



Figure 1,2. Patient skin condition,
appeared erythematous papules scattered in his forehead

Conclusions

This child is diagnosed with Atopic Dermatitis because all of his signs and symptoms are matched. This patient is advised to increase his body hygiene, with take a bath at least 2 times a day, stay at home for awhile so his lesions healed, also not to scratch his forehead, and take the medications until his condition improved.

References:

1. Leung D.Y.M. Atopic dermatitis (atopic eczema) / D.Y.M. Leung, L.F. Eichenfield, M. Boguniewicz // J Clin Invest. – 2004. - № 113. – P. 651-657.
2. Leung D.Y.M. New Insight into atopic dermatitis / D.Y.M. Leung, M. Boguniewicz, M.D. Howell, I. Nomura, Q.A. Hamid // The Journal of Clinical Investigation. – 2004. – № 113. – P. 651-657.
3. Sularsito S.A. Dermatitis / A. Djuanda, M. Hamzah, S. Aisah // Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin. Edisi ke-6. Jakarta: Balai Penerbit FK UI. – 2011. - №8. – P. 138-147.
4. Watson W. Atopic dermatitis. Allergy, Asthma & Clinical Immunology. / W. Watson, S. Kapur // Eczema (Atopic Dermatitis) Treatment. – 2011. – № 7. – P. 17.
5. Сорокина К.Н. Модифицированная гидротерапия в комплексном лечении атопического дерматита у детей / К.Н. Сорокина, М.А. Уфимцева, Н.А. Белоконова, Н.А. Наронова // Клиническая дерматология и венерология. - 2014. - № 4. - С. 75-79.

УДК 616.594

Шорикова А.И.¹, Сорокина К.Н.¹, Алферова А.А.²
ГНЕЗДНАЯ АЛОПЕЦИЯ КАК ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИЙ МАРКЕР
СИНДРОМА ШИХАНА

¹Кафедра дерматовенерологии и безопасности жизнедеятельности

Уральский государственный медицинский университет,
Екатеринбург, Российская Федерация

²Государственное автономное учреждение здравоохранения
Свердловской области «Многопрофильный клинический медицинский центр
«Бонум»»
г. Екатеринбург, Россия

Shorikova A.I.¹, Sorokina K.N.¹, Alferova A.A.²
**ALOPECIA AREATA AS A DERMATOLOGICAL MARKER OF
SHEEHAN SYNDROME**

¹ Department of dermatovenereology and life safety
Ural state medical university
Yekaterinburg, Russian Federation

² Public autonomous health care institution of the Sverdlovsk region
"Multidisciplinary clinical medical center "Bonum"
Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: shorikova1705@yandex.ru

Аннотация. В статье представлены данные литературы об этиологии и патогенезе, клинико-лабораторной диагностике синдрома Шихана, клинический случай синдрома Шихана у пациентки 37 лет, представлены данные анамнеза, клиническая картина заболевания и тактика ведения.

Annotation. The article presents literature data on the etiology and pathogenesis, clinical and laboratory diagnostics of Sheehan's syndrome, a clinical case of Sheehan's syndrome in a 37-year-old patient, anamnesis data, the clinical picture of the disease and management tactics.

Ключевые слова: синдром Шихана, послеродовый гипопитуитаризм, гнездная алопеция.

Key words: Sheehan's syndrome, postpartum hypopituitarism, alopecia areata.

Введение

Синдром Шихана – недостаточность гормонов передней доли гипофиза (гипопитуитаризм), возникающий вследствие послеродового ишемического некроза железы. За последние 50 лет в развитых странах частота данного синдрома снизилась с 10-20 случаев на 100 тыс. женщин до 0,5% всех случаев гипопитуитаризма, за счет высокого уровня акушерской помощи. В международной базе данных фармакоэпидемиологического реестра KIMS (PfizerInternationalMetabolicDatabase) за 2012 год числится 1034 пациента с дефицитом гормона роста (СТГ), и в 3,1% случаев у пациенток-женщин причиной данной патологии является синдром Шихана [4]. Послеродовой гипопитуитаризм чаще встречается у женщин в слаборазвитых и развивающихся странах, таких как Индия, где распространенность синдрома Шихана составляет

2,7- 3,9% среди рожавших женщин старше 20 лет, из которых более половины заболевших осуществляли роды на дому [2].

