

КЛІНІЧНИЙ ДОСВІД

РЕДКИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬШИХ АДЕНОМ ОКОЛОЩИТОВИДНЫХ ЖЕЛЕЗ*

Макаров И. В.

*ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» МЗ РФ;
НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Самара» ОАО «РЖД», Самара, Россия
makarov-samgmu@yandex.ru*

Гиперпаратиреоз является одной из актуальных проблем современной медицины. До недавнего времени о первичном гиперпаратиреозе (ПГПТ) говорили как об одном из редких эндокринных заболеваний. Изменения в представлении об истинной распространенности этого заболевания произошли после широкого внедрения в стандартное биохимическое исследование крови определение ионизированного кальция. В настоящее время ПГПТ занимает 3-е место по распространенности эндокринных заболеваний после сахарного диабета и заболеваний щитовидной железы [1, 2].

Частота ПГПТ составляет около 20 случаев на 100 тыс. населения в год, и она в последние годы растет в связи с улучшением диагностики. Распространенность среди молодых мужчин и женщин практически одинакова, при этом с возрастом женщины болеют в 3 раза чаще по сравнению с мужчинами. Наибольшая частота встречаемости — в возрасте 50–55 лет. Примерно в 85 % случаев ПГПТ вызывает единич-

ная аденома околощитовидной железы (ОЩЖ), и только у 15 % заболевание возникает при множественных аденомах или при их множественной гиперплазии [3, 4].

Большие аденомы ОЩЖ вследствие ПГПТ являются достаточно редким наблюдением, практически не описанным в научной литературе. При этом не описана взаимосвязь размеров аденом с их функциональной активностью, нет классификации аденом по величине. Известно, что чем дольше существует данная патология, тем большие патологические изменения она вызывает в организме. В связи с этим представляет интерес 2 клинических случая гигантских аденом ОЩЖ на фоне ПГПТ.

Наблюдение 1. Пациентка А, 41 год, поступила в хирургическое отделение № 1 НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Самара» ОАО «РЖД», являющейся клинической базой кафедры 05.03.2017 г. в плановом порядке с жалобами на дискомфорт в области шеи, общую слабость, утом-

* Автор гарантирует ответственность за объективность представленной информации.

Автор гарантирует отсутствие конфликта интересов и собственной финансовой заинтересованности. Рукопись поступила в редакцию 06.03.2018.

ляемость. При опросе виявлені жалоби на часті депресії, погане настроєння, порушення пам'яті. Больна страждає мочекаменною хворобою з 2010 року, тоді ж при УЗІ та екскреторній урографії виявлені конкременти в нирках, більше зліва (множинні конкременти 0,5×0,5 см та 1,0×1,0 см). В 2008 року вперше при плановому обстеженні на УЗІ було виявлено утворення в області правої доли щитовидної залози — аденома околотитовидної залози (?). Тоді ж була виконана пункційна біопсія (04.07.2008), висновок: «пласти малих мноморфних епітеліальних клітин на фоні еритроцитів; можлива аденома паращитовидної залози». Пацієнтці було рекомендовано динамічне спостереження з наступною консультацією хірурга. Однак, больна до лікарів не зверталася та повторно була обстежена тільки в 2016 році: при УЗІ —

«аденома правої паращитовидної залози, з ознаками помірного зростання; вузловий коллоїдний зоб лівої доли щитовидної залози»; рівень паратгормону — 586,7 пг/мл; загального кальцію — 3,12 ммоль/л; фосфору — 0,66 ммоль/л.

При скінтиграфії щитовидної та околотитовидних залоз: «ознаки очагової патології (аденоми) паращитовидної залози справа». Для підтвердження діагнозу було виконано МРТ щитовидної та околотитовидних залоз (14.02.2017). Висновок: «Аденома околотитовидної залози справа, вузловий зоб лівої доли щитовидної залози».

На момент надходження рівень паратгормону становив 674,2 пг/мл (норма 15–68,3 пг/мл); кальцій іонізований 1,25 ммоль/л (норма 1,12–1,30 ммоль/л); вітамін D сумарний 9,2 нг/мл (норма 30,0–100,0 нг/мл).

