

Приложение 7
к приказу № 180
от «23» июня 2025 года
Министерства здравоохранения
Республики Узбекистан

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-
ПРАКТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР ЭНДОКРИНОЛОГИИ
ИМЕНИ АКАДЕМИКА Ё.Х.ТУРАКУЛОВА**

**НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ
ПО ОСТРОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ КОРЫ
НАДПОЧЕЧНИКОВ**

Ташкент – 2025



«УТВЕРЖДАЮ»
Директор РСНПМЦЭ
им. акад. Ё.Х.Туракулова
Алимов А.В

_____ 2025 год

**НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ
ПО НОЗОЛОГИИ «ОСТРАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ КОРЫ
НАДПОЧЕЧНИКОВ»**

Оглавление

НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПО ОСТРОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ	5
НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ОСТРОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ	22
НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСЛЕ ОСТРОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ	27

**НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ
ПРОТОКОЛЫ ДИАГНОСТИКИ И
ЛЕЧЕНИЯ ПО ОСТРОЙ
НЕДОСТАТОЧНОСТИ КОРЫ
НАДПОЧЕЧНИКОВ**

ТАШКЕНТ – 2025

1. Вводная часть

В Республике Узбекистан регулярно наблюдается рост эндокринных заболеваний и их «омоложение». Известно, что сахарный диабет и другие заболевания эндокринной системы носят хронический характер и приводят к тяжелым осложнениям. Раннее выявление осложнений эндокринных заболеваний, правильная диагностика и лечение больных, а также профилактика осложнений приведет к снижению инвалидности, вызванной осложнениями эндокринных заболеваний, и увеличению продолжительности качественной жизни больных [1].

Пользователи протокола:

1. Врачи-эндокринологи
2. Врачи анестезиологи-реаниматологи
3. Врачи-кардиологи;
4. Врачи общей практики;
5. Врачи скорой помощи
6. Врачи терапевты;
7. Организаторы здравоохранения;
8. Студенты, клинические ординаторы, магистранты, аспиранты, преподаватели медицинских вузов;
9. Пациенты с острыми неотложными состояниями, члены их семей и лица, осуществляющие уход.

Категории пациентов: Пациенты с острыми неотложными состояниями

Коды по МКБ-10:

E27.2	Аддисонов криз Адреналовый криз Адренокортикальный криз
https://mkb-10.com/index.php?pid=3112	

Коды по МКБ-11:

Код	Название
5A74.1	Аддисонов криз
https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#74527684	

Дата разработки и пересмотра протокола: 2025 год, дата пересмотра 2028 г. или по мере появления новых ключевых доказательств. Все поправки к представленным рекомендациям будут опубликованы в соответствующих документах.

Ответственное учреждение по разработке данного клинического протокола и стандарта: РСНПМЦЭ им.акад. Ё.Х.Туракулова МЗРУз

Члены рабочей группы по организации процесса по направлению
Эндокринология

В разработку клинического протокола и стандарта внесли вклад:

- | | | |
|---|----------------------------------|--|
| 1 | Алимов А.В.– д.м.н., профессор | РСНПМЦЭ им.акад. Ё.Х.Туракулова
МЗРУз, директор |
| 2 | Халимова З.Ю., д.м.н., профессор | РСНПМЦЭ им.акад. Ё.Х.Туракулова
МЗРУз, зам.директора по научной
работе, эндокринолог |
| 3 | Рахимова Г.Н., д.м.н., профессор | ЦРПКМР, зав.кафедрой эндокринологии |
| 4 | Алимжанов Н.А., к.м.н. | РСНПМЦЭ им.акад. Ё.Х.Туракулова
МЗРУз, зав.отделением эндокринной
хирургии, эндокринолог |
| 5 | Холова Д.Ш., к.м.н. | РСНПМЦЭ им.акад. Ё.Х.Туракулова
МЗРУз, с.н.с научного отдела
нейроэндокринологии с нейрохирургией
гипофиза, докторант DSc, эндокринолог |
| 6 | Муратова Ш.Т., д.м.н. | РСНПМЦЭ им.акад. Ё.Х.Туракулова
МЗРУз, с.н.с научного отдела
тиреоидологии, докторант DSc,
эндокринолог |
| 7 | Фахрутдинова С.С., д.м.н. | РСНПМЦЭ им.акад. Ё.Х.Туракулова
МЗРУз, зам.директора по работе с
региональными филалами, эндокринолог |
| 8 | Алиева А.В., д.м.н. | Клиника FrankMedic, эндокринолог |

