

АО Астана Медицина Университет

*Послеродовый
гипопитуитаризм
(синдром Шихана)*

Выполнила студентка

625 группы

Балтабаева Саним Усеновна

*** Синдром гипопитуитаризма** — это заболевание, характеризующееся снижением и выпадением функции передней доли гипофиза или аденогипофиза. В результате гипопитуитаризма продукция всех гормонов гипофиза резко снижается или исчезает. В результате резко снижается функция периферических эндокринных желез, работу которых контролируют гормоны гипофиза.

Гипопитуитаризм может быть первичным, когда разрушены или отсутствуют гормонпродуцирующие клетки самого гипофиза, и вторичным, если к недостаточности функции гипофиза приводят заболевания гипоталамуса или центральной нервной системы. В некоторых случаях встречается недостаточность продукции одного из гормонов гипофиза.

Этиология

Врожденный

Приобретенный

Первичный

Вторичный

Гипопитуитаризм

Изолированный

>75%

Парциальный

Пангипопитуитаризм

>90%

СТГ-дефицит

Вторичный гипогонадизм

Вторичный гипотиреоз

Вторичный гипокортицизм

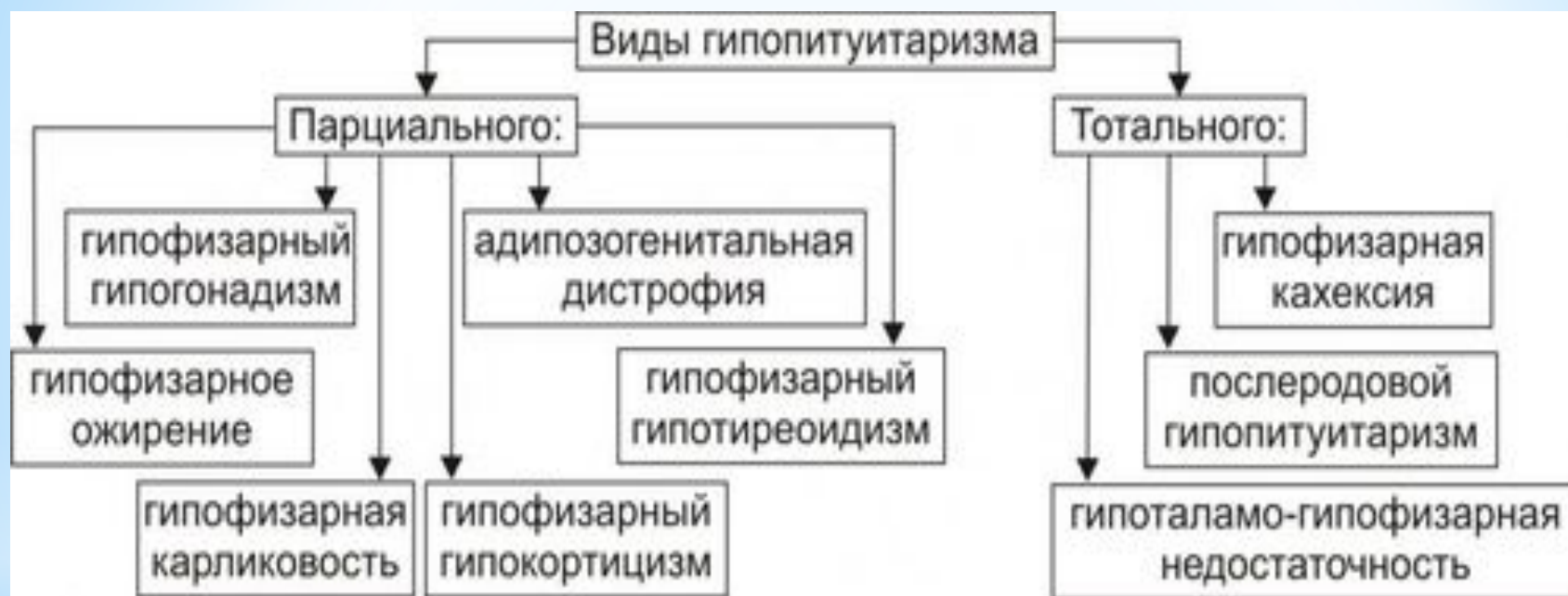
*ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

