

Панаско Іван Іванович
**ПАНГІПОПІТУЇТАРИЗМ. ПРОБЛЕМИ СВОЄЧАСНОЇ
ДІАГНОСТИКИ.**

Україна, Харків
Харківський національний медичний університет
Кафедра внутрішньої медицини №3 та ендокринології
Науковий керівник: Лахно Ольга Вікторівна

Проблема діагностики пангіпопітуїтаризма є актуальною, так як представляє певні труднощі у зв'язку з поєднаним ураженням декількох периферичних ендокринних залоз, при якому симптоматика і інтерпретація результатів гормональних досліджень мають ряд особливостей в порівнянні з ізольованим пошкодженням тієї чи іншої залози внутрішньої секреції.

Мета: проаналізувати клінічний випадок пангіпопітуїтаризму та причини виникнення проблем його своєчасної діагностики.

Пацієнтка К. 33 років в липні 2019 р. звернулася зі скаргами на головні болі і зниження гостроти зору. При обстеженні виявлено гормонально неактивна макроаденома гіпофіза, з приводу якої 02.08.2019 р виконана трансфеноїдальна аденомектомія. Практично відразу після операції купіювались головні болі, відновився зір, але зник апетит, з'явилися нудота і блювота, спрага і часте сечовиділення, слабкість, стала худнути, що було розцінено як стан після оперативного втручання.

Через 3 тижні після операції у хворої спостерігався непритомний стан, і вона по швидкій допомозі була госпіталізована до ЦРЛ, де перебувала з 22.08 по 04.09.2019р. За даними обстеження виявлено низьку питому вагу сечі, гіпопротейнемія, низько нормальний рівень глюкози натще. Аналіз рівня електролітів в крові відхилень не виявив. Дослідження гормонального статусу виявило зниження в крові вмісту гонадотропінів, поряд з незначним підвищенням рівня вільного тироксину. Концентрація пролактину та СТГ в нормі. Встановлено діагноз: «Стан після видалення макроаденоми гіпофіза. Аліментарне виснаження. Дифузний токсичний зоб. Надниркова недостатність?». Призначена симптоматична (інфузії 10% -го розчину

глюкози, сольових розчинів, білкових препаратів, інгібітор протонної помпи, пробіотик), а також тиреостатична терапія - тіамазол 10 мг 2 рази на день).

Після виписки стан хворої став прогресивно погіршуватися. 24.11.2019р. хвора була госпіталізована у відділення ендокринології. За даними огляду відзначався виражений дефіцит маси тіла, блідість і сухість шкірних покривів, артеріальна гіпотонія, брадикардія. За результатами лабораторних досліджень виявлено залізодефіцитна анемія, гіпопротеїнемія, відсутність адекватного підвищення рівня глюкози крові після прийому їжі. Загальний аналіз сечі показав низьку питому вагу. За даними гормонального аналізу було виявлено зниження вмісту вільного тироксину.

З огляду на: аденомектомію в анамнезі, розвиток типових клінічних ознак надниркової і тиреоїдної недостатності та нецукрового діабету, дані гормонального дослідження крові, біохімічного аналізу крові, аналізу сечі, встановлено діагноз: «Післяопераційний пангіпопітуїтаризм: вторинні гіпокортицизм, гіпотиреоз, гіпогонадізм. Синдром нецукрового діабету. Ускладнення: Залізодефіцитна анемія середньої тяжкості»

Важкість стану хворої вимагала невідкладного призначення лікування, у зв'язку з чим було прийнято рішення про замісну глюкокортикоїдну терапію, позитивний ефект якої переконливо підтвердив встановлений діагноз,

Пацієнтка виписана додому в задовільному стані з рекомендацією прийому: гідрокортизону в дозі 10 мг вранці і 5 мг після обіду, левотироксина в дозі 25 мкг вранці, десмопресина 60 мкг 2 рази на день.

Представлений клінічний випадок відображає складність діагностики та інтерпретації даних гормональних досліджень при пангіпопітуїтаризмі. Аналіз описаної клінічної ситуації показує важливість розуміння патогенезу хвороби при проведенні діагностичного пошуку.