

ПИСЬМА В РЕДАКЦИЮ

По поводу статьи доктора мед. наук Л. А. Лушниковой, доц. В. М. Андреева, И. П. Арлеевского «К клинике и распознаванию синдрома Шихана» (Казанский мед. ж., 1974, № 1)

Публикация статьи вызывает чувство удовлетворения, так как практические врачи недостаточно знакомы с клиникой и диагностикой синдрома Шихана. Такие больные нередко безуспешно обращаются к разным специалистам, долго не получая необходимого лечения.

В то же время считаю необходимым сделать несколько замечаний по содержанию работы и по поводу тактики ведения больных синдромом Шихана. Авторы подробно описывают симптомы заболевания, которые они наблюдали у 5 женщин, справедливо обращают внимание на наличие стертых форм. Следовало бы подчеркнуть при этом, что симптоматика определяется плиругандулярной недостаточностью из-за некроза большей части аденогипофиза вследствие нарушения кровообращения после тяжелой патологии в родах. Имея опыт обследования и лечения подобных больных, могу заметить, что истощение (этот симптом авторы относят к постоянным) не является обязательным. Напротив, эти женщины порой достаточно упитанны и часто пастозны из-за тиреоидной недостаточности.

У больных синдромом Шихана почти всегда страдает гонадотропная функция гипофиза, иногда в большей степени, чем аденокортикотропная и тиреотропная, поэтому нередко на первый план выступает не надпочечниковая и тиреоидная недостаточности, а недостаточность половых желез. Наступает аменорея, а при длительном отсутствии лечения — атрофические процессы в половых органах, но чувства жара, приливов и других проявлений «раннего климакса» нет.

Наряду с осмотром эндокринолога или опытного терапевта, необходимо наблюдение гинеколога с целью выяснения гинекологического статуса и степени эндокринной недостаточности яичников. Для этого требуется провести обследование с применением хотя бы простых функциональных тестов (гормональная кольпоцитология, симптомы «зрачка» и кристаллизации шеечной слизи, базальная термометрия), еще лучше — определение экскреции половых гормонов. Гормональную терапию назначают с учетом полученных данных.

Если имеются выраженные атрофические процессы, то вначале следует назначить эстрогены, но после получения менструальноподобной реакции обязательна терапия двумя половыми гормонами. Дело в том, что длительная эстрогенная стимуляция, не прерываемая гормоном желтого тела, может привести к избыточному пролиферативным процессам в матке и молочных железах. Между тем авторы статьи рекомендуют для лечения только активные эстрогенные препараты (в больших дозах).

Комплексная патогенетическая терапия обычно приводит к значительному улучшению общего состояния, но стойкой нормализации эндокринных функций получить не удастся. После прекращения лечения симптомы заболевания появляются вновь. Гормональную терапию с перерывами приходится проводить больным практически всю жизнь. При этом очень важно индивидуально подобрать минимальные дозы гормонов, обеспечивающие поддержание жизненного тонуса и деятельность эндокринной системы. Надо иметь в виду, что и экзогенные гормоны действуют на регулирующие нейро-гормональные центры по принципу «обратной связи»: малые дозы стимулируют их, а большие подавляют.

Наряду с заместительной можно применять стимулирующую терапию тропными гормонами, в частности, деятельность яичников можно стимулировать гонадотропинами.

В статье при описании больной К., 39 лет, дана неверная характеристика влагалищного мазка, в котором якобы преобладают клетки IV типа. Непонятно, какие клетки влагалищного эпителия авторы относят к IV типу: поверхностные, промежуточные или базальные. Если имеется в виду IV тип мазка, то при этом не должно быть базальных клеток. В настоящее время характер влагалищных мазков оценивается по величинам морфологического, кариопикнотического и эозинофильного индексов.

В заключение хочу еще раз подчеркнуть, что обследование больных синдромом Шихана нужно проводить с обязательным участием гинеколога, чтобы избежать ошибок в назначении терапии половыми гормонами.

Доц. М. М. Мельникова (Казань)

*

* *

Авторы благодарят тов. М. М. Мельникову за ценные дополнения к статье. Эти случаи описаны с точки зрения терапевта. Совершенно справедливым является замечание о том, что такие больные должны находиться под наблюдением и лечиться у терапевта и гинеколога.

Что касается характеристики влагалищного мазка, то в статье допущена техническая ошибка. Заключение лабораторий гласило: «...IV ст. чистоты; промежуточные, ороговевающие, парабазальные и базальные клетки».

С уважением проф. Л. А. Лушников, доц. В. М. Андреев, И. П. Арлеевский