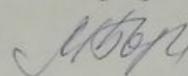


Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
"Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого"
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра акушерства и гинекологии ИПО

Зав. кафедрой д.м.н., профессор
Базина М.И.



РЕФЕРАТ

Послеродовой гипопитуитаризм (синдром Симмондса-Шихена)

Выполнил:
клинический ординатор
Исакова О.И.

Красноярск, 2018.

Рецензия

на реферат по дисциплине «Акушерство и гинекология» клинического ординатора Исаковой О.И. на тему: «Послеродовой гипопитуитаризм (синдром Симмондса-Шихена)»

Реферат посвящен актуальной патологии, осложнением которой являются жизне угрожающие состояния - массивное кровотечение или септический шок.

В работе полностью раскрыто содержание материала, материал изложен грамотно, в определенной – логической последовательности, продемонстрировано системное и глубокое – знание программного материала, знание современной учебной и научной литературы, точно используется терминология.

Четко соблюдены требования к оформлению реферата: титульный лист, оглавление со страницами, введение, основная часть, заключение, списки литературы, источников. В основной части работы автор последовательно и доходчиво излагает теоретический материал.

Работа характеризуется высокой теоретической и практической значимостью для врачей акушеров-гинекологов.

Оценивая представленную работу, можно отметить тот факто, что автор стремился максимально подробно разобраться и изложить изучаемый теоретический материал и справился с поставленной задачей. Реферат написан хорошим литературным языком, проиллюстрирован и оформлен.

В целом работа выполнена на хорошем уровне, полностью отвечает требованиям, предъявляемым к данному виду работ и заслуживает оценки «отлично».

Исакова

Оглавление

Введение.....	2
Определение.....	2
Эпидемиология	2
Патогенез	2
Клиническая картина	2
Диагностика	3
Дифференциальная диагностика.....	3
Лечение.....	3
Профилактика.....	4
Литература	5

Введение

Сведения о гипопитуитаризме известны с конца XIX в., но только в 1937 г. Н. Sheehan (в русскоязычной литературе встречаются варианты транскрипции фамилии — Шихен, Шихан, Шиен) научно обосновал связь массивного кровотечения во время родов с последующей гипофункцией передней доли гипофиза. М. Симмондс (M. Simmonds) в 1914 г. описал точно такой же синдром, но в связи с септическим шоком.

Определение

Синдром Симмондса-Шихена — это гипофункция передней доли гипофиза, возникающая после родов или аборта, осложненных массивным кровотечением или септическим шоком.

Код по МКБ-10

E23.0. Гипопитуитаризм (англ. — *hypopituitarism*).

Синонимы

Синдром Шихена, синдром Шихана, синдром Шиена, синдром Симмондса—Шихена.

Эпидемиология

Частота возникновения синдрома Шихена после массивной кровопотери в родах или в результате осложнения аборта достигает 40%. Заболевание развивается у 25% женщин, перенесших во время родов кровопотерю 700- 800 мл, у 50% — после кровопотери 800—900 мл и у 75—80% женщин с массивной кровопотерей до 4000 мл.

В последние десятилетия риск развития некроза гипофиза, обусловленного септическим шоком, значительно уменьшился. Это связано в первую очередь со снижением септических осложнений после родов и успешной борьбой с послеродовой инфекцией. Тем не менее акушерский сепсис все еще остается причиной материнской смертности и заболеваемости в экономически слабо развитых странах.

Патогенез

Гипофиз имеет анатомические особенности кровоснабжения. В его кровотоке отсутствуют коллатерали и какой-либо альтернативный кровоток, т.е. механизмов защиты тканей от ишемии нет.

Массивное кровотечение или септический шок, сопровождающие роды или аборт, могут привести к стойкому спазму или тромбозу в сосудах передней доли гипофиза. Вследствие нарушения трофики аденогипофиза возникают его ишемия и некроз. Риск таких тяжелых последствий для аденогипофиза особенно высок во время беременности, поскольку появляется гестационная компенсаторная гиперплазия клеток передней доли гипофиза, масса которого увеличивается в 2 раза. Кроме того, после родов происходит физиологический выброс АКТГ, что также способствует ишемии.

