

Қ.А.Ясауи атындағы Халықаралық Қазақ-Түрік университеті
Жалпы медицина факультеті
Ішкі аурулар кафедрасы

ИЦЕНКО-КУШИНГ СИНДРОМЫ

Орындаған: Сәбит І.

Байзитова А.

Медетбек А.

Топ: ЖМ 522

Қабылдаған:

ЖОСПАР

- Кіріспе
- Этиологиясы
- Патогенезі
- Клиникалық көріністері
- Диагностикасы
- Емі
- Пайданылған әдебиеттер

КІРІСПЕ

- Иценко-Кушинг синдромы -
кортикостероидтардың эндогенді
гиперфункциясынан немесе оларды ұзақ
уақыт экзогенді қабылдаудан туындаған
клиникалық синдром

Бұл ауру туралы алғаш 1924 жылы жазған невропатолог Иценко, ол кесел себебіне гипоталаму бұзылысы қатысты деп санаған. 8 жылдан кейін канадалық нейрохирург Кушинг мәліметінде бұл аурудың гипофиздің базофильді жасушаларының гиперплазиясымен байланысын көрсеткен. Қазіргі кезде Иценко-Кушинг ауруының (ИКА) дамуы кортиколиберин түзетін гипоталмустық ядролар бұзылысынан деп саналады. Балаларда ауру дамуы алдында бас сүйегінің жарақаты, нейрожұқпалар, психикалық артық жүктемелер болуы мүмкін. Кеселдің дамуында елеулі үлес гипофиз аденомасын тиеді.

ЭТИОЛОГИЯСЫ

- - гипофиздің ісіктері (аденомалар), АКТГ гиперпродукциясын негіздейтін;
- - эктопиялық секреция АКТГ немесе кортиколиберин негипофизарлы ісіктермен (өкпенің сұлы жасушалық обыры, ұйқы безінің обыры, бронх аденомасы);
- - бүйрек үсті қабығының гиперплазиясы;
- - аденома немесе бүйрек үсті безінің қатерлі ісігі;
- - глюкокортикоидтар немесе АКТГ (экзогенді Кушинг синдромы) бар препараттармен ұзақ емдеу.

