

Қожа Ахмет Ясауи атындағы Қазақ-Түрік
университеті
Жалпы медицина факультеті

Конн Синдромы

Тобы: ЖМ -421п

Қабылдаған: Алтынбеков. М.

Орындаған: Жанабай Н.

Омарова Д.

Жиенбай С.

Жоспар:

- Кіріспе
- Негізгі бөлім:
 - ✓ Конн синдромының этиологиясы
 - ✓ Конн синдромының клиникасы
 - ✓ Конн синдромының патогенезі
- Қорытынды
- Пайдаланылған әдебиеттер



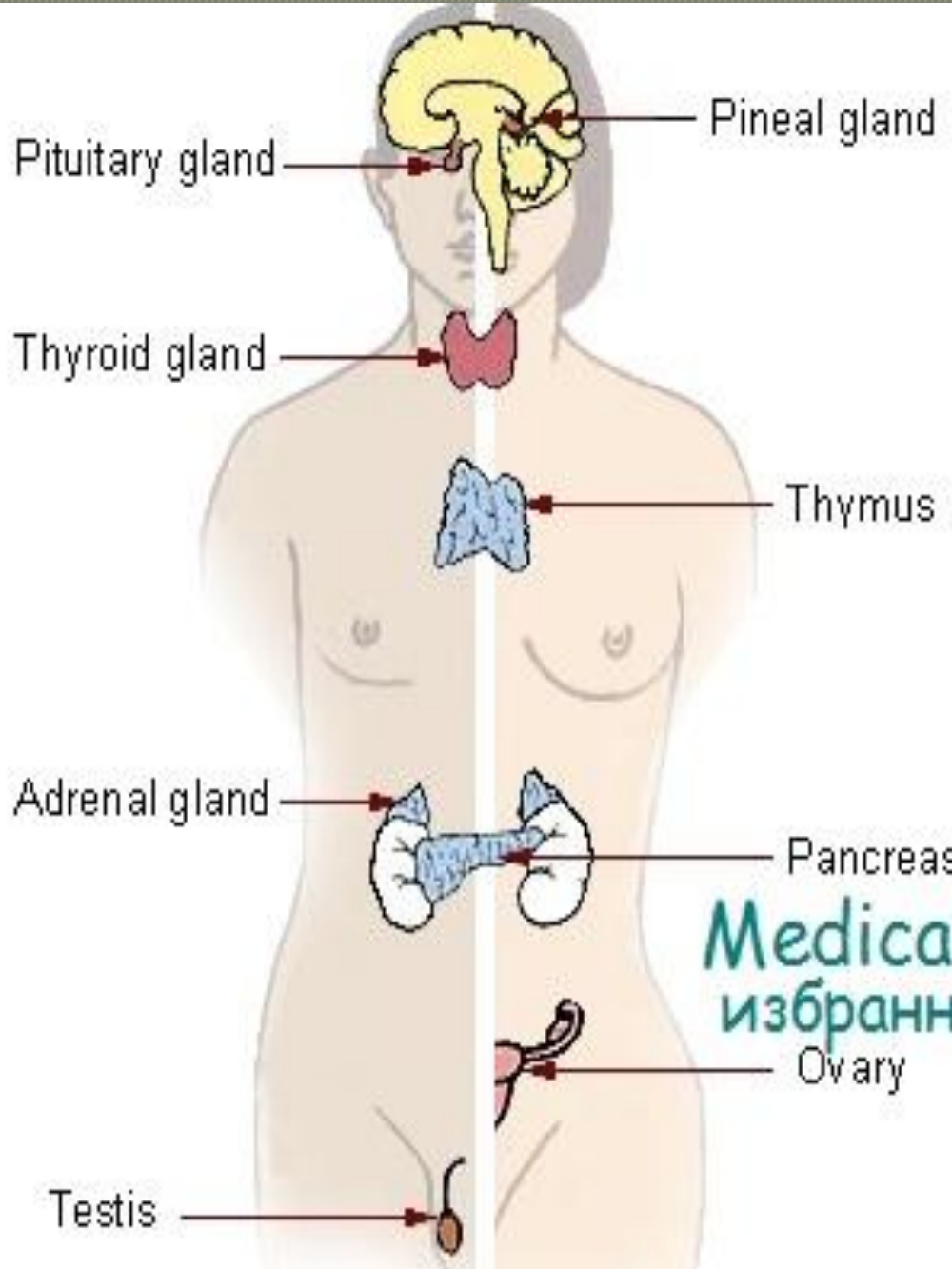
Зерттеу мақсатым

- Студенттерге жалпы Конн синдромы туралы мәлімет беру және осы аурудың ерекшеліктерімен таныстыру.

Зерттеу сұрағым

- Конн синдромының патогенезі мен клиникасы
 - Диагностикасы мен емі

Біріншілік гиперальдостеронизм (БГА) — гипокалиемиямен ұштасатын төмен ренинді артериялық гипертензиямен сипатталатын, альдостеронның шектен тыс бөлінуі нәтижесінде дамидын клиникалық синдром. Оның жиі себебі бүйрек үсті безінің альдостеронөндіруші ісіктері болып табылады (Конн синдромы). Алғаш рет артериялық гипертензияның, бүйрек үсті безі қыртысының ісігі мен альдостеронның артық өндірілуімен бірге ұштасуын 1954 жылы Джером Конн суреттеген болатын.



Adrenal Glands



MedicalPlanet.su
избранное по медицине

Альдестеронизм кезіндегі себептері:

1. Бүйрек үсті безінің ісігі және айналасындағы тін қабығының атрофиясы.
2. Бүйрек үсті безінің аденомасы және шумақтық аймақтың элементтерінің гиперплазиясы.
3. Бүйрек үсті безінің рагы.
4. Көп қабатты қабықтың аденоматозы
5. Шумақтық аймақтың оқшауланған дифузды немесе ошақты гиперплазиясы.
6. Бүйрек үсті безі қабығының барлық аймағының дифузды гиперплазиясы.

□ Қанға көп мөлшерде түскен альдостерон АҚ тұрақты түрде жоғары көтерілуін қамтамасыз етеді. Әйел адамдарда ерлермен салыстырғанда 30-50 жас аралығында 2,5 есе жиі кездеседі. Альдостеронның қандағы деңгейі қалыпты мөлшерден 40-100 есе артық болады. Осындай өсінділер альдостероннан басқа да гормондарды түзетіні белгілі: кортизол қалыптан 2-5 есе артық, кортикостерон – 2-4 есе артық түзіледі.

Таблица 2.14

Частота симптомов при первичном гиперальдостеронизме

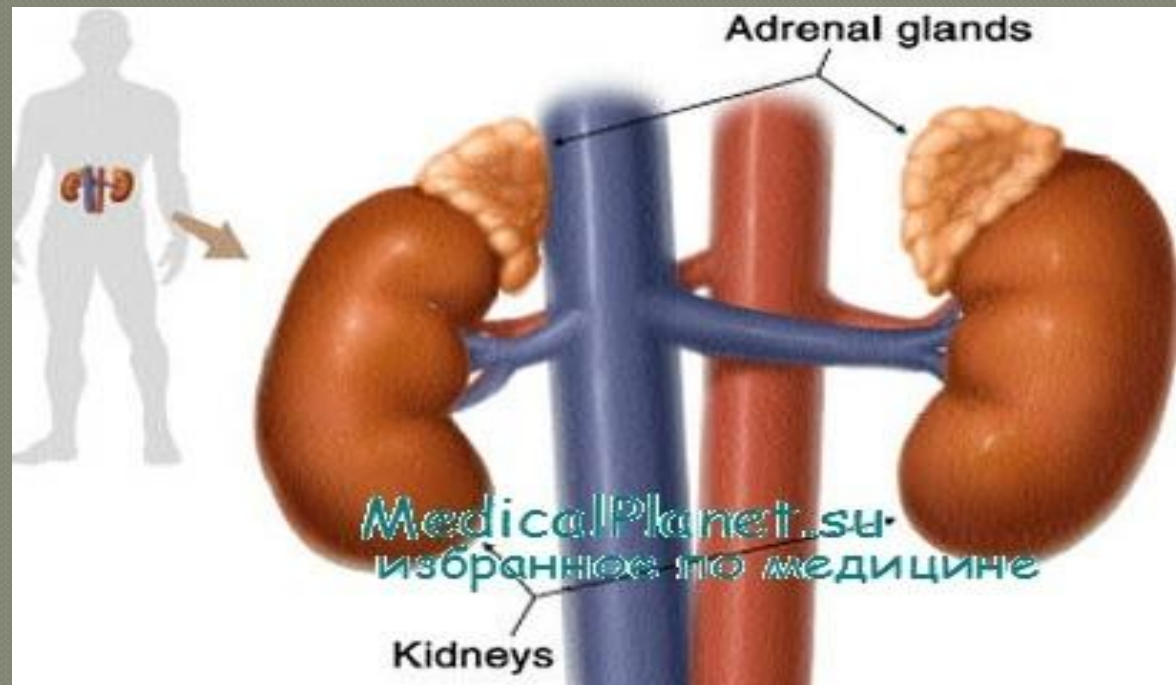
Симптом	Частота выявления, %
АГ	100
Гипокалиемия	90
Изменения на ЭКГ	80
Мышечная слабость	80
Полиурия	70
Головная боль	65
Полидипсия	45
Парестезии	25
Расстройства зрения	20
Утомляемость	20
Перемежающиеся параличи	20
Перемежающаяся тетания	20

- **Патогенезі**

- **БГА** кезінде альдостеронның артық мөлшері нефронның дистальды бөлігіне әсер етіп, натрийдің ағзада ұсталып, калийдің жоғалуына әкеледі. Нәтижесінде ағзада сұйықтық жиналып, айналымдағы қан көлемі (АҚК) ұлғайып, артериялық гипертензия дамиды. АҚК-нің ұлғаюы бүйрекпен ренин өндірілуінің тежелуіне әкеледі. Айқын және ұзаққа созылған гипокалиемия бүйрек түтікшелерінің дистрофиялық өзгерістерін туындатады (калипениялық бүйрек). БГА-мен сырқаттанған науқастарда артериялық гипертензиямен байланысты туындайтын асқынулардан басқа, гиперальдостеронизмнің спецификалық асқынуы-альдостерониндуцирлеген миокард гипертрофиясы дамиды.