Список авторов:

- | | | |
|----|-------------------------------------|--|
| 1. | Халимова З.Ю., д.м.н.,
профессор | РСНПМЦЭ им.акад. Ё.Х.Туракулова
МЗРУз, зам.директора по научной
работе, эндокринолог |
|----|-------------------------------------|--|

- | | | |
|-----|--|---|
| 2. | Холикова А.О., д.м.н., профессор | С.н.с, зав.отделением нейроэндокринологии РСНПМЦЭ им.акад. Ё.Х.Туракулова МЗРУз |
| 3. | Рахимова Г.Н., д.м.н., профессор | ЦРПКМР, зав.кафедрой эндокринологии |
| 4. | Алиева А.В., д.м.н. | Клиника FrankMedic, эндокринолог |
| 5. | Айходжаева М.А., к.м.н | РСНПМЦЭ им.акад. Ё.Х.Туракулова МЗРУз, зав.отделением диабетической нефропатии |
| 6. | Камалов Т.Т, д.м.н. | РСНПМЦЭ им.акад. Ё.Х.Туракулова МЗРУз, зав.отделением реконструктивной пластической хирургии гнойных осложнений сахарного диабета |
| 7. | Джураева А.Ш., к.м.н | ЦРПКМР, доцент кафедры эндокринологии |
| 8. | Юлдашева Н.М., д.м.н. | РСНПМЦЭ им.акад. Ё.Х.Туракулова МЗРУз, зав.отделением офтальмодиабета |
| 9. | Каюмова Д.Т., к.м.н | РСНПМЦЭ им.акад. Ё.Х.Туракулова МЗРУз, зав.отделением клинической эндокринологии |
| 10. | Шагазатова Б.Х, д.м.н., профессор | Ташкентская медицинская академия, зав.отделением кафедры внутренних болезней и эндокринологии №2 |
| 11. | ШамансуроваЗ.М., MD, PhD, DSc, Associate Professor | CentralAsianUniversityMedicalSchool |
| 12. | Муратова Ш.Т., д.м.н. | РСНПМЦЭ им.акад. Ё.Х.Туракулова МЗРУз, с.н.с научного отдела тиреоидологии, докторант DSc |
| 13. | Рахманкулов К.Х. | РСНПМЦЭ им.акад. Ё.Х.Туракулова МЗРУз, зав.отделением реанимации |
| 14. | Муратов Т.Ф | РСНПМЦЭ им.акад. Ё.Х.Туракулова МЗРУз, анестезиолог-реаниматолог |
| 15. | Юсупова Ш.Э | РСНПМЦЭ им.акад. Ё.Х.Туракулова МЗРУз, анестезиолог-реаниматолог |
| 16. | Кожаназаров А.А. | РСНПМЦЭ им.акад. Ё.Х.Туракулова МЗРУз, врач отделения реанимации |
| 17. | Камалова Х.А | РСНПМЦЭ им.акад. Ё.Х.Туракулова МЗРУз, врач-эндокринолог |
| 18. | Шарипова А.О. | РСНПМЦЭ им.акад. Ё.Х.Туракулова МЗРУз, врач отделения реанимации |
| 19. | Эсонов Б.З | РСНПМЦЭ им.акад. Ё.Х.Туракулова |

