

А. С. Никоненко^{1,2}, С. Н. Завгородний¹, С. О. Вильховой², О. С. Доля³

¹ Запорожская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины

² Запорожский государственный медицинский университет

³ Городская клиническая больница экстренной и скорой медицинской помощи, Запорожье

ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА

В статье приведены данные о результатах обследования 334 больных с подозрением на наличие различных форм первичного гиперпаратиреоза и хирургического лечения 61 пациента с установленным диагнозом первичного гиперпаратиреоза. У 96,7% больных после оперативного лечения отмечена нормализация лабораторных показателей, у 95,6% регресс или полное отсутствие характерных для заболевания клинических проявлений.

Ключевые слова: первичный гиперпаратиреоз, диагностика, результаты хирургического лечения.

Первичный гиперпаратиреоз (ПГПТ) – заболевание, связанное с гиперпродукцией паратиреоидного гормона (ПГ) патологически изменёнными парацитовидными железами (ПЩЖ).

По распространённости ПГПТ занимает 3-е место среди эндокринной патологии после сахарного диабета и заболеваний щитовидной железы.

Исходя из показателя частоты выявления ПГПТ, приближённого к максимальным по данным литературы, в Украине имеется 200–250 тысяч больных с ПГПТ, однако ежегодно регистрируется 150–200 случаев, тогда как в аналогичных по количеству населения развитых странах – 50–60 тысяч, а в США – 100 тысяч.

В Украине ПГПТ выявляется в подавляющем большинстве случаев на стадии необратимых разрушительных процессов в организме и продолжает считаться редкой патологией. При развитии ПГПТ патологические изменения возникают во всех системах организма с преимущественным поражением органов-мишеней и всестороннее обследование больного должно быть направлено на выявление этих отклонений. В мировой практике считается, что случаи установления диагноза ПГПТ при наличии уже его клинических проявлений являются запущенными!!! Диагноз должен устанавливаться на этапе лабораторных изменений по данным биохимического скрининга.

В последние годы отмечается рост частоты ПГПТ, частота выявляемости по последним данным составляет 1–2 случая на 1000 населения. Частота ПГПТ среди женщин старше 65 лет – 3%. Соотношение мужчин: женщин – 1: 3.

Случаи диагностики ПГПТ достаточно редки. Трудности диагностики связаны с многогранностью клинических проявлений и непостоянством биохимических признаков.

Основные проблемы своевременной диагностики и лечения ПГПТ:

– отсутствие скрининга кальция и ПГ, хотя каждый пациент при госпитализации в любое отделение хирургического профиля проходит обследование общих и биохимических показателей крови. В настоящее время не проблематично к этим обследованиям добавить обязательное определение уровня кальция и при необходимости уровня ПГ. В большинстве клиник, учитывая наличие современных лабораторий, это уже доступные обследования;

– недостаточная информированность врачей многих специальностей о клинических проявлениях, методах диагностики данной патологии.

Пациенты, готовящиеся к плановому оперативному вмешательству по поводу желчекаменной болезни (ЖКБ), мочекаменной болезни (МКБ), язвенной болезни, остеоартроза, кальциноза клапанов сердца, магистральных сосудов, а тем более при сочетании вышеуказанных патологий в подавляющем большинстве случаев не обследуется на предмет ПГПТ.

На сегодняшний день на всей территории Украины имеются возможности для полного обследования больных с подозрением на ПГПТ и своевременного установления этого диагноза.

Единственный радикальный метод лечения ПГПТ – хирургический.

Цель исследования: улучшение результатов диагностики и хирургического лечения ПГПТ.

Материал и методы

В амбулаторных и стационарных условиях были обследованы 334 пациента с подозрением на различные формы ПГПТ, у которых име-

ли место характерные симптомы заболевания и асимптомное течение.

Соответственно формам ПГПТ, проводилось обследование пациентов со следующими клиническими проявлениями:

- первичный двухсторонний, рецидивный одно- или двухсторонний нефролитиаз, кораловидный нефролитиаз, течение МКБ на фоне лечения более 5 лет и наличие МКБ у лиц в возрасте до 30 лет – почечная форма;

- костно-суставные боли, патологические переломы, множественные частые переломы, опухоли костей на фоне остеопороза – костная форма;

- различные сочетания ЖКБ, МКБ, язвенной болезни, кальцификатов поджелудочной железы, патологии костей и суставов – смешанная форма;

- кальциноз клапанов сердца, аорты, магистральных артерий – кардиальная форма;

- выявление при УЗИ щитовидной железы (ЩЖ), а также интраоперационно, при хирургических вмешательствах по поводу патологии ЩЖ патологически изменённых ПЩЖ – асимптомная форма.

Алгоритм обследования включал: анализ имеющихся характерных клинических проявлений: со стороны мочевыводящей, пищеварительной, сердечно-сосудистой, костно-суставной систем; биохимическое обследование с определением уровня ПГ, общего и ионизированного кальция, неорганического фосфора, щелочной фосфатазы; инструментальное обследование: УЗИ щитовидной и паращитовидных желез, сцинтиграфия с $^{99m}\text{Tc-MIBI}$ с целью идентификации и топической диагностики патологически изменённых ПЩЖ; УЗИ органов брюшной полости; рентгенография кистей, костей и суставов конечностей, денситометрия, эхокардиоскопия.

