

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПАНГИПОПИТУИТАРИЗМА

Коряк В.В., к.мед.н. Пасиешвили Т.М.

Учебно-научный медицинский комплекс «Университетская клиника»
Харьковского национального медицинского университета МЗ Украины

Введение.

Гипопитуитаризм относится к довольно редким заболеваниям эндокринной системы, прогрессирование которого обусловлено полным или частичным дефицитом гормонов передней, а при пангипопитуитаризме и задней долей гипофиза. Гипофиз или питуитарная железа – контролирующей и центральный «запускающий» орган всей эндокринной системы, поэтому при его заболеваниях наблюдается дисфункция периферических эндокринных желез.

Гормоны гипофиза обладают различным воздействием на организм, и, следовательно, симптоматика гипопитуитаризма зависит от того, какой гормон находится в состоянии дефицита.

Среди причин заболевания рассматривают:

- Опухоли, которые в большинстве случаев являются гипофизарными аденомами, реже - с другими опухолями головного мозга за пределами гипофиза или метастазом рака в других частях организма.
- Инфекции (абсцесс головного мозга, менингит, энцефалит). Реже речь идет об аутоиммунном или лимфоцитарном воспалении железы, когда иммунная система напрямую атакует гипофиз.
- Сосудистые: на определенных сроках беременности гипофиз чувствителен к низкому кровяному давлению, возникающему в результате кровоизлияния; повреждение гипофиза, связанное с кровотечением после рождения ребенка, (синдром Шихана).
- Излучение: вызванный излучением гипопитуитаризм главным образом воздействует на гормон роста и половые гормоны. Изменения секреции пролактина обычно незначительны, а дефицит вазопрессина достаточно редко встречается в качестве последствие излучения.

- Другие физические причины: травматическое повреждение головного мозга, субарахноидальное кровоизлияние, нейрохирургические вмешательства и ионизирующее излучение (лучевая терапия имевшейся ранее опухоли мозга).
- Врожденные: результат осложнений во время родов либо недостаточного развития (гипоплазия) железы, иногда в контексте специфических генетических патологических отклонений.

Из приведенных этиологических факторов одной из наиболее частых причин гипопитуитаризма является аденома гипофиза, которая занимают третье место в структуре всех интракраниальных опухолей. Гормонально активная аденома гипофиза выявляется в 20 случаях, а неактивная – в 70-90 случаях на 1 млн. населения.

Приводим случай клинического наблюдения гипопитуитаризма у молодого пациента, находившегося на лечении в нашей клинике.

Пациент Н., 28 лет, поступил в эндокринологическое отделение УНМК «Университетская клиника» ХНМУ 22.06.16 г. с жалобами на общую слабость, повышенную утомляемость, сухость во рту, горечь в ранние утренние часы, тошноту, тяжесть в животе, преимущественно в правом подреберье, плохой аппетит, стремительное увеличение массы тела, изменение запаха и вкуса пищи.

Анамнез заболевания

Считает себя больным с 08.2015 г., когда стал отмечать потерю памяти, резкое снижение зрения (с -2 до -11 за 2 месяца). 23.12.15 г. оперативным путем в нейрохирургическом отделении КБ «Феофания» интергемисферным транскалезным доступом удалена краниофарингиома. В течение месяца после операции развился пангипопитуитарный синдром; с этого момента находится на заместительной терапии.

Анамнез жизни

В детстве – простудные заболевания; последние 2 года – стеатогепатит; хронический холецистит. Наследственный анамнез по эндокринной патологии

не отягощен. Материально-бытовые условия удовлетворительные; вредные привычки отрицает.

Данные осмотра и физикального исследования

Общее состояние удовлетворительное. Рост – 176 см, вес – 100 кг, ИМТ – 32,28 кг/м². Сознание ясное, положение активное. Эмоциональная сфера – адекватный, спокойный. В позе Ромберга устойчив. Кожные покровы сухие; по боковым поверхностям туловища и внутренним поверхностям верхних конечностей – стрии белесого цвета. Температура тела 36,4 градусов, периферические лимфоузлы не увеличены. Над легкими – легочной звук, везикулярное дыхание. ЧДД 16 в мин. Границы сердца не изменены. Тоны сердца умеренно приглушены. АД-130/80 мм рт. ст., ЧСС – 74 уд/мин. Язык сухой, у корня обложен белым налетом. Живот увеличен за счет ПЖК, печень на 2 см выступает из-под края реберной дуги, гладкая безболезненная. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Голени пастозны. Физиологические опровержения в норме.

Данные лабораторного и инструментального исследования

Клинический анализ крови: Нв-149 г/л, Эр.- $4,8 \cdot 10^{12}$ /л, ЦП- 0,9, Лейк.- $5,9 \cdot 10^9$ /л, э-3%, п-8%, с-43%, л-42%, м-4%, СОЭ-12 мм/час.

