

А. Н. Окороков

Неотложная эндокринология

Второе издание



Издатели Б. И. Чернин и Ф. И. Плешков
Медицинская литература
Витебск • Москва • 2024

УДК 616.4
ББК 54.15
О-64

Серия «Карманный справочник врача»
основана в 2003 г.
Редколлегия серии: А. Н. Окорочков,
Ф. И. Плешков, Б. И. Чернин, В. Ю. Мартов

Все права защищены. Никакая часть данной книги не может быть воспроизведена в любой форме и любыми средствами без письменного разрешения владельцев авторских прав.

Автор, редакторы и издатели приложили все усилия, чтобы обеспечить точность приведенных в данной книге показаний, побочных реакций, рекомендуемых доз лекарств, а также схем применения технических средств. **Однако эти сведения могут изменяться. Внимательно изучайте сопроводительные инструкции изготовителя по применению лекарственных и технических средств.**

Окорочков А. Н.

О-64 Неотложная эндокринология, 2-е изд., перераб. и доп. /
А. Н. Окорочков. 160 с.: ил. — М.: Мед. лит., 2024.

ISBN 978-5-89677-229-3

Во втором издании ставшего популярным справочника рассматриваются современные аспекты диагностики и лечения неотложных состояний, связанных с эндокринными заболеваниями. Кратко, но информативно, излагаются коматозные состояния у больных сахарным диабетом, неотложные состояния при нарушении функции щитовидной железы, надпочечников, нарушения содержания кальция в крови, гипопитуитарный криз и кома. Для облегчения усвоения материала и практического его использования книга содержит большое количество таблиц, схем и алгоритмов. Приведены нормальные уровни гормонов и их метаболитов в различных биологических жидкостях, коды эндокринных заболеваний по МКБ-10.

Для врачей эндокринологов, терапевтов, анестезиологов и реаниматологов, хирургов, студентов медицинских вузов.

УДК 616.4
ББК 54.15

Сайт издательства: www.medlit.biz

Медицинский видеоблог: youtube.com/@medliteratura

ISBN 978-5-89677-229-3
ISBN 978-985-6333-68-5


© Окорочков А. Н., 2024
© Изд. Чернин Б. И., изд. Плешков Ф. И., 2024
© Медицинская литература, 2024



Содержание

1	Коматозные состояния у больных сахарным диабетом	1
	Гипергликемическая кетоацидотическая кома.....	2
	Этиология.....	2
	Патогенез	3
	Клиническая картина и стадии диабетического кетоацидоза.....	5
	Лечение кетоацидотической комы.....	16
	Прогноз при кетоацидотической коме	31
	Гипергликемическая некетоацидотическая (гиперосмолярная) кома.....	32
	Этиология.....	32
	Патогенез	33
	Клиническая картина гипергликемической гиперосмолярной комы и лабораторные данные.....	34
	Лечение	37
	Гиперлактацидемическая кома.....	41
	Этиология.....	41
	Патогенез	42
	Клиническая картина	43
	Лечение	44
	Гипогликемическая кома.....	46
	Этиология.....	46
	Патогенез	47
	Клиническая картина	48
	Лечение прекоматозного состояния	50
	Лечение коматозного состояния.....	51

2 Неотложные состояния при нарушениях функции щитовидной железы	56
Тиреотоксический криз.....	57
Этиология.....	57
Патогенез.....	57
Клиническая картина	58
Лечение.....	60
Гипотиреоидная кома	69
Этиология.....	69
Патогенез.....	70
Клиническая картина	70
Лечение.....	71
3 Неотложные состояния при нарушениях функции надпочечников	76
Надпочечниковый криз	77
Этиология.....	77
Патогенез	77
Клиническая картина	78
Лечение.....	85
Острая недостаточность надпочечников	89
Возможная этиология	89
Патогенез	90
Клиническая картина	90
Лечение.....	90
Относительная (функциональная) острая надпочечниковая недостаточность.....	90
Диагностика.....	92
Лечение.....	92
Феохромоцитомовый криз.....	93
Этиология — факторы, провоцирующие криз	93
Патогенез.....	94
Клиническая картина	94
Лечение.....	98

