

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

СРС на тему:

Синдром Конна

Подготовил: Юлдашов А.А.

Группа: ОМ-233

Приняла: Байметова К.К.



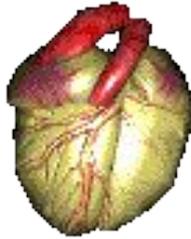
ПЛАН

- Введение
- Понятие
- 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 — гормон
а клубочковой зоны надпочечников,
обладающего минералокортикоид-
ными 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)

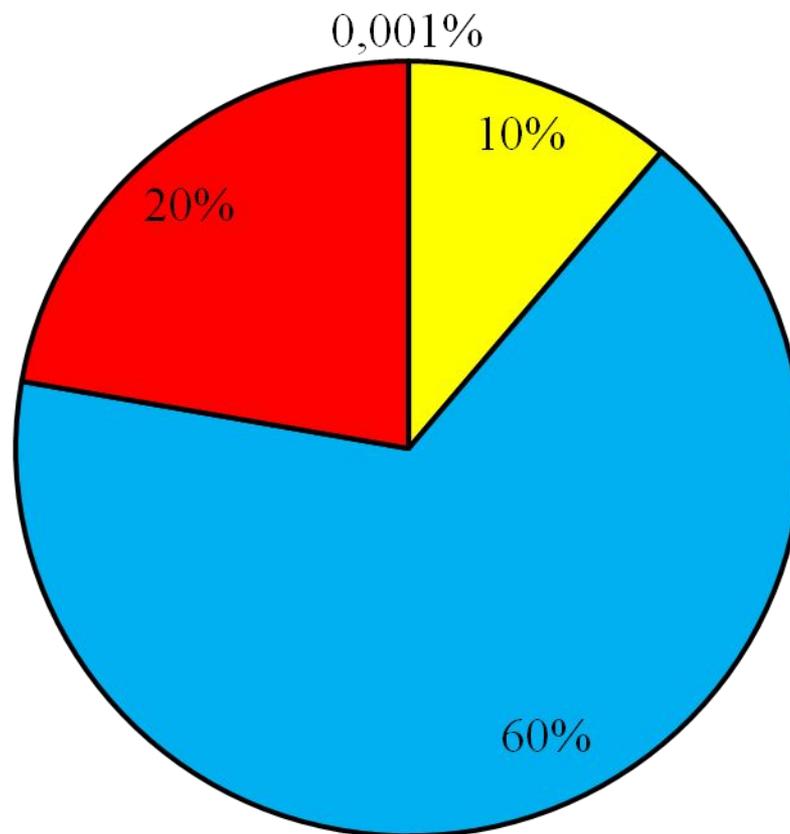


Клиническая картина

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. Отёки для данного заболевания не характерны.

Заболееваемость синдромом Конна среди населения



■ Дети ■ 10-30 лет ■ 30-50 лет ■ 50 лет и старше

Диагностика

лабораторные тесты

гормональные исследования

функциональные пробы

топическая диагностика



Лабораторные исследования



БАК

↑ Альдостерон

↑ Na

↓ Ca

↓ K

↑ Glu

(+) ААП/АРП

Диагностика избытка альдостерона проводится с помощью анализа жалоб на самочувствие и лабораторных исследований. Основные жалобы, которые могут быть у пациентов с избытком альдостерона, это высокое артериальное давление, мышечная слабость, онемение, судороги в мышцах, повышение мочеиспускания, жажда, головная боль. Основными лабораторными признаками первичного гиперальдостеронизма является повышение уровня альдостерона и снижение уровня калия в крови. Более точными подтверждающими тестами является определение альдостерона совместно с ренином с последующим расчетом альдостерон-ренинового соотношения (АРС).



Компьютерная томография при опухоли надпочечника

После лабораторного выявления опухоли надпочечника продуцирующей избыточно альдостерон важно выполнить компьютерную томографию. Цель компьютерной томографии – выявление точной локализации опухоли в надпочечнике и ее размера.