- | | | |
|-----|---------------------------|--|
| 20. | Хусниддинов Н.Х | МЗРУз, врач отделения реанимации РСНПМЦЭ им.акад. Ё.Х.Туракулова |
| 21. | Алқаров Б.З. | МЗРУз, врач отделения реанимации РСНПМЦЭ им.акад. Ё.Х.Туракулова |
| 22. | Мавлянова Г.У. | МЗРУз, врач отделения реанимации РСНПМЦЭ им.акад. Ё.Х.Туракулова |
| 23. | Кудратова Н.А. | МЗРУз, врач отделения нейроэндокринологии |
| 24. | Адылова Н.Ш. | Ташкентская медицинская академия, ассистент кафедры внутренних болезней и эндокринологии №2 |
| 25. | Вафоев Ш.Ф. | Ташкентская медицинская академия, ассистент кафедры внутренних болезней и эндокринологии №2 |
| 26. | Алимжанов Н.А., к.м.н. | Ташкентская медицинская академия, ассистент кафедры внутренних болезней и эндокринологии №2 |
| 27. | Фахрутдинова С.С., д.м.н. | РСНПМЦЭ им.акад. Ё.Х.Туракулова МЗРУз, зав.отделением эндокринной хирургии, эндокринолог |
| 28. | Саттарова М.М. | РСНПМЦЭ им.акад. Ё.Х.Туракулова МЗРУз, зам.директора по работе с региональными филиалами, эндокринолог |

Рецензенты:

- | | |
|---------------|---|
| Джураева А.Ш. | ЦРПКМР, к.м.н., доцент кафедры эндокринологии |
| Бакиров Н.Д. | Национального центра онкологии гематологии при МЗ Республики Кыргызстан ТашПМИ к.м.н., заведующий отделением реанимации |

Клинический протокол обсужден и рекомендован к утверждению путем достижения неформального консенсуса на заключительном Совещании рабочей группы с участием профессорско-преподавательского состава высших учебных заведений, членов ассоциации эндокринологов Узбекистана, организаторов здравоохранения (директоров филиалов РСНПМЦЭ им.акад. Ё.Х.Туракулова и их заместителей, главврачей ОЭД и их

заместителей), врачей региональных учреждений системы эндокринологии в офлайн и онлайн-формате 10 ноября 2023 г., протокол №1.

Руководитель рабочей группы - д.м.н. профессор Алимов А.В.– директор РСНПМЦЭ им.акад. Ё.Х.ТуракуловаМЗРУз

Клинический протокол рассмотрен и утвержден Ученым Советом Республиканского Специализированного Научно-Практического Медицинского Центра Эндокринологии им.академикаЁ.Х.Туракулова » 14 ноября 2023 г., протокол №12.

Председатель Ученого Совета – д.м.н. профессор Алимов А.В. – директор РСНПМЦЭ им.акад. Ё.Х.ТуракуловаМЗРУз.

Настоящий национальный клинический протокол и стандарт разработаны под руководством заместителя министра здравоохранения Баситхановой Э.И, начальника управления медицинского страхования Алмардонова Ш.К., начальника отдела разработки и внедрения клинических протоколов и стандартов Нуримовой Ш.Р., а также с организационной и практической помощью главного специалиста отдела Джумаевой Г.Т. и ведущего специалиста отдела Рахимовой Н.Ф.

Соғлиқни сақлаш вазирлиги қошидаги Мувофиқлаштирилган Кенгаш йиғилиш баённомасидан кўчирма (сана, №рақам).

Список сокращений:

АД	артериальное давление;
ДВС	диссеминированное внутрисосудистое свёртывание;
ИБС	ишемическая болезнь сердца;
ИВЛ	искусственная вентиляция лёгких;
КТ	компьютерная томография;
КЩС	кислотно-щелочное состояние;
УЗИ	ультразвуковое исследование;
ЦВД	центральное венозное давление;
ЧСС	частота сердечных сокращений;
ЭКГ	электрокардиограмма.

Шкала уровня доказательности, на основе доказательной медицины:
А1.

Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов диагностики (диагностических вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа
2	Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета-анализа
3	Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода или нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая
5	Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов

Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств

УДД	Расшифровка
1	Систематический обзор РКИ с применением мета-анализа
2	Отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением РКИ, с применением мета-анализа

3	Нерандомизированные сравнительные исследования, в т.ч. когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования «случай-контроль»
5	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов

Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств

УУР	Расшифровка
A	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
B	Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)
C	Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

2. Основная часть

2.1. Введение

В Республике Узбекистан регулярно наблюдается рост эндокринных заболеваний и их «омоложение». Известно, что сахарный диабет и другие заболевания эндокринной системы носят хронический характер и приводят к тяжелым осложнениям. Раннее выявление осложнений эндокринных заболеваний, правильная диагностика и лечение больных, а также профилактика осложнений приведет к снижению инвалидности, вызванной осложнениями эндокринных заболеваний, и увеличению продолжительности качественной жизни больных.

