

всем пациентам была выполнена эхокардиография с использованием ультразвуковой системы LOGiQe GE Health Care (GE MS IT GmbH, Germany). Наличие диастолической дисфункции (ДД) и гипертрофии левого желудочка сердца (ГