

# ПОСЛЕРОДОВЫЙ ГИПОПИТУИТАРИЗМ



Подготовила: Беисенбаева Ж.

Проверила: Дарыбаева А.Ж.

Курс: 6

Группа: 637

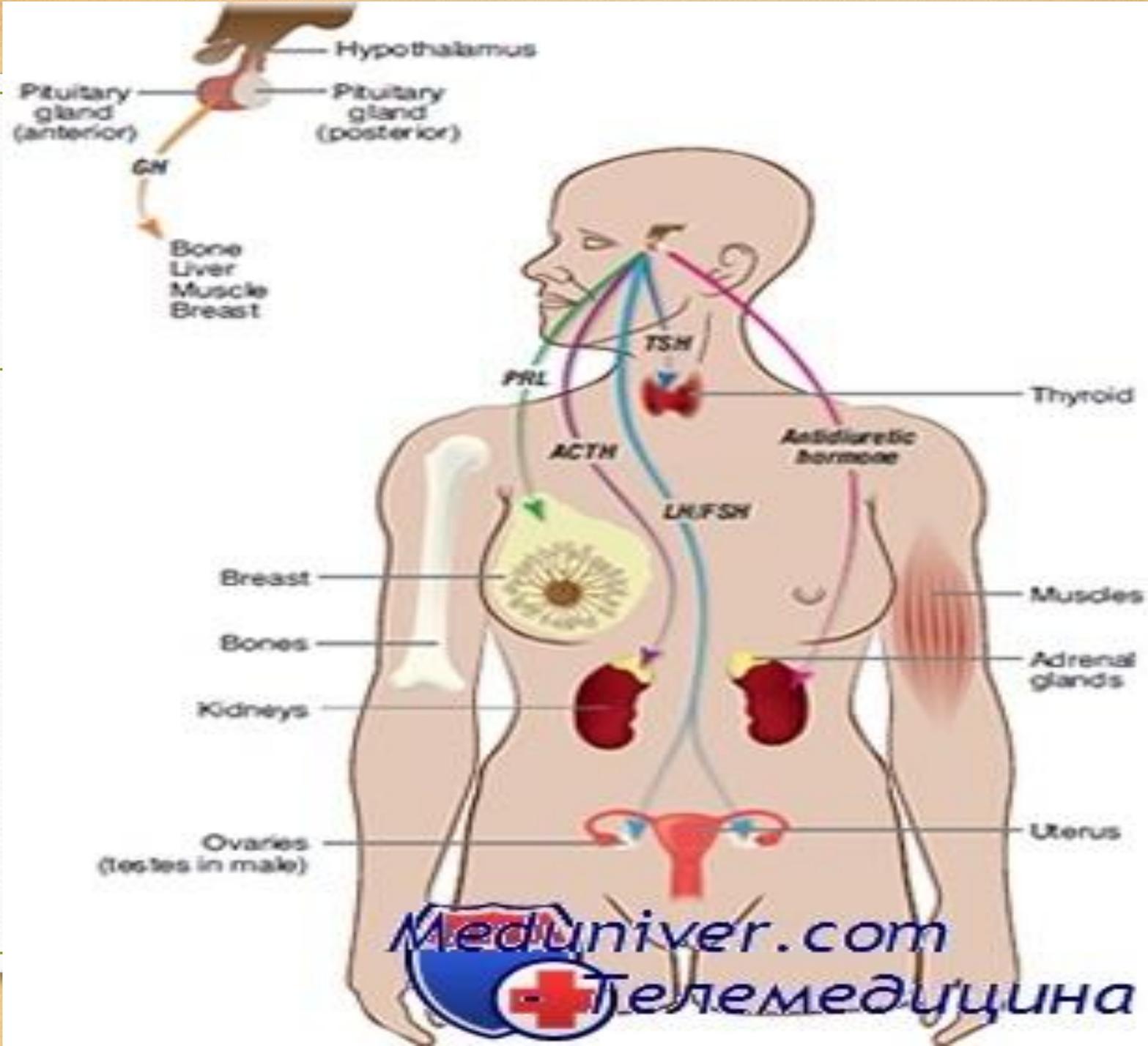
**Послеродовой гипопитуитаризм (синдром Шихана) — это совокупность гормональных нарушений, возникающих после родов и обусловленных недостатком функции передней доли гипофиза (эндокринной железы, расположенной у основания мозга и регулирующей выработку большинства гормонов организма).**

- **Синонимы**
- Шихана, Шиена (H. Sheehan), Шихена (H. Schiken), послеродовой некроз гипофиза.  
КОД ПО МКБ-10  
E23 Гипофункция и другие нарушения гипофиза.  
E23.0 Гипопитуитаризм.  
E23.1 Медикаментозный гипопитуитаризм.  
E89 Эндокринные и метаболические нарушения, возникшие после медицинских процедур, не классифицированные в других рубриках.  
E89.3 Гипопитуитаризм, возникший после медицинских процедур.

# ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

- Это заболевание известно с конца XIX в., но только в 1937 г. Н. Sheehan научно обосновал связь массивного кровотечения во время родов и последующей гипофункции передней доли гипофиза. Истинная частота этой патологии не известна, поскольку она может протекать в стёртой форме, в виде гипофункции щитовидной железы или артериальной гипотонии.

