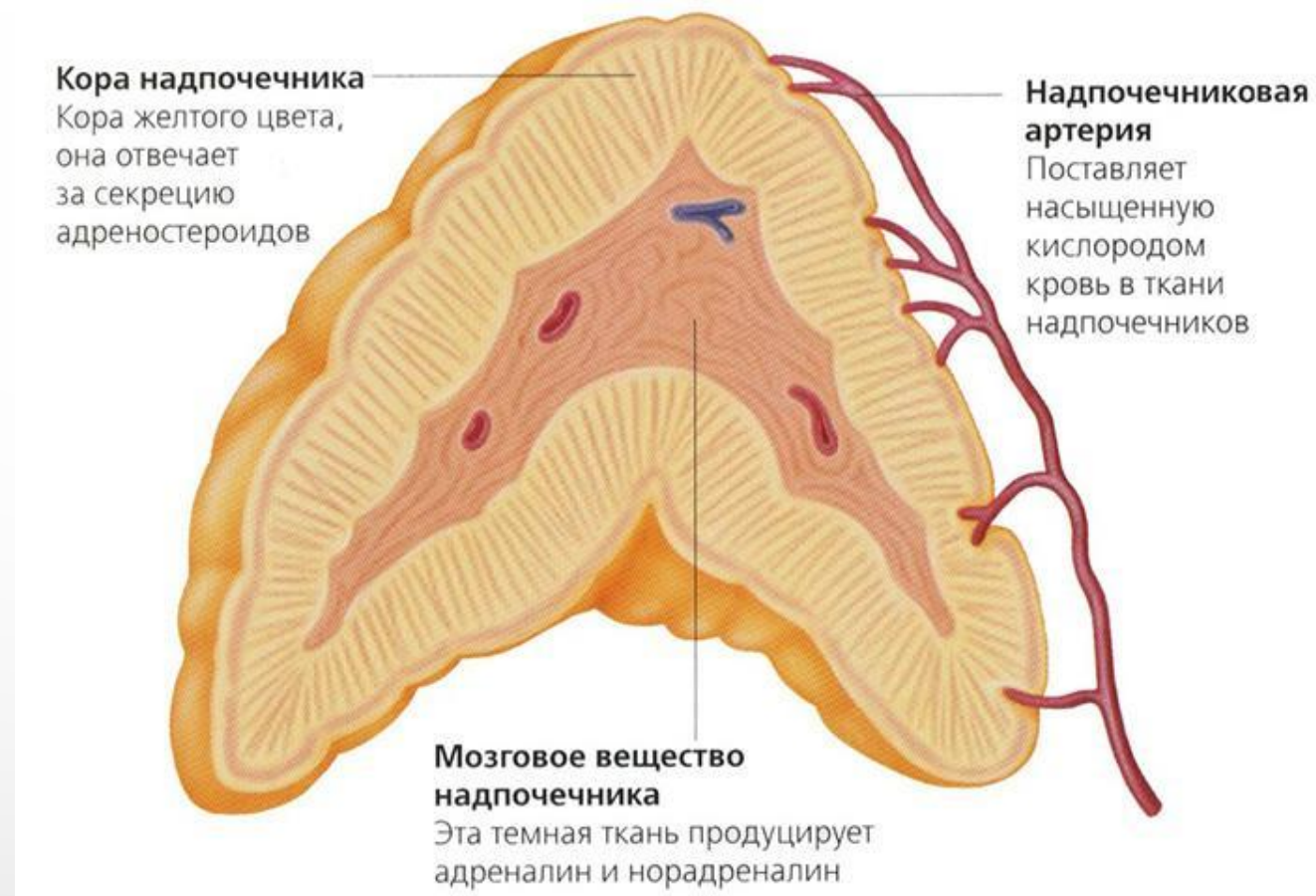


БОЛЕЗНЬ АДДИСОНА

САФАРОВА З.Р
СТУДЕНТКА 318
ГРУППЫ

- **БОЛЕЗНЬ АДДИСОНА («БРОНЗОВАЯ БОЛЕЗНЬ»)** ЭТО МЕДЛЕННО РАЗВИВАЮЩАЯСЯ И ОБЫЧНО ПРОГРЕССИРУЮЩАЯ ГИПОФУНКЦИЯ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ. ОНА СОПРОВОЖДАЕТСЯ РАЗЛИЧНЫМИ СИМПТОМАМИ, ВКЛЮЧАЯ АРТЕРИАЛЬНУЮ ГИПОТонию И ГИПЕРПИГМЕНТАЦИЮ, И МОЖЕТ ПРИВОДИТЬ К РАЗВИТИЮ АДРЕНАЛОВОГО КРИЗА С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМ КОЛЛАПСОМ.
- ПОВРЕЖДЕНИЕ КОРКОВОГО СЛОЯ НАДПОЧЕЧНИКОВ ПРИВОДИТ К НАРУШЕНИЮ СЕКРЕЦИИ ИМИ СТЕРОИДНЫХ ГОРМОНОВ, В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ, **АЛЬДОСТЕРОНА И КОРТИЗОЛА**, КОТОРЫЕ РЕГУЛИРУЮТ ВОДНО-СОЛЕВОЙ, БЕЛКОВЫЙ, УГЛЕВОДНЫЙ, ЛИПИДНЫЙ ОБМЕН В ОРГАНИЗМЕ. ОНИ ТАКЖЕ УЧАСТВУЮТ В РЕАЛИЗАЦИИ СТРЕССОВЫХ РЕАКЦИЙ, ВЛИЯЮТ НА АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ, ОБЩИЙ ОБЪЕМ



Заболевание впервые было описано в 1855 году британским врачом **Томасом Аддисоном**

ЭТИОЛОГИЯ

ОКОЛО 70% СЛУЧАЕВ ОБУСЛОВЛЕНО ИДИОПАТИЧЕСКОЙ АТРОФИЕЙ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ, ВЕРОЯТНО, ВСЛЕДСТВИЕ ЕЕ АУТОИММУННОГО ПОРАЖЕНИЯ. ОСТАЛЬНЫЕ СЛУЧАИ СВЯЗАНЫ С ДЕСТРУКЦИЕЙ КОРКОВОГО ВЕЩЕСТВА ГРАНУЛЕМАМИ (ТУБЕРКУЛЕЗ, ГИСТОПЛАЗМОЗ), ОПУХОЛЯМИ, АМИЛОИДОЗОМ, КРОВОИЗЛИЯНИЕМ ИЛИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМ НЕКРОЗОМ. ГИПОКОРТИЦИЗМ МОЖЕТ БЫТЬ РЕЗУЛЬТАТОМ ПРИМЕНЕНИЯ МЕДИКАМЕНТОЗНЫХ СРЕДСТВ, БЛОКИРУЮЩИХ СИНТЕЗ КОРТИКОСТЕРОИДОВ (КЕТОКОНАЗОЛ, АНЕСТЕТИК ЭТОМИДАТ).

