

ПАНГИПОПИТУИТАРИЗМ С ДЕФИЦИТОМ СТГ, АДГ, ТТГ

(клинический случай)

ВВЕДЕНИЕ. Пангипопитуитаризм – состояние, связанное со снижением функции гипофиза/ гипоталамуса, которое приводит к дефициту одного или более гормонов гипофиза. Клинические проявления пангипопитуитаризма зависят от дефицита того или иного тропного гормона. Дефицит ТТГ проявляется симптомами гипотиреоза, дефицит АДГ характеризуется клиникой несахарного диабета и тд. Лечение пангипопитуитаризма включает в себя комбинированную заместительную гормональную терапию.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Мальчик 13 лет, рост -156,7 см, вес- 67 кг. С рождения выставлен диагноз врожденный порок развития головного мозга : киста в левой гемисфере височной области, с детства наблюдается у нейрохирурга. С 5 летнего возраста у ребенка в динамике стала ухудшаться острота зрения и выпадать поля зрения. При обследовании выявлено образование в головном мозге. По этому поводу 21.08.2015 г. была проведена операция с удалением супраселлярного объемного образования головного мозга. Гистология: лептоменингеальная глионейрональная гетеротопия. Сразу же после операции у ребенка появились симптомы несахарного диабета (жажду, сухость во рту, частое мочеиспускание) . С учетом жалоб ребенок обследован, выставлен диагноз ; несахарный диабет центрального генеза, подобрана терапия. Спустя 2 года в 2019 году у ребенка темпы роста снизились, прирост за год 2 см. Ребенок получал стационарное лечение по поводу низких темпов роста, где по результатам стимуляционной пробы, максимальный выброс СТГ – 0,6 нг-/мл, был выставлен диагноз дефицит гормона роста, подобрана терапия. В динамике у ребенка отмечалась быстрая прибавка в весе, в 2020 году при обследовании у ребенка диагностирован гипотиреоз, ожирение 1 степени, гиперинсулинизм. Ребенок на данный момент наблюдается с диагнозом: Пангипопитуитаризм с дефицитом СТГ, АДГ, ТТГ. Ожирение 2 степени. Получает терапию гормоном роста, препаратами десмопрессина, левотироксина натрия, препараты метформина.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Учитывая результаты динамического наблюдения ребенок продолжает получать комбинированную заместительную гормональную терапию, общее состояние стабильное, гормональные показатели в пределах целевых. В декретированные сроки у ребенка ведется контроль МРТ гипофиза с контрастированием, рентген кисти для определения костного возраста, УЗИ щитовидной железы, так же лабораторные показатели. Учитывая пубертатный период по достижению возраста 14,5 лет планируется обследование ребенка на предмет гипогонадизма.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Таким образом, у детей с пангипопитуитаризмом контроль показателей гормонов требует особого внимания, так как манифестация дефицита нескольких тропных гормонов не всегда может быть одномоментным. Дети пре и пубертатного периода нуждаются дополнительных обследованиях, учитывая физиологические особенности организма, для выявления нарушений или своевременной коррекции терапии.

Омарова Мадина
Марипжановна, магистрант
2 года КМУ «ВШОЗ», врач
эндокринолог, городская
поликлиника №4, город
Алматы, Казахстан
Телефон: +77782986824
E-mail: endo.dr@list.ru