- После массивных послеродовых или пост-абортных кровотечений частота развития синдрома Шихана может достигать 40%. Заболевание развивается у каждой четвёртой женщины при кровопотере во время родов до 800 мл, у каждой второй — при кровопотере до 1000 мл и у двух из трёх женщин с массивной кровопотерей (до 4000 мл).



# Классификация

---

- В зависимости от недостаточности тропных гормонов гипофиза выделяют следующие формы синдрома Шихана:
- **глобальная форма** — с клиническими проявлениями недостаточности ТТГ, гонадолиберинов, АКТГ;
- **частичная форма** — с недостаточностью гонадотропной, тиреотропной, адренокортикотропной функций;
- **комбинированная недостаточность** гонадотропной и тиреотропной, тиреотропной и адренокортикотропной функций.

# ПАТОГЕНЕЗ

---

- Синдром Шихана развивается вследствие некротических изменений в гипофизе, возникающих на фоне внутрисосудистого свёртывания крови или спазма сосудов передней доли гипофиза после кровотечения и/или резкого падения АД, а также на фоне бактериального шока при родах или аборте. Предрасполагающим фактором развития синдрома считают гестоз, так как беременные с тяжёлой формой данного заболевания склонны к тромбообразованию.
- Кроме того, после родов отмечают физиологическое снижение выработки АКТГ, что вызывает ишемию гипофиза.

- **Симптомы послеродового гипопитуитаризма**

- Заболевание проявляется сразу после родов или по прошествии нескольких месяцев. Первый признак: отсутствие нагрубания молочных желез и выработки молока (агалактия).
- Головная боль, головокружение.
- Слабость, быстрая утомляемость, сонливость, снижение памяти.
- Снижение артериального давления, склонность к обморокам.
- Склонность к отекам.
- Повышенная ломкость и выпадение волос, повышенная ломкость ногтей.
- Усиленная пигментация кожи.
- Стойкое длительное нарушение менструального цикла, отсутствие месячных (при отсутствии лактации (грудного вскармливания)).
- Анемия (малокровие).

Выделяют три клинические формы синдрома:  
лёгкую, средней тяжести, тяжёлую.

---

- *Легкая степень тяжести* характеризуется:
  - быстрой утомляемостью;
  - головными болями;
  - склонностью к снижению артериального давления;
  - уменьшением количества молока.

Средняя степень тяжести характеризуется  
постоянной сонливостью;  
упадком сил;  
замедлением пульса и низким артериальным давлением (вплоть до  
обмороков);  
склонностью к запорам;  
отечностью;  
увеличением массы тела;  
олигоменореей (длительность менструального кровотечения менее  
2 дней);  
отсутствием молока.

- Тяжелая степень тяжести характеризуется наличием симптомов средней степени тяжести, а также:
- стойкой аменореей (отсутствием менструаций);

---

- уменьшением в размерах наружных половых органов и молочных желез;
- повышенным выпадением волос, ломкостью ногтей;
- генерализованными отеками (отек всего тела);
- усилением пигментации кожи (появление ровного бронзового оттенка кожи);
- анемией (малокровием), устойчивой к лечению.

# Диагностика

---

- Анализ анамнеза заболевания и жалоб – когда (как давно) появились жалобы на сонливость, снижение артериального давления, отсутствие молока, с чем женщина связывает появлением ЭТИХ СИМПТОМОВ.
- Анализ акушерско-гинекологического анамнеза — течение беременности, родов, осложнение родов (наличие кровотечения или септического шока в послеродовом периоде).

Определение уровней тропных гормонов (гипофизарных гормонов, регулирующих деятельность эндокринных желез):

тиреотропного гормона (ТТГ);

- адренокортикотропного гормона (АКТГ);
- гонадотропных гормонов – фолликулостимулирующего гормона (ФСГ) и лютеинизирующего гормона (ЛГ);
- пролактина (гормона, действующего на молочную железу и способствующего лактации – грудному вскармливанию);
- эстриола (женского полового гормона);
- кортизола (гормона надпочечников);
- Т3 и Т4 (гормонов щитовидной железы).

# ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

---

- Проводят с нервной анорексией, опухолью гипофиза, болезнью Аддисона, микседемой. Большую помощь при этом оказывает анамнез — кровотечение или септический шок при предыдущих родах или аборте.

# ЛЕЧЕНИЕ

- При клинических проявлениях гипофункции соответствующих желёз проводят заместительную терапию глюкокортикоидами и препаратами ТТГ. Преднизолон назначают по 5 мг 2 раза в день в течение 2–3 нед курсом один раз в 2–3 мес. При аменорее или олигоменорее женщинам до 40 лет рекомендуют циклическую гормонотерапию.

# Список литературы

---

- Эндокринология / Под ред. Н. Лавина. — 2-е изд. Пер. с англ. — М.: Практика, 2007. — С. 94, 166. — 1128 с. — 10 000 экз. — ISBN 5-89816-018-3.
- ↑ Перейти к: 1 2 3 4 Клиническая эндокринология. Руководство / Под ред. Н. Т. Старковой. — 3-е изд., перераб. и доп. — СПб.: Питер, 2010. — С. 111—118. — 576 с. — («Спутник Врача»). — 4000 экз. — ISBN 5-272-00314-4.
- ↑ Каюшева И. В., Романкова М. Г. Случай синдрома Шихана у девочки // Вопр. охр. мат. — 2009. — Т.21, №8. — С. 87—88.