ПАТОГЕНЕЗІ

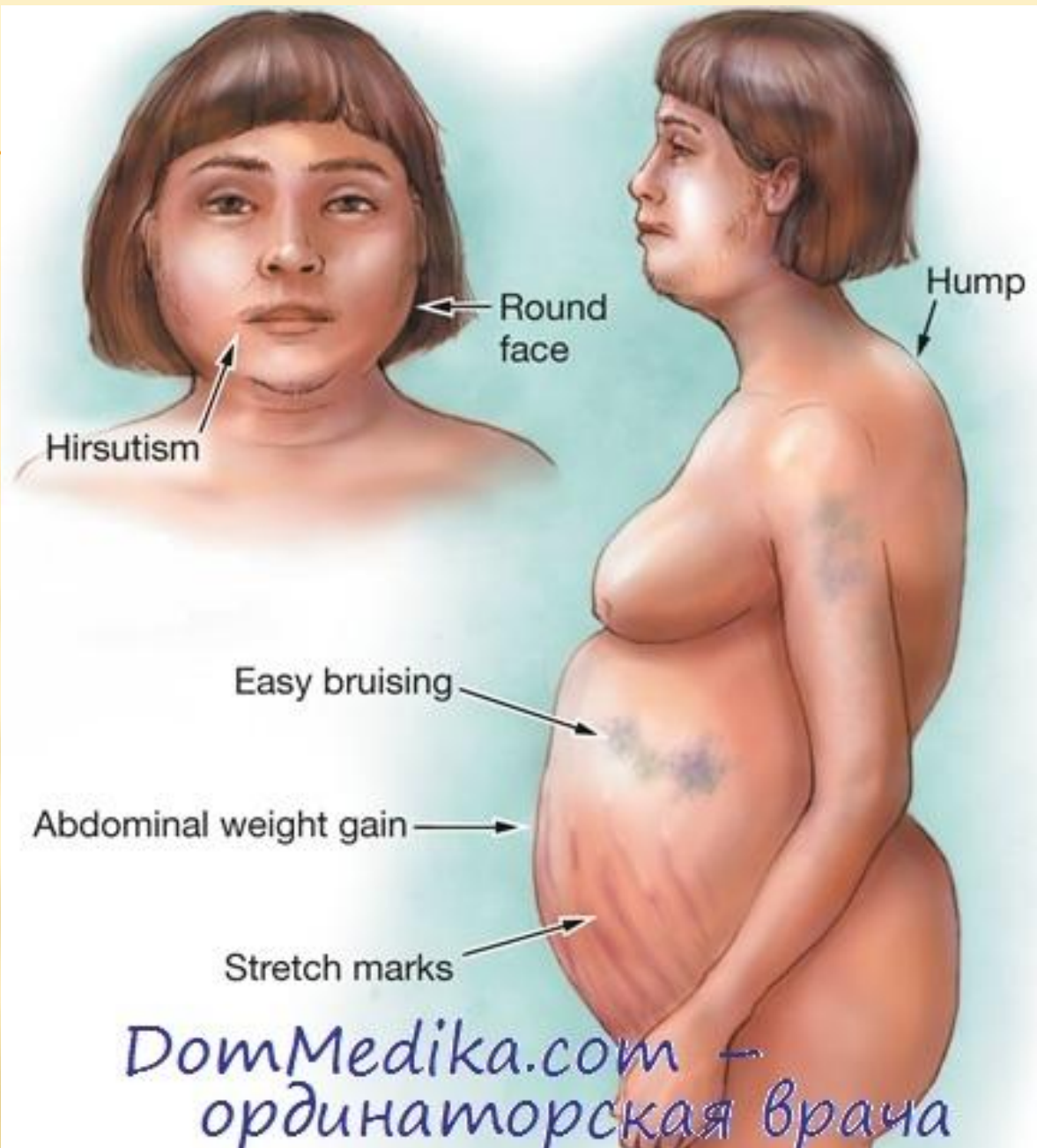
Ауру гипоталамо-гипофизарлы-бүйрек үсті өзара қарым-қатынасының бұзылуынан пайда болады. Осы органдар арасындағы "кері байланыс" тетігі бұзылады. Гипоталамусқа оның жасушаларын гипофиздегі адренотропты гормонның босатылуын белсендіретін тым көп заттар шығаруға мәжбүр ететін жүйке импульстері түседі. Мұндай күшті стимуляцияға жауап ретінде гипофиз қанға осы адренотропты гормонның (АКТГ) үлкен мөлшерін шығарады. Ол, өз кезегінде, бүйрек үсті безіне әсер етеді: оларды артық өз гормондарын — кортикостероидтарды шығаруға мәжбүр етеді. Кортикостероидтардың артық болуы ағзадағы барлық алмасу процестерін бұзады. Әдетте, Иценко-Кушинг ауруы кезінде гипофиз көлемі ұлғайған (ісік, немесе аденома, гипофиза). Аурудың дамуына қарай бүйрек үсті бездері де ұлғаяды

