

Këèí è÷áí
ñëó÷àé

64-годишен мъж с наднормено тегло и постоянно чувство на глад

Анамнеза: 64-годишен мъж постъпва с оплакване за значително покачване на теглото. В последните 6 месеца той е качил 8 кг. Съобщава за непрекъснат глад, чести контузии, трудност при извършване на ежедневни физически дейности, депресия, необичайно ранно ставане, трудно зарастване на рани. Няма придружаващи заболявания. Пенсионер, бивш миньор, живее с жена си. Пуши по 30 цигари на ден, пие по 20 г алкохол седмично.

Физикален преглед: Физикалният преглед установява обезитет особено подчертан в областта на талията. Забелязват се тъмнолилави стрии върху корема и бедрата, периферен оток. Кожата е тънка, с множество синини. Пулсът е 76/мин, кръвно налягане – 168/104 mmHg. Установява се лека проксимална миопатия.

Въпрос:

Въз основа на анамнезата на пациента и находките от физикалния преглед, коя е най вероятната диагноза?

- A. Дребноклетъчен белодробен карцином**
- B. Хипотиреозидизъм**
- C. Синдром на Кушинг**
- D. Пролактином**
- E. Захарен диабет тип 2**

Обсъждане

ВЕРЕН ОТГОВОР:

С. СИНДРОМ НА КУШИНГ, ВСЛЕДСТВИЕ НА НАДБЪБРЕЧЕН КАРЦИНОМ

Това наименование обединява всички форми на надбъбречна хиперфункция с увеличена секреция на глюкокортикоиди – кортизол: Ятрогенен синдром на Кушинг: продължително лечение с глюкокортикоиди или АКТХ; Болест на Кушинг: микроаденом на аденохипофизата или свръхпродукция на хипоталамуса и свръхпродукция на АКТХ; Синдром на Кушинг: аденом или карцином на надбъбречната жлеза и свръхпродукция на кортизол.

Патогенезата на заболяването е свързана със свръхпродукцията на кортизол, което води до ускорен белтъчен, мастен и въглехидратен метаболизъм. Промени в ССС, костната система, кожата, половите органи. *Клинична картина:* Заболяването започва и еволюира бавно. Изключение прави надбъбречният карцином, който дава бързо развитие и КК:

- **Кожа:** склонност към акне, образуване на тъмновиолетови стрии по гърдите и корема, изтъняване на кожата, лошо зарастване на рани.
- **Нарушена мастна обмяна:** Затлъстяване. Преразпределение на мастните депа – *Facies lunata* с плетора, мастна гърбица в областта на долни шийни прешлени, затлъстяване от централен тип, хиперхолестеролемия.
- **Нарушена белтъчна обмяна:** Увеличено разграждане на белтъците, което води до миопатия с редукция на мускулната маса главно по крайниците, адинамия, резорбция на костната тъкан с остеопороза.
- **Нарушена въглехидратна обмяна:** Стероиден диабет, кортизолът инхибира инсулина, стимулира глюконеогенезата и гликогенезата.
- **ССС:** Хипертония, кортизолът активира рецепторите на съдовете към катехоламини.
- **Полови промени:** при жените: хирзутизъм, нарушен менструален цикъл. При мъже се проявява полова слабост.

Лаборатория: хипернатриемия, хипокалиемия, кортизолурия, загубен кортизолов денонощен ритъм, АКТХ повишен.

А. Дребноклетъчен белодробен карцином

Дребноклетъчният карцином е асоцииран с паранеопластичния синдром поради засягането на невроендокринни клетки, които имат способността да секретират хормони. Паранеопластичният синдром се характеризира със секреция на различни пептиди и хормони от туморните клетки или в определени случаи и от нормални клетки при наличие на малигнен (злокачествен) процес. Голям процент от пациентите с белодробен карцином биват диагностицирани на базата на клинична изява на паранеопластичния синдром. Към паранеопластичен синдром се отнасят: синдром на Кушинг.

В. Хипотиреоидизъм

Хипотиреоидизмът е ендокринно заболяване, дължащо се на намалено производство на щитовидни хормони. То започва постепенно и недоволимо. Клиничната картина на болестта включва отслабване на физическата и психическата дееспособност, липса на инициативност, умора, удължено време на Ахилесовия рефлекс, повишена чувствителност към студ, наддаване на теглото въпреки намаления апетит, запек и подуване на корема, менструални нарушения, намалено либидо.

Д. Пролактином

Пролактиномът заема над 50% от всички хипофизни аденоми. Характеризира се с повишена секреция на пролактин, което води до хиперпролактинемия и хипогонадизъм. При мъжете е по-чест макроаденомът, клинично проявяващ се с понижен тестостерон, понижена сперматогенеза, стерилитет, импотентност.

Е. Захарен диабет тип 2

Захарният диабет тип 2 е метаболитно нарушение, характеризиращо се с инсулинова резистентност на тъканите. Патогенетично водещата причина остава продължителната хиперсекреция на инсулин, водеща до *down regulation* на рецепторите за инсулин в периферните тъкани. Усложненията при нелекуван диабет са сериозни и засягат човешкия живот: микро- и макроангиопатия, периферна съдова болест, диабетна невропатия. ■

СЪСТОЯНИЕ	ХАРАКТЕРИСТИКА
Дребноклетъчен белодробен карцином	Рецидиви, загуба на тегло над 10% от изходното телесно тегло, лошо състояние на ефективността, хипонатриемия
Хипотиреоидизъм	Отпадналост, умора, наддаване на тегло, запек, чувствителност към студ
Синдром на Кушинг	Изтънена кожа, стрии, <i>Facies lunata</i> , мастна гърбица в областта на долни шийни прешлени, затлъстяване от централен тип, миопатия, полови промени
Пролактином	Хиперпролактинемия, хипогонадизъм, стерилитет, намалено либидо
Захарен диабет тип 2	Замъглено виждане, полиурия, полидипсия, парестезии, хронични инфекции, атеросклероза