Причиной развития заболевания является результат гиповолемического шока, который развивается при резком уменьшении объема циркулирующей крови и падении кровяного давления, обусловленных кровотечением или септическим шоком во время родов или аборте. В период беременности у женщин под действием гормонов плаценты размер гипофиза увеличивается на 120-136%, происходит гипертрофия и гиперплазия лактотропцитов, синтезирующих пролактин, необходимый для развития и становления лактации. При обильной кровопотере локальный кровоток в увеличенной передней доле железы снижается или отсутствует, а также связанный с шоком спазм кровеносных сосудов, питающих гипофиз, приводит к недостатку кислорода и ишемическому некрозу железы [5].

Клиническая картина зависит от недостаточности тропных гормонов гипофиза и, в связи с этим, выделяют следующие формы синдрома Шихана: глобальную (с клиническими проявлениями недостаточности ТТГ, гонадолиберинов, АКТГ); частичную (с недостаточностью гонадотропной, тиреотропной, адренкортикотропной функций); комбинированную (недостаточность гонадотропной и тиреотропной, тиреотропной и адренкортикотропной функций). По степени тяжести выделяют: лёгкую, средней тяжести и тяжёлую степени клинических проявлений. По данным исследователей, выраженная клиническая картина заболевания развивается в случае поражения более 80% ткани передней доли гипофиза. При меньшем объеме поражения заболевание протекает в стертой (латентной) форме или не возникает совсем, т. к. неповрежденная часть железы полностью компенсирует функцию органа [4].

Одним из первых симптомов является нарушение лактации: агалактия, реже гипогалактия. Снижается функция яичников с развитием гипоменструального синдрома, иногда переходящего в аменорею. С течением времени, возникают жалобы, связанные с развитием гипотиреоза: общая слабость, повышенная утомляемость, сонливость. При развитии недостаточности коры надпочечников происходит значительное ухудшение состояния, сопровождающееся нарастающей слабостью, адинамией, анорексией, диспепсическими явлениями, снижением артериального давления, эпизодами гипогликемических состояний [5].

Зарубежными учеными в ходе исследования, выполненного во Франции, обследовано 28 пациенток с синдром Шихана, у которых в 50% случаев наблюдалась агалактия, с момента родов 42,8% женщин страдали астенией, у 25% больных отмечались головные боли, в послеродовом периоде 27,3% женщинам диагностировали аменорею, 25% - гипотиреоз. При изучении клинических проявлений синдрома Шихана в Индии анализ состояния здоровья 18 женщин с данным диагнозом показал, что 39% больных имели следующие признаки заболевания: у 94,4% пациенток наблюдалась лактационная

недостаточность, у 72,2% женщин диагностирована аменорея после последних родов, у 16,7% - с астения и потеря веса, у 11,1% - гипотиреоз, а также наблюдали гипонатриемию, гипотонию, гипогликемию или рвоту [2].

Дерматологические проявления, свидетельствующие о гипопитуитаризме, могут оказаться первыми и зачастую незамеченными. Кожные покровы становятся истонченными, сухими, бледными, иногда приобретают желтоватый оттенок, на лице появляются множественные мелкие морщины, сглаживаются естественные складки. Бледная окраска кожи обусловлена анемией, пониженным кровоснабжением и генерализованной гипопигментацией, которая связана с пониженным содержанием меланина в эпидермисе из-за недостаточности меланинстимулирующего гормона. Иногда гипомеланоз приводит к повышенной чувствительности кожи к ультрафиолетовому излучению и развитию фотодерматозов. Вовлечение в процесс кожных придатков проявляется потерей волос на волосистой части головы, в подмышечных впадинах, позднее на лобке. Изменения ногтевых пластинок проявляется в виде онихолизиса, продольной исчерченности и гиперпигментации [3].

Основным критерием диагностики синдрома является наличие характерного анамнеза – связь клинических проявлений с родовой деятельностью или аборт. При обследовании необходимо исследование уровней гормонов аденогипофиза в периферической крови (ТТГ, АКТГ, ФСГ, ЛГ, Т3, Т4, кортизол и эстрадиол). Для диагностики недостаточности каждого тропного гормона аденогипофиза используют стимуляционные пробы. При общеклиническом обследовании в крови могут быть выявлены: гипохромная анемия, ускорение СОЭ, лейкопения, нейтрофилез, гипогликемия и гипогликемический тип сахарной кривой при пероральном глюкозотолерантном тесте. При исследовании мочи: альбуминурия, полиурия с низким удельным весом мочи (ниже 0,012). При наличии изменений в минеральном обмене: повышение количества калия, снижение количества хлоридов и натрия [1].