ПАТОГЕНЕЗІ

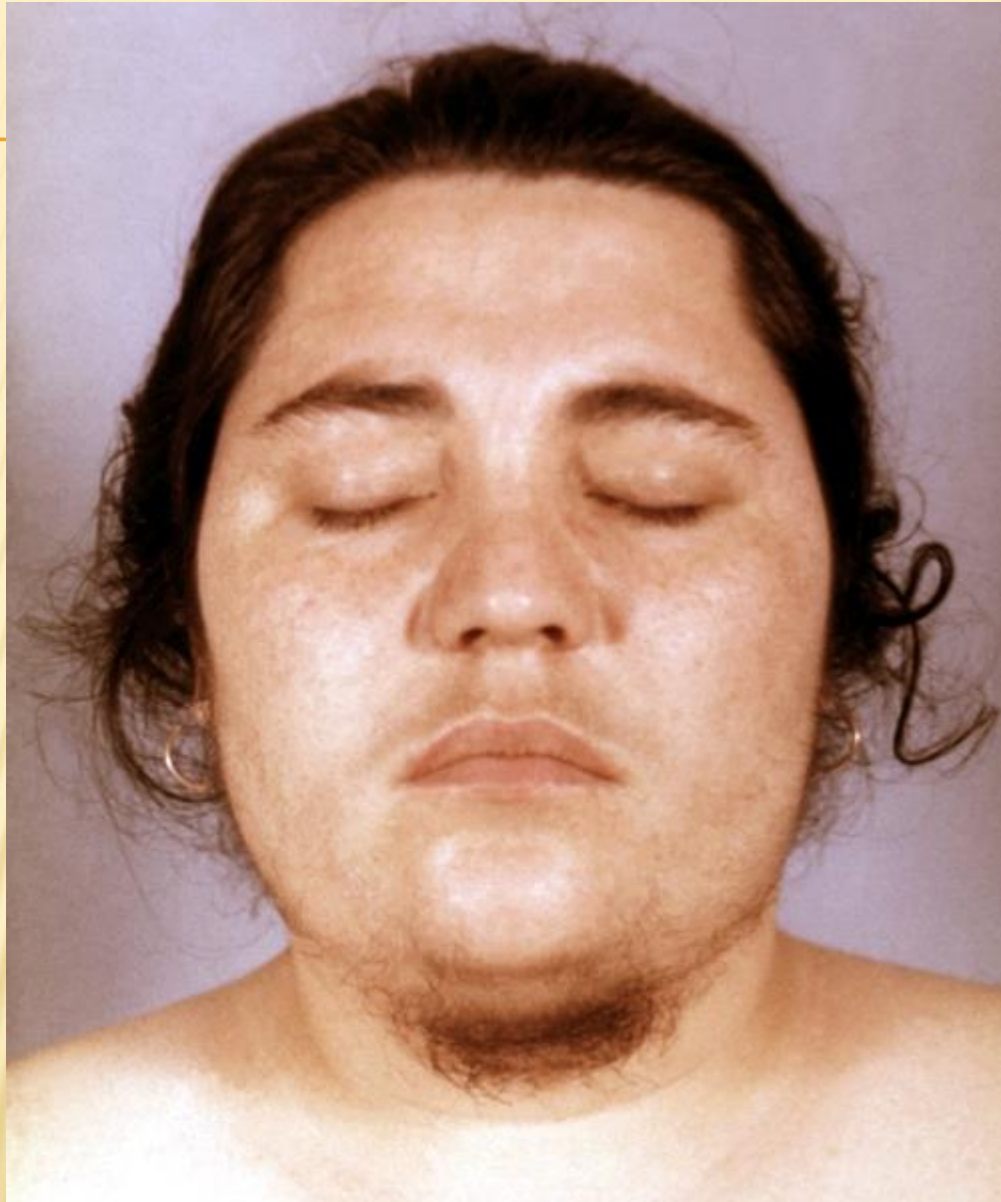
- Кортизолдың артық өндірілуі салдарынан адам ағзасында катаболитикалық процестер күшейеді. Гипокалимия, гипокальцимия, гепернатримия, гипергликемия дамыйды. Кортизол стероидты гормон болғандықтан иммуносупрессия дамыйды. Т.б. Осының салдарынан келесі клиникалық көріністер дамыйды.