Риск некроза аденогипофиза дополнительно увеличивается у женщин:

- с развившимися до беременности заболеваниями периферических эндокринных желез;
- страдающих заболеваниями с аутоиммунным компонентом (хроническим тонзиллитом, ревматизмом, ревматоидным артритом, эндокардитом и др.);
- имеющих анатомические особенности гипофиза («малое» турецкое седло, аномалии сосудов головного мозга);
- беременность которых осложнилась анемией, гестозом;
- которым во время родов применялись утеротоники;
- с интергенетическим интервалом менее двух лет.

Риск возникновения синдрома Симмондса-Шихена после осложненного аборта повышается при прерывании беременности в поздние сроки.

Клиническая картина

Как правило, клинические проявления заболевания возникают при поражении более 50% тканей аденогипофиза. Некротизированные ткани аденогипофиза не секретируют гормонов, что проявляется нарушениями менструального цикла (выпадает гонадотропная функция), агалактией (гипопролактинемия). При поражении более 90% ткани гипофиза развиваются манифестные формы вторичного гипотиреоза и гипокортицизма.

Клиническая картина синдрома Симмондса-Шихена зависит от распространенности ишемии тканей гипофиза и проявляется вторичной гипофункцией щитовидной железы, яичников, надпочечников и молочной железы.

Наряду с некротическими изменениями в гипофизе также нарушается кровоснабжение почек, печени, других отделов головного мозга.

Клинически различают 3 степени тяжести синдрома: легкую, средней тяжести и тяжелую.

- **Легкая форма** характеризуется проявлениями гипофункции щитовидной железы: слабостью, утомляемостью, головной болью, снижением памяти, сонливостью, нарушением внимания и концентрации, снижением либидо, неврастенией, гипотензией, зябкостью, сухостью кожи, ломкостью ногтей, усиленным выпадением волос, пастозностью и отечностью (увеличение массы тела за счет

отеков), склонностью к запору.

- Заболевание **средней тяжести** наряду с проявлениями вторичного гипотиреоза отличается симптомами гипофункции молочных желез (гипо- галактией) и яичников: олигоменореей, ановуляторным бесплодием, гипотрофией половых органов и молочных желез.

- При **тяжелой форме** отмечается симптоматика тотальной гипофункции щитовидной железы, яичников и надпочечников (**пангипопитуитаризм**):

- недостаточность ТТГ проявляется развитием микседемы, облысения, сонливости, снижением памяти, плохо купирующейся анемией;

- недостаточность гонадотропинов манифестирует стойкой аменореей, бесплодием, атрофией половых органов и молочных желез, агалактией;

- нехватка АКТГ выражается появлением гипотензии, адинамии, общей слабости, гиперпигментации кожи, потерей подмышечного и лобкового оволосения, снижением массы тела.

Диагностика

Для пациенток с синдромом Симмондса-Шихена обязательно указание на массивное кровотечение или септический шок на фоне беременности, закончившейся родами или аборт (особенно в поздние сроки). Жалобы возникают сразу после этих событий или через непродолжительное время после них.

Характерный прогностический признак — отсутствие у родильницы нагрубания молочных желез и агалактия, а впоследствии — развитие нарушений менструального цикла (олиго-аменорея) в течение первого года после родов (аборта).

У женщин, перенесших массивное акушерское кровотечение или послеродовый сепсис, необходимо исследовать концентрации в сыворотке крови гормонов гипофиза и периферических желез:

- ТТГ, общего и свободного Т₄ (функция щитовидной железы);
- ФСГ, ЛГ, пролактин, эстрадиол, тестостерона (функция яичников);
- АКТГ, 17-ОН-прогестерона, кортизола, ДЭА-С (функция надпочечников).

Уменьшение концентрации тиреоидных, яичниковых или надпочечниковых гормонов с одновременным снижением уровня соответствующих тропных гормонов гипофиза указывает на центральный (гипофизарный) уровень поражения.