4	Гипопитуитарный криз и гипопитуитарная кома	103
	Этиология.....	104
	Патогенез	104
	Клиническая картина	105
	Лабораторные данные.....	108
	Инструментальные исследования	108
	Лечение	108
5	Неотложные состояния, связанные с нарушением содержания кальция в крови	111
	Гиперпаратиреоидный (гиперкальциемический) криз	112
	Этиология.....	112
	Патогенез	115
	Диагностические критерии	115
	Лечение	117
	Неотложные состояния при гипопаратиреозе	123
	Этиология гипопаратиреоза.....	124
	Патогенез гипопаратиреоза	125
	Диагностические критерии гипопаратиреоза	126
	Тетанический (судорожный) синдром.....	128
	Другие причины гипокальциемии.....	129
	Дифференциальный диагноз	132
	Купирование приступа тетании.....	133
+	Приложения	135
	Приложение 1.....	135
	Нормальные уровни гормонов и их метаболитов в биологических жидкостях	135
	Приложение 2.....	137
	Извлечения из международной статистической классификации болезней (МКБ-10)	
	Коды наиболее распространенных эндокринных заболеваний (сокращенный вариант)	137
	Литература	142

Надпочечниковый криз	Менингоэнцефалит
Сухожильные рефлексы	
Умеренно повышены	Резко повышены, также есть патологические
Психические расстройства	
+	-
Двигательные расстройства	
Судороги	Судороги, парезы, параличи, эпилептиформные припадки
Расстройства черепно-мозговых нервов	
-	+
Пульс	
Малый, редкий	Частый
Артериальное давление	
Гипотензия	Колеблется
Глазное дно	
Нормальное	Спазм артерий
Общий анализ крови	
Эозинофилия, увеличение СОЭ	Нейтрофилез, лейкоцитоз, увеличение СОЭ
Общий анализ мочи	
Нормальный или альбуминурия, цилиндрурия	Нормальный
Гликемия	
Снижена	Нормальная или повышена
Уровень натрия в крови	
Снижен	Нормальный или повышен
Уровень калия в крови	
Повышен	Нормальный
СРП	
-	+
Исследование цереброспинальной жидкости	
Без особенностей	Ксантохромная или прозрачная, опалесцирующая, выпадает пленка фибрина; увеличение содержания белка, цитоза, лимфоцитов; снижение содержания глюкозы, хлоридов; ВК (+)

Лечение

Лечебная программа при надпочечниковом кризе:

1. Заместительная терапия глюко- и минералокортикоидами.
2. Борьба с дегидратацией и гипогликемией.
3. Восстановление нарушенного электролитного баланса.
4. Коррекция нарушений белкового обмена.
5. Борьба с коллапсом.

При появлении начальных симптомов тяжелой декомпенсации болезни Аддисона (нарастающая общая слабость, появление и усиление болей в животе, тошноты, рвоты, значительное снижение артериального давления) необходима немедленная госпитализация в отделение интенсивной терапии и реанимации или в эндокринологическое отделение. Перед транспортировкой больному следует ввести внутривенно (если невозможно внутривенно, то внутримышечно) 50–70 мг *гидрокортизона гемисукцината* (или *фосфата*) или *солукортэфа* или 30 мг (1 мл) *преднизолона*.

В стационаре следует произвести катетеризацию вены (лучше подключичной) для налаживания постоянной внутривенной инфузии. Необходимо срочно произвести исследование крови на содержание глюкозы, натрия, хлоридов, калия, мочевины, креатинина, общего белка, а также сделать общий анализ крови и мочи (в том числе на ацетон).

Далее лечение проводится в соответствии с вышеописанной программой.

Заместительная терапия глюко- и минералокортикоидами

Лучшими считаются водорастворимые препараты гидрокортизона, т.е. гидрокортизона гемисукцинат (сукцинат или фосфат) или солукортэф, т.к. они обладают глюко- и минералокортикоидным эффектом и могут вводиться внутривенно и внутримышечно. При надпочечниковом кризе эти препараты вводятся внутривенно. Они начинают свое действие через 30 мин и проявляют активность в течение 2–3 ч, при внутривенном капельном введении — до 4 (редко до 5) ч.