- ПРИ СИНДРОМЕ ПОЛИГЛАНДУЛЯРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ БОЛЕЗНИ АДДИСОНА МОГУТ СОПУТСТВОВАТЬ САХАРНЫЙ ДИАБЕТ ИЛИ ГИПОТИРЕОЗ. У ДЕТЕЙ САМОЙ РАСПРОСТРАНЕННОЙ ПРИЧИНОЙ ПЕРВИЧНОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ ВРОЖДЕННАЯ ГИПЕРПЛАЗИЯ НАДПОЧЕЧНИКОВ, НО ВСЕ ЧАЩЕ ВЫЯСНЯЮТСЯ И ДРУГИЕ ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ПРИЧИНЫ ЭТОГО СОСТОЯНИЯ.

- **ФОРМА БОЛЕЗНИ МОЖЕТ БЫТЬ ПЕРВИЧНОЙ (ЕСЛИ ПОРАЖЕНА ТОЛЬКО КОРА НАДПОЧЕЧНИКОВ) ИЛИ ВТОРИЧНОЙ (ЕСЛИ ПОРАЖЕН ГИПОФИЗ, ВСЛЕДСТВИЕ ЧЕГО НЕ ВЫРАБАТЫВАЕТСЯ АДРЕНОКОРТИКОТРОПНЫЙ ГОРМОН, ОТВЕЧАЮЩИЙ ЗА РАБОТУ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ).**

Первичная форма

- Туберкулёз 50—85%
- Сифилис
- кровоизлияния в надпочечники
- двусторонние первичные или метастатические опухоли надпочечников,
- амилоидоз
- Аутоиммунный адреналит.
- Гемохроматоз.
- Амилоидоз.
- Саркоидоз.
- СПИД.
- Удаление надпочечников.
- Наследственный фактор.

Причины болезни Аддисона

Вторичная форма

Гипоталамо-гипофизарная
недостаточность

Патогенез болезни Аддисона обусловлен дефицитом в организме альдостерона, кортизола и избытком секреции меланоцитостимулирующего гормона.

ПАТОГЕНЕЗ

Как правило, болезнь Аддисона возникает из-за повреждения или разрушения коры [надпочечников](#) в результате развития аутоиммунного процесса (иммунная система воспринимает кору надпочечников как чужеродную, атакует и разрушает ее) или другого аутоиммунного заболевания, имеющегося у пациента.

Дефицит глюкокортикоидных и минералокортикоидных гормонов, вызванный снижением функции коры надпочечников, называют первичной надпочечниковой недостаточностью. Если надпочечники не способны продуцировать эти гормоны по другим причинам (например, из-за аномалий гипофиза или его дисфункции), речь идет о вторичной надпочечниковой недостаточности.

МИНЕРАЛОКОРТИКОИДНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ

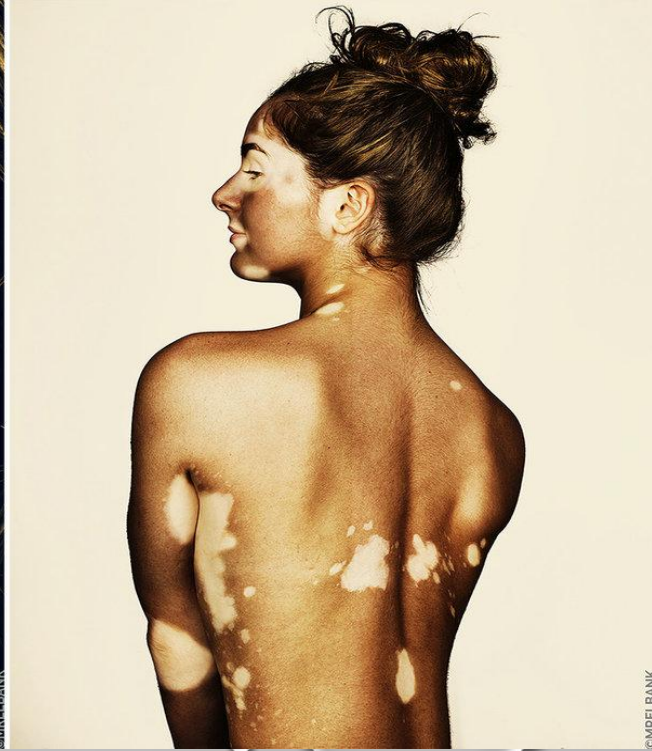
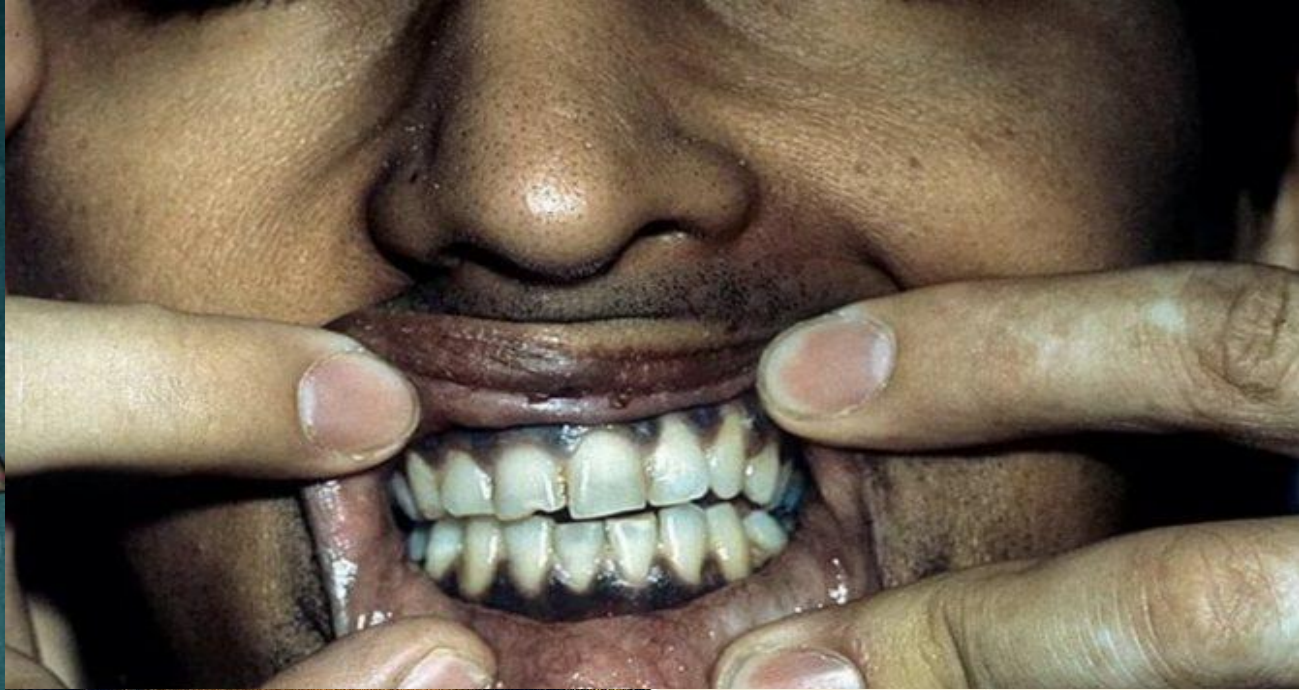
- МИНЕРАЛОКОРТИКОИДЫ СТИМУЛИРУЮТ РЕАБСОРБЦИЮ НАТРИЯ И ЭКСКРЕЦИЮ КАЛИЯ, А ДЕФИЦИТ ЭТИХ ГОРМОНОВ ПРИВОДИТ СООТВЕТСТВЕННО К УВЕЛИЧЕНИЮ ЭКСКРЕЦИИ НАТРИЯ И СНИЖЕНИЮ ЭКСКРЕЦИИ КАЛИЯ, ГЛАВНЫМ ОБРАЗОМ С МОЧОЙ, НО ТАКЖЕ С ПОТОМ, СЛЮНОЙ И ЧЕРЕЗ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА. В РЕЗУЛЬТАТЕ КОНЦЕНТРАЦИЯ НАТРИЯ В СЫВОРОТКЕ СНИЖАЕТСЯ ([ГИПОНАТРИЕМИЯ](#)), А КАЛИЯ – ВОЗРАСТАЕТ ([ГИПЕРКАЛИЕМИЯ](#)).
- ПОТЕРЯ СОЛИ И ВОДЫ С МОЧОЙ ОБУСЛОВЛИВАЕТ ТЯЖЕЛОЕ ОБЕЗВОЖИВАНИЕ, ПОВЫШЕНИЕ ОСМОЛЯРНОСТИ ПЛАЗМЫ, АЦИДОЗ, УМЕНЬШЕНИЕ ОЦК, АРТЕРИАЛЬНУЮ ГИПОТонию И В КОНЕЧНОМ СЧЕТЕ – ЦИРКУЛЯТОРНЫЙ КОЛЛАПС. ОДНАКО ПРИ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, СВЯЗАННОЙ С НАРУШЕНИЕМ ПРОДУКЦИИ АДРЕНОКОРТИКОТРОПНОГО ГОРМОНА (АКТГ) ([ВТОРИЧНАЯ НАДПОЧЕЧНИКОВАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ](#)), ЧАСТО УРОВНИ ЭЛЕКТРОЛИТОВ НОРМАЛЬНЫЕ ИЛИ НЕЗНАЧИТЕЛЬНО НЕУРАВНОВЕШЕННЫ, И НАРУШЕНИЯ ГЕМОЦИРКУЛЯЦИИ ВЫРАЖЕНЫ ГОРАЗДО СЛАБЕЕ.

ГЛЮКОКОРТИКОИДНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ

- ДЕФИЦИТ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ ЛЕЖИТ В ОСНОВЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПОТОНИИ, РЕЗКОГО ПОВЫШЕНИЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К ИНСУЛИНУ И НАРУШЕНИЙ УГЛЕВОДНОГО, ЖИРОВОГО И БЕЛКОВОГО ОБМЕНА. В ОТСУТСТВИЕ КОРТИЗОЛА СНИЖАЕТСЯ ПРЕВРАЩЕНИЕ БЕЛКОВ В УГЛЕВОДЫ, ЧТО ПРИВОДИТ К ГИПОГЛИКЕМИИ И УМЕНЬШЕНИЮ СОДЕРЖАНИЯ ГЛИКОГЕНА В ПЕЧЕНИ. ВОЗНИКАЮЩАЯ СЛАБОСТЬ ОТЧАСТИ СВЯЗАНА С НАРУШЕНИЕМ ФУНКЦИИ НЕРВНОЙ И МЫШЕЧНОЙ СИСТЕМ. ПАДАЕТ СОПРОТИВЛЯЕМОСТЬ ИНФЕКЦИИ, ТРАВМАМ И ДРУГИМ СТРЕССАМ. ИЗ-ЗА СЛАБОСТИ СЕРДЕЧНОЙ МЫШЦЫ И ОБЕЗВОЖИВАНИЯ УМЕНЬШАЕТСЯ МИНУТНЫЙ ОБЪЕМ СЕРДЦА И РАЗВИВАЕТСЯ СОСУДИСТАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ.
- СНИЖЕНИЕ УРОВНЯ КОРТИЗОЛА В КРОВИ СОПРОВОЖДАЕТСЯ ПОВЫШЕННОЙ ГИПОФИЗАРНОЙ ПРОДУКЦИЕЙ АКТГ И УВЕЛИЧЕНИЕМ В КРОВИ УРОВНЯ БЕТА-ЛИПОТРОПИНА (МЕЛАНОЦИТСТимулирующего Гормона), что приводит к ГИПЕРПИГМЕНТАЦИИ КОЖИ И СЛИЗИСТЫХ, ХАРАКТЕРНОЙ ДЛЯ БОЛЕЗНИ АДДИСОНА. ПРИ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ГИПОФИЗА, ГИПЕРПИГМЕНТАЦИЯ ОТСУТСТВУЕТ.