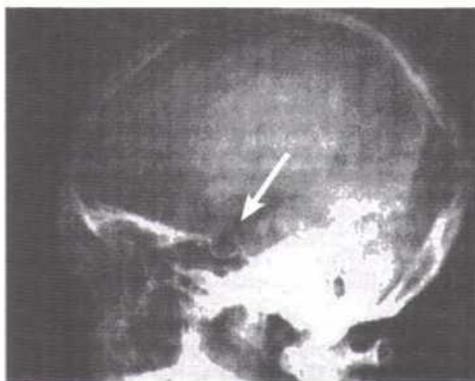
Для подтверждения центрального генеза гипофункции периферических эндокринных желез проводят функциональные пробы. Исходя из патогенеза заболевания яичники, щитовидная железа и надпочечники при синдроме Симмондса-Шихена остаются интактными. Значит, при искусственном введении фармакологических аналогов тропных гормонов гипофиза функция периферических желез должна возобновляться. Это проявляется после проведения пробы повышением концентрации эстрогенов, Т₄, тестостерона, кортизола.

Косвенным признаком органического поражения гипофиза является феномен «пустого турецкого седла» на рентгенограмме. Для уточнения результатов дополнительно проводят КТ или МРТ гипофиза.

Дифференциальная диагностика

Проводят с заболеваниями щитовидной железы, надпочечников и центральной нервной системы, протекающими с развитием первичного гипотиреоза, надпочечниковой недостаточности, неврастении, гипоменструального синдрома и бесплодия (центральная эндокринная регуляция при этом нормальная).

Лечение



Норма



Пустое турецкое седло

Рентгенограмма «пустого турецкого седла»: а — норма; б — опухоль гипофиза. В норме спинномозговая жидкость не попадает в область турецкого седла, при патологических состояниях гипофиза это может случиться. Спинномозговая жидкость и ткань гипофиза имеют разные физические характеристики, следовательно, по-разному визуализируются при рентгенологическом исследовании (плотная ткань гипофиза — более светлая, жидкость — более темная); заполнение турецкого седла жидкостью при уменьшенных размерах ткани гипофиза создает иллюзию пустоты этой области

Лечение женщин с синдромом Симмондса-Шихена совместно проводят гинеколог и эндокринолог. Пациенток с тяжелой формой лечат в условиях эндокринологического стационара. Больным показана ЗГТ, направленная на восстановление утраченной функции периферических эндокринных желез, и лечение, способствующее нормализации обмена веществ.

В лечении больных синдромом Симмондса-Шихена приоритетно восстановление функции надпочечников и щитовидной железы, а применение ЗГТ — вторично.

ЗГТ назначает гинеколог, при возникновении преждевременной яичниковой недостаточности (вторичное органическое поражение яичников) эстроген-гестагенную терапию продолжают до возраста естественной менопаузы.

Профилактика

Профилактика заболевания включает предотвращение осложнений беременности и родов, бережное родоразрешение, адекватные реанимационные мероприятия при кровотечениях, борьбу с послеродовыми инфекционными осложнениями. Важно также проводить профилактику аборт и их осложнений.

Литература

1. Айламазян, Э. К. Гинекология : учебник / Э. К. Айламазян. - 2-е изд., испр. и доп. - СПб : СпецЛит, 2013. - 415 с.
2. Айламазян Э.К., Рябцева И.Т. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в гинекологии. – Н. Новгород. : НГМА, 2003. – 180 с.
3. Гинекология: национальное руководство /под ред. В.И. Кулакова, И.Б. Манухина, Г.М. Савельевой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 1072 с. (Серия – «Национальное руководство»).
4. Гинекология \ под. Ред. Г.М. Савельевой, В.Г. Бреусенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. – 431 с.
5. Практическая гинекология (Клинические лекции). \Под ред. Кулаков В.И., Прилепская В.Н. – М.: МЕДпрессинформ, 2011.