

OBSAH

ENDOKRINOLOGIE 9

I.Slářka a spolupracovníci:

J.Němec, V.Zamrazil, M.Neradilová, B.Kalvachová, R.Hampl

1.	Stručná patofyziologie endokrinního systému	9
1.1.	Definice a rozdělení hormonů	9
1.2.	Mechanismus účinku hormonů	9
1.3.	Obecné principy endokrinních regulací	12
1.4.	Rozdělení endokrinopatií	14
2.	Epidemiologie a etiologie endokrinopatií	14
3.	Základní vyšetření nemocného a obecná symptomatologie endokrinopatií	15
3.1.	Symptomy endokrinních onemocnění a systémové účinky poruch hormonálních regulací	15
3.2.	Klinická diagnostika endokrinopatií	16
3.3.	Hormonální vyšetření a funkční testy	17
3.4.	Grafické vyšetřovací metody	19
4.	Základy hormonální farmakoterapie	20
5.	Přehled endokrinních chorob a syndromů	22
5.1.	Onemocnění hypotalamu	22
5.2.	Onemocnění hypofýzy	23
5.2.1.	Adenohypofýza	24
5.2.2.	Neurohypofýza	28
5.2.3.	Endokrinologie růstu	30
5.3.	Štítná žláza	34
5.3.1.	Eufunkční struma	35
5.3.2.	Hyperthyreóza	36
5.3.3.	Hypothyreóza	39
5.3.4.	Záněty štítné žlázy	41
5.3.5.	Nádory štítné žlázy	45
5.4.	Kalciofosfátový metabolismus a metabolické osteopatie	45
5.4.1.	Kalciotropní hormony a fázemi kalciofosfátového metabolismu	45
5.4.2.	Metabolické osteopatie	54
5.5.	Nadledviny	59
5.5.1.	Kůra nadledvin	59
5.5.2.	Dřeň nadledvin	74
5.6.	Endokrinně podmíněná onemocnění gonád	75
5.6.1.	Testes	75
5.6.2.	Poruchy sexuální diferenciace	80
5.6.3.	Ovaria	86
5.7.	Gastrointestinální hormony	94
5.8.	Mnohočetná endokrinní neoplazie	95
5.9.	Endokrinně závislé nádory	95

DIABETES MELLITUS 97

Michal Anděl

1.	Úvod a fyziologie	97
1.1.	Definice	97
1.2.	Historie	97
1.3.	Anatomie: organizace a ultrastruktura Langerhansových ostrůvků pankreatu	97
1.4.	Biosyntéza a sekrece inzulínu	98
1.5.	Struktura inzulínu	98
1.6.	Inzulinový receptor	99
1.7.	Účinky inzulínu	99
1.8.	Stanovení plazmatických hladin inzulínu	99
2.	Patofyziologie	99
2.1.	Patologická fyziologie diabetes mellitus I.typu	99
2.1.1.	Genetika diabetes mellitus I.typu	99
2.1.2.	Experimentální modely diabetu I.typu, resp. inzulin dependentního diabetu	100
2.1.3.	Histologie Langerhansových ostrůvků u diabetes mellitus I.typu	100
2.1.4.	Imunitní faktory v patogenezi diabetu I.typu	101
2.1.5.	Rozvoj autoimunní inzulitid	101
2.2.	Patologická fyziologie diabetes mellitus II.typu	102
2.2.1.	Genetika diabetes mellitus II.typu	102
2.2.2.	Obezita, distribuce tělesného tuku a výživa v etiologii diabetes mellitus II.typu	102
2.2.3.	Role inzulinové rezistence v patogenezi diabetes mellitus II.typu	103
2.2.4.	Patologické nálezy na Langerhansových ostrůvkách u plně vyvinutého diabetes mellitus II.typu	104
2.2.5.	Neuroendokrinní faktory v patogenezi diabetes mellitus II.typu	104
2.2.6.	Sekrece inzulínu u diabetes mellitus II.typu	104
2.2.7.	Experimentální modely diabetes mellitus II.typu	104
2.2.8.	Patogeneze diabetes mellitus II.typu - souhrn	105

3.	Hlavní nosologické skupiny diabetes mellitus	105
3.1.	Diabetes mellitus I.typu	105
3.1.1.	Epidemiologie	105
3.1.2.	Symptomatologie	105
3.1.3.	Diagnóza	105
3.1.4.	Diferenciální diagnostika	106
3.1.5.	Léčba	106
3.1.5.1.	Substituční terapie inzulinem	106
3.1.5.2.	Diabetická dieta v terapii diabetu I.typu	108
3.1.6.	Přirozený průběh diabetes mellitus I.typu	109
3.2.	Diabetes mellitus II.typu	109
3.2.1.	Epidemiologie	109
3.2.2.	Symptomatologie	109
3.2.3.	Diagnóza	109
3.2.4.	Léčba diabetes mellitus II.typu, obecné cíle	110
3.2.4.1.	Dieta v léčbě diabetes mellitus II.typu	110
3.2.4.2.	Terapie perorálními antidiabetiky	110
3.2.4.3.	Léčba diabetes mellitus II.typu inzulinem	112
3.2.4.4.	Výchova nemocných diabetem II.typu	112
3.2.5.	Přirozený průběh diabetes mellitus II.typu	112
3.2.6.	MODY typ diabetu	112
3.3.	Diabetes mellitus provázející jiné choroby (sekundární diabetes mellitus)	112
3.4.	Gestační diabetes	112
3.5.	Porušená tolerance sacharidů	113
3.6.	Vzácné typy diabetes mellitus	113
4.	Komplikace diabetes mellitus	114
4.1.	Akutní komplikace diabetes mellitus	114
4.1.1.	Diabetická ketoacidóza a hyperglykémické ketoacidotické koma	114
4.1.2.	Hyperglykémické hyperosmolární neketoacidotické koma	115
4.1.3.	Laktacidotické koma	116
4.1.4.	Hypoglykémické koma	116
4.2.	Chronické komplikace diabetes mellitus	117
4.2.1.	Chronické specifické komplikace diabetes mellitus	117
4.2.1.1.	Mikrovaskulární komplikace diabetes mellitus	117
4.2.1.2.	Diabetická makroangiopatie	119
4.2.2.	Chronické nespecifické komplikace diabetu	120
4.2.3.	Další nespecifické komplikace diabetu	120
4.3.	Komplikace léčby diabetu	120
5.	Preventivní diabetologie	120
5.1.	Primární prevence	120
5.2.	Sekundární prevence	121
6.	Dodatek: umělá sladidla	121
6.1.	Energetická umělá sladidla	121
6.2.	Neenergetická umělá sladidla	121

HYPOGLYKEMIE 122

Michal Anděl

1.	Úvod	122
1.1.	Postprandiální hypoglykemie	122
1.2.	Hypoglykemie nalačno	122

GLYKOGENÓZY 126

Michal Anděl

HYPERLIPOPROTEINÉMIE 129

Pavel Kraml, Michal Anděl

1.	Lipoproteiny	129
1.1.	Metabolismus lipidů	129
1.2.	Funkce hlavních apoproteinů	129
1.3.	Rozdělení lipoproteinů	129
2.	Dělení hyperlipoproteinémii	132
2.1.	Primární hypetriacylglycerolemie	132
2.1.1.	Primární hyperchylomíronémie	132
2.1.2.	Primární endogenní hypetriacylglycerolemie	132
2.1.3.	Familární kombinovaná hyperlipoproteinémie	133
2.1.4.	Familární dysbetalipoproteinémie	133
2.2.	Sekundární hypetriacylglycerolemie	133
2.3.	Primární hypercholesterolémie	134
2.3.1.	Familární hypercholesterolémie	134
2.3.2.	Primární polygenní hypercholesterolémie	134

2.3.3.	Familiární kombinovaná hyperlipoproteinémie	134
2.3.4.	Hyperlipoproteinémie Lp(a)	134
2.4.	Sekundární hypercholesterolémie	134
2.5.	Fyziologické hodnoty základních lipidových parametrů	135
2.6.	Orientační dělení primárních hyperlipoproteinémii	135
3.	Léčba hyperlipoproteinémii	135
4.	Přehled hypolipidemik	136
4.1.	Niacin	136
4.2.	Fibraty	136
4.3.	Statiny	136
4.4.	Iontoměněče	137
4.5.	Probucol	137
5.	Terapeutické cíle z hlediska prevence kardiovaskulárních onemocnění u dospělých	137

HYPOLIPOPROTEINÉMIE 138

Pavel Kraml

1.	Primární hypolipoproteinémie	138
1.1.	HDL deficience (Tangierská choroba)	138
1.2.	Familiární hypoalphalipoproteinémie	138
1.3.	Deficit LCAT	138
1.4.	Recesivní abetalipoproteinémie a familiární hypobetalipoproteinémie	138
1.5.	Abetalipoproteinémie s normální hladinou triacylglycerolu	139
1.6.	Nemoc z retence chylomikronů	139
2.	Sekundární hypolipoproteinémie	139