Дифференциальный диагноз синдрома проводят с первичным поражением периферических эндокринных желез: болезнью Аддисона, микседемой, нервной анорексией, опухолью гипофиза.

Лечение заключается в назначении заместительной гормонотерапии в соответствии с гипофункцией определенных желез. Больные с тяжелой формой синдрома Шихана получают терапию в условиях эндокринологического стационара. При адекватной заместительной терапии гормонами кожные проявления гипопитуитаризма обратимы [5].

Таким образом, синдром Шихана из-за наличия неспецифических признаков и симптомов может длительно не диагностироваться, и как следствие, пациенты остаются без своевременной терапии.

Цель исследования - демонстрация клинического случая синдрома Шихана.

Материалы и методы исследования

Обзор отечественных и зарубежных литературных источников с помощью поисковых систем PubMed, Elibrary, Cyberleninka. Применялся клинико-анамнестический метод исследования: анализ истории болезни с изучением анамнеза, изучение клинических проявлений заболевания, анализ трихоскопического исследования волос с помощью компьютерной программы TrichoSciencePro V 1.1.

Результаты исследования и их обсуждение

Пациентка А., 37 лет, обратилась с жалобами на очаги выпадения волос по всей волосистой части головы, которые впервые появились 10 лет назад.

Anamnesismorbi: Считает себя больной с 2010 года, когда после родов спустя 2-3 месяца выпали почти все волосы (из акушерского анамнеза: беременность I, роды I, в срок, физиологические, со слов пациентки в период лактации докармливала ребенка смесью, т.к. не хватало молока). За 2 недели до выпадения волос пациентка окрасила волосы краской из масс-маркета в домашних условиях. Данной краской (производитель и цвет) пользуется в течение многих лет. Обратилась к дерматовенерологу по месту жительства, выставлен диагноз: Гнездная алопеция, рекомендовано наружно нанесение крема мометазонафураат 2 раза в сутки на очаги выпадения волос и аппликации масок с перцем. Спустя 2 месяца пациентка наблюдала рост волос и с течением времени полное восстановление.

С 2011 г. по 2015 г. ежегодно отмечалось выпадение волос на тех же участках волосистой части головы. Пациентка лечилась самостоятельно, согласно предыдущим назначениям, с положительным эффектом, к дерматологу не обращалась. Самостоятельно обратилась к эндокринологу в 2015 г., который диагностировал: АИТ, узловатый зоб, ожирение II степени, инсулинорезистентность. Рекомендовано ежедневно принимать L-тироксин 150 мкг, метформин 1000 мг.

С 2016 по 2019 гг. пациентка отмечала ежегодный рецидив выпадения волос, акцентируя внимание на то, что прежние очаги постепенно увеличивались в размерах. Лечение проводила самостоятельно, но эффект от лечения был незначительным. В сентябре 2019 г. обратилась к гинекологу, с целью планирования беременности, диагностирован: Эндометриоз, вторичное бесплодие (отсутствие овуляции). Рекомендован прием дюфастона в 100 мг во вторую фазу цикла, циклодинон 4 мг ежедневно, эстрадиола валерат 2 мг в первую фазу цикла.

В январе 2019 г. обратилась к дерматовенерологу в МКМЦ «БОНУМ» г. Екатеринбург с жалобами на частичное отсутствие волос на волосистой части головы в течение полугода, где была консультирована совместно с сотрудниками кафедры дерматовенерологии и БЖ ФГБОУ СО УГМУ.

Statuslocalis: При осмотре отмечены обширные зоны облысения неправильной формы на волосистой части головы. Кожа в очагах физиологической окраски, визуально волосяные фолликулы не изменены. Отсутствие волос составило около 50%, согласно шкале SALT (E. Olsen и J.

Canfield). Пушковые волосы на туловище, брови и ресницы сохранены. Ногтевые пластинки без видимых изменений.

При трихоскопическом исследовании волос выявлены следующие признаки: «желтые точки» (пустые фолликулы); «белые точки» (следы атрофированных волосяных фолликулов).

