

ГИПЕРПАРАТИРЕОЗ. КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА

Киселева Т.П., Соколова А.Ю., Морозов М.А., Васьков В.М., Торосян М.Р.

ФГБОУ ВО Уральский государственный

медицинский университет МЗ РФ,

МАУ ГКБ № 40, г. Екатеринбург

Одной из задач данной работы является обращение внимания врачей всех специальностей на проблемы диагностики гиперпаратиреоза (ГПТ), так как в развитых странах данная патология рассматривается как одна из главных эндокринологических проблем наряду с сахарным диабетом и заболеваниями щитовидной железы. [1] В связи с улучшением качества диагностики ГПТ, наблюдается тенденция увеличения количества хирургических вмешательств на паращитовидных железах (ПЩЖ). [2] Однако, даже на современном этапе, существуют проблемы в диагностике и раннем выявлении данной патологии, особенно в молодом возрасте [3], а тяжелые проявления ГПТ встречаются и в настоящее время. Кроме того, диагностика затруднена в связи с наличием асимптоматических форм [4].

Цель исследования – выявить группы риска по заболеваемости ГПТ для определения путей улучшения качества диагностики на этапе оказания первичной медицинской помощи.

Материалы и методы исследования

Проанализированы истории болезней 73 пациентов, прооперированных по поводу ГПТ в 2016 г. на базе отделения эндокринной хирургии МАУ «ГКБ №40» г. Екатеринбурга. Из них 45 человек были прооперированы по поводу первичного ГПТ (ПГПТ), 28 – по поводу вторично-третичного (ВТГПТ). Удельный вес по каждому показателю определялся в зависимости от количества в %. Статистическая обработка данных проводилась с использованием программы MS Office Excel.

Результаты исследования и их обсуждение

Диагноз ГПТ был установлен в возрасте 20–50 лет у 26%, у 74% – в возрасте старше 50 лет. Средний возраст составил 54.3 лет (от 19 до 78 лет), 54 женщин и 19 мужчин (~2.9:1). Индекс массы тела (ИМТ) на момент оперативного лечения нормальный у 21.8%, избыточная масса тела у 47.8%, ожирение первой степени у 17.4%, второй – у 13%.

Причиной ВТГПТ во всех случаях стала терминальная стадия хронической почечной недостаточности, наступившая как исход хронического гломерулонефрита у 23 пациентов (88.4%), поликистоза почек у одного больного (3.8%), злокачественного новообразования почек

в двух случаях (7.7%). В среднем от начала заместительной почечной терапии (ЗПТ) до момента операции проходило 7.5 лет (от 2 до 14).

В случае же ПГПТ возникало множество проблем диагностики. До установления диагноза пациенты обращались к врачам разных специальностей. У 43% первично были выявлены узловые формы зоба. С жалобами со стороны костной системы обратились 26%, с симптоматикой поражения внутренних органов – 22%, 1 пациент направлен к эндокринологу с гипергликемией, и у 3 пациентов гиперпаратиреоз заподозрен при прохождении диспансеризации. Эти данные говорят в пользу того, что врачи любой специальности должны быть насторожены в отношении ранней диагностики ПГПТ. При дообследовании смешанная форма ПГПТ (костно-висцеральная) установлена у 58.3%, костная (с проявлениями в виде остеопороза, «патологических переломов», остеоартроза) – у 21.7%, висцеральная (с проявлениями в виде язвенной болезни, панкреатита, холе- или нефролитиаза, поражения ССС и ЦНС) – у 17.4%.

До операции 93.2% пациентам была проведена УЗ-диагностика органов области шеи, по результатам которой изменения в ПЩЖ были обнаружены лишь в 27.4% случаев. У 60 % человек проведена КТ органов шеи, которая дала выявление патологических изменений в ПЩЖ в 92.6% случаев. Сцинтиграфия была проведена 43.8% пациентов, признаки поражения ПЩЖ были выявлены в 93.8% случаев.

У 100% пациентов с ПГПТ патологические изменения затронули только одну ПЩЖ. В случае ВТГПТ были выявлены изменения в четырех железах у 88.5%, в трех у 7.7%, в двух у 3.8% пациентов. Таким образом, возможно не у всех пациентов было по 2 пары ПЩЖ с рождения. С другой стороны, это могло быть следствием невозможности иной раз визуализировать ПЩЖ. В 6 случаях за измененную ОЩЖ ошибочно принимались узелки коллоидно-кистозного зоба, жировая ткань, фрагменты тимуса, мелкие лимфоузлы, что свидетельствует о технической сложности манипуляции и еще больше усугубляет проблему лечения заболеваний ПЩЖ. Атипичное расположение ОЩЖ наблюдалось у 2 больных (интратиреоидно и в тиро-тимической связке).

Гистологическая картина сложилась следующая. В 87.5% случаев ПГПТ были выявлены аденомы различного строения: солидного строения в 23 гистологических препаратах, фолликулярного в 10, солидно-фолликулярного в 8, смешанного – в 2 случаях. У 2 пациентов наблюдалась гиперплазия ПЩЖ. Особо стоит отметить, что в одном случае был описан препарат аденомы ПЩЖ с опухолевой прогрессией.

У пациентов с ВТГПТ диффузно-нодулярная гиперплазия выявлена у 25 пациентов (96.1%), из них у 1 с кальцинозом. В 1 случае описана

аденома солидного строения на фоне гиперплазии остальных трех желез. Диффузная гиперплазия ОЩЖ наблюдалась у 1 пациента (3.8%) с преимущественной гиперплазией жировых клеток.

Размеры удаленных желез составили от 5 до 60 мм (в среднем 18.5 мм), большие размеры ПЩЖ могут свидетельствовать о длительном бессимптомном течении заболевания.

Одновременно проводилось хирургическое лечение сопутствующей патологии щитовидной железы у 22 больных (30.1%) – многоузловой или одноузловой зоб (14 случаев), различные формы рака (8 случаев): медуллярный, фолликулярный, фолликулярная форма папиллярного рака ЩЖ (из них 4 были выявлены интраоперационно).

Особого внимания заслуживают 2 случая, укладывающиеся в синдромы множественных эндокринных неоплазий: у одной больной с соматотропиномой в анамнезе выявлен рак ЩЖ и аденома ПЩЖ, у другой медуллярный рак.

В 4 случаях (8.9%) интраоперационного выявления ПГПТ наличие гиперпаратиреоза исходно не подозревалося, по этой причине у этих пациентов не проводилось определение уровней кальция и ПТГ до операции. В остальной выборке средний уровень общего кальция крови составил 2,88 (от 2,15 до 3,96) ммоль/л, ионизированного – 1,45 (от 1,06 до 1,96) ммоль/л. Нормокальциемический вариант ПГПТ наблюдался у 3 из 41 пациентов (7.3%). Данное обстоятельство еще больше затрудняет и без того непростую диагностику заболевания. Возможно, истинную картину может исказить снижение уровня общего кальция крови на фоне синдрома мальабсорбции при поражении органов ЖКТ вследствие ПГПТ.

У всех пациентов с ВТГПТ до операции была зафиксирована гипокальциемия.

Средний уровень ПТГ среди всех пациентов до операции составил 1053.73 пг/мл (max 2733.4).

После операции 92% получали препараты кальция (парентерально и перорально) и витамин Д3 в связи с тенденцией к гипокальциемии. В 6 случаях гиперкальциемия сохранялась, так как в ходе операции не удалось визуализировать измененные ПЩЖ, как было отмечено ранее.

В среднем сроки госпитализации пациентов с ГПТ составили 8 койко-дней (от 6 до 17). Из осложнений в двух случаях наступил парез возвратного гортанного нерва, в одном – перфорация язвы желудка.

Выводы:

1. ПГПТ может иметь асимптомную форму либо протекать под "масками" других патологических процессов, что диктует необходимость введения скрининга на кальций крови, возможно в рамках про-

граммы диспансеризации. У пациентов с патологией желудочно-кишечного тракта и почек (панкреатит, язвенная болезнь, ЖКБ, МКБ), а также с остеопеническим синдромом и другими эндокринопатиями, диагностический поиск следует направить в сторону исключения ПГПТ.

2. Следует помнить о нормокальциемическом варианте ПГПТ, который требует постоянного наблюдения.

3. Показания к хирургическому лечению ВТГПТ определяются в среднем через 7,5 лет от начала ЗПТ.

4. ПТЭ является высокотехнологичным методом лечения в связи со сложностью визуализации ПЩЖ, невозможностью точно дифференцировать железу от других структур в операционной ране, риском послеоперационных осложнений, а также наличием серьезных сопутствующих заболеваний у пациента.

ЛИТЕРАТУРА

1. Эндокринология. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. И. И. Дедова, Г. А. Мельниченко. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. — 752 с.

2. Гистологическая характеристика первичного гиперпаратиреоза. – Соколова А.Ю., Киселева Т.П., Морозов М.А., Торосян М.Р. / Сборник тезисов III Всероссийского эндокринологического конгресса с международным участием “Инновационные технологии в эндокринологии”, 1-4 марта 2017. – М.: ООО «УП Принт»; 2017. – 548с.

3. Lou I., Schneider D.F., Sippel R.S., Chen H., Elfenbein D.M. The changing pattern of diagnosing primary hyperparathyroidism in young patients. *Am J Surg.* 2017 Jan; 213(1): 146-150.

4. Šiprová H., Souček M., Fryšák Z., Šipr K. Symptomatic and asymptomatic primary hyperparathyroidism in outpatient care - current issues. *Vnitr Lek.* 2016 Fall; 62(10): 775-780.