Определение

Синдром гипокортицизма, или надпочечниковая недостаточность – тяжелое полисимптомное эндокринное заболевание, обусловленное недостаточной секрецией гормонов коры надпочечников вследствие нарушения функций в одном или нескольких звеньях гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы.

Клиника

Продолжительность
адреналового криза
составляет от нескольких
часов до двух суток в
зависимости от степени
надпочечниковой
недостаточности.

- гипотензия и шок
- высокая температура
- дегидратационный синдром
- тошнота, рвота, анорексия
- слабость, апатия, депрессивные состояния
- гипогликемия

Жалобы и анамнез Надпочечниковые (аддисонические кризы, ОНН) в анамнезе. Развитие ОНН во время стрессовых ситуаций может происходить при латентно протекающей болезни Аддисона, синдроме Шмидта, у больных с двусторонней адреналэктомией, произведенной у больных болезнью Иценко-Кушинга (синдром Нельсона), адреногенитальном синдроме, вторичной надпочечниковой недостаточности, вызванной в т.ч. длительным экзогенным введением кортикостероидов по поводу неэндокринных заболеваний.

ОНН может развиваться у больных и без предшествующего патологического процесса в надпочечниках – *синдром Уотерхауса-Фридериксена*: тромбоз

или эмболия вен надпочечников на фоне менингококковой, пневмококковой или стрептококковой бактериемии, при поражении вирусом полиомиелита. Синдром может развиваться в любом возрасте: у новорожденных, взрослых и в преклонном возрасте.

Провоцирующие факторы: психические и физические стрессы, малые и большие операции, охлаждение, интеркурентные заболевания.

Развитие ОНН для больных с хроническими заболеваниями надпочечников представляет большую угрозу для жизни.

Клинические проявления криза, как правило, проходят *три последовательные стадии*:

1 стадия – усиление слабости, гиперпигментации кожных покровов и слизистых (при первичной ХНН); головная боль, нарушение аппетита, тошнота, снижение АД, отсутствие эффекта от применения гипертензивных лекарственных препаратов – АД повышается только в ответ на введение глюко- и минералокортикоидов.

2 стадия – резкая слабость, озноб, боли в животе, гипертермия, тошнота и многократная рвота с выраженными признаками дегидратации, олигурия, сердцебиение, прогрессирующее падение АД.

3 стадия – коматозное состояние, сосудистый коллапс, анурия и гипотермия. У больных с внезапным нарушением функции надпочечников в результате кровоизлияния, некрозов клинические симптомы острого гипокортицизма могут развиваться без предшественников. Продолжительность аддисонического криза может быть различной – от нескольких часов до нескольких дней.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НА УРОВНЕ СП, РМО, ФИЛИАЛА РСНПМЦЭ БЕЗ ОТДЕЛЕНИЯ РЕАНИМАЦИИ:

Клиническое обследование:

- Общий осмотр с оценкой нейростатуса
- Измерение температуры тела
- Измерение пульса, АД, частоты дыхания

Лабораторные исследования:

- Определение гликемии

Инструментальные исследования:

- ЭКГ

Лечение:

Немедленное введение глюкокортикоидов,

минералокортикоидов и проведение противошоковой терапии. Гидрокортизона гемисукцинат 100–150 мг внутривенно струйно и Преднизолон 90 мг внутривенно струйно. Параллельно ввести 500 мл 0,9% раствора натрия хлорида и 5% раствора глюкозы со 100–150 мг гидрокортизона сукцината внутривенно капельно. Экстренная госпитализация в ОРИТ стационара.

