

УДК 616.453.72–008.61

П.М. Ляшук, Н.І. Станкова*, М.О. Леонова*, І.В. Бойко*, Р.П. Ляшук

ХВОРОБА ІЦЕНКА-КУШИНГА: ВИПАДОК ІЗ ЛІКАРСЬКОЇ ПРАКТИКИ*Буковинський державний медичний університет***Чернівецький обласний ендокринологічний центр, Чернівці***ВСТУП**

Серед основних синдромів хвороби Іценка-Кушинга трапляються і порушення у системі зсідання крові (як гіпер-, так і гіпокоагуляція), що клінічно проявляються тромбозом, емболією, підшкірними крововиливами, кровотечами. У хворих виявляють підвищення загальної коагуляційної активності крові, концентрації фібриногену, чинників зсідання крові VIII і XII, гальмування фібринолізу та підвищення концентрації гепарину [1, 2, 4]. Аналіз летальних випадків у перед- і поопераційний періоди показав, що у 50% спостережень безпосередньою причиною смерті були кровотечі або тромбоемболія легеневої артерії [4]. Підвищення тромбогенних властивостей крові трапляється у пацієнтів з активною стадією хвороби Іценка-Кушинга [3, 5].

Наводимо випадок клінічного спостереження хворої, у якої типові клінічні ознаки хвороби Іценка-Кушинга розвивалися поступово, а домінували прояви гіперкоагуляції.

Хвора П., 42 роки, у листопаді 2009 р. перебувала на лікуванні у Чернівецькому обласному кардіологічному диспансері з діагнозом: хронічна тромбоемболія легеневої артерії, тромбоз глибоких вен нижніх кінцівок, гіпоталамічне ожиріння III ступеня, симптоматична гіпертензія. Хвору консультували спеціалісти Національного інституту фтизіатрії і пульмонології. У подальшому пацієнтка лікувалася стаціонарно у Київській міській клінічній лікарні («Київський міський центр серця»), де діагноз було підтверджено. Отримувала гепарин (в/в інфузії), синкумар, кардіомагніл, детралекс, енап. Н. Рекомендовано консультацію ендокринолога.

Пройшла обстеження у Чернівецькому обласному ендокринологічному центрі (4–12.02.2010 р.).

Скарги на загальну слабкість, сухий кашель, задишку, біль у ногах під час ходьби, набряки на ногах, високий артеріальний тиск, збільшення маси тіла, відсутність місячних. Вважає себе хворою з весни 2009 р., коли раптово з'явився сильний біль у правому боці, задишка, кашель із виділенням слизо-

вого харкотиння з прожилками крові, підвищення температури тіла до 37,8°C. Подібні епізоди повторювалися. Набряки і біль у ногах турбують протягом року.

Об'єктивно. Стан хворої задовільний. Зріст — 163 см, маса тіла — 107 кг (ІМТ — 40,0 кг/м²). Ціаноз губ, шкіра блідо-рожевого кольору, підшкірно-жирова тканина надмірно розвинута з переважним розташуванням у ділянці тулуба, живота, обличчя. Кінцівки відносно худі. Смуги розтягнення на передній і бічних черевних стінках синюшно-багряного кольору, набряки на ногах. Пульс ритмічний, 80 уд./хв., тони серця ослаблені, АТ — 180/100 мм рт. ст. Над легенями дихання везикулярне, ослаблене у нижніх відділах.

Клінічні аналізи крові та сечі без змін. АКТГ у крові — 181,0 пг/мл (норма 8,3–57,8 пг/мл), кортизол у крові — 21,66 мкг/дл (норма 6,7–22,6 мкг/дл), 17-ОКС у сечі — 1,28 і 2,09 мкмоль/добу (норма 0,18–0,83 мкмоль/добу), глюкоза у крові — 4,6 ммоль/л, холестерин — 6,3 ммоль/л. Показники системи зсідання крові: концентрація фібриногену — 4,88 г/л (норма 2,0–4,0 г/л), протромбіновий індекс — 109% (норма 80–100%), час рекальцифікації — 123 с (норма 6–120 с), толерантність плазми до гепарину — 18 хв. (норма 8–16 хв.).