OBEZITA 140

Vladimír Štich

1.	Definice	140
2.	Patofiziologie obezity	140
2.1.	Etiologie	140
2.1.1.	Nadměrný příjem	140
2.1.2.	Snížený energetický příjem	140
2.1.3.	Genetické faktory	141
2.1.4.	Socioekonomické aspekty	141
2.2.	Patofiziologie tukové tkáně	141
2.2.1.	Metabolizmus tukové tkáně	141
2.2.2.	Hypertrofie/hyperplazie tukové tkáně	141
2.2.3.	Podkožní/viscerální tukové tkáně	141
2.3.	Obezita a endokrinní odchylky	142
2.3.1.	Inzulinorezistence a obezita	142
2.3.2.	Endokrinní odchylky	142
2.4.	Sekundární obezity	142
3.	Základní vyšetření obézního pacienta	142
3.1.	Hodnocení obezity dle výhy ve vztahu k výšce	142
3.2.	Hodnocení regionálního rozložení tuku	143
3.3.	Anamnéza	143
3.4.	Fyzikální vyšetření	143
4.	Pomocné vyšetřovací metody	143
4.1.	Hodnocení množství tělesného tuku	143
4.2.	Další pomocná vyšetření	144
5.	Klinický obraz obezity	144
5.1.	Typ obezity	144
5.2.	Komplikace obezity	144
5.2.1.	Metabolický syndrom - inzulinorezistence	144
5.2.2.	Diabetes mellitus II. typu	144
5.2.3.	Hypertenze	144
5.2.4.	Hladiny lipoproteinů	144
5.2.5.	Kardiovaskulární choroby	144
5.2.6.	Plicní funkce	144
5.2.7.	Cholezystitida	145
5.2.8.	Nádorová onemocnění	145
5.2.9.	Další komplikace	145
6.	Léčba	145
6.1.	Dieta	145
6.1.1.	Konvenční nízkokalorické diety	145
6.1.2.	Velmi nízkokalorické diety	145
6.2.	Polyybová aktivity	146
6.3.	Behaviourální terapie	146
6.4.	Farmakoterapie	146
7.	Preventivní aspekty v obezitologii	147

PODVÝŽIVA	148
<i>Petr Beneš, Michal Anděl</i>	
1. Úvod	148
2. Klasické dělení podvýživy	148
2.1. Marasmus	148
2.2. Kwashiorkor	149
3. Dělení podvýživy podle závažnosti	149
PORUCHY METABOLIZMU KYSELINY MOČOVÉ (Puriny)	150
<i>Jan Malý</i>	
1. Úvod	150
2. DNA	151
3. Kyselina močová a onemocnění ledvin	152
3.1. Rozdělení nefrolitiáz z kyseliny močové	152
3.2. Možnosti terapie poruchy metabolismu kyseliny močové	153
PORUCHY METABOLIZMU PORFYRINŮ (Porfyrie)	156
<i>Lubomír Kužela</i>	
1. Etiopatogeneza	156
2. Výseřfovací metody	157
3. Rozdělení porfyrí	158
3.1. Erytropoetická porfyría	158
3.2. Protoporfyría	158
3.3. Jaterní porfyría s neurologickými příznaky	158
3.3.1. Akutní intermitentní porfyría	159
3.3.2. Hereditární koproporfyría	159
3.3.3. Porfyría variegata	159
3.3.4. Porfyría cutanea tarda	159
3.4. Acidurie δ-aminolevulové kyseliny	160
3.5. Toxické porfyrí	160
PORUCHY VNITŘNÍHO PROSTŘEDÍ	162
<i>Michal Anděl</i>	
1. Fyziologické a patofiziologické základy	162
1.1. Pojem vnitřní proslidí	162
1.2. Metabolizmus vody a elektrolytů	162
1.3. Složení tělesných tekutin	162
1.4. Význam jednotlivých minerálních látok	163
1.5. Pojem pH	163
1.6. Produkty metabolismu a jejich odstraňování	164
2. Základní výsledek nemocného a obecná symptomatologie poruch vodní, elektrolyt. a acidob.rovnováhy	165
2.1. Anamneza	165
2.2. Objektivní nález u nemocných s poruchami vodní, elektrolyt. a acidobaz. rovnováhy	165
2.3. Základní přístup k laborator.výseřfování poruch acidob.rovnováhy a k interpretaci získaných hodnot	166
3. Prostředky k úpravě vodního a minerálního hospodářství a poruch acidobazické rovnováhy	167
4. Přehled poruch metabolismu vody, minerálů a acidobaz. rovnováhy	169
4.1. Poruchy metabolismu vody	169
4.1.1. Dehydratace	169
4.1.1.1. Hypotonická dehydratace	169
4.1.1.2. Izotonická dehydratace	170
4.1.1.3. Hypertonická dehydratace	170
4.1.1.4. Prevence dehydratace	170
4.1.2. Hyperhydratace	171
4.1.2.1. Hypotonická hyperhydratace	171
4.1.2.2. Izotonická hyperhydratace	171
4.1.2.3. Hypertonická hyperhydratace	171
4.2. Poruchy osmolalit	172
4.2.1. Hyperosmolární syndrom	172
4.2.2. Hypoismolární syndrom	172
4.3. Poruchy minerálního metabolismu	172
4.3.1. Poruchy metabolismu sodíku	172
4.3.1.1. Hyponatrémie	172
4.3.1.2. Hypernatrézie	173
4.3.2. Poruchy metabolismu chloridu	173
4.3.2.1. Hypochlörémie	173
4.3.2.2. Hyperchlörémie	173
4.3.3. Poruchy metabolismu drasliku	174
4.3.3.1. Deplece kalia	174