Клинический анализ мочи: уд. вес - 1016 кг/м³, белок-н/н, сахар-н/н, эпит. перех-местами, микроскопия – лейкоц. – 2-3 экз. в п/зр., эр- 1-2 экз. в п/зр, цилиндры: зернистые – 5-6 экз, слизь – умеренное кол-во, соли –.

Анализ мочи по Зимницкому – удельный вес - 1016-1021, диурез-1250 мл;

Биохимический анализ крови: общий белок — 79,0 г/л, СРБ-отриц, общий холестерин - 4,63 ммоль/л; β-липопротеиды - 42,0 ед; билирубин: общий-23,94 ммоль/л; прямой - 5,13 ммоль/л; непрямой-18,81 ммоль/л; тимоловая проба-5,5 ед; мочевины крови - 6,2 ммоль/л; креатинин крови- 0,064 ммоль/л, АлАТ - 1,02 ммоль/л; АсАТ - 0,69 ммоль/л, мочевины к-та - 0,604 ммоль/л, амилаза - 4,7мл/с.л, альбумин - 57,5%, глобулины – 42,5%, альфа 1 - 5,9%, альфа 2 – 11,0%, бета 9,8%, гамма – 15,8%, А/Г коэффициент – 1,35; ферменты: гамма-

глутамилтрансфераза – 73,38U/л, лактатдегидрогеназа 425,5 Ед/л, щелочная фосфатаза – 129,8 Ед/л.

Функция щитовидной железы: ТТГ – 3,96 мкМЕ/мл (норма 0,3 – 4,0 мкМЕ/мл), свободный тироксин (Т4 св) – 0,69 нг/дл (норма 0,78 – 1,63 нг/дл).

Гипоталамо – гипофизарная – надпочечниковая система: кортизол – 576,16 нм/л (норма 160,0 – 670,0 нм/л).

Репродуктивная система: пролактин - 3,7 нг/мл (норма 2,5 – 17,0 нг/мл).

Углеводный обмен: гликозелированный гемоглобин – 11,8% (4,0-6,0%), индекс НОМА-IR – 6,33 (<1,8); инсулин 37,37 мкЕд/мл (норма 1,1 – 17,0 мкЕд/мл).

Гликемический профиль – 5,5- 5,6 -5,8- 9,7 ммоль/л.

УЗИ: эхопризнаки гепатомегалии, диффузные изменения печени по типу стеатоза, хронического бескаменного холецистита.

ЭКГ – патологии не выявлено.

На основании вышеизложенного был поставлен клинический диагноз: Пангипопитуитаризм (удаление краниофарингиомы 25.12.2015). Вторичная надпочечниковая недостаточность, средней тяжести. Вторичный гипотиреоз, средней тяжести. Вторичный гипоганодизм, средней степени. Двусторонняя геникомастия, синдром гиперпролактинемии. Несахарный диабет, средней тяжести. Сахарный диабет, 2 тип, инсулинзависимый, средней тяжести, стадия субкомпенсации. Неалкогольная жировая болезнь печени. Стеатогепатит, активная фаза, умеренная степень активности с синдромом цитолиза. Артериальная гипертензия II ст, 2 ст. СН 1 ф. кл.

Лечение:

Пациент получал: инсулинотерапию - тожео 12 ЕД в сутки, глюкофаж в дозе 500 мг 3 раза в день, кортеф 15 мг в сутки, уропресс 1 доза 3 раза в день, L-тироксин 75 мкг, эналаприл 2,5 мг.

Комментарии

Развитие данного заболевания с учетом возраста больного и разнообразия клинической симптоматики, обусловленной выпадением

практически всех функций эндокринных органов, является типичным для пангипопитуитаризма. С учетом статистических данных, возникновение заболевания в большинстве случаев является следствием формирования гипофизарной аденомы. Длительный период его формирования практически не проявлялся клинической симптоматикой, а появления первых признаков заболевания были бурными и серьезными (резкая потеря зрения за короткий период времени). Первое же обращение к врачу позволило поставить правильный диагноз, а проведенное оперативное лечение привело к выпадению всех функций эндокринных органов. Данное обстоятельство обусловлено тем, что клинические проявления заболевания манифестируют при развитии опухолевого процесса гипофиза с 90% поражением органа. Видимой причины для развития краниофарингиомы установить не удалось, однако ее удаление привело к стойкому дефициту всех тропных гормонов и гипофункции периферических эндокринных желёз. Пожизненная заместительная терапия, ее коррекция и эффективность будет определять качество жизни пациента. Следует надеяться на относительно благоприятное течение клинической симптоматики, хотя длительность такого течения предсказать невозможно.