КТ надниркових залоз: картина вузликової гіперплазії лівої надниркової залози. МРТ головного мозку: ознаки мікроаденоми гіпофіза. Рентгенографія легень: зниження прозорості легневих полів; судинний рисунок підсилений, збагачений, деформований. Рентгенографія хребта: виражений остеопороз, хондроз дисків L4–L5. Ангіопульмографія: субсегментарна тромбоемболія дистального русла верхньо- і нижньочасткової гілки лівої легеневої артерії, середньо- і нижньочасткової гілки правої легеневої артерії. УЗД венозного кровообігу: відтік у системі глибоких вен нижніх кінцівок утруднений, функціональна здатність клапанного апарату знижена у системі підколінних і гомілкових вен. ЕКГ: ритм синусовий, правильний,

ЧСС — 80 уд./хв.; ЕВС горизонтальна; зміни кінцевої частини шлуночкового комплексу передньо-бічної стінки лівого шлуночка.

Консультація окуліста: ангіодистрофія сітківки, поля зору на білий колір не змінено. Консультація ангіохірурга: хронічна тромбоемболічна хвороба; ПТФХ нижніх кінцівок; ХВН II А ст., набряково-больова форма.

Оскільки основним захворюванням, як ми вважали, була хвороба Іценка-Кушинга, хвору направили на консультацію до Інституту ендокринології та обміну речовин, де діагноз підтверджено. Пацієнтку переведено до центру загальної нейрохірургії клінічної лікарні «Феофанія», де 5.03.2010 р. у плановому порядку виконано трансназально-трансфеноїдальне видалення мікроаденоми гіпофіза. Гістологічний діагноз: аденома гіпофіза змішаного характеру (хромофобні та базофільні клітини).

Загальний стан хворої задовільний, через місяць схудла на 14 кг, АТ — 140/90 мм рт. ст. У зв'язку з поопераційним нецукровим діабетом призначено уропрес. Крім цього, рекомендовано синкумар 5 мг 1 раз на добу, детралекс по 500 мл 2 рази на добу, трентал по 1000 мл 3 рази на добу. Пацієнтка перебуває під спостереженням ендокринолога та ангіохірурга.

Практична значущість наведеного випадку полягає в тому, що у клінічній картині хвороби Іценка-Кушинга домінував відносно рідкісний тромбоемболічний синдром. На інші типові синдроми захворювання лікарі не звернули уваги. Прогностично важливим є вчасне виявлення і лікування тромбозу та флеботромбозу нижніх кінцівок у цієї категорії хворих.

ЛІТЕРАТУРА

1. Васюкова Е.А., Писарская И.В., Скворцова Р.И. Система свёртывания крови и метаболизм кортизола при болезни Иценко-Кушинга // Тер. арх. — 1969. — В.7. — С. 85–88.
2. *Эндокринология: Пособие* / А.С.Ефимов, П.М.Боднар, О.В.Большова-Зубковская та ін; За ред. А.С.Ефимова. — К.: Вища шк., 2004. — С. 76–89.
3. Ляшук П.М. Актуальні питання системної терапії глюкокортикоїдними препаратами // Міжнародний ендокринологічний журнал. — 2009. — №2 (20). — С. 99–102.
4. Пархимович Р.М. Изменения свёртывающей системы крови, геморрагии и тромбозы при болезни Иценко-Кушинга и кортикостероме // Пробл. эндокринологии. — 1969. — №2. — С. 43–47.
5. Писарская И.В., Шарова Ю.А. Особенности системы свёртывания крови при болезни Аддисона и Иценко-Кушинга // Сов. медицина. — 1969. — №7. — С. 118–120.

РЕЗЮМЕ

Болезнь Иценко-Кушинга: случай из врачебной практики

П.М. Ляшук, Н.И. Станкова, М.А. Леонова, В.И. Бойко, Р.П. Ляшук, О.В. Грабовецкий

Приведен случай болезни Иценко-Кушинга, в клинической картине которого, наряду с типичными признаками, доминировал относительно редкий тромбоемболический синдром. Удаление микроаденомы гипофиза способствовало обратному развитию симптоматики заболевания.

Ключевые слова: аденома гипофиза, болезнь Иценко-Кушинга, тромбоемболия лёгочной артерии.

SUMMARY

A clinical case of Cushing's disease

P. Lyashuk, N. Stankova, M. Leonova, V. Boyko, R. Lyashuk, O. Hrabovetskyi

The article covers a case of Cushing's disease (hypercorticism). In the clinical findings along with typical features was dominated a relatively rare thromboembolic syndrome. Removal of hypophyseal microadenoma contributed to the reverse evolution of the symptoms of the disease.

Key words: hypophysis microadenoma, Cushing's disease, pulmonary embolism.

Дата надходження до редакції 17.08.2010 р.