- * 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

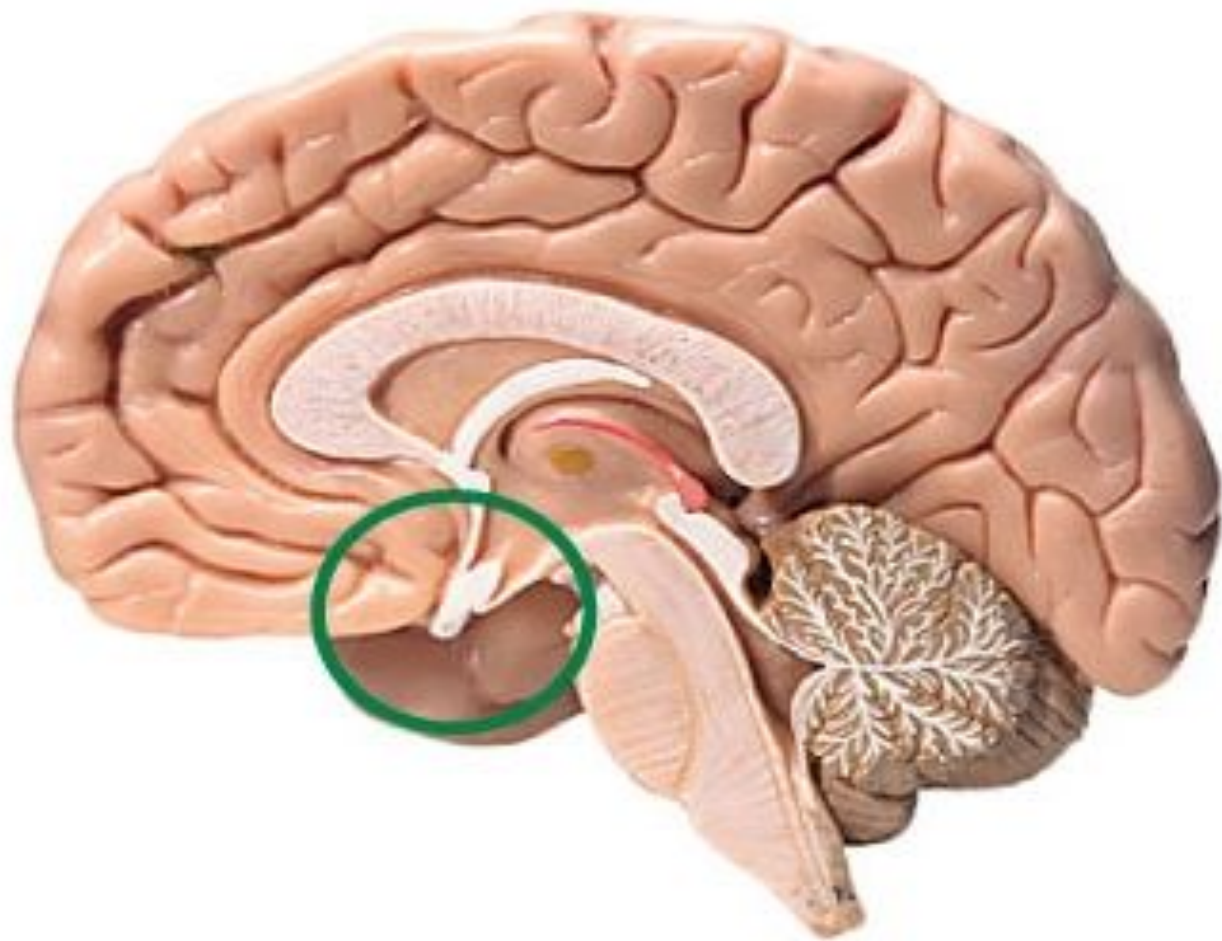
* В зависимости от недостаточности тропных гормонов гипофиза выделяют следующие формы синдрома Шихана:

- 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.



