

A NÖVEKEDÉSI HORMON TERMELŐDÉSÉNEK ZAVARAI

Pubertás előtt: -túlprodukció→gigantizmus
-csökkent termelés→nanoszómia

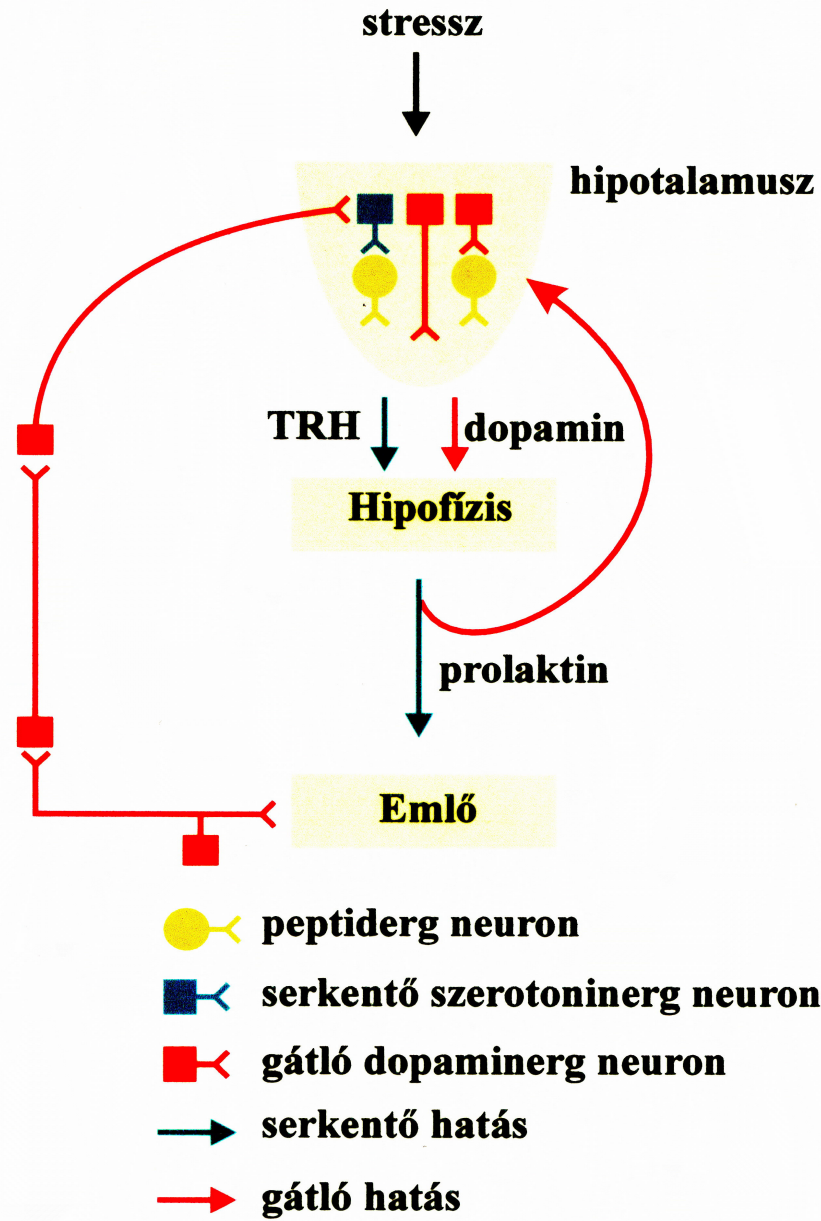
Pubertás után: -túlprodukció→akromegália
-csökkent termelés→nem okoz betegséget

Akromegália tünetei: -kéz, láb, orr, állkapocs, belső
szervek megnagyobbodása
-izületi fájdalmak, fejfájás
-IGT v. diabétesz
-hipertenzió
-amenorrhoea ill. potenciazavar
-látótér kiesés

- Diagnózis:

- megtekintés
- szella RTG és CT felvétel
- GH szint
- GH szint változása TRH terhelésre
 - Normálisan nincs GH változás
 - Akromegáliában GH emelkedik
- Glukóz terhelésre
 - normálisan csökken az GH szint
 - akromegáliában nő az GH szint

A prolaktin elválasztás szabályozása



A PROLAKTIN (PRL) VIZSGÁLATA

Jelentőség: a kóros hiperprolaktinémia a harmadik leggyakoribb endokrin kórkép. Az ún. idiopátiás sterilitás leggyakoribb kóroka a hiperprolaktinémia.

Meghatározás: plazma (RIA) napi ritmus : éjjel magas reggel alacsony

Magas szint:

Élettani okok	Gyógyszerek	Patológiai okok
Terhesség	Ösztrogének	Hipotalamusz betegségek
Szoptatás	Altatószerek	Hipofízisnyél-átmetszés
Stressz	Metildopa	Hipotireózis (TRH)
Alvás	Metoclopramid	Makroadenómia, makroad.
	Cimetidin	Veseelégtelenség
	Major	Nelson-szindróma
	trankvillánsok	Krónikus mellkas irritáció
	TRH terhelés	Sérülés, műtét, herpes zoster

Alacsony szint: hipopituitazmus, izolált PRL hiány

Hiperprolaktinémia diagnózisa

Plazma PRL szint és ritmus

Norm.: ♂ 1-15 ng/ml
(225-675pmol/l)
♀ 1-25 ng/ml
(225-1125pmol/l)

Szella RTG, CT

Stimuláció: - TRH terhelés

normálisan erősen nő a PRL szint, adenómiában kevésbé

- Metoclopramid
- Klórpromalin

Terápia

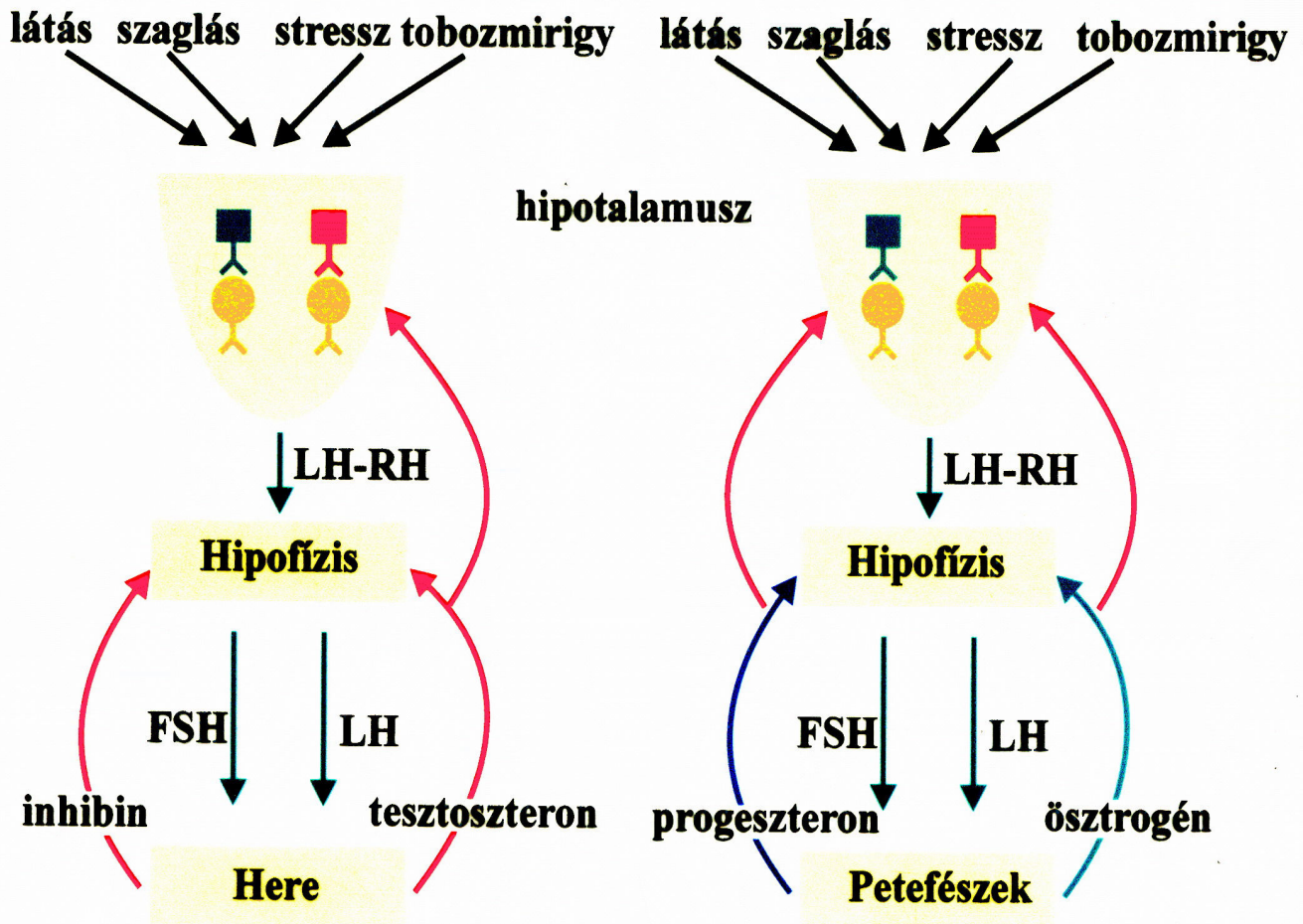
Gyógyszeres terápia:

Bromokriptin
Dopamin-agonista

Sebészi terápia:

Transzszfenoidális
hipofizektómia

A nemi hormonok elválasztásának szabályozása



A GONADOTROP HORMONOK /LH, FSH/ VIZSGÁLATA

Jelentőség: 1. A perifériás és centrális eredetű gonád működési zavarok elkülönítése
2. a kialakulóban lévő hipopituitarizmus felismerése

Meghatározás: plazmából vagy vizeletből /RIA/

Szintjük: ♂ viszonylag állandó
♀ a ciklustól függően változik

Magas szint: primer hipogonadizmus /♂,♀/
menopauza /♀/

Alacsony szint: hipopituitarizmus, illetve hipofízis-hipotalamusz zavarok /♂,♀/

Stimuláció: 1. LH-RH adására szintjük nő. Ha többször megismételt próba negatív, a zavar hipofízis eredetű.
2. Clomifen-citrát a negatív feed-back gátlásával
LH-RH-t tesz szabaddá /LH↑, FSH↑/. Csak ép hipotalamusz működés esetén értékelhető

DIABETES INSIPIDUS (DI)

ADH HIÁNY

- idiopátiás
- trauma
- tumor
- hisztiocitózis

NEFROGÉN DI

- X-hez kötött
rec. öröklődő
„water baby”
- krónikus vesebetegség
- hipokalémia
- gyógyszerek(Fenacetin,lítium)
- myeloma multiplex

TÜNETEK:

Poliuria, polidipsia (4-20l) alacsony vizeletfajsúly, vizeletkoncentrálási képtelenség, plazma hiperozmolaritás, hipernatrémiás hipovolémia.

DIAGNÓZIS :

- vizelet mennyiség > 6l.
- vizelet fajsúly <100g.
- szomjaztatási próba-normálisan és primer polidipsziában a vizelet mennyisége csökken, a fajsúly nő.
- pitressin (ADH) próba-normálisan, primer polidipsziában és ADH hiányában nő a vizelet fajsúlya, nefrogén DI-ben nem.
- sóterhelés Carter-Robbins-próba
3%-os sóinfúzió hatására
 - normálisan és primer polidipsziában a vizelet mennyiség csökken, a fajsúly nő.
 - ADH hiányában a diurézis nő, a fajsúly nem változik; ha ADH készítményt adunk a fajsúly nő, a vizelet mennyiség csökken.
 - nefrogén DI-ban a diurézis nő, a fajsúly nem változik, ADH hatására nincs változás.
- szella rtg, CT, látótér vizsgálat, stb.