• **СИМПТОМЫ БОЛЕЗНИ АДДИСОНА В НАЧАЛЬНОЙ СТАДИИ ВЫРАЖЕНЫ ОЧЕНЬ СЛАБО, И ИХ ЛЕГКО СПУТАТЬ СО МНОГИМИ ДРУГИМИ НЕДОМОГАНИЯМИ. У БОЛЬНОГО РАЗВИВАЮТСЯ:**

- ПОСТОЯННО ПРОГРЕССИРУЮЩАЯ УСТАЛОСТЬ;
- СЛАБОСТЬ МЫШЦ;
- БЕСПОКОЙСТВО, РАЗДРАЖИТЕЛЬНОСТЬ, ТРЕВОЖНОСТЬ;
- ДЕПРЕССИЯ;
- СУХОСТЬ ВО РТУ, ЖАЖДА, НЕОБХОДИМОСТЬ В ЧАСТОМ И ОБИЛЬНОМ ПИТЬЕ;
- ТАХИКАРДИЯ, СИЛЬНОЕ СЕРДЦЕБИЕНИЕ;
- ИЗМЕНЕНИЕ ВКУСА ПИЩИ И НАПИТКОВ, КОТОРЫЕ НАЧИНАЮТ КАЗАТЬСЯ ЧЕРЕСЧУР КИСЛЫМИ ЛИБО СОЛЕННЫМИ;
- ПОСТОЯННОЕ РАССТРОЙСТВО ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА, ТОШНОТА, НАРУШЕНИЕ ПРОЦЕССА ГЛОТАНИЯ ПИЩИ;
- ПОТЕРЯ АППЕТИТА И СНИЖЕНИЕ ВЕСА;
- ПОЛИУРИЯ – ЧРЕЗМЕРНОЕ МОЧЕВЫДЕЛЕНИЕ, ПРОВОЦИРУЮЩЕЕ ОБЕЗВОЖИВАНИЕ;
- УХУДШЕНИЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ПАЛЬЦЕВ;
- ГИПОГЛИКЕМИЯ;
- СУДОРОГИ И ТРЕМОР, УСИЛИВАЮЩИЕСЯ ПОСЛЕ МОЛОЧНЫХ ПРОДУКТОВ;
- СНИЖЕНИЕ КОЛИЧЕСТВА КРОВИ (ГИПОВОЛЕМИЯ).
- СПЕЦИФИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК «БРОНЗОВОЙ БОЛЕЗНИ» – ГИПЕРФУНКЦИЯ КЛЕТОК МАЛЬПИГИЕВОГО СЛОЯ, ВЫРАЖЕННАЯ В ОБИЛЬНОМ ОТЛОЖЕНИИ МЕЛАНИНА.
- В ВЫШЕОПИСАННОМ СОСТОЯНИИ ЧЕЛОВЕК МОЖЕТ ПРОЖИТЬ НЕСКОЛЬКО ЛЕТ, ДО ТЕХ ПОР, ПОКА СИЛЬНЫЙ СТРЕСС ИЛИ ДРУГОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ НЕ СПРОВОЦИРУЕТ АДДИСОНИЧЕСКИЙ КРИЗ. У БОЛЬНОГО РЕЗКО СНИЖАЕТСЯ ДАВЛЕНИЕ, ПОЯВЛЯЮТСЯ ОСТРЫЕ БОЛИ В ОБЛАСТИ ЖИВОТА, РВОТА И ДИАРЕЯ. ИЗ-ЗА ПОНИЖЕННОГО ДАВЛЕНИЯ РАЗВИВАЮТСЯ ОБМОРОКИ. НЕ РЕДКО НАБЛЮДАЕТСЯ СПУТАННОСТЬ СОЗНАНИЯ ЛИБО ПРИЗНАКИ ОСТРОГО ПСИХОЗА. ПРИ ОТСУТСТВИИ КВАЛИФИЦИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ «БРОНЗОВАЯ БОЛЕЗНЬ» У ЧЕЛОВЕКА МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К ЛЕТАЛЬНОМУ ИСХОДУ.