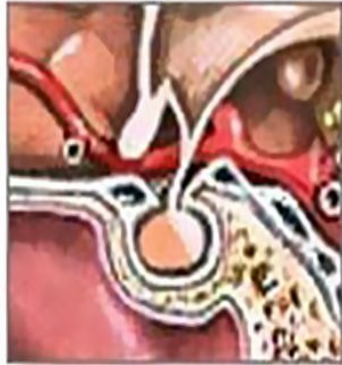
* ПАТОГЕНЕЗ

- * 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.

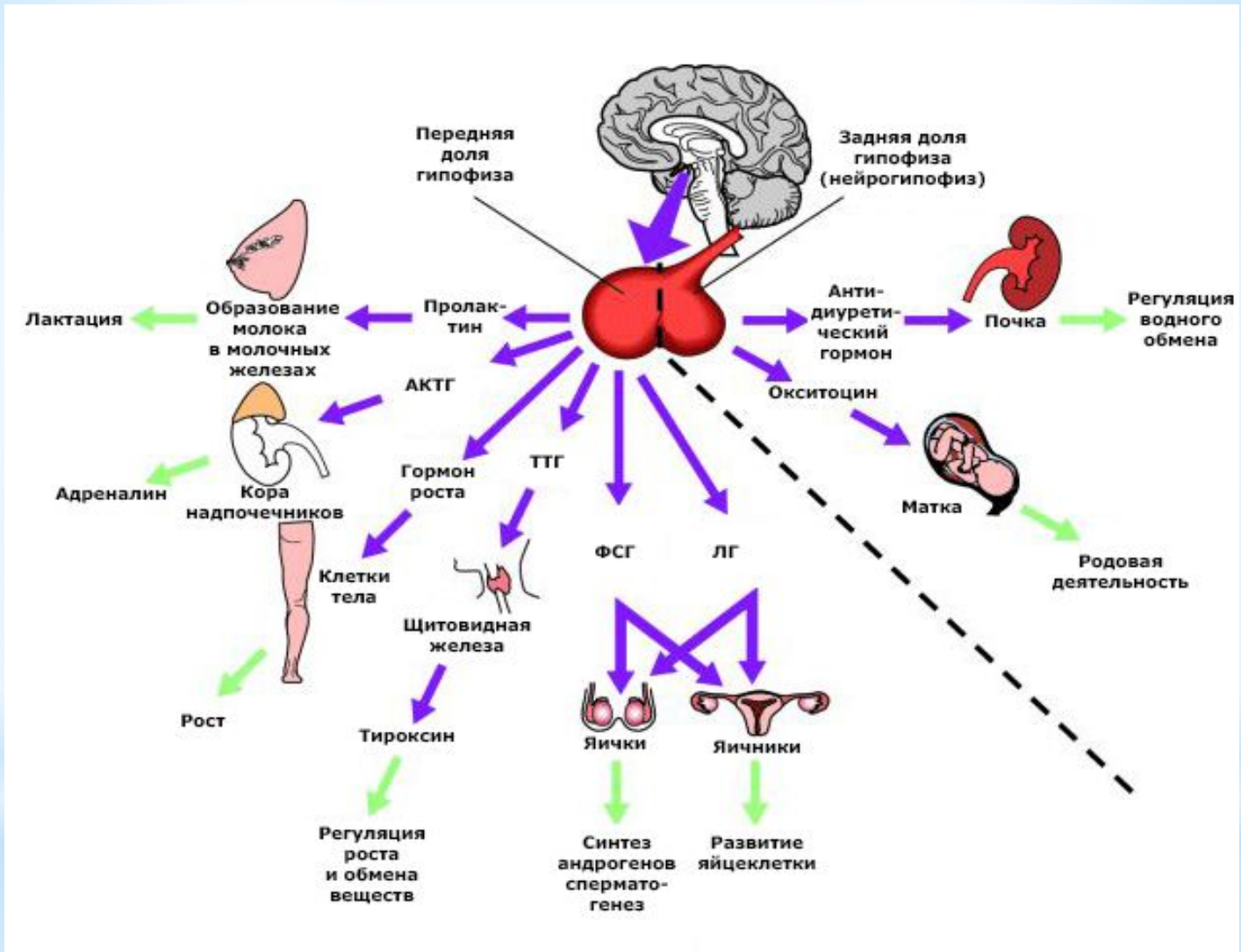


* КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

- * Выявляют различные степени гипофункции эндокринных желёз – прежде всего, половых, щитовидной, надпочечников. Считают, что клинические проявления синдрома находятся в прямой зависимости от величины поражений гипофиза и их локализации. Выраженные клинические проявления отмечают при поражении 80% структур аденогипофиза.
- * Выделяют три клинические формы синдрома: лёгкую, средней тяжести, тяжёлую.
- * Для лёгкой формы характерны головная боль, быстрая утомляемость, склонность к гипотензии. У больных отмечают снижение функции щитовидной железы и коры надпочечников. При средней тяжести течения синдрома присоединяется гипофункция яичников (олигоменорея, ановуляторное бесплодие) и щитовидной железы (пастозность, склонность к отёчности, утомляемость, ломкость ногтей, гипотония со склонностью к обморокам). При тяжёлой форме отмечают симптоматику тотальной гипофункции гипофиза с выраженной недостаточностью гонадотропинов (стойкая аменорея, гипотрофия половых органов и молочных желёз), ТТГ (микседема, облысение, сонливость, снижение памяти), АКТГ (гипотензия, адинамия, слабость, усиленная пигментация кожи). При тяжёлой форме масса тела значительно падает, а при лёгких чаще наблюдают её увеличение в связи с пастозностью, склонностью к отёчности вследствие гипофункции щитовидной железы. Для синдрома Шихана характерна анемия, устойчивая к общепринятой терапии.



В гипофизе образуются
гормоны, которые