КЛИНИКАЛЫҚ КӨРІНІСТЕРІ

- Кушингоидты семіру (Дененің жоғарғы бөліктерінің семіруі)
- Мрамор тәрізді құрғақ тері және стриялар
- Остеопороз
- Стероидты қант диабеті
- Кардиомиопатиялар
- Бұлшықет атрофиясы
- Әйелдерде гирсутизм
- Артериалық гипертензия
- Қатты шаршағыштық және бұлшықет әлсіздігі
- Қанда қанттың деңгейі жоғарылауы
- Көгерген жерлердің тез пайда болуы





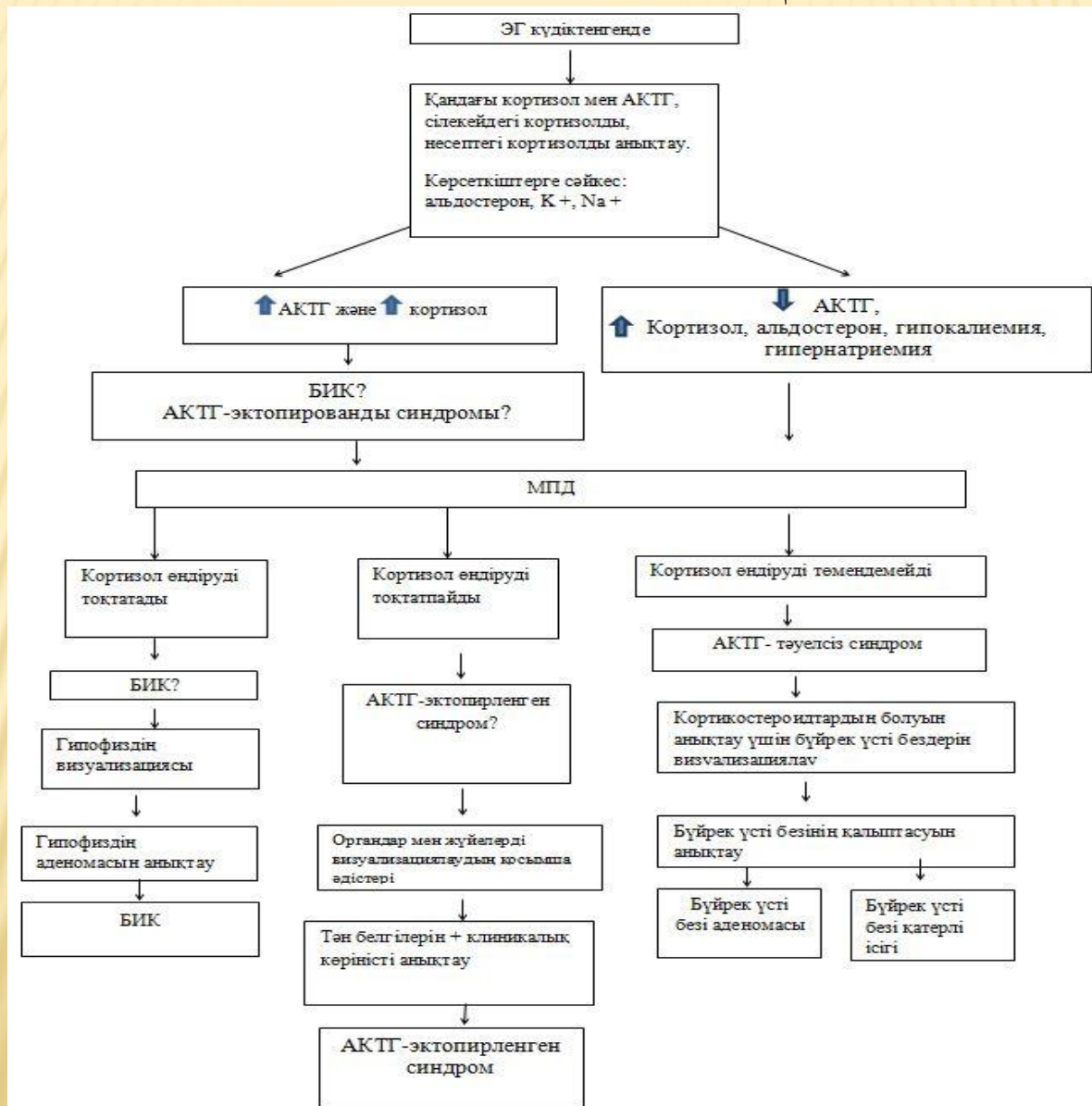




ДИАГНОСТИКАСЫ

- Бүйрекүсті безіннін мрт(кт) түсіру
- Дексаметазон сынама
- Несептегі бос кортизолдың тәуліктік экскрециясын анықтау
- Бүйрекүсті безіннін сцинтиграфиясы