Дифференциальный диагноз: набор клинико-лабораторных признаков ОНН высоко специфичен и не встречается ни при каких других неотложных состояниях.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НА УРОВНЕ ФИЛИАЛА РСНПМЦЭ С ОТДЕЛЕНИЕМ РЕАНИМАЦИИ, ОРИТ СТАЦИОНАРА, ОРИТ РСНПМЦЭ

Клиническое обследование:

- Общий осмотр с оценкой нейростатуса
- Измерение температуры тела
- Измерение пульса, АД, частоты дыхания

Лабораторно-инструментальные исследования:

1. Общий анализ крови исходно, затем 1 раз в 2-3 дня.
2. Общий анализ мочи
3. Биохимический анализ крови
4. Коагулограмма
5. Свободный кортизол крови
6. Мониторинг центрального венозного давления с помощью постоянного центрального венозного катетера (при наличии технической возможности).
7. Непрерывный мониторинг артериального давления, ЧСС
8. Контроль температуры тела.
9. Контроль ЭКГ – не реже 1 раза в сутки.
10. При необходимости: рентгенография легких, УЗИ внутренних органов по показаниям, КТ надпочечников
11. Консультация эндокринолога.
12. При необходимости консультация других специалистов.

Определение содержания кортизола, альдостерона и АКТГ в плазме не всегда можно провести быстро. Кроме того, однократный показатель уровня гормонов не всегда точно отражает функциональное состояние коры надпочечников.

Надежными критериями ОНН являются: гиперкалиемия, гипонатриемия, снижение содержания хлоридов в крови, гипогликемия, относительный лимфоцитоз.

Характерно снижение соотношения Na/K до 20 и ниже. При норме 32.

Часто гиперазотемия, ацидоз, повышение гематокрита.

На ЭКГ вследствие гиперкалиемии: низкий вольтаж, высокий заостренный зубец Т, замедление проводимости, удлинение интервала ST и комплекса QRT.

Лечение:

Глюкокортикоидная терапия

1. Гидрокортизона гемисукцинат внутривенно или Гидрокортизона ацетат внутримышечно каждые 6 часов 100–150 мг в первые сутки.
2. Преднизолон по 30-60 мг в/м каждые 6 часов в промежутках между введением гидрокортизона.
3. При стабилизации состояния пациента дозу уменьшить на 50 мг каждые 6 часов.

Дозирование гидрокортизона после стабилизации гемодинамики при острой надпочечниковой недостаточности

Сутки после стабилизации состояния	Дозы и кратность введения глюкокортикоидов
1	50-75 мг гидрокортизона в/м каждые 6 часов
2	50-75 мг гидрокортизона в/м каждые 8 часов
3-4	50 мг гидрокортизона в/м каждые 8 часов
5-7	50 мг гидрокортизона в/м 2 р/д + таб.

С 8 суток преднизолон 5 мг внутрь 2-3 р/д

Переход на обычную заместительную терапию, добавление минералокортикоидов (Таб. Кортинеф Флудрокортизон (Fludrocortisone) 0,05–0,1 мг/сут утром

Общие мероприятия

1. Коррекция электролитов, регидратация, ликвидация гипогликемии (внутривенное введение 0,9% раствора натрия хлорида, 5% раствора глюкозы).

2. Ликвидация причин, вызвавших острую надпочечниковую недостаточность.

Прогноз при возникновении острой надпочечниковой недостаточности при несвоевременных диагностике и лечении - летальный. Это во многом зависит от причин и степени обратимости поражения коры надпочечников.

Перечень основных лекарственных средств (имеющих 100 % вероятность применения):

Фармакотерапевтическая группа	МНН лекарственного средства	Способ применения	Уровень доказательности
Глюкокортикостероид	Гидрокортизона гемисукцинат Гидрокортизона ацетат Преднизолон Флудрокортизон	Внутривенно Внутримышечно Per os	A1 http://disuria.ru/_ld/10/1093_kr21E27MZ.pdf
Препарат для регидратации и дезинтоксикации для парентерального применения	Натрия хлорид 0,9% раствор	Внутривенно капельно	A1 http://disuria.ru/_ld/10/1093_kr21E27MZ.pdf
Препарат для регидратации и дезинтоксикации для парентерального применения	Декстроза (5%, 10%)	Внутривенно капельно	A1 http://disuria.ru/_ld/10/1093_kr21E27MZ.pdf

Дальнейшее ведение: эндокринолог, семейный врач: коррекция плана терапии;

Индикаторы эффективности лечения: ясное сознание пациента, нормальные витальные функции.

