

Международный казахско-турецкий
университет им. Х.А.Ясави

СРС на тему:

Синдром Конна

Подготовил: Юлдашов А.А.

Группа: ОМ-233

Приняла: Байметова К.К.



ПЛАН

- Введение
- Понятие
- Классификация
- Этиопатогенез
- Клиническая картина
- Диагностика
- Лечение



Введение

Первичный гиперальдостеронизм (ПГА, синдром Конна (ПГА, синдром Конна, Conns Syndrome) — клинический синдром, развивающийся в результате избыточной продукции альдостерона клубочковой зоной коркового вещества надпочечников, при котором секреция альдостерона полностью или частично автономна по отношению к ренин-ангиотензиновой системе, что обуславливает развитие низкорениновой гипокалиемической артериальной гипертензии

Понятие

Синдром Конна (*альдостерома, первичный гиперальдостеронизм, Conn's Syndrome*) — собирательное понятие *первичный гиперальдостеронизм* объединяет ряд близких по клиническим и биохимическим признакам, но различных по патогенезу заболеваний, в основе которых — чрезмерная продукция альдостерона корой надпочечников.

Синдром первичного гиперальдостеронизма описан Джеромом Конн (1955) как альдостеронпродуцирующая аденома коры надпочечников (альдостерома), удаление которой привело к полному выздоровлению пациентки

Заболевание связано с опухолью или гиперплазией клубочковой зоны коркового вещества надпочечников.

Наряду со стойким повышением артериального давления, при этом синдроме наблюдается уменьшение содержания в плазме калия (гипокалиемия), плазменной активности ренина, увеличение содержания натрия в плазме, повышение натрий-калиевого коэффициента.

Этиопатогенез

Альдостерома — альдостеронсекретирующая аденома надпочечников. Автономная гиперсекреция альдостерона — гормона клубочковой зоны надпочечников, обладающего минералокортикоидными свойствами,



Варианты морфологических изменений при первичном гиперальдостеронизме:

- аденома коры надпочечников в сочетании с атрофией окружающей её коры;
- аденома коры надпочечников в сочетании с гиперплазией элементов клубочковой и/или пучковой и сетчатой зон;
- первичный рак коры надпочечников;
- множественный аденоматоз коры;
- изолированная диффузная или очаговая гиперплазия клубочковой зоны;
- диффузно-узелковая или диффузная гиперплазия всех зон коры надпочечников.

Повышенная продукция альдостерона приводит к усилению реабсорбции натрия в канальцах почек и увеличению выделения калия и водородных ионов с мочой. Обеднение организма калием является причиной мышечной слабости, парестезий, преходящих мышечных параличей, а также почечных симптомов (полиурия, полидипсия, никтурия и других)



Клиническая картина

Альдостеромы — небольшие опухоли (обычно размером до 1 см). В левом надпочечнике они локализуются в 2 раза чаще, чем в правом.

Отмечается повышение экскреции воды и калия с мочой, полиурия с низкой относительной плотностью мочи. Положительная проба с альдактоном позволяет заподозрить наличие первичного гиперальдостеронизма. На фоне изменений электролитного обмена (гипокалиемия, гиперхлоремический алкалоз) у пациентов отмечаются нейромышечные нарушения (нарастающая мышечная слабость, миоплегия, иногда судороги, положительные симптомы Труссо и Хвостека, парестезии), развивается калиепеническая нефропатия. Отеки для данного заболевания не характерны.

Диагностика

```
graph TD; A[Диагностика] --- B[лабораторные тесты]; A --- C[гормональные исследования]; A --- D[функциональные пробы]; A --- E[топическая диагностика];
```

лабораторные тесты

гормональные исследования

функциональные пробы

топическая диагностика

