

ГИПЕРПЕКСИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

Алтайский государственный медицинский университет, г. Барнаул

Тищенко М.Г.

Научный руководитель: И. А. Вейцман, к. м. н., доцент

HYPERPEXIC SYNDROME

Altai State Medical University, Barnaul

Tishchenko M.G.

Supervisor: I. A. Veitsman, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor

Гиперпексический синдром представляет собой клинический симптомокомплекс, при котором неадекватная секреция АДГ или гиперфункция самого гормона на дистальные отделы нефрона приводит к гипонатриемической гипергидратации. Впервые данную патологию описал румынский эндокринолог Константин Пархон в 1938 году с отметкой о полной противоположности в клинике несахарного диабета-отсутствию полидипсии и полиурии. Данный синдром остается редким заболеванием, так как встречается лишь у 1% случаев выявленных гипонатриемий (20% от всех случаев госпитализированных в критическом состоянии), не зависит от пола и возраста пациента.

Цель исследования: изучить клиническую картину редкого синдрома, выявить лабораторные критерии его диагностики, сформулировать принципы базисной терапии. Материалами являются данные научной литературы по синдрому Пархона за последние 5 лет с использованием информационной сети Google Academy. Методами служат анализ и изучение литературы по данной теме, дедукция, обобщение и систематизация.

Результаты и обсуждение

Этиологическим фактором является гиперпродукция АДГ вследствие дисфункции гипоталамуса, поражения ЦНС, эндокринных патологий, новообразований или же приема нейролептиков и транквилизаторов. При высоком АДГ возрастает осмотическое давление, из-за чего вода в почечных канальцах реабсорбируется, задерживаясь в организме.

Выраженность клинических симптомов проявляется согласно степени гипонатриемии. При снижении $\text{Na} < 120$ ммоль/л головная боль, отеки, уменьшенный диурез, судороги. При $\text{Na} < 110$ ммоль/л отмечается спутанность сознания, психозы, дезориентация, гипотермия, псевдобульбарный паралич с летальным исходом при отсутствии терапии.

Лабораторно определяется гипонатриемия, гипоосмоляльность плазмы и снижение уровня мочевины, гиперосмоляльность мочи и повышение Na в моче, повышение уровня вазопрессина в сыворотке крови. При выполнении пробы с водной нагрузкой наблюдается задержка мочеиспускания, а при проведении пробы Мак Клюра-Олдрича жидкость рассасывается с опозданием.

Тактика лечения определяется степенью гипонатриемии. Однако бессолевая низкокалорийная диета с ограничением жидкости до 1 л в сутки и калийсберегающие диуретики являются неотъемлемой частью терапии при гиперпексическом синдроме. В качестве специального лечения разрешено применение толваптана-антагониста АДГ.

Заключение

Гиперпексический синдром имеет патогномоничные диагностические критерии, обеспечивающие раннее выявление и назначение патогенетической терапии.

Список литературы:

1. Дзеранова Л.К. Синдром неадекватной секреции антидиуретического гормона. *Медицинский вестник*. 2006; 9:20-24.
2. Нистарова А.В., Соколова Е.М.. Реакция осморегулирующей системы почек при синдроме неадекватной секреции антидиуретического гормона. *Фундаментальная наука и клиническая медицина – человек и его здоровье*. Материалы научной конференции. Санкт-Петербург, 26 сентября 2020 г. 2020;195-196.

Как цитировать:

Тищенко М.Г. (2022). Гиперпексический синдром. *Scientist*, 19 (1), 68-69.