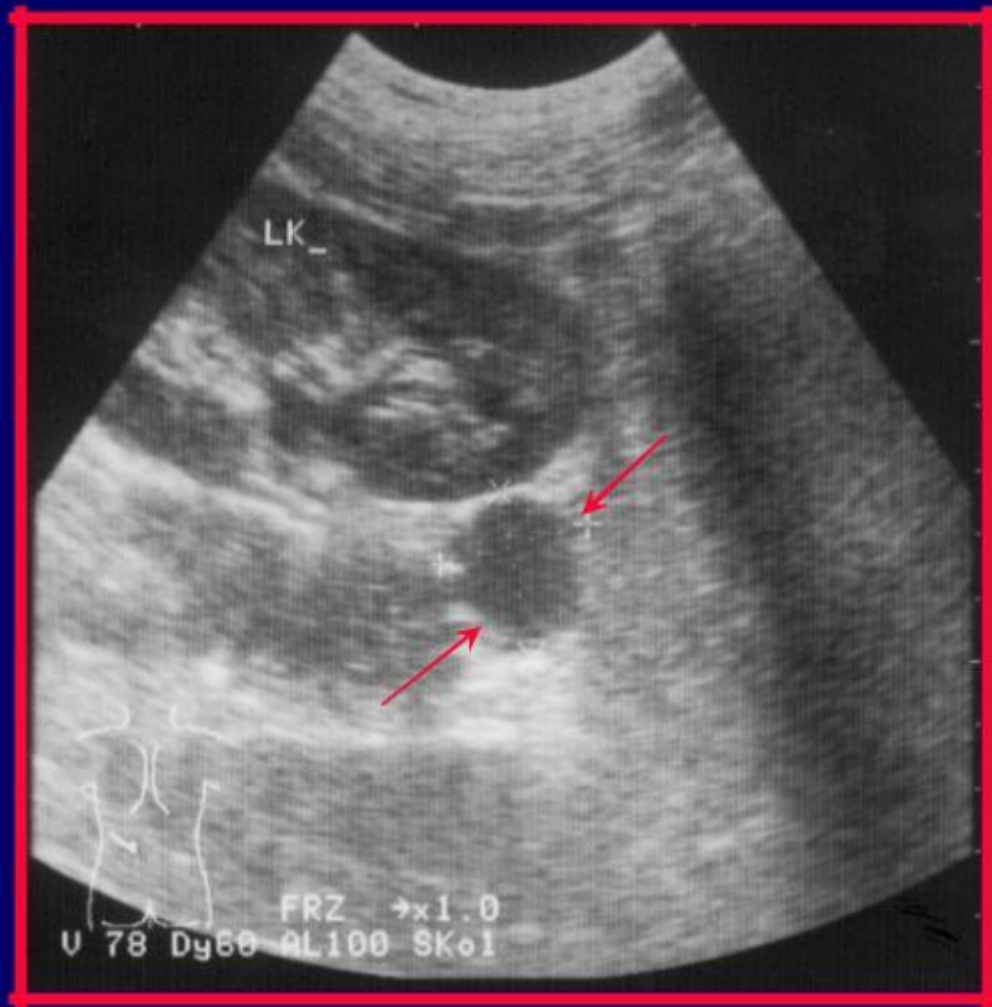


- Конн синдромы кезінде ғана, АГ-мен қоса, ренин белсенділігі төмен, ал альдостерон концентрациясы артық болатын жалғыз ауру.



- Бас ауыруы
- Бұлшықет әлсіздігі
 - Тырысу
- Шөлдегіштік
- Жиі зәр шығару
 - Парестезия
- Бұлшықеттердің ауырсынуы
- Жүрек аймағы ауырсынуы
 - Ентігу
- Бүйректік симптомдар (полиурия, полидипсия, никтурия, протеинурия)





Конн синдромына шалдыққан
науқастардың синдромдарын 3 топқа
бөлуге болады

бүйректік



жүрек-тамырлық



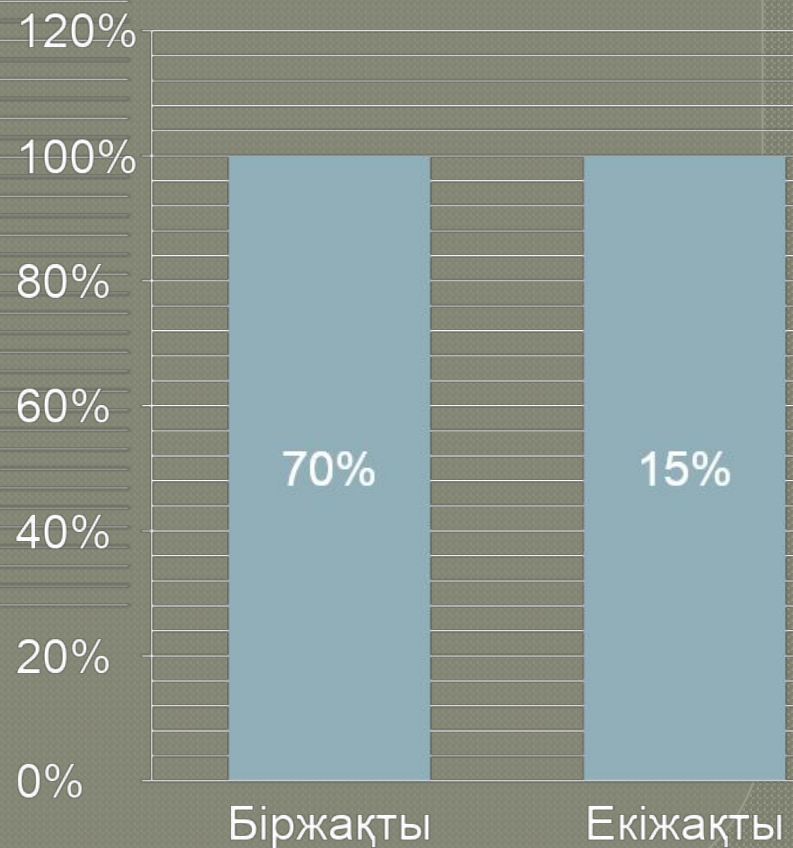
нерв-бұлшықеттік

○ Біріншілік

альдостеронизмнің
клиникалық көрінісіне тән:

- ✓ артериялық гипертензия
- ✓ гипокалиемия,
- ✓ гипернатриемия
- ✓ гиперальдостеронизм

Альдостерома қатерсіз және қатерлі ағымдағы өсінді түрінде кездеседі:



Дифференциальды диагноз

- Гипертониялық аурулар
- Синдром Биглиери(17^α гидроксилаза ферменті жетіспеушілігі)
- Тетания
- Қантсыз диабет
- Кальций жоғалуымен байланысты нефрит

□ **Диагностикасы.** Бүйрекүсті бездерін контрасттау арқылы рентгендік (пневморен, томография) және ангиографиялық зерттеулер маңызды орын алады. Осыған қосымша, ультрадыбыспен және компьютерлік томографиялық зерттеулер де қолданылады.

Диагностикалық сынамалар

Дезоксикортикостерон ацетатпен сынама	Фуросемидпен сынама	Спиронолактон енгізу арқылы сынама	Фторгидрокортизонмен сынама
<p>Науқасқа 3 күнге тәулігіне 2 рет 10 мг дезоксикортикостерон ацетатты бұлшықетке енгіземіз. Альдостеронизмде, эссенциальды гипертензияда альдостерон деңгейі төмендейді.</p>	<p>Сынама алдында науқасқа ас тұзымен диета жүргізеді. Диуретик пен гипотензивті препараттарды шектейді. Сынама кезінде науқасқа ішке қабылдауға 80 мг фуросемид береді, 3 сағаттан соң қан анализінде альдостерон мен ренинді анықтайды.</p>	<p>Бүйрек каналында альдостерон әсерін тежейтін қасиеті бар. 3 күнге тәулігіне 2-3 рет 100 мг нан қабылдаса, калий мөлшерін жоғарылатады.</p>	<p>Науқасқа 3 күн бойы 400 мкг дозасында ішке енгізеді. Біріншілік гиперальдостеронизмде альдостерон деңгейі өзгеріссіз қалады.</p>



КТ опухоли надпочечника

BUTURLJA I.O.
15871/07
OHO-4
Minsk Oncology Dispanser

[H]

3194

351

1

22.11.2007 16:05:13

1583707 106



[R]

[L]

C50

W400

[F]

Емі

Альдостерома кезінде адреналэктомия көрсетілген. Емі консервативті: спиронолактон-400-600 мг/тәул., амилорид – 40 мг/тәул., пролонгирленген нифедипин мен верошпирон тағайындалады (тәулігіне 200–400 мг): ААФ ингибиторлары, кальций каналының антагонистері.



Қорытынды

- Қорындылай кететін болсақ, Конн синдромы альдостерон өндіруші ісіктердің әсерінен пайда болатын көлемі шағын болып келетін ісік ауруы. Науқастардың басым көпшілігінде қан қысымы жоғары, бұлшықеттері әлсіз, тырысу, бүйректік симптомдармен көрінетін ауру болып табылады.

Пайдаланылган әдебиеттер:

1. Эндокринология И.И. Дедов, Г.А. Мельниченко, В.В. Фадеев Москва «ГЭОТАР-Медиа» 2009
2. Интернет сайттары

Кері байланыс сұрағым

- Конн синдромының дифференциальды диагностикасы