

**Международный эндокринологический журнал Том 16, №8, 2020**

**Особенности клинических проявлений и лечения синдрома Шмидта**

**Авторы:** Шкала Л.В.
Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, г. Киев, Украина
**Рубрики:** Эндокринология
**Разделы:** Справочник специалиста

**Резюме**

Актуальность. Наиболее часто встречается аутоиммунный полигландулярный синдром 2-го типа. Представляет интерес развитие и течение синдрома Шмидта, что требует всесторонней диагностики ввиду сочетания нескольких аутоиммунных эндокринопатий и рациональной терапии. Цель: проанализировать особенности клинических проявлений и лечения аутоиммунного полигландулярного синдрома 2-го типа на конкретном примере. Материалы и методы. Для рассмотрения представлен наблюдаемый нами клинический случай синдрома Шмидта у пациентки 36 лет. Имели место первичная надпочечниковая недостаточность с аутоиммунным процессом к 21-гидроксилазе и наличие аутоиммунного тиреоидита с развитием гипотиреоза. Результаты. В клинических проявлениях заболевания доминировали синдромы гипотензии, общей и мышечной слабости, гиперпигментации, потери массы тела, диспептических расстройств, усугубившиеся в результате присоединения вирусной инфекции, на фоне отечного синдрома. Дополнительное обследование выявило значительное повышение адренокортикотропного гормона, ренина, гиперкалиемию, гиперхолестеринемию, повышение 17-гидроксипрогестерона, тиреотропного гормона, гипотироксинемию, повышение антител к 21-гидроксилазе и к тиреоидной пероксидазе при уменьшении объема щитовидной железы с наличием множественных линейных включений, повышением эхогенности. Анализ выявленных гормональных, метаболических и патоморфологических изменений позволил установить наличие в данном клиническом случае синдрома Шмидта. Проводимое лечение глюкокортикоидами сопровождалось побочными реакциями, что привело к неоднократной замене препаратов. Выбор был сделан в пользу кортефа, доза тщательно оттитрована под контролем кортизолурии. Назначение левотироксина сопровождалось достижением эутиреоза. Выводы. Манифестация синдрома Шмидта при одновременном проявлении первичной надпочечниковой недостаточности аутоиммунного генеза и аутоиммунного тиреоидита с развитием гипотиреоза отличалась взаимно отягощающим течением. Имелись значительные трудности в лечении данного полигландулярного синдрома, связанные с коррекцией гипокортицизма, вследствие плохой переносимости глюкокортикоидов, что требовало постоянного наблюдения, неоднократного контроля за состоянием гормонального и метаболического статусов.

**Ключевые слова**

синдром Шмидта; аутоиммунный тиреоидит; диагностика; лечение

 Для просмотра полной версии статьи, пожалуйста [войдите](http://www.mif-ua.com/accounts/signin/)или [зарегистрируйтесь](http://www.mif-ua.com/accounts/signup/).

**Список литературы**

1. Vorobyev S.V., Khripun I.A., Kuzmenko N.A., Streltsova E.M., Petrovskaya E.Y. Schmidt syndrome in clinical practice. South Russian Journal of Therapeutic Practice. 2020. № 1(2). Р. 88-92. https://doi.org/10.21886/2712-8156-2020-1-2-88-92 (in Russian).
2. Husebye E.S., Anderson M.S., Kämpe O. Autoimmune Polyendocrine Syndromes. N. Engl. J. Med. 2018. № 378(12). Р. 1132-1141. doi: 10.1056/NEJMra1713301.
3. Gutierrez M.J., Gilson J., Zacharias J., Ishmael F., Bingham C.A. Childhood Polyarthritis As Early Manifestation of Autoimmune Polyendocrinopathy with Candidiasis and Ectodermal Dystrophy Syndrome. Front. Immunol. 2017. № 8. Р. 377. doi: 10.3389/fimmu.2017.00377.
4. Kakleas K., Soldatou A., Karachaliou F., Karavanaki K. Associated autoimmune diseases in children and adolescents with type 1 diabetes mellitus. Autoimmun. Rev. 2015. № 14(9). Р. 781-797. https://doi.org/10.1016/j.autrev.2015.05.002.
5. Lebovitz H.E. Autoimmune polyglandular syndromes: interplay between the immune and the endocrine systems leading to a diverse set of clinical diseases and new insights into immune regulation. Diabetes Technol. Ther. 2013. № 15 (suppl. 2). S2-21-S2-28. doi: 10.1089/dia.2013.0130.
6. Azad A.K., Islam M.S., Quayum S.L. Autoimmune polyglandular syndrome type II — a case report. Mymensingh Med. J. 2015. № 24(1). Р. 199-201. PMID: 25725692.
7. Gendeleka G.F., Gendeleka A.N. Difficulties in the diagnosis and therapeutic approach in autoimmune polyglandular syndrome type 2. A clinical сase. Mìžnarodnij endokrinologìčnij žurnal. 2018. № 14(1). Р. 99-102. doi: 10.22141/2224-0721.14.1.2018.127101 (in Russian).
8. Bornstein S.R., Allolio B., Arlt W., Barthel A., Don-Wauchope A., Hammer G.D., Husebye E.S. et al. Diagnosis and Treatment of Primary Adrenal Insufficiency: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism. 2016. № 101(2). Р. 364-389. https://doi.org/10.1210/jc.2015-1710
9. Karamifar H., Dalili S., Karamizadeh Z., Amirhakimi G., Dalili H. Autoimmune polyglandular syndrome type 2: an unusual presentation. Acta Med. Iran. 2010. № 48(3). Р. 196-7. PMID: 21137658.
10. Smith R.K., Gerrits P.M. A Rare Case of Autoimmune Polyglandular Syndrome Type 2 in a Child With Persistent Fatigue. Global Pediatric Health. 2019. doi: 10.1177/2333794X19845074.
11. Gouda M.R., Al-Amin A., Grabsch H., Donnellan C. A multidisciplinary approach to management of autoimmune polyendocrinopathy candidiasis ectodermal dystrophy (APECED). BMJ Case Rep. 2013. № 2013. bcr2012008116. doi: 10.1136/bcr-2012-008116.
12. Wang X., Ping F., Qi C., Xiao X. Delayed diagnosis with autoimmune polyglandular syndrome type 2 causing acute adrenal crisis: A case report. Medicine (Baltimore). 2016. № 95(42). e5062. doi: 10.1097/MD.0000000000005062.
13. Brandão Neto R.A., de Carvalho J.F. Diagnosis and classification of Addison's disease (autoimmune adrenalitis). Autoimmun. Rev. 2014. № 13(4–5). Р. 408-11. doi: 10.1016/j.autrev.2014.01.025.
14. Meyer G., Badenhoop K., Linder R. Addison's disease with polyglandular autoimmunity carries a more than 2·5-fold risk for adrenal crises: German Health insurance data 2010–2013. Clin. Endocrinol. (Oxf). 2016. № 85(3). Р. 347-53. doi: 10.1111/cen.13043.
15. Dittmar M., Kahaly G.J. Polyglandular autoimmune syndromes: immunogenetics and long-term follow-up. J. Clin. Endocrinol. Metab. 2003 Jul. № 88(7). Р. 2983-92. doi: 10.1210/jc.2002-021845. PMID: 12843130.