Результаты и обсуждение

Учитывая результаты обследования, ПГПТ был диагностирован у 126 (37,7%) из числа обследованных пациентов, женщин – 96 (76,2%), мужчин – 30 (23,8%). Средний возраст – $50,2 \pm 7,6$ лет.

Смешанная форма ПГПТ установлена у 48 (38,1%), почечная у 25 (19,8%), асимптомная у 19 (15,1%), кардиальная у 18 (14,3%), костная у 16 (12,7%).

У 3-х пациентов (2,4%) ПГПТ являлся одним из компонентов синдрома множественной эндокринной неоплазмы (МЭН) – у двух МЭН 2А, у одного МЭН 1.

В отделениях хирургии, трансплантации и эндокринной хирургии КУ «Запорожская областная клиническая больница» по поводу ПГПТ оперирован 61 пациент – 48,4% от числа с установленным диагнозом, из них 49 (80,3%) женщины и 12 (19,7%) мужчин. Средний возраст –

$48,9 \pm 7,6$ лет. При ПГПТ смешанной формы оперированы 20 (32,8%) больных, с асимптомной – 16 (26,2%), с почечной – 12 (19,7%), с костной – 9 (14,8%), с кардиальной – 4 (6,6%).

Все пациенты оперированы в плановом порядке под общим обезболиванием. Во время операции осложнений не было. В послеоперационном периоде у одной пациентки, которой выполнялась тиреоидэктомия и паратиреоидэктомия (ПТЭ) отмечен односторонний парез гортани.

У 61 пациента при оперативных вмешательствах удалены 77 ПЩЖ: одна ПЩЖ удалена у 47 (77,0%) больных, две – у 12 (19,7%), три – у 2 (3,3%) пациентов.

Размеры удалённых ПЩЖ были от 6×3 мм до 40×30 мм.

Морфологическим субстратом развития ПГПТ у 46 (75,4%) больных была аденома ПЩЖ, у 14 (23,0%) – гиперплазия, в 1 случае (1,6%) – карцинома ПЩЖ. Во всех случаях аденома была солитарной, гиперплазия двух ПЩЖ выявлена у 12 больных, трёх – у двух пациентов.

В 66,2% случаев были патологически изменены нижние ПЩЖ.

После хирургического лечения ПГПТ отмечена нормализация лабораторных показателей у 59 (96,7%) больных. Положительная динамика со стороны клинических проявлений, имевших место до операции у 45 пациентов (кроме больных с асимптомной формой) отмечена у 43 (95,6%) больных. Средний уровень ПГ при ПГПТ до операции составлял $302,4 \pm 84,1$ пг/мл, через 6 месяцев – $70,2 \pm 9,1$ пг/мл, через 12 месяцев – $41,4 \pm 8,3$ пг/мл.

После ПТЭ через 12 месяцев не был отмечен рецидив камнеобразования при почечной и смешанной формах заболевания; при кардиальной форме ПГПТ прогрессирования кальциноза клапанов сердца не было; у пациентов с костной формой основное проявления заболевания – костно-суставной болевой синдром в 77,8% случаев через 12 месяцев отсутствовал или был менее выражен, чем до операции, при этом у всех больных по данным рентгенографии и денситометрии улучшилась структура костной ткани.

Выводы

1. Для диагностики ПГПТ необходимо внедрение в повседневную практику для врачей различных специальностей протоколов обследования пациентов с подозрением на ПГПТ.

2. По нашим данным асимптомная форма ПГПТ диагностируется в 15,1% случаев.

3. Хирургическое лечение – единственный радикальный и эффективный метод лечения ПГПТ.

4. ПТЭ, выполненная в адекватном объёме предупреждает рецидив и прогрессирование заболеваний, которые являются следствием ПГПТ.

Стаття надійшла до редакції: 04. 08. 2013

О. С. Никоненко¹, С. М. Завгородній¹, С. О. Вільховой², О. С. Доля³

¹ ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України»

² Запорізький державний медичний університет

³ Міська клінічна лікарня екстреної та швидкої медичної допомоги, Запоріжжя

МОЖЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ТА ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПЕРВИННОГО ГІПЕРПАРАТИРЕОЗУ

В статті наведені дані про результати обстеження 334 хворих з підозрою на наявність різних форм первинного гіперпаратиреозу та хірургічного лікування 61 пацієнта з встановленим діагнозом первинного гіперпаратиреозу. У 96,7% хворих після оперативного лікування відзначена нормалізація лабораторних показників, у 95,6% регрес або повна відсутність характерних для захворювання клінічних проявів.

Ключові слова: первинний гіперпаратиреоз, діагностика, результати хірургічного лікування.

A. S. Nikonenko¹, S. N. Zavgorodniy¹, S. O. Vilchovoy², O. S. Dolya³

¹ Zaporizhzhia Medical Academy of Post-Graduate Education Ministry of Health of Ukraine

² Zaporizhzhia State Medical University

³ City clinical hospital of emergency and ambulance, Zaporizhzhia

THE POSSIBILITIES OF DIAGNOSTIC AND TREATMENT OF PRIMARY HYPERPARATHYROIDISM

The results of diagnostic investigations of 334 patients with different forms of primary hyperparathyroidism and surgical treatment of 61 patients with the same diagnosis are presented in the article. A normalization of laboratory indexes is achieved in 96,7%, while about 95,6% of patients have had a regress or absence of clinical features.

Keywords: primary hyperparathyroidism, diagnostics, the results of surgical treatment.