 л жидкости (изотонический раствор, р-р глюкозы, белковые препараты). Антибактериальная терапия с учетом основного заболевания (аппендицита) и симптоматическая терапия. Противопоказано введение препаратов калия и мочегонных.

Рациональный режим труда и отдыха (противопоказаны все виды труда, связанного с физическим и нервно-психическим перенапряжением, ночными и сверхурочными работами). Противопоказана резкая отмена системных ГКС. Пересмотреть базисную терапию бронхиальной астмы в пользу назначения ингаляционных ГКС в комбинации с пролонгированными β_2 -агонистами

ПК-5, ПК-6

Мужчина страдает заболеванием надпочечников в течение 3-х лет, постоянно принимает преднизолон 7,5 мг/сутки и кортинефф 1 таблетку через день. После переохлаждения появились боли в горле при глотании, не лечился. Состояние в течение 2-х дней резко ухудшилось: снизился аппетит, усилилась общая слабость, появились тошнота, боли в животе, неукротимая рвота. При осмотре: состояние тяжелое, увеличилась пигментация кожных покровов, тургор кожи снижен, температура тела 39⁰, АД 70/40.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Объясните причину ухудшения состояния.

3. Какое осложнение основного заболевания развилось у больного?
4. Какие принципы оказания неотложной помощи?

Ответ

1. Хроническая надпочечниковая недостаточность.
2. Ангина.
3. Адисонический криз.
4. Заместительная терапия ГКС парентерально, борьба с дегидратацией, электролитными нарушениями, коллапсом, сопутствующей инфекцией.
5. Профилактика декомпенсации заболевания и развития острой надпочечниковой недостаточности подразумевает постоянный прием заместительной терапии, увеличение дозы ГКС при возникновении сопутствующих заболеваний, а также перехода парентеральное введение в случае тяжелых заболеваний, операций.

Рекомендуемая литература

а) основная литература:

1. Денисов И.Н., Общая врачебная практика. В 2 т. Т. 1 [Электронный ресурс] : национальное руководство / под ред. акад. РАМН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 976 с. - ISBN 978-5-9704-4164-0 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970441640.html>
2. Денисов И.Н., Общая врачебная практика: национальное руководство: в 2 т. Т. II [Электронный ресурс] / под ред. акад. РАН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 888 с. - ISBN 978-5-9704-3906-7 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970446539.html>
3. Основы внутренней медицины [Электронный ресурс] / Ж. Д. Кобалава, С. В. Моисеев, В. С. Моисеев ; под. ред. В. С. Моисеева. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970427729.html>
4. Кишкун А. А., Назначение и клиническая интерпретация результатов лабораторных исследований [Электронный ресурс] / А. А. Кишкун - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-3873-2 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970438732.html>

б) дополнительная литература:

1. Дедов И.И., Эндокринология [Электронный ресурс] : учебник / И. И. Дедов, Г. А. Мельниченко, В. В. Фадеев - М. : Литтерра, 2015. - 416 с. - ISBN 978-5-4235-0159-4 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785423501594.html>

в) Электронные фонды учебно-методической документации

. ЭБС «Консультант студента» Контракт №509/15 –ДЗ от 03.06.2015 с ООО «Политехресурс»