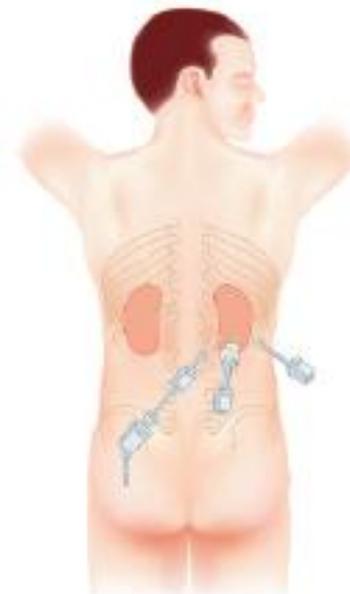
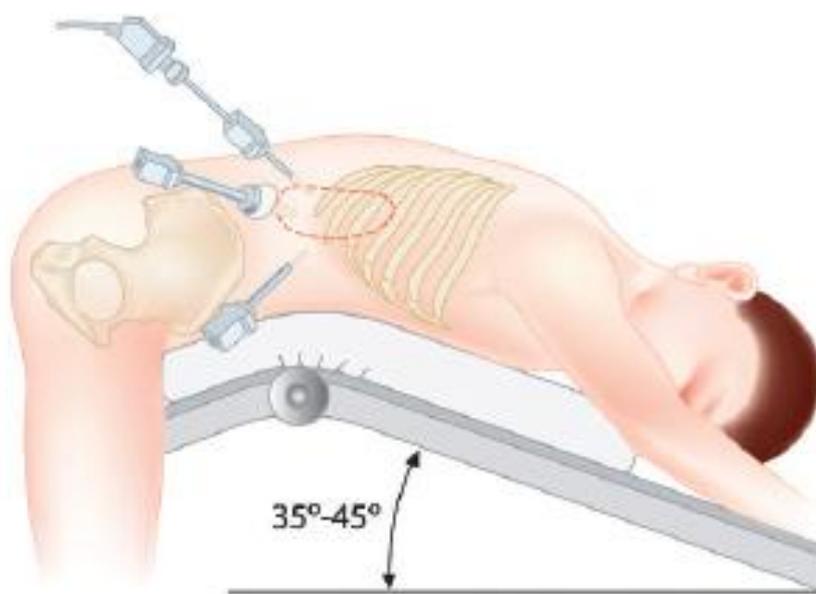




Лечение

Оперативное

Ретроперитонеоскопический метод удаления
надпочечника или поясничный
внебрюшинный доступ



Пациент лежит на животе

Оперативное лечение

*Традиционная
ретроперитонеоскопическая
адреналэктомия или CORA
(conventional retroperitoneoscopic
adrenalectomy)*

- Пациент располагается на животе,
- Ноги приведены и согнуты в коленях и тазобедренных суставах.
- Хирург выполняет три прокола в поясничной области, справа или слева, в зависимости от расположения опухоли.
- Видеоконтролем хирург шаг за шагом выделяет опухоль надпочечника, после пересечения основных ее сосудов производит удаление через один из проколов.

*Однопортовая
ретроперитонеоскопическая
адреналэктомия или SARA (single
access retroperitoneoscopic
adrenalectomy)*

- Только один прокол
- Длиною 3 см, через который хирург проводит видеокамеру и необходимые инструменты. После выделения опухоли надпочечника производят его удаление.
- На кожу накладывают один шов и рубец на спине через несколько дней ели-ели заметен.

Традиционная ретроперитонеоскопическая адреналэктомия или
CORA (conventional retroperitoneoscopic adrenalectomy)



Три инструмента
Три разреза по 1, 2 и 3 см



Косметический результат
2 сутки после операции

Однопортовая ретроперитонеоскопическая адреналэктомия или
SARA (single access retroperitoneoscopic adrenalectomy)



Оди разрез 3-4 см
Два инструмента



Косметический результат операции
2-е сутки - клей на кожу

Заключение



В настоящее время современная хирургическая техника позволяет удалить надпочечник из разреза на коже длиной 3-4 см, при этом шов располагается не на передней поверхности живота, а в малозаметной, поясничной области. Операции подобного вида выполняют с использованием эндоскопической техники, что позволяет удалить надпочечник с максимальной аккуратностью и точностью. Специальная видеокамера позволяет в мельчайших подробностях рассмотреть опухоль надпочечника ее питающие сосуды, выполнить удаление без повреждения окружающих структур и после которого наблюдается полное выздоровление больных.

Использованная литература

- И.И. Дедова, Г.А. Мельниченко
«Эндокринология» 2013 г.
- http://adrenalgland.surgery.ru/primary_aldosteronism
- <http://www.vmakarin.ru/clinic/tips/455>

