

Изменения, развивающиеся при нарушениях аденогипофиза.

Выполнили:

студенты

Стаценко А. С.

Гришаева Д. В.

Лечебного факультета

группа 307

Научный руководитель:

Заведующий кафедрой,

д.м.н., заслуженный деятель науки РФ,

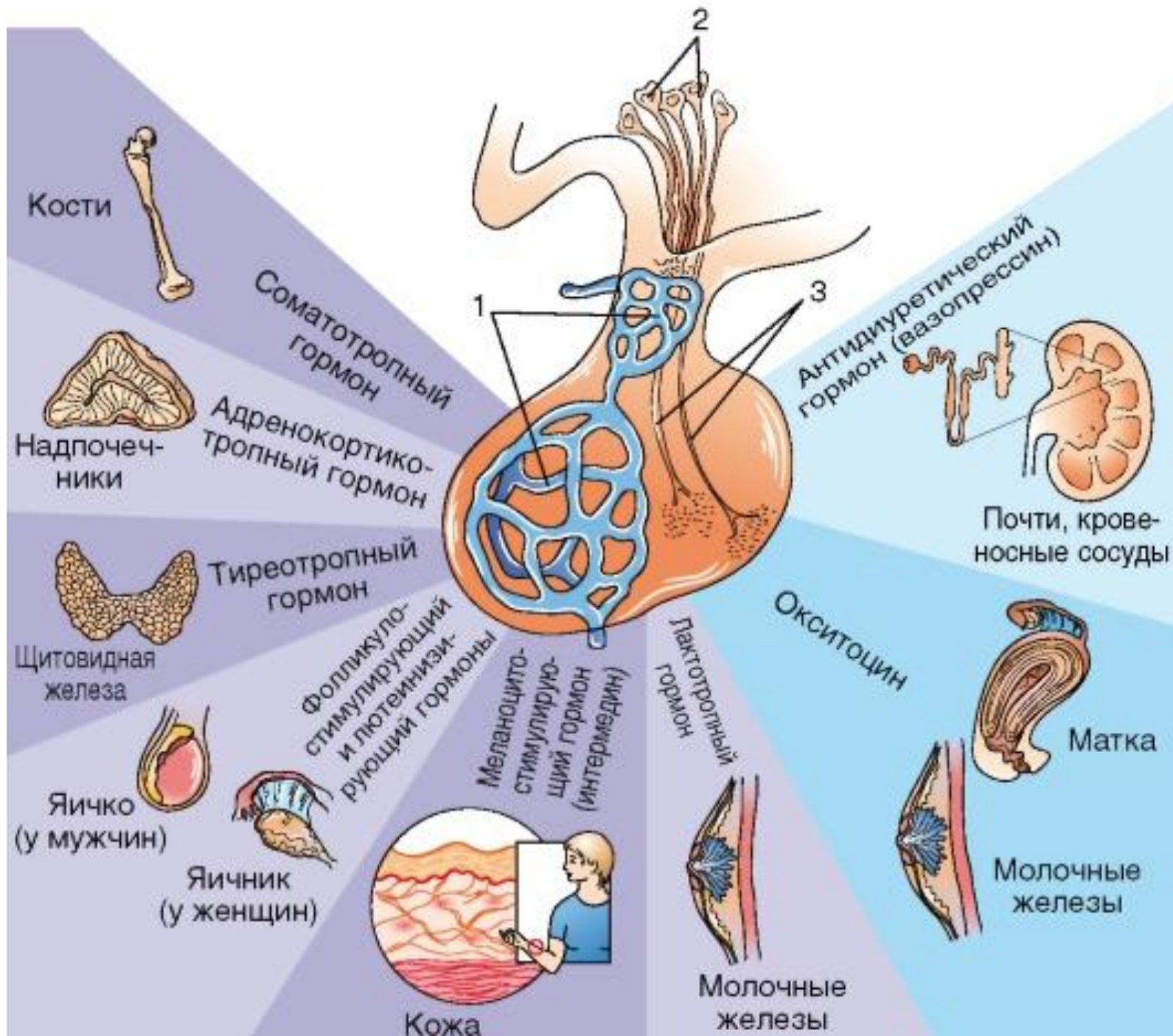
профессор кафедры

патофизиологии,

клинической патофизиологии

Долгих Владимир Терентьевич



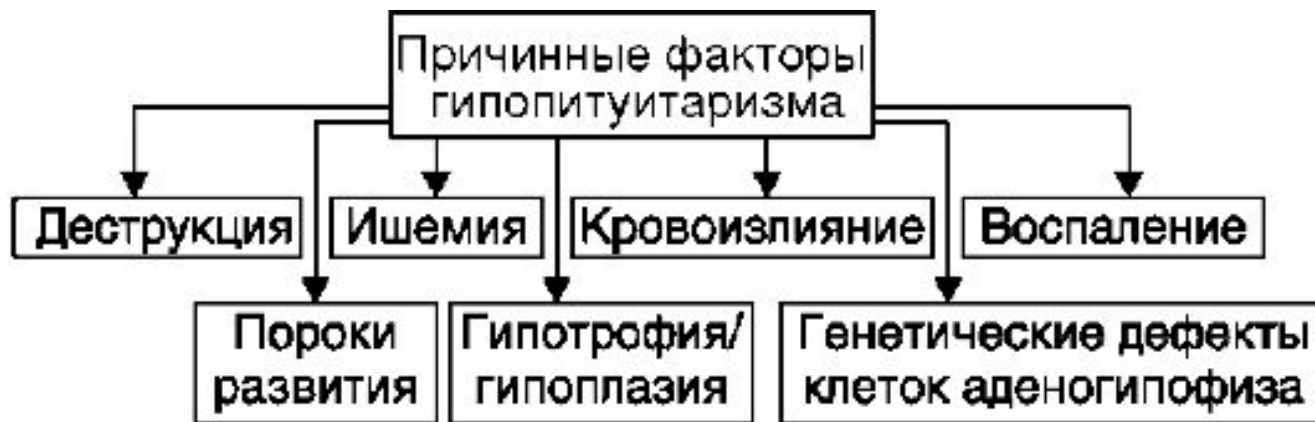


Патология аденогипофиза

Классификация



НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЕ ПРИЧИНЫ НЕДОСТАТОЧНОСТИ АДЕНОГИПОФИЗА



НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЕ ПРИЧИНЫ ГИПЕРПИТУИТАРИЗМА

Патология гипоталамуса:
гиперпродукция либеринов или гипопродукция статинов

Гипертрофия и/или гиперплазия аденогипофиза

Аденомы аденогипофиза

Злокачественные опухоли гипофиза

Стимулирует рост скелета, увеличение размеров тела

Активирует биосинтез белка

Координирует обмен, направляя его на анаболизм

Мобилизация жиров

Лактогенная активность

Соматолиберин



СОМАТОТРОПНЫЙ ГОРМОН

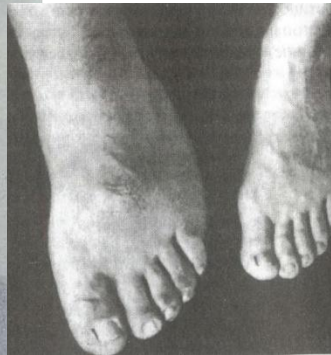
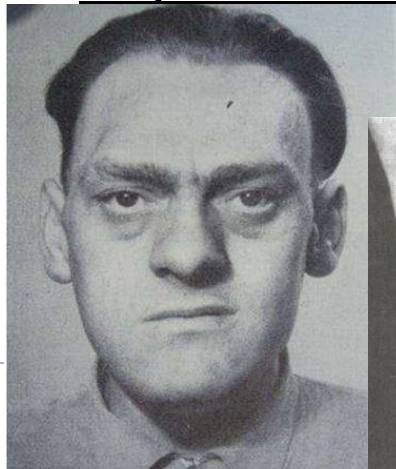
Соматостатин



Гипофизарный гигантизм



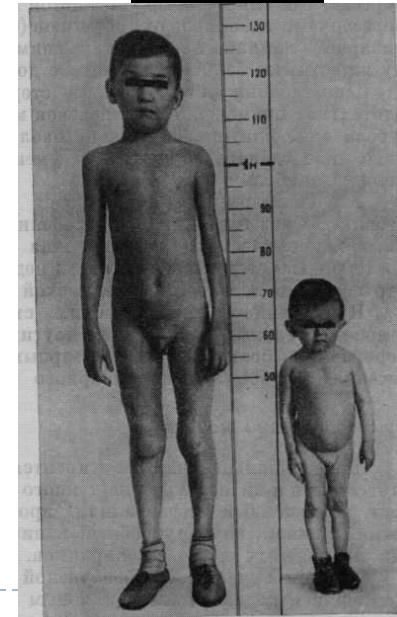
Акромегалия



ИЗБЫТОК

НЕДОСТАТОК

Гипофизарный нанизм



Прогрессирующая потеря массы тела, дистрофия кожи и ее производных, костной ткани, зубов.

Рис. 104. Гипофизарный нанизм у мальчика 9 лет. Слева мальчик 9 лет нормального роста.

СОМАТОТРОП НЫЙ ГОРМОН

**НЕДОСТАТ
ОК**

*>50% случаев генетически обусловленное снижение секреции СТГ
В остальных случаях причина либо не установлена,
либо причиной ее являются органические нарушения гипоталамо-гипофизарной области*

- ❖ Снижение синтеза белка
- ❖ Уменьшение ингибирующего действия СТГ на поглощение глюкозы и преобладание инсулинового эффекта
- ❖ Выпадение жиромобилизующего действия



Рис. 20-9. Гипофизарный низм у 14-летней девушки (рядом — ее сверстница)
J. Bierich, 1975)

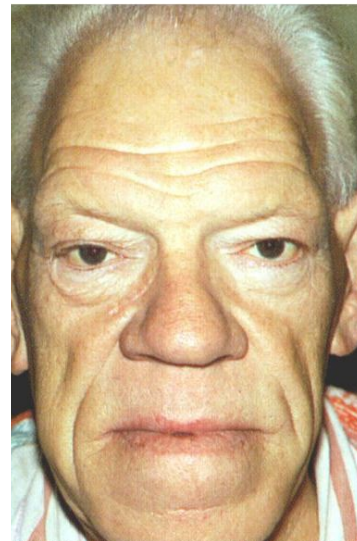


Рис. 104. Гипофизарный низм у мальчика 9 лет. Слева мальчик 9 лет нормального роста.

СОМАТОТРОП НЫЙ ГОРМОН

ИЗБЫТОК

- ❖ Активация синтеза белка или торможение его разрушения
- ❖ Нарушение углеводного обмена вплоть до сахарного диабета
- ❖ Активация липолиза, увеличение образования кетоновых тел



ТИРЕОТРОПНЫЙ ГОРМОН

ИЗБЫТОК

гипофизарный гипертиреозидизм

- Увеличивает содержание кислых мукополисахаридов в коже, мышцах и ретроорбитальной клетчатке;
- Избыток кортизола;
- Увеличение активности тирозиназы в меланоцитах
- Стимулирование
▶ липолитической активности

НЕДОСТАТ ОК

гипофизарный гипотиреозидизм

- Уменьшается интенсивность окислительных процессов, снижается основной обмен
- Снижена интенсивность синтеза белка
- Повышается содержание гликогена в печени в связи со снижением активности фосфорилазы
- Снижена скорость синтеза холестерина в печени и надпочечниках

ФСГ – вызывает развитие гонад, рост фолликулов в яичниках и сперматогенез, развитие вторичных половых признаков

ЛГ – стимулирует рост желтого тела после овуляции и синтез им прогестерона, и секрецию андрогенов

ГОНАДОТРОПНЫЙ ГОРМОН

Пролактин

ИЗБЫТОК

НЕДОСТАТОК

в детском возрасте – синдром преждевременного полового развития (в 8-9 лет)

после периода полового созревания
деформации личности;
галакторея, дисменорея;
различные варианты вирилизации или маскулинизации;
избыток контринсулярных гормонов ведет к сахарному диабету.

в детском возрасте – синдром задержки полового развития.

после полового созревания:
атрофия внутренних и наружных половых органов; инволюция вторичных половых признаков; снижение половой функции, бесплодие;
отсутствие лактации, дис- и аменорея.

ГОНАДОТРОП НЫЙ ГОРМОН

НЕДОСТАТОК

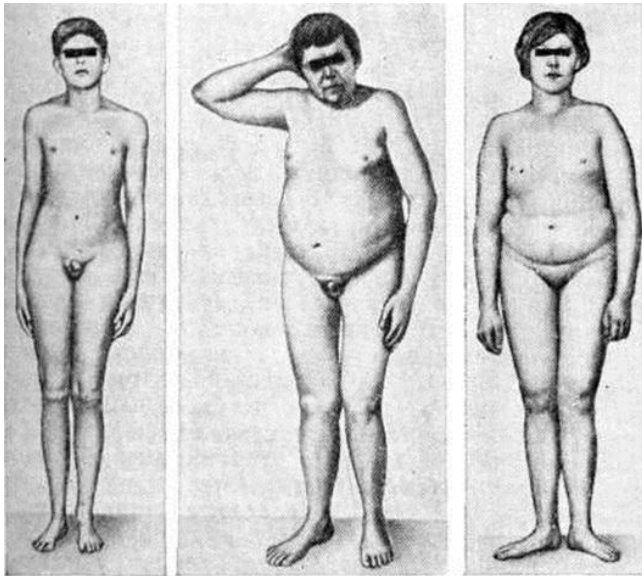


Рис. 1.

Рис. 2.

Рис. 3.

Недостаточное образование ГТГ у девочек приводит к недоразвитию половых органов и вторичных половых признаков

ЛГ – нарушение функции клеток Лейдига

Отсутствие образование андрогенов

Евнухоидизм

ФСГ – снижение способности клеток Сертоли накапливать андрогены

Угнетение сперматогенеза

Снижение фертильности

АДРЕНОКОРТИКОТРОПНЫЙ ГОРМОН

ИЗБЫТОК

Болезнь Иценко-

Основные симптомы болезни Иценко-Кушинга



НЕДОСТАТОК

Гипофизарному гипокортицизму

вследствие:

- дефицита глюкокортикоидов,
- дефицита минералокортикоидов,
- дефицита андрогенных стероидов.

АДРЕНOKOРТИКОТРОПНЫЙ ГОРМОН

ИЗБЫТОК

Действие через надпочечники

Избыточная секреция кортизола и кортикостерона



Остеопоз
Мышечная слабость
Стрии
Артериальная гипертензия

Избыточная секреция глюкокортикоидов



Гипергликемия
Артериальная гипертензия

Действие вненадпочечниковым путем

- гиперпигментация
- стимуляция липолитической активности жировой ткани

Очевидно, конечный результат зависит от соотношения надпочечникового и вненадпочечникового действия гормона.

Тотальное нарушение функции аденогипофиза

ТОТАЛЬНЫЙ

гиперпитуитаризм

не описывается, хотя

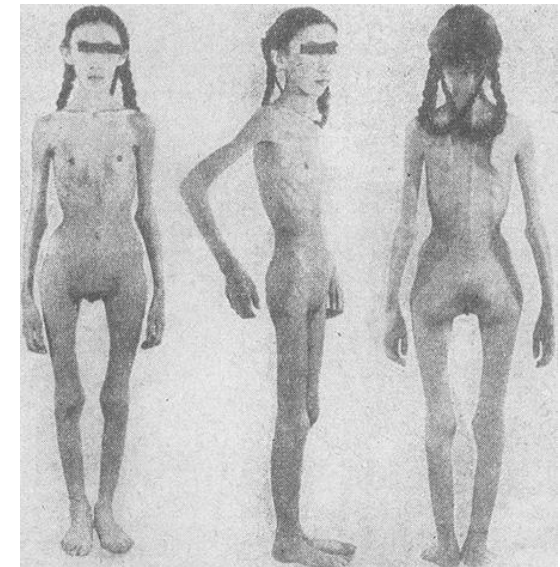
достаточно часто
встречается
сочетанное
повышение продукции
нескольких тропных
гормонов.

ТОТАЛЬНЫЙ

гипопитуитаризм

синдром
Шеана

болезнь Симмондса



Три важных патогенетических
механизма тотального
гипопитуитаризма:

- полигормональная недостаточность
- нейросоматические расстройства
- психические нарушения

Спасибо за внимание!