АДДИСОНИЧЕСКИЙ КРИЗ

- **В НЕКОТОРЫХ СЛУЧАЯХ СИМПТОМЫ БОЛЕЗНИ АДДИСОНА МОГУТ ВОЗНИКНУТЬ НЕОЖИДАННО БЫСТРО. ТАКОЕ СОСТОЯНИЕ ОСТРОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ НАЗЫВАЕТСЯ «АДДИСОНИЧЕСКИМ КРИЗОМ» И ЯВЛЯЕТСЯ КРАЙНЕ ОПАСНЫМ, УГРОЖАЮЩИМ ЖИЗНИ БОЛЬНОГО СОСТОЯНИЕМ.**
- АДДИСОНИЧЕСКИЙ КРИЗ НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫ У НЕ ДИАГНОСТИРОВАННЫХ ИЛИ НЕ ПОЛУЧАВШИХ ЛЕЧЕНИЯ, ЛИБО ПОЛУЧАВШИХ НЕАДЕКВАТНО МАЛУЮ, НЕДОСТАТОЧНУЮ ДОЗУ КОРТИКОСТЕРОИДОВ ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ АДДИСОНА, ЛИБО У ТЕХ, КОМУ ДОЗА ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ НЕ БЫЛА ВРЕМЕННО УВЕЛИЧЕНА ПРИ БОЛЕЗНИ, СТРЕССЕ, ХИРУРГИЧЕСКОМ ВМЕШАТЕЛЬСТВЕ

У РАНЕЕ ДИАГНОСТИРОВАННЫХ И ПОЛУЧАЮЩИХ АДЕКВАТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ АДДИСОНИЧЕСКИЙ КРИЗ МОЖЕТ ВОЗНИКНУТЬ В РЕЗУЛЬТАТЕ РЕЗКОГО ПРЕКРАЩЕНИЯ ЛЕЧЕНИЯ КОРТИКОСТЕРОИДАМИ ИЛИ РЕЗКОГО СНИЖЕНИЯ ИХ ДОЗЫ, ЛИБО ПРИ УВЕЛИЧЕНИИ ПОТРЕБНОСТИ ОРГАНИЗМА В ГЛЮКОКОРТИКОИДАХ (ОПЕРАЦИИ, ИНФЕКЦИИ, СТРЕСС, ТРАВМЫ, ШОК).

ТАКЖЕ ПРИЧИНАМИ КРИЗА ЯВЛЯЮТСЯ ДВУСТОРОННЕЕ КРОВОИЗЛИЯНИЕ В НАДПОЧЕЧНИКИ, ДВУСТОРОННЯЯ ЭМБОЛИЯ НАДПОЧЕЧНИКОВЫХ АРТЕРИЙ ИЛИ ТРОМБОЗ НАДПОЧЕЧНИКОВЫХ ВЕН (НАПРИМЕР, ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РЕНТГЕНОКОНТРАСТНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ), УДАЛЕНИЕ НАДПОЧЕЧНИКОВ БЕЗ АДЕКВАТНОЙ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ.

АДДИСОНИЧЕСКИЙ КРИЗ МОЖЕТ ВОЗНИКНУТЬ ТАКЖЕ У ПАЦИЕНТОВ, НЕ СТРАДАЮЩИХ БОЛЕЗНЬЮ АДДИСОНА, НО ПОЛУЧАЮЩИХ ИЛИ ПОЛУЧАВШИХ В НЕДАВНЕМ ПРОШЛОМ ДЛИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГЛЮКОКОРТИКОИДАМИ ПО ПОВОДУ ДРУГИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ (ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ, АЛЛЕРГИЧЕСКИХ, АУТОИММУННЫХ И ДР.) ПРИ РЕЗКОМ СНИЖЕНИИ ДОЗЫ ИЛИ РЕЗКОЙ ОТМЕНЕ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ, А ТАКЖЕ ПРИ ПОВЫШЕНИИ ПОТРЕБНОСТИ ОРГАНИЗМА В ГЛЮКОКОРТИКОИДАХ.