Клинический диагноз: Гнездная алопеция, стационарная стадия. Синдром Шихана (E23.0).

Рекомендовано обследование: рентгенография турецкого седла, дополнительное обследование у эндокринолога и гинеколога.

Рекомендовано лечение: наружно крем клобетазола пропионат 2 раза в сутки 3 недели, витаминкомплекс по 1 капле 1 раз в сутки 2 месяца, омега-3 (950 мг) по 1 капле 1 раз в сутки 3 месяца, препарат селексена в дозе 210 мкг 3 месяца, препарат цинка сульфата моногидрата в дозе 124 мг 2 месяца, препарат токоферола ацетата в дозе 400 мг 1 месяц.

При повторном осмотре через 3 недели произведено изменение наружной терапии: отменен крем клобетазола пропионат и назначен раствор миноксидила 2%. Терапия перос продолжить согласно ранее назначенным дозировкам. Через 2 месяца после начала лечения отмечена положительная динамика. Но в связи с тем, что пациентка встала на учет у репродуктолога и активно начала предгравидарную подготовку, список принимаемых лекарственных препаратов было рекомендовано сократить. В связи с чем, пациентке наружно рекомендован лосьон с пептидами на очаги и шампунь, стимулирующий рост волос для ежедневного применения.

Выводы

Повышение осведомленности эндокринологов, гинекологов, неврологов, дерматологов и врачей других специальностей позволит своевременно диагностировать синдром Шихана, определять адекватную тактику обследования, алгоритм диспансерного наблюдения и своевременно назначать соответствующую терапию.

Список литературы:

1. Diri H. Sheehan's syndrome: new insights into an old disease / H. Diri, Z. Karaca, F. Tanriverdi, K. Unluhizarci, F. Kelestimur // International Journal of Basic and Clinical Endocrinology. – 2016. – № 51. – P.22 – 31.

2. Jose M. Chronic Sheehan's Syndrome – A Differential to be Considered in Clinical Practice in Women with a History of Postpartum Hemorrhage / M. Jose, S. Amir, R. Desai // Cureus. – 2019. – №11(2). – P.1-7.

3. Елькин В.Д. Избранная дерматология / В.Д. Елькин, Л.С. Митрюковский, Т.Г. Седова // Иллюстрированный справочник по диагностике и лечению дерматозов. Пермь. - 2004. – С. 182-184.

4. Назаренко К.Г. Трудности своевременной постановки диагноза при синдроме Шихана / К.Г. Назаренко, О.А. Африкьян // Синергия Наук. – 2018. – №20. - С. 747-754.

5. Соснова Е.А. Аменорея / Е.А.Смирнова // Архив акушерства и гинекологии им. В.Ф. Снегирева. – 2016. – №3(2). – С.60-75.

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ И ТЕЛЕМЕДИЦИНА

УДК 614.2

**Власовец А.А., Сараева А.А., Богданов С.И.
ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ ВСЕРОССИЙСКОГО
ЧЕМПИОНАТА MEDICAL SOFT SKILLS. НАПРАВЛЕНИЕ
«ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ И ТЕЛЕМЕДИЦИНА: ВЫЗОВЫ
ВРЕМЕНИ»**

Кафедра психиатрии, психотерапии и наркологии
Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация

**Vlasovets A.A., Saraeva A.A., Bogdanov S.I.
EXPERIENCE OF ALL-RUSSIAN MEDICAL SOFT SKILLS
CHAMPIONSHIP. DIRECTION "INFORMATION TECHNOLOGY AND
TELEMEDICINE: CHALLENGES OF TIME"**

Department of Psychiatry, Psychotherapy and Addiction
Ural state medical university
Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: annesar9@gmail.com

Аннотация. В статье описывается опыт проведения всероссийского чемпионата «Medicalsoftskills», направление «Информационные технологии и телемедицина: вызовы времени».

Annotation. The article describes the experience of the first All-Russian championship "Medical soft skills", the direction of "Information technology and telemedicine: challenges of the time."

Ключевые слова: телемедицина, информационные технологии, чемпионат
Keywords: telemedicine, information technology, championship

Введение

Развитие информационных технологий – основное направление развития фактически всех направлений деятельности человека на данном этапе его развития. Прогресс предоставляет все новые и новые возможности удаленного