4.3.3.2.	Hyperkalémie	174
4.3.4.	Poruchy metabolismu vápníku	175
4.3.4.1.	Hypokalcémie	175
4.3.4.2.	Hyperkalcémie	176
4.3.5.	Poruchy metabolismu fosfátů	176
4.3.5.1.	Hypofosfatémie	176
4.3.5.2.	Hyperfosfatémie	177
4.3.6.	Poruchy metabolismu hořčíku	177
4.3.6.1.	Deficit hořčíku	177
4.3.6.2.	Nadbytek hořčíku	177
4.4.	Poruchy acidobazické rovnováhy	177
4.4.1.	Metabolická acidóza	177
4.4.2.	Metabolická alkaloza	178
4.4.3.	Respirační acidóza	179
4.4.4.	Respirační alkaloza	179
4.4.5.	Kombinované poruchy acidobazické rovnováhy	180

PORUCHY METABOLIZMU STOPOVÝCH PRVKŮ 181

Pavel Dlouhý

1.	Patofyziologické poznámky	181
2.	Prvky	181
2.1.	Fluor	181
2.2.	Jód	181
2.3.	Zinek	182
2.4.	Selen	182
2.5.	Měď	183
2.6.	Mangan	183
2.7.	Chrom	184
2.8.	Molybden	184
2.9.	Kobalt	184

PORUCHY METABOLIZMU VITAMÍNU 185

Pavel Dlouhý

1.	Základní pojmy	185
2.	Liposolubilní vitamíny	185
3.	Hydrosolubilní vitamíny	187

TABULKY FYZIOLOGICKÝCH HODNOT 192

Robert Pytlík

Tvorbu "specifických" horomónů nebo "nehoromónových" faktorů využívají aktivní buňky k harmonizaci vlastního funkčního stavu s vlastním "severovodivým" plněním. V důsledku toho se prokročí základní a paragonální funkce a mohou dojít k sekrecii různých větších molekul mezi všechny buňky. Tento proces je nazýván "proto- a prohoromónovou sekrecií". Vznikají tak "odšíperené" mimošedlohoromóny, když buňka sekretuje horomóny, když tedy mimo sekretoru sekretuje do celého těla. Nejdříve jde o sekretory, které jsou všechny obvykle jako granula sekretora nebo vakuoly podél transporcového kanálu, využívají citozízickou komplexní sekreci.

Jen některé horomóny mají vlastnosti kontinuálně nebo závisle sekretované. Mezi ně patří sítice žláze a všechny buňky všechno provádějí interkomunikační funkci v souladu s časovými odstupy podle funkce cyklu. V rámci těla je horomón, např. u gonadotropinu, všechna buňka je schla-

zena k sekreci horomónu v souladu s vlastním hodnotením vlastního stavu od okamžiku, když se buňka dostala z vlastního životního cyklu k sekretoru, až do dosažení příslušného regulativního znamení.

Horomón je základním objektem v endokrinologii, protože je možné apelovat zejména na jeho mechanismus - receptoričeský. Horomony jsou vlastně horomón je všechny buňky zařazeny do jednoho funkcionálního receptoru, kde existují množství receptorů, které jsou selektivně horomónem reagují a je možné specificky reagovat. Zdůrazněme, že receptoričeské reakce jsou definovány složenitou, avdy strukturou molekulárního modelu celulárního, např. smyslového receptoru, včelaž specifické interakce horomón-receptor, nebo dalším příkladem komplementární interakce v biologii tvaru, např. meziukov molekulkami březiny, DNA-RNA, enzym-substrát, antigen - proantigen, sibunit - transportní bílkovina horomón - horomónový receptor.