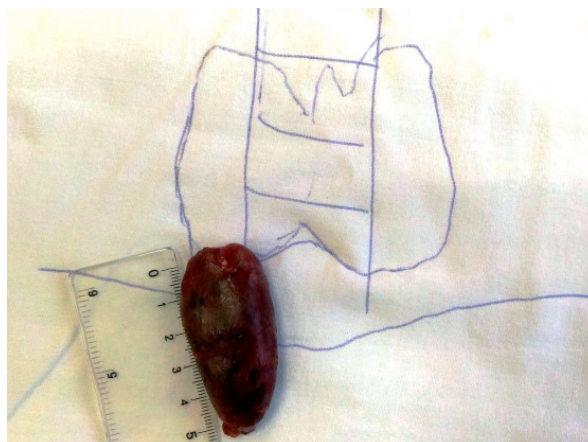
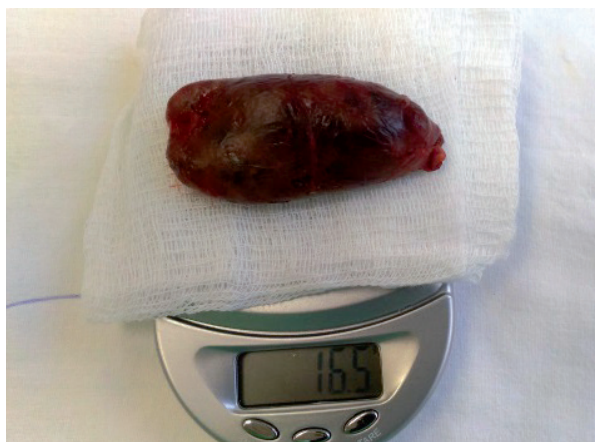
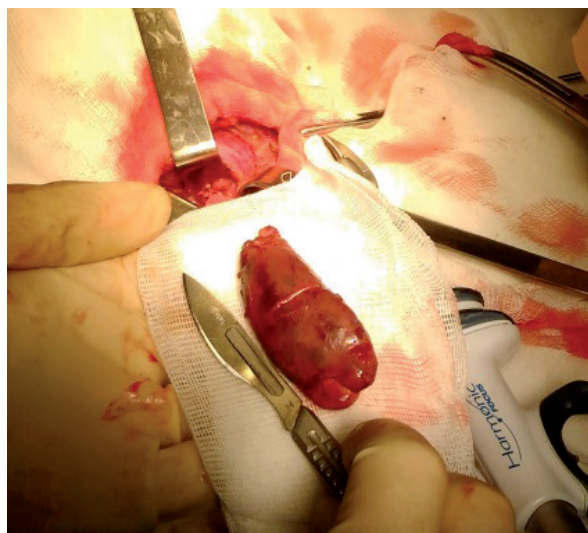
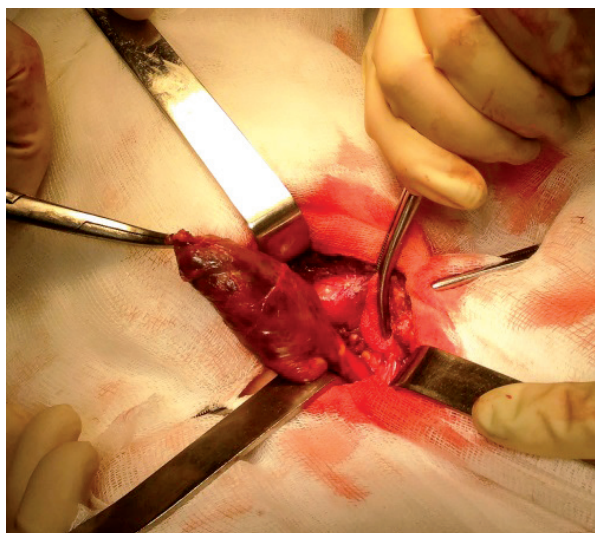


Рис. 1. Аденома ОЩЖ слева

При осмотре больной в положении стоя область шеи не изменена. Шея правильной конфигурации, без деформаций. При пальпации щитовидной железы узловые образования не определяются. Пальпация безболезненна. Регионарные лимфатические узлы не увеличены.

В плановом порядке 06.03.2017 г. пациентка была взята на операцию с клиническим диагнозом: «Первичный гиперпаратиреоз, почечная форма. Аденома околощитовидной железы справа. Узловой зоб I ст.». Во время операции при ревизии в области нижней трети правой доли щитовидной железы обнаружена резко увеличенная аденома ОЩЖ, размеры которой при выделении 5,8×3,5×1,5 см, вес — 16,5 г (рис. 1). Практически вся аденома, за исключением верхнего полюса располагалась за грудиной. Аденома выделена и удалена под визуальным контролем возвратного нерва.

Кроме того, была выполнена резекция верхнего полюса щитовидной железы слева с узлом. При патологогистологическом исследовании — онкоцитарная аденома ОЩЖ; среднефолликулярный нормотоксический зоб с аутоиммунным компонентом.

На следующий день после операции уровень паратгормона — 6,10 пг/мл; ионизированного кальция — 1,17 ммоль/л. Послеоперационный период без особенностей. 11.03.2017 г больная выписана в удовлетворительном состоянии под наблюдение хирурга и эндокринолога поликлиники.

Наблюдение 2. Пациент О., 67 лет, поступил в хирургическое отделение 27.02.2017 года в плановом порядке с жалобами на ощущение кома в горле, общую слабость. Из анамнеза известно, что в 2015 г. больной был прооперирован по поводу рака предстательной железы (простатэктомия). При УЗИ контроле в отдаленном послеоперационном периоде (2016 год) обнаружен камень в левой почке, его миграция потребовала катетеризации мочеточника. На фоне проведенной манипуляции возник острый гнойный обтурационный пиелонефрит, с исходом в абсцесс и гнойный паранефрит, по поводу чего была выполнена нефрэктомия слева (март 2016). При даль-

нейшем наблюдении был выявлен камень в правой почке, что послужило основанием к уретеролитотомии в ноябре 2016 года.

Наличие множественных камней в почках послужило толчком к назначению нефрологом поликлиники исследования паратгормона, выявлено повышение его уровня до 43,48 пмоль/л (норма до 6,9 пмоль/л). При дальнейшем наблюдении уровень ПТГ повысился до 65,72 пмоль/л (16.09.2016). Пациенту было выполнено УЗИ ЩЖ и ОЩЖ: «Аденомы ОЩЖ. Слева больших размеров (susp t-r?). Гиперплазия ЩЖ». Выполнено КТ шеи: «Аденомы ОЩЖ. Гиперплазия ЩЖ. Правая ОЩЖ 33×22×18 мм, левая 51×40×28 мм. В проекции ОЩЖ с обеих сторон определяются гиподенсные образования с четкими ровными контурами размерами справа до 14×10мм, слева 25×22 мм. Левая ОЩЖ смещает трахею вправо». По данным сцинтиграфии ОЩЖ: «В проекции нижней левой ОЩЖ определяется большой «горячий» узел, размерами около 2 см, более характерен для аденомы с возможной ее гиперплазией». Проведена денситометрия: «МПКТ снижена до уровня остеопороза». По данным биохимического исследования крови уровень ПТГ составил 876 пг/мл (норма 15–68,3 пг/мл); общего кальция — 3,55 ммоль/л (норма до 3,25 ммоль/л); кальция ионизированного — 1,75 ммоль/л (норма до 1,66 ммоль/л).

При осмотре больного в положении стоя область шеи не изменена, шея правильной конфигурации, без деформаций. При пальпации щитовидной железы определяется узловое образование справа плотноэластической консистенции 2×3 см. Пальпация безболезненна. Регионарные лимфатические узлы не увеличены.

С клиническим диагнозом: «Первичный гиперпаратиреоз, почечная форма. Аденомы околощитовидных желез» 28.02.2017 года больному выполнено оперативное лечение. При ревизии, в области средней трети левой доли ЩЖ определяется резко увеличенная аденома ОЩЖ, размерами 6,0×3,5×2,5 см с кистой в нижнем полюсе до 1,5 см в диаметре, весом 40 г. Аденома удалена. В области средней трети правой доли, — симметрично по сравнению с аде-

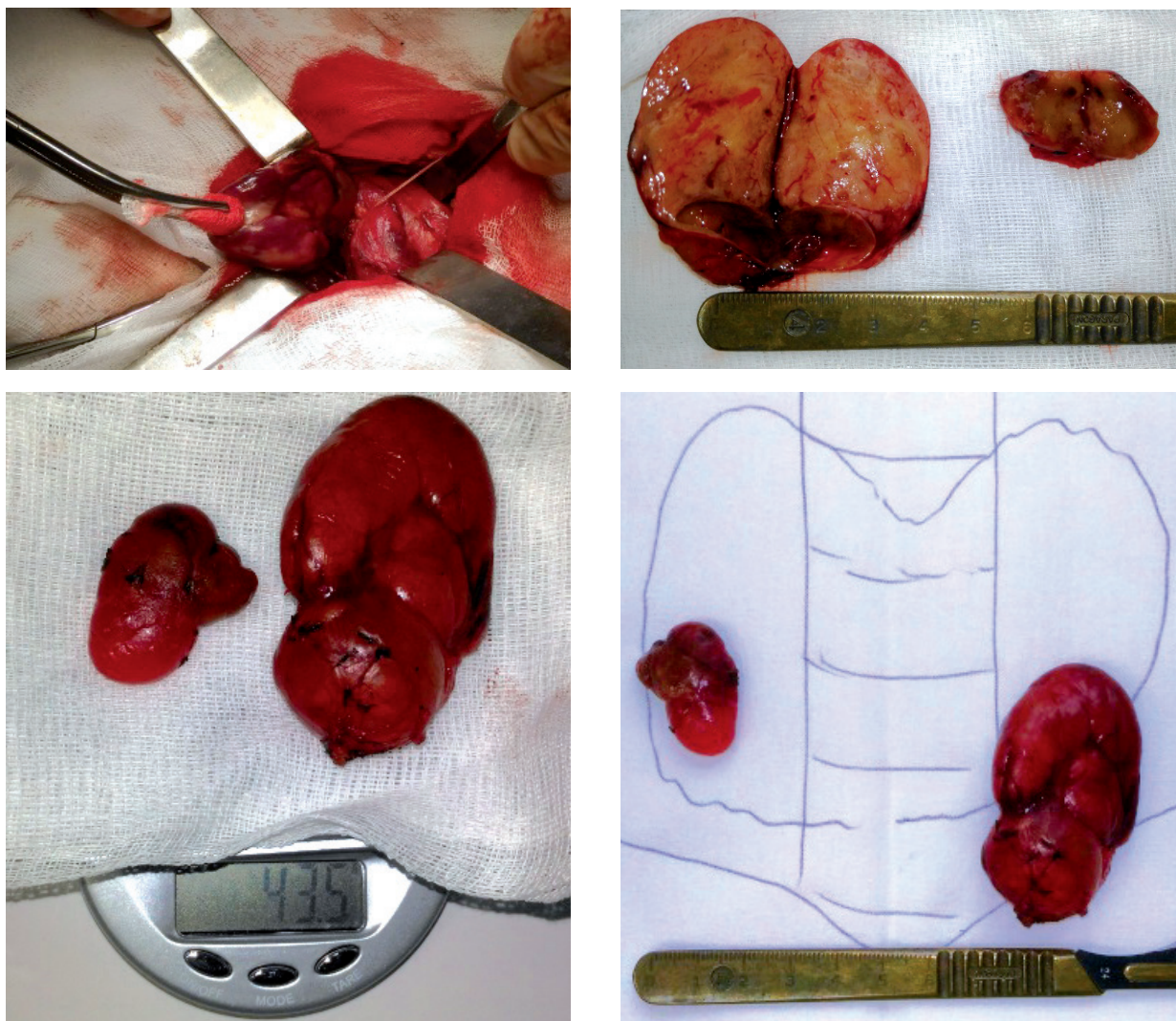


Рис. 2. Аденомы ОЩЖ

номой слева, — найдена еще одна аденома ОЩЖ 2,5×1,5×1,0 см с кистой до 1,5 см в диаметре, весом 3,5 г. Аденома также удалена. При патологогистологическом исследовании: светлоклеточные аденомы ОЩЖ с кистозно-расширенными железами.

Таким образом, ПГПТ является тяжелым инвалидизирующим заболеванием, клинические проявления которого могут наблюдать врачи многих специальностей. Незнание данной патологии, отсутствие

скрининга гиперкальциемии является большим недостатком своевременного выявления ПГПТ. Выявление же ПГПТ на ранних этапах и оперативное удаление аденом ОЩЖ позволяют предупредить развитие осложнений со стороны многих органов и систем и, прежде всего, костно-висцеральных осложнений, проявляющихся поражением почек и костей скелета, сопровождающимися при этом выраженными когнитивными нарушениями.

ЛИТЕРАТУРА (REFERENCES)

1. Cheren'ko SM. Pervichnyj giperparatireoz: osnovy patogeneza, diagnostiki i hirurgicheskogo lechenija, Kiev, 2011: 147 p.
2. Bilezikian JP, Khan AA, Potts JJT. *J Clin Endocrinol Metab* 2009; 94 (2): 335-339.
3. Balabolkin MI, Klebanova EM, Kreminskaja VM. *Differencial'naja diagnostika i lechenie jendokrinnyh zabolevanij, Moskva, 2002: 752.*
4. Makarov IV, Galkin RA, Prokof'eva NA, et al. *Jendokrinnaja Hirurgija* 2017; 11 (2): 81-89.

**РЕДКИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ
ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬШИХ АДЕНОМ
ОКОЛОЩИТОВИДНЫХ ЖЕЛЕЗ**

Макаров И. В.

*ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» МЗ РФ;
НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Самара» ОАО «РЖД», Самара, Россия
makarov-samgmu@yandex.ru*

Представлены 2 клинических наблюдения хирургического лечения больных ПГПТ с гигантскими аденомами околощитовидных желез: 5,8×3,5×1,5 см, весом 16,5 г и 6,0×3,5×2,5 см, весом 40 г. В обоих случаях отмечали высокие уровни паратгормона и общего кальция: 586,7 пг/мл; 3,12 ммоль/л и 876 пг/мл; 3,55 ммоль/л соответственно. В обоих случаях выявляется позднее обнаружение аденом околощитовидных желез и несвоевременное направление пациентов на лечение к хирургу-эндокринологу.

Ключевые слова: хирургическое лечение, гигантские аденомы околощитовидных желез.

**RARE CLINICAL OBSERVATIONS
OF SURGICAL TREATMENT OF LARGE ADENOM
OF ANCIENT BLOOMS**

I. V. Makarov

*FSBEI of HE «Samara State Medical University» of the Ministry of Health of the Russian Federation;
NSHCI «Road Clinical Hospital at the station Samara» JSC Russian Railways, Samara, Russia
makarov-samgmu@yandex.ru*

Two clinical observations are presented dealing with surgical treatment of patients with primary hyperparathyroidism and giant adenomas of parathyroid glands: 5.8×3.5×1.5 cm weighting 16.5 gr, and 6.0×3.5×2.5 cm weighting 40 gr. Both cases were characteristic of high levels of parathormone and total calcium: 586.7 pg/ml and 3.12 mmol/L; 876 pg/ml and 3.55 mmol/L respectively. Both cases revealed late detection of parathyroid gland adenomas and undue referral of patients to the surgeon-endocrinologist.

Key words: surgical treatment, giant adenomas of parathyroid glands.

**РІДКІСНІ КЛІНІЧНІ СПОСТЕРЕЖЕННЯ
ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ВЕЛИКИХ АДЕНОМ
ПАРАЩИТОВИДНИХ ЗАЛОЗ**

Макаров І. В.

*ФГБОУ ВО «Самарський державний медичний університет» МОЗ РФ;
НУОЗ «Дорожня клінічна лікарня на ст. Самара» ВАТ«РЗ», Самара, Росія
makarov-samgmu@yandex.ru*

Представлені 2 клінічних спостереження хірургічного лікування хворих на первинний гіперпаратиреоз з гігантськими аденомами паращитовидних залоз: 5,8×3,5×1,5 см, вагою 16,5 г і 6,0×3,5×2,5 см, вагою 40 г. В обох випадках відзначали високі рівні паратгормону і загального кальцію: 586,7 пг/мл; 3,12 ммоль/л і 876 пг/мл; 3,55 ммоль/л відповідно. В обох випадках виявляється пізні виявлення аденом навколощитовидних залоз та несвоєчасне направлення пацієнтів на лікування до хірурга-ендокринолога.

Ключові слова: хірургічне лікування, гігантські аденоми паращитовидних залоз.