Алгоритм диагностики и лечения острой надпочечниковой

Сбор анамнеза и жалоб

Физикальное обследование

СП, РМО, филиал РСНПМЦЭ без ОРИТ:
Общий осмотр с оценкой нейростатуса, температура тела, пульс, АД, ЧД, гликемия, ЭКГ

филиал РСНПМЦЭ с ОРИТ, ОРИТ стационаров, РИЭИАТМ:

Общий осмотр с оценкой нейростатуса, температура тела, пульс, АД, ЧД, ЭКГ, ОАК, ОАМ, Биохимический анализ крови, Коагулограмма. Свободный кортизол крови, Мониторинг ЦВД, рентгенография легких, УЗИ внутренних органов по показаниям. КТ надпочечников. Консультация эндокринолога. При необходимости консультация других специалистов.

Медикаментозное лечение

СП, РМО, филиал РСНПМЦЭ без ОРИТ:
Гидрокортизона гемисукцинат 100–150 мг внутривенно струйно и Преднизолон 90 мг внутривенно струйно. 500 мл 0,9% раствора натрия хлорида и 5% раствора глюкозы со 100–150 мг гидрокортизона сукцината внутривенно капельно. Экстренная госпитализация в ОРИТ стационара.

филиал РСНПМЦЭ с ОРИТ, ОРИТ стационаров, РИЭИАТМ:

Глюкокортикоиды, коррекция водно-электролитных нарушений, регидратация, ликвидация гипогликемии, коррекция КОС, ликвидация причин, вызвавших острую надпочечниковую недостаточность.

Критерии оценки качества медицинской помощи

№	Критерии качества	Оценка выполнения
1	ясное сознание пациента	Да/Нет
2	нормальные витальные функции	Да/Нет

Уровень убедительности рекомендаций оценки качества медицинской помощи

№	Критерии качества	Уровень убедительности рекомендаций
1	ясное сознание пациента	A1
2	нормальные витальные функции	A1

Информация для пациентов

Что такое острая недостаточность коры надпочечников?

Синдром гипокортицизма, или **надпочечниковая недостаточность** – тяжелое полисимптомное эндокринное заболевание, обусловленное недостаточной секрецией гормонов коры надпочечников вследствие нарушения функций в одном или нескольких звеньях гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы.

Чем опасна острая недостаточность коры надпочечников?

Данное состояние опасно гибелью больного, если помощь не будет оказана вовремя.

Основные причины развития острой недостаточности коры надпочечников?

Острые заболевания (например, простудные и другие);

Несоблюдение врачебных рекомендаций;

Пропуск приема тиреостатиков и глюкокортикоидов.

Какие симптомы острой недостаточности коры надпочечников?

Продолжительность
адреналового криза
составляет от нескольких
часов до двух суток в
зависимости от степени
надпочечниковой
недостаточности.

- гипотензия и шок
- высокая температура
- дегидратационный синдром
- тошнота, рвота, анорексия
- слабость, апатия, депрессивные состояния
- гипогликемия

Как лечится острая недостаточность коры надпочечников?

Не лечите данное состояние самостоятельно! Срочно обратитесь в ближайший стационар за квалифицированной помощью!

Правильное принятие лекарств:

- Принимайте лекарства по назначению врача.
- Не пропускайте дозы и не изменяйте их без согласования с врачом.

Связь с врачом: запишите ФИО и номер телефона своего эндокринолога

Поддержка: запишите адрес и телефон ближайшей больницы, которая может оказать Вам квалифицированную помощь: _____

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ
ПРОТОКОЛ МЕДИЦИНСКОГО
ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ОСТРОЙ
НЕДОСТАТОЧНОСТИ КОРЫ
НАДПОЧЕЧНИКОВ**

Ташкент – 2025

Коды по МКБ-10:

E27.2	Аддисонов криз Адреналовый криз Адренкортикальный криз
https://mkb-10.com/index.php?pid=3112	

Коды по МКБ-11:

Код	Название
5A74.1	Аддисонов криз
https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#74527684	

1. Основная часть

2.1. Введение

В Республике Узбекистан регулярно наблюдается рост эндокринных заболеваний и их «омоложение». Известно, что сахарный диабет и другие заболевания эндокринной системы носят хронический характер и приводят к тяжелым осложнениям. Раннее выявление осложнений эндокринных заболеваний, правильная диагностика и лечение больных, а также профилактика осложнений приведет к снижению инвалидности, вызванной осложнениями эндокринных заболеваний, и увеличению продолжительности качественной жизни больных.

