



## Хипокортицизъм

### Определение

Състояние на нарушена надбъбречнокорова функция – намалена продукция на глюкокортикоиди, минералкортикоиди и/или надбъбречни адрогени

### Класификация

- ◎ Според нивото на засягане на хипоталамо – хипофизарно – надбъбречно корвата ос
  1. Първичен – болест на Addison – директно засягана на надбъбречната кора
  2. Вторичен - следствие на намалена секреция на АСТН /при заболявания на хипофизата/
  3. Третичен ? - следствие на намалена секреция на CRH /при заболявания на хипоталамуса/
- ◎ Спрямо начина на протичане и изява
  1. Хроничен
  2. Остър
    - първично изявил се
    - хроничен - обострен
- ◎ Според времето на изява
  1. Придобит
  2. Вроден

### Етиология на първичен хипокортицизъм

1. автоимунна – антитела срещу ензима 21 хидроксилаза
2. ТВС
3. редки
  - хеморагии
  - инфарциране – менингококи, псевдомонас
  - инфекции – луес, бруцелоза, СПИН
  - гъбични инфекции
  - метастази



---

*Д-р Емил Начев, гл. административен асистент, управител на МЦ – тел. 028956085*

- двустранна адреналектомия
- грануломатозни процеси – амилоидоза, саркоидоза, хистиоцитоза Х
- лимфоми
- медикаментозен – стероидни блокери, цитостатици
- ензимни дефекти – ВНКХ
- адренолевкодистрофия
- фамилна глюкокортикоидна недостатъчност
- вродена надбъбречно корова хипоплазия
- вродена глюкокортикоидна резистентност

### Етиология на вторичен хипокортицизъм

1. Спиране на глюкокортикоидна или АСТН терапия
2. След лечение на хиперкортицизъм
3. Заболявания на хипофизата
  - тумори
  - хипофизити /автоимунен/
  - инфекции
  - инфилтративни процеси
  - съдови процеси
  - травма
  - вродена хипо- /а – плазия на хипофизата
  - придобит изолиран дефицит на АСТН
  - ятрогенен /оперативни интервенции, лъчетерапия/

### Патогенеза на първичен хипокортицизъм

1. Глюкокортикоиден дефицит
  - метаболизъм
  - АН
  - бъбречна функция /тотална, електrolити, АКС, АДХ/



*Д-р Емил Начев, гл. административен асистент, управител на МЦ – тел. 028956085*

## 2. Минералкортикоиди

- електролити, АКС

- PRA

- АН

## 3. АСТН – MC1R

### Патогенеза на вторичен хипокортицизъм /разлики/

1. Липсва пигментация

2. Запазена минералкортикоидна функция – липсва дехидратация, нормакалиемия, по-лека хипотония, несъответна секреция на АДХ с хипонатриемия

3. Отпадане и на други аденохипофизни хормони /РХ, ЛХ, ФСХ, ТСХ/- по – тежки хипогликемии

4. Симптоми на основното заболяване на хипофизата.

### Функционален хипокортицизъм

При тежки заболявания

- неадекватен отговор на кортизола при стрес

- органично интактна хипоталамо - хипофизарно – надбъбречнокорова ос

- транзиторен

### Диагноза

1. Клинична картина

2. Изследвания

- електролити /Na, K, Ca/, АКС, креатинин, КЗ, TSH, FT4, анемия.

- RAAS /PRA/

- Плазмен кортизол /сутрешен/ - < 80nmol/l- сигурен, < 275nmol/l- вероятен

- АСТН

3. Тестове

- стимуляционен тест с ниска доза АСТН - плазмен кортизол - >500 nmol/l - отхвърля хипокортицизъм

- кратък стимуляционен тест с АСТН

- стандартен стимуляционен тест с АСТН



Д-р Емил Начев, гл. административен асистент, управител на МЦ – тел. 028956085

- продължителни стимулационни тестове?

8 – часов

48 – часов

- инсулинова хипогликемия /подходящ при преценка и на резерва на GR/

- тест с Metyrapone – за вторичен хипокортицизъм

- тест с CRH /за диференциране на вторичен от третичен хипокортицизъм/

4. Диагноза при тежки състояния

- Плазмен кортизол

< 250 – лоша прогноза

< 400 – много вероятен хипокортицизъм

400 – 900 – съмнителен хипокортицизъм

> 900 – отхвърля хипокортицизъм

- кратък тест с АСТН

## Надбъбречно – корова криза /Адисонова криза или адренална криза/

Определение –

Животозастрашаващо състояние на тежка надбъбречно – корова недостатъчност

Класификация

1. Новопоявила се остро настъпила – при инфарктиране, менингококов сепсис и др.

2. При предходна хронична надбъбречно – корова недостатъчност

- неразпозната, изявила се за първи път

- при стресови състояния /инфекции, оперативни интервенции, състояния на дехидратация/

Клинична картина

- хипотония

- дехидратация

- нарушения в съзнанието /сомнолентност, сопор, кома/



---

Д-р Емил Начев, гл. административен асистент, управител на МЦ – тел. 028956085

При новопоявилата се, клиниката се определя от основното заболяване

## Лечение

### 1. Спешни мерки

- инфузия на физиологичен р-р, евентулно в комбинация с глюкоза / Serum glucosae 5%/- обема на вливане, съобразно дехидратацията и показателите /клинични и лабораторни/

- венозно инжектиране на 100 мг Hydrocortisone /при невъзможност, мускулно/

- на 6 часа по 100 мг Hydrocortisone, до обща доза 200 – 400мг/дн

### 2. След стабилизиране на състоянието

- инфузия на физиологичен р-р до 48 часа, в количество 2-3л/дн

- Hydrocortisone по 50 мг/6 часа, 1-5дни

- Fludrocortisone – 0,05 – 0,2мг/дн, при необходимост, след намаляване на дозата на Hydrocortisone <100мг/дн

- преминаване на трайна терапия с глюкокортикоиди, при нужда и минералкортикоиди

### 3. Допълнително лечение

## Особености в България

#### ☉ Липсва Hydrocortisone

- еквивалентни дози Methylprednisolone, Dexamethasone, Prednisone

/описаните дози на Hydrocortisone да се разделят на 5 за да се получи дозата на Methylprednisolone/

-по-слаб минералкортикоиден ефект

/включване на Fludrocortisone още в началото на терапията/

При пациент в състояние на шок с несигурен хипокортицизъм, лечение по алгоритъма за шок!