

Надпочечниковая недостаточность: ключевые моменты



Надпочечниковая недостаточность (НН) — тяжелое жизнеугрожающее заболевание, характеризующееся неспособностью коры надпочечников синтезировать достаточное количество глюкокортикоидов, минералокортикоидов и андрогенов. [1] Симптомы заболевания могут возникать постепенно или проявляться в виде острого адреналового криза, опасного для жизни состояния.

Первичная надпочечниковая недостаточность (ПНН) или болезнь Аддисона характеризуется недостаточной выработкой стероидов в коре надпочечников, тогда как вторичная надпочечниковая недостаточность (ВНН) является следствием нарушения в центральных звеньях оси гипоталамус – гипофиз – надпочечники. [2]

Клинически НН характеризуется несколькими основными симптомами, включая анорексию, ортостатическую гипотензию, тягу к соленой пище, слабость, утомляемость и гиперпигментацию кожи, особенно при ПНН. [3] Заместительную терапию глюкокортикоидами обычно назначают гидрокортизоном дважды или трижды в день, больным с ПНН также необходима заместительная терапия минералокортикоидами. Регулярный мониторинг адекватности дозы (недостаточности / передозировки) заместительной терапии имеет важное значение во время последующего наблюдения за состоянием пациентов. Обучение пациентов является одним из ключевых факторов управления НН.

При отсутствии лечения НН большинство пациентов умирает в течение двух лет после постановки диагноза, что подчеркивает потенциальную летальность НН. [4] Кроме того, в недавних исследованиях сообщалось об увеличении стандар-

тизированной смертности у пациентов с ПНН и снижении ожидаемой продолжительности жизни до 11 лет, что в значительной степени было ассоциировано с инфекцией и сердечно-сосудистыми заболеваниями у пациентов с НН. [4] В когортном исследовании базы данных было показано, что у пациентов с НН были выявлены более высокие показатели сопутствующих заболеваний и госпитализаций, чем у контрольной группы, которая была отобрана из общей популяции в той же базе данных страхования с использованием алгоритма на основе возраста, региона, пола и типа страхования [4]. Согласно другому исследованию НН была ассоциирована с более длительным пребыванием в больнице, более высокими показателями госпитализации в отделение интенсивной терапии и более высокими показателями повторной госпитализации. [5] Asim Kichloo с соавторами поставили целью описание частоты и характеристик 30-дневной повторной госпитализации среди пациентов, госпитализированных по поводу НН, а также оценку предикторов повторной госпитализации. За период исследования было выявлено 7738 госпитализаций пациентов с НН, которые соответствовали критериям включения. Из них 7691 были выписаны живыми. 30-дневная повторная госпитализация по всем причинам для НН составила 17,3%. Примерно 1 из 5 повторных госпитализаций был связан с НН. Другие причины повторной госпитализации включали сепсис (10,8%), неуточненную пневмонию (3,1%) и неуточненную острую почечную недостаточность (1,6%). Повторная госпитализация была ассоциирована со значительно более высокими шансами стационарной летальности. Независимые предикторы 30-дневной повторной

госпитализации по всем причинам включали индекс госпитализаций с индексом коморбидности Чарлсона ≥ 3 (скорректированное отношение рисков (ОР): 2,53, 95% ДИ: 1,85–3,46, $p < 0,001$), белково-энергетический дефицит (ОР: 1,28, 95% ДИ: 1,02–1,60, $p = 0,035$) и ожирение (ОР: 1,26, 95% ДИ: 1,02–1,56, $p = 0,035$). [6]

Ключевые моменты

- Симптомы НН неспецифичны, для постановки правильного диагноза требуется высокий уровень клинической настороженности.
- Отмена заместительной терапии у пациентов с НН может привести к надпочечниковому кризу.
- Надпочечниковый криз требует неотложной медицинской помощи и немедленного лечения путем парентерального введения гидрокортизона и физиологического раствора.
- У пациентов с ПНН заместительная терапия минералокортикоидами должна подбираться в соответствии с индивидуальными потребностями пациента.
- Обучение пациентов является ключевым фактором, позволяющим пациентам с НН вести активный образ жизни.

Источники:

1. Клинические рекомендации. Первичная надпочечниковая недостаточность. Российская Ассоциация Эндокринологов. 2021.
2. Ebrahimi F, Widmer A, Wagner U, et al. Association of adrenal insufficiency with patient-oriented health-care outcomes in adult medical inpatients. *Eur J Endocrinol.* 2019;181(6):701-709. doi:10.1530/EJE-19-0469
3. Bornstein SR. Predisposing factors for adrenal insufficiency. *N Engl J Med.* 2009;360(22):2328-2339. doi:10.1056/NEJMr0804635
4. Paul M, Stewart, Beverly M, K. Biller, Claudio Marelli, Candace Gunnarsson, Michael P. Ryan, Gudmundur Johannsson, Exploring Inpatient Hospitalizations and Morbidity in Patients With Adrenal Insufficiency, *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, Volume 101, Issue 12, 1 December 2016, Pages 4843–4850, <https://doi.org/10.1210/jc.2016-2221>
5. Ebrahimi F, Widmer A, Wagner U, et al. Association of adrenal insufficiency with patient-oriented health-care outcomes in adult medical inpatients. *Eur J Endocrinol.* 2019;181(6):701-709. doi:10.1530/EJE-19-0469
6. Kichloo A, El-Amir Z, Shaka H, Wani F, Syed SJ. Predictors of 30-day readmissions for adrenal insufficiency: A retrospective national database study. *Clin Endocrinol (Oxf).* 2021;95(2):269-276. doi:10.1111/cen.14500

Материал принадлежит ООО «ММА«МедиаМедика», любое копирование и использование в коммерческих целях запрещено. Предназначено исключительно для специалистов здравоохранения.