2.2. Определение

Синдром гипокортицизма, или надпочечниковая недостаточность – тяжелое полисимптомное эндокринное заболевание, обусловленное недостаточной секрецией гормонов коры надпочечников вследствие нарушения функций в одном или нескольких звеньях гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы.

Медицинские вмешательства:

Катетеризация магистральных вен, интубация трахеи, проведение ИВЛ, катетеризация мочевого пузыря – см. соответствующие протоколы.

Определение уровня гормонов – кортизола – рекомендовано до начала терапии глюкокортикоидами. При невозможности проведения лабораторного анализа уровня кортизола в крови и отсутствии сомнений в диагнозе интенсивную терапию необходимо начинать незамедлительно.

Проведение визуализационных методов исследования – КТ, МРТ – может быть отложено до стабилизации состояния пациента.

Критерии оценки качества медицинской помощи

№	Критерии качества	Оценка выполнения
1	ясное сознание пациента	Да/Нет
2	нормальные витальные функции	Да/Нет

Уровень убедительности рекомендаций оценки качества медицинской помощи

№	Критерии качества	Уровень убедительности рекомендаций
1	ясное сознание пациента	A1
2	нормальные витальные функции	A1

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Медицинское вмешательство – выполняемые медицинским работником по отношению к пациенту, затрагивающие физическое или психическое состояние человека и имеющие профилактическую, исследовательскую, диагностическую, лечебную, реабилитационную направленность виды медицинских обследований и (или) медицинских манипуляций.

1. Я, _____ (Ф.И.О. пациента) « ____ » _____ г. рождения, зарегистрированный(ая) по _____ адресу

_____, даю
(адрес места жительства (пребывания) пациента либо его законного представителя)

информированное согласие на предстоящее медицинское вмешательство в

(наименование медицинского учреждения)

2. В доступной для меня форме мне разъяснены возможные методы и варианты предстоящих медицинских вмешательств, их последствия, необходимость, цель и ожидаемые результаты предстоящего обследования, диагностики и/или лечения, в том числе вероятность развития осложнений, а также последствия отказа от медицинского вмешательства.

3. Я проинформирован, что точно предсказать результат и исход медицинского вмешательства невозможно. Я понимаю, что любое лечение или операция сопряжены с риском для жизни и могут привести к временной или постоянной, частичной или полной нетрудоспособности. Никакие гарантии относительно результатов медицинского вмешательства не предоставляются.

4. Я понимаю, что в процессе диагностических, лечебных и иных вариантов медицинских вмешательств могут возникнуть непредвиденные экстренные обстоятельства и осложнения, при которых я буду не в состоянии дать согласие на проведение необходимых экстренных действий (повторных операций или процедур). В таких ситуациях ход медицинского вмешательства может быть изменен врачами по их усмотрению.

5. Я знаю, что в целях максимальной эффективности предстоящего медицинского вмешательства я обязан поставить врача в известность о всех проблемах, связанных с моим здоровьем, наследственностью, в том числе об аллергических проявлениях, индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов и продуктов питания, а также о курении табака, употреблении алкоголя, наркотических или токсических препаратов.

6. Я понимаю, что при проведении хирургического вмешательства возможна потеря крови и может возникнуть необходимость в переливании донорской крови или ее компонентов, на что я даю добровольное согласие. Я получил разъяснения от лечащего врача о цели переливания крови или ее компонентов, необходимости переливания, характере и особенностях процедуры, возможных последствиях, в случае развития которых я согласен на проведение всех нужных лечебных мероприятий. Я извещен о вероятном течении заболевания при отказе от переливания крови и ее компонентов.

