Гіпократикоїдна кома це грізне ускладнення, яке виникає внаслідок гострого порушення функції наднирників. При цьому проходить порушення виділення глюко і мінералокортикоїдів. Воно виникає внаслідок первинного пораження наднирників, або гострої декомпенсації хронічної не достатності наднирників.

 Етіологія і патогенез.

Причиною первинної недостатності наднирників може бути порушення кровопостачання з тромбозом артерій і крововиливи (травми і оперативне втручання. Бактеріальне і токсичне пораження, геморагічне пораження і ін.). Гостра декомпенсація хронічної недостатності наднирників, яка раніше протікала відносно спокійно, в наслідок різкої потреби в глюкортикоїдах, при родах, вагітності, операціях, фізичних і психічних травмах, різких коливаннях температури тіла, гострих кишкових інфекціях, а також при недостатньому прийомі для компенсації хронічної надниркової недостатності стероїдних гормонів.

Для гострої надниркової недостатності характерні глибокі порушення обміну, визвані недостатністю глюкокортикоїдів і значне виділення нирками води, натрію, хлору, зниження виділення калію. Дегідратація приводить до зниження рівня натрію хлориду сироватці крові, маса циркулюючої крові, ниркового кровообігу, артеріальний тиск, який у свою чергу приводить до порушення кровообігу в нирках. Шлунково-кишкові розлади з частими, приводить до погіршення дегідратації і нерідко являється основною причиною декомпенсації хронічної надниркової недостатності, яка протікала латентно.

Клініка. Гостра надниркова недостатність. На початкових стадіях проходить однаковими симптомами що при хронічному протіканні, тільки більше вираженими (слабість, швидка втомлюваність, гіперпігментація шкіри і слизових, похудіння, апорексія, тошнота, рвота, де-коли з добавкою крові, поноси, болі в животі, значне зниження артеріального тиску. Виникає гіпонатріємія, гіперкаліємія, гіпоглікемія, і зниження рівня цукру після введення глюкози. Зниження основного обміну, гіперкоагуляція крові, зниження екскреції 17-кетостердів.

Наростання гострої надниркової недостатності веде у першу чергу до появи:

1) Судинного колапсу (частий, слабий пульс, різка гіпотенція, блідість лиця з акроціанозом, прострація, похолодання кінцівок);

2)Шлунково-кишкові розлади безперервна рвота з наявністю крові і різкими болями в животі, симулюючи картину гострого живота в зв’язку із цим хворих можуть помилково госпіталізувати у хірургічне відділення з діагнозом “гострий апендицит”, “холіциститм”, “перфоритивна, виразка шлунка” або в інфекційний відділ з підозріванням на гострий гастро ентероколіт, коли появляється рвота і болі появляється пронос;

3)Симптоми менінгосицефаліту (судороги, марення, м’язовою, астенією).

Декомпенсація хронічної недостатності наднирників може наступати декілька днів, а гостра надниркова недостатність наступає за декілька годин.

Бувають випадки розвитку блискавичної форми коми з летальним кінцем.

Крововиливи в наднирники які виникли в наслідок передозування антикоагулянтів, або підвищеної чутливості до них, характеризуються появою різкої болі в животі, яка може симулювати, гострий панкреотіт, гострий апендицит, і з швидким розвитком колапсу який не рідко закінчується смертю.

Гостра надниркова недостатність крайня степінь декомпенсації адісонової хвороби характеризується серцево-судинними, шлунково-кишковими і невро-психічними розладами, в результаті цього кожна можна виділити три види ком:

а)серцево-судинну форму;

б)шлунково-кишкову форму;

в)невро-психічну формую.

Діагностика ставиться на лабораторних даних. Однако діагноз поставити дуже трудно. Особливо при первинній наднирковій комі і вторинній гострій наднирковій недостатності у хворих з так званим білим адісонізмом (при безпігментній формі) адісонової хвороби. Із лабораторних даних найбільше характерні гіпонатріємія, гіперкаліємія невеликий лекоцитоз з еозінофілією, ацидоз азотемія зниження рівня гідрокортизону і 17-кетостероїдів в сечі.

Лікування. Повинно бути комплексним і направлено на введення стероїдів, дегітратаційних середників. Потрібно боротись з розвитком комансу, гіпокаліємією, супроводжучогю інфекцією і з дезбалансом електролітів. В першу чергу вводять гідрокортизон 125-150 мг в/в струйно. Потім на протязі 3-6 годин в/в капельно. До 600-800 мг в добу під контролем артеріального тиску. Також внутрім’язево вводять по 5 мг ДОКСА 2-3 рази в добу. При підвищенні артеріального тиску до 100/60 мм рт. ст. дозу гідрокортизону, преднізолону і ДОКСА поступово знижують гідрокортизону до 200-400 мг в добу, ДОКСА 5-15 мг в наступні 2-3 дні з врахуванням загального стану хворого.

Дегідраційну терапію приводять разом із введенням староїдів. Внутрівенно крапельно вводять 5% розчин глюкози, ізологічний розчин натрію хлориду 300-5000 мл, плазму альбумін.

Для попередження набряку легень гіпертонічний розчин, якщо при введенні стероїдів хворого вивести і коми не вдається то в капельницю добавляють норадреналін 4-6 мг, мазетон, кафеїн. Для боротьби з інфекцією сульфаніл-амідні препарати і антибіотики. Після виведення хворого із коми в харчування включають вуглеводи і білки в великій кількості, а також натрій хлорид.

Лікування надниркової коми можна проводити по схемі.

Негайно вводимо внутрівенно гідрокортизон по 125 мг або преднізолону по 60 мг по 20 мл 10% розчину натрію хлориду, ДОКСА 10 мг внутрівенно, капельно внутрім’яземо ізотонічний розчин натрію хлориду 100 мг в год.

через 10-20 хв.

Добавляють в/в капельно гідрокортизон по 100 мг на протязі 1 години, серцево-судинні середники, вітаміни групи В, кокарбоксилазу, аскорбінову кислоту

через 2 год. (від початку коми).

Повторюють внутрім’язеве введення ДОКСА в/венно капельно гідрокортизону або преднізолону на ізотонічному розчину натрію хлориду; добавляючи норадреналіну, мезатону, кофеїну (якщо стан не покращується): плазму крові (300-400 мг) кровозамінники

через 6 год.

Повторюють ДОКСА (5 мг 2-3 рази в добу) внутрівенно капельно гідрокортизон до 600-800 мг в добу при піднятті артеріального тиску дозу гідрокортизону знижують до 200-400 мг в добу при супутній інфекції назначають антибіотики.

Профілактика. При оперативному втручанні, родах, хворим із адісоновою хворобою вводять стероїди, за день і за 2 години до операції назначають гідрокортизон по 100 мг в/в капельно аба інший глюкокартикоїд по 100-200 мг під час операції, і по 50-100 мг 4 рази в добу в післяопераційний, або післяродовий період. Через 7-8 днів після хірургічного або родів хворих переводять на підтримуючі дози. В їжу включають легкозасвоюючі вітаміни аскорбінову кислоту вітамін групи В), в великій кількості сіль і воду. Хворим адісоновою хворобою. Рекомендують не давати великих фізичних навантажень.