необходимы для роста
и размножения



* ДИАГНОСТИКА

* Самым важным опорным пунктом в диагностике заболевания считают характерный анамнез, где отражена связь начала заболевания с кровотечением или септическим шоком при предыдущих родах или аборте. Первый и основной признак синдрома Шихана — отсутствие нагрубания молочных желёз и агалактия после родов.

* ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

* При исследовании гормонов получают разные степени снижения в крови уровня гонадотропинов, АКТГ, ТТГ, а также эстрадиола, кортизола, Т3 и Т4. При введении тропных гормонов соответственно отмечают повышение уровня периферических гормонов в крови. Также отмечают гипогликемию и гипогликемический тип кривой после сахарной нагрузки. В моче снижено содержание 17-КС.



* 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.
- * После 40 лет используют андрогены, учитывая их анаболический эффект: метилтестостерон по 5 мг в день в течение 2-3 мес. Успешно применяют анаболические препараты: нандролол, метандриол и др. Питание должно быть полноценным, следует избегать дефицита белка. Часто необходим приём препаратов железа под контролем анализа крови. Больных с тяжёлой формой заболевания лечат только в условиях эндокринологического стационара.

***Профилактика и прогнозирование осложнений гестации**

*Необходима рациональная тактика ведения беременных с гестозом, своевременная коррекция гемостатических сдвигов. Родоразрешение осуществляют с профилактикой кровотечения, а при его возникновении проводят адекватное лечение. Следует также проводить профилактику осложнений аборт, своевременное и адекватное их лечение.