7. Я согласен на запись моего лечебно-диагностического процесса на любые информационные носители, с использованием любых технических средств, а также на взятие у меня в диагностических и лечебных целях образцов биологических материалов, в том числе клеток, тканей, биологических жидкостей.

8. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи или потребовать его (их) прекращения, мне также разъяснены возможные последствия такого отказа.

9. Я разрешаю предоставлять информацию о моей болезни, прогнозе и лечении только:

(доверенные лица)

11. Я ознакомлен со всеми пунктами настоящего документа, они мне понятны, о чем свидетельствует моя подпись ниже.

Подпись

Дата

« ___ » _____

_____ г.

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ
ПРОТОКОЛ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И
РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСЛЕ ОСТРОЙ
НЕДОСТАТОЧНОСТИ КОРЫ
НАДПОЧЕЧНИКОВ**

Ташкент – 2025

Коды по МКБ-10:

E27.2	Аддисонов криз Адреналовый криз Адренкортикальный криз
https://mkb-10.com/index.php?pid=3112	

Коды по МКБ-11:

Код	Название
5A74.1	Аддисонов криз
https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#74527684	

1. Основная часть

Введение

В Республике Узбекистан регулярно наблюдается рост эндокринных заболеваний и их «омоложение». Известно, что сахарный диабет и другие заболевания эндокринной системы носят хронический характер и приводят к тяжелым осложнениям. Раннее выявление осложнений эндокринных заболеваний, правильная диагностика и лечение больных, а также профилактика осложнений приведет к снижению инвалидности, вызванной осложнениями эндокринных заболеваний, и увеличению продолжительности качественной жизни больных.

2. Реабилитация больных с Аддисоновым кризом

Аддисонов криз – это состояние, которое требует комплексного подхода к реабилитации пациентов для восстановления их здоровья и повышения качества жизни.

Основные аспекты реабилитации для лиц, переживших Аддисонов криз:

Важным этапом является назначение заместительной терапии глюкокортикоидами и минералокортикоидами под контролем врача. Регулярное и правильное применение этих препаратов необходимо для поддержания нормального обмена веществ и уровня электролитов.

Рекомендуется разработка персонализированной диеты с учетом потребностей пациента. Следить за балансом своего рациона, включить продукты, богатые солями и минералами. Разделить прием пищи на несколько небольших приемов в течение дня.

Также важно вести активный образ жизни, при этом избегая чрезмерных физических нагрузок.

Поскольку Аддисонов криз может повлиять на психическое благополучие, важна поддержка психолога или психотерапевта. Пациенты могут столкнуться с эмоциональными трудностями, такими как стресс, тревога или депрессия.

Реабилитация также включает в себя регулярные медицинские обследования для контроля уровня гормонов, состояния электролитов и общего здоровья пациента.

Пациентам следует предоставить информацию о признаках и симптомах возможных осложнений, а также научить их управлять стрессовыми ситуациями, которые могут повлиять на состояние.

Реабилитация должна быть индивидуализированной и ориентированной на потребности каждого конкретного пациента, и проводиться под постоянным наблюдением медицинского специалиста.

- Следите за балансом своего рациона, включая продукты, богатые солями и минералами.
- Разделите прием пищи на несколько небольших приемов в течение дня.

Критерии оценки качества медицинской помощи

№	Критерии качества	Оценка выполнения
1	ясное сознание пациента	Да/Нет
2	нормальные витальные функции	Да/Нет

Уровень убедительности рекомендаций оценки качества медицинской помощи

№	Критерии качества	Уровень убедительности рекомендаций
1	ясное сознание пациента	A1
2	нормальные витальные функции	A1

Список литературы

1. Stefan R. Bornstein (chair), Bruno Allolio, Wiebke Arlt, Andreas Barthel, Andrew Don-Wauchope, Gary D. Hammer, Eystein S. Husebye, Deborah P. Merke, M. Hassan Murad, Constantine A. Stratakis and David J. Torpy*. Guidelines on Primary Adrenal Insufficiency. Clin Endocrinol Metab, February 2016, 101(2):364–389
2. Клинические рекомендации – Первичная надпочечниковая недостаточность – 2021-2022-2023 (01.07.2021)