ДИАГНОСТИКАЛЫҚ АЛГОРИТМ



БҮЙРЕКУСТІ БЕЗІНІҢ ҚАРЦИНОМАСЫ



EMİ

- Бүйрекүсті безінің жартылай немесе толық резекциясы
- Стероидогенез ингибиторлары
- симптоматикалық терапия

АМБУЛАТОРИЯЛЫҚ ДЕҢГЕЙДЕ ЕМДЕУ ТАКТИКАСЫ

Негізгі емі АКТГ артық мөлшерін шығаратын ісікті алып тастау және/немесе сәулелік терапия, сондықтан да амбулаторлық тұрғыдан жедел емделуге дайындық және отадан кейінгі жүргізу ғана жүзеге асырылады. Ол үшін соматостатиннің ұқсастығы ғана пайдаланылады.

□

□ Дәрі-дәрмексіз емдеу:

□ · Диета: гипокалориялық диета.

□

□ Дәрі-дәрмектік емдеу:

□

Фармакологиялық топ	ДЗ халықаралық патенттелмеген атауы	
Соматостатинге ұқсас түрлері	Пасиреотид	Тері астына
Дофаминнің агонистері*	Каберголин	Ішке қабылдау
Бүйрек үсті безінің стероидеген ингибиторлары	Кетоконозол	Ішке 400-2000 мг/тәу 1-4

□ Хирургиялық араласу: жоқ.

□

ХИРУРГИЯЛЫҚ АРАЛАСУ

1) Трансфеноидальды аденомэктомии:

Аденомэктомияға көрсетілімдер:

- МРТ бойынша анық шектелген гипофиз ісігі;
- Аурудың рецидиві және КТ мен МРТ расталған ерте жүргізілген нейрохирургиялық араласудан кейінгі кез келген уақытта пайда болған гипофиз аденомасының өсуінің қайталануы.

Аденомэктомияға қарсы көрсетілімдер[1]:

- Нашар болжамға ие ауыр ілеспелі соматикалық аурулар;
- Негізгі аурудың ең асқынған соматикалық белгілер;
- Спецификалық және спецификалық емес инфекциялық аурулар.

2) Адреналэктомия:

Гипофизді сәулелендірумен бірге *бір жақты адреналэктомия* егер науқасқа белгілі бір себептермен аденомэктомия жүргізілмейтін болса жағдайларында аурудың оорташа ауырлықты түрлерінде жүргізіледі.

Екі жақты жаппай жүргізілетін адреналэктомия – аурудың ауыр түрлерінде және гиперкортицизмнің асқынуы кезінде жүргізіледі. Екі жақты адреналэктомия науқастың өмірін сақтап қалуға бағытталған, бірақ ауру себептері жойылмайды, сондықтан да Нейлсон синдромы дамуының профилактикасы (бүйрек үсті безінің жоқтығында гипофиз аденомасының өсуінің асқынуы кезінде) үшін сәулелік терапиясымен бірге жүргізу қажет

An anatomical illustration of the human spine and kidneys. The spine is shown in the center, with the vertebrae and intervertebral discs. Two kidneys are positioned on either side of the spine. The kidneys are depicted in a reddish-brown color. A colorful, glowing overlay is present on the upper part of each kidney, showing a complex pattern of purple, blue, and red, suggesting a specific anatomical or physiological feature. The background is dark and slightly blurred.

**НАЗАРЛАРЫ ҢЫ ЗҒА
РАХМЕТ**

ПАЙДАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР

- **И.И. Дедов, Г.А. Мельниченко, В.В. Фадеев**
“Эндокринология”
- **DomMedika.com**
- **<http://studentbank.ru/>**
- **Үсен Жұмабаев “ Ішкі ағзалар мен эндокрин бездердің функционалды анатомиясы ”**