• ПРИ АДДИСОНИЧЕСКОМ КРИЗЕ ПРОИЗВОДСТВО КОРТИКОСТЕРОИДОВ СНИЖАЕТСЯ ОЧЕНЬ БЫСТРО. СИСТЕМЫ ОРГАНИЗМА НЕ УСПЕВАЮТ ПРИСПОСОБИТЬСЯ К ВНЕЗАПНОМУ ДЕФИЦИТУ ГОРМОНОВ. В ИТОГЕ НАРУШАЮТСЯ МНОГИЕ ВИДЫ ОБМЕННЫХ ПРОЦЕССОВ, ВОЗНИКАЕТ ДЕГИДРАТАЦИЯ, УМЕНЬШАЕТСЯ КОЛИЧЕСТВО ЦИРКУЛИРУЮЩЕЙ КРОВИ. ИЗМЕНЕНИЕ МЕТАБОЛИЗМА КАЛИЯ ОТРАЖАЕТСЯ НА РАБОТЕ СЕРДЕЧНОЙ МЫШЦЫ: ОНА НАЧИНАЕТ ХУЖЕ СОКРАЩАТЬСЯ, И АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ СНИЖАЕТСЯ. РАЗВИВАЕТСЯ ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ, КОНЦЕНТРАЦИЯ САХАРА КРОВИ ПАДАЕТ. СОСТОЯНИЕ КРИЗА СТАНОВИТСЯ ЖИЗНЕУГРОЖАЮЩИМ.

• **СИМПТОМЫ АДДИСОНИЧЕСКОГО КРИЗА**

- * ВНЕЗАПНАЯ СИЛЬНАЯ БОЛЬ В НОГАХ, ПОЯСНИЦЕ ИЛИ ЖИВОТЕ;
- * СИЛЬНАЯ РВОТА, ПОНОС, ПРИВОДЯЩИЕ К ДЕГИДРАТАЦИИ И РАЗВИТИЮ ШОКА;
- * РЕЗКОЕ СНИЖЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ;
- * ПОТЕРЯ СОЗНАНИЯ;
- * ОСТРЫЙ ПСИХОЗ ИЛИ СПУТАННОСТЬ СОЗНАНИЯ, ДЕЛИРИЙ (ПСИХИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО, ПРОТЕКАЮЩЕЕ С НАРУШЕНИЕМ СОЗНАНИЯ (ОТ ПОМРАЧЁННОГО СОСТОЯНИЯ ДО КОМЫ));
- * РЕЗКОЕ СНИЖЕНИЕ УРОВНЯ ГЛЮКОЗЫ В КРОВИ;
- * ГИПОНАТРИЕМИЯ, ГИПЕРКАЛИЕМИЯ, ГИПЕРКАЛЬЦИЕМИЯ, ГИПЕРФОСФАТЕМИЯ;
- * КОРИЧНЕВЫЙ НАЛЕТ НА ЯЗЫКЕ И ЗУБАХ ВСЛЕДСТВИЕ ГЕМОЛИЗА И РАЗВИТИЯ ДЕФИЦИТА ЖЕЛЕЗА.

• **ДИАГНОСТИКА БОЛЕЗНИ АДДИСОНА**

- ДИАГНОСТИКА БОЛЕЗНИ АДДИСОНА БАЗИРУЕТСЯ НА ПРОВЕДЕНИИ ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ И СПЕЦИАЛЬНЫХ ПРОБ. ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ, ЕСЛИ НЕОБХОДИМО ОПРЕДЕЛИТЬ СТЕПЕНЬ ИЗМЕНЕНИЯ НАДПОЧЕЧНИКОВ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ТЕЧЕНИИ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА.
- ЧТОБЫ ПОДТВЕРДИТЬ АДДИСОНОВУ БОЛЕЗНЬ НУЖНО ПРОВЕСТИ:
- УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ НАДПОЧЕЧНИКОВ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ОЧАГОВ ПОРАЖЕНИЯ, НАПРИМЕР ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ;
- АНАЛИЗ КРОВИ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ УРОВНЯ ГОРМОНОВ НАДПОЧЕЧНИКОВ (КОРТИЗОЛА), АКТГ, ГЛЮКОЗЫ, КАЛИЯ, НАТРИЯ, РЕНИНА;
- КТ НАДПОЧЕЧНИКОВ, КОТОРОЕ ПОЗВОЛЯЕТ ОБНАРУЖИТЬ ИНФАРКТ НАДПОЧЕЧНИКОВ, УМЕНЬШЕНИЕ РАЗМЕРОВ, ОПУХОЛЕВЫЕ МЕТАСТАЗЫ, АМИЛОИДОЗ;
- МРТ ГОЛОВНОГО МОЗГА ДЛЯ ИЗУЧЕНИЯ ГИПОТАЛАМО-ГИПОФИЗАРНОЙ ОБЛАСТИ И ОБНАРУЖЕНИЯ ДЕСТРУКТИВНЫХ, ОПУХОЛЕВЫХ ИЛИ ГРАНУЛЕМАТОЗНЫХ ПРОЦЕССОВ.

• **ЛАБОРАТОРНЫЕ АНАЛИЗЫ ПРИ БОЛЕЗНИ АДДИСОНА БИРМЕРА**

• ПАЦИЕНТУ НЕОБХОДИМО СДАТЬ:

• ОБЩИЙ АНАЛИЗ КРОВИ (ОБЫЧНО ПОВЫШЕН ГЕМАТОКРИТ);

• БИОХИМИЮ КРОВИ (КОНЦЕНТРАЦИЯ НАТРИЯ СНИЖЕНА, КАЛИЯ – ПОВЫШЕНА);

• ОБЩИЙ АНАЛИЗ МОЧИ (КОНЦЕНТРАЦИЯ ПРОДУКТОВ ОБМЕНА ТЕСТОСТЕРОНА (17 КЕТОСТЕРОИДЫ) И ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ (17 ОКСИКЕТОСТЕРОИДЫ) СНИЖЕНА).

• ТАКЖЕ ЛАБОРАТОРНЫЕ АНАЛИЗЫ ПОКАЗЫВАЮТ СНИЖЕНИЕ УРОВНЯ ТЕСТОСТЕРОНА, АЛЬДОСТЕРОНА, КОРТИЗОЛА.

• ЛЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНИ АДДИСОНА

- ОСНОВНЫМ СПОСОБОМ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОГО ГИПОКОРТИЦИЗМА ЯВЛЯЕТСЯ ГОРМОНАЛЬНАЯ ЗАМЕСТИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ. НЕДОСТАТОК КОРТИЗОЛА МОЖНО ВОСПОЛНИТЬ ГИДРОКОРТИЗОНОМ, А АЛЬДОСТЕРОНА – ФЛУДРОКОРТИЗОНА АЦЕТАТОМ.
- КРОМЕ ТОГО, В ХОДЕ ЛЕЧЕНИЯ ВАЖНО УСТРАНИТЬ ПОСЛЕДСТВИЯ ОБЕЗВОЖИВАНИЯ, ПРОВЕСТИ СИМПТОМАТИЧЕСКУЮ ТЕРАПИЮ – ЛИКВИДИРОВАТЬ ПРОЯВЛЕНИЯ СЕРДЕЧНОЙ И ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, В СЛУЧАЕ ОБНАРУЖЕНИЯ ИНФЕКЦИИ – НАЗНАЧИТЬ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫЕ ПРЕПАРАТЫ.
- ДЛЯ ЗАМЕНЫ КОРТИЗОЛА ИСПОЛЬЗУЮТСЯ СИНТЕТИЧЕСКИЕ ГЛЮКОКОРТИКОИДЫ. ОБЫЧНО ЭТО ГИДРОКОРТИЗОН. ДРУГИМИ ВОЗМОЖНЫМИ ЛЕКАРСТВАМИ ЯВЛЯЮТСЯ ПРЕДНИЗОН ИЛИ ДЕКСАМЕТАЗОН, ХОТЯ ОНИ НАЗНАЧАЮТСЯ РЕЖЕ.
- АЛЬДОСТЕРОН ЗАМЕНЯЕТСЯ ОРАЛЬНЫМИ ДОЗАМИ МИНЕРАЛОКОРТИКОИДА, НАЗЫВАЕМОГО ФЛУДРОКОРТИЗОНОМ. ЛЕЧАЩИЙ ВРАЧ МОЖЕТ ТАКЖЕ ПОПРОСИТЬ ВКЛЮЧИТЬ СОЛЕННУЮ ПИЩУ В СВОЙ ЕЖЕДНЕВНЫЙ РАЦИОН, ХОТЯ, ЕСЛИ ВЫ ПРИНИМАЕТЕ ДОСТАТОЧНОЕ КОЛИЧЕСТВО ПРЕПАРАТА ФЛУДРОКОРТИЗОНА, В ЭТОМ НЕТ НЕОБХОДИМОСТИ.
- БОЛЕЗНЬ АДДИСОНА НЕ ДОЛЖНА ВЛИЯТЬ НА КАЧЕСТВО И ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ. ДИЕТА, ФИЗИЧЕСКИЕ УПРАЖНЕНИЯ И РАСПОРЯДОК ДНЯ МОГУТ ПРОДОЛЖАТЬСЯ КАК ОБЫЧНО. ПРИ ПРИЕМЕ ЛЕКАРСТВ, СИМПТОМЫ БОЛЕЗНИ АДДИСОНА ДОЛЖНЫ ПОЛНОСТЬЮ ИСЧЕЗНУТЬ.

The image features a light gray background with a subtle gradient. In the top-left and bottom-right corners, there are clusters of realistic, 3D-rendered water droplets of various sizes, some overlapping. The central text is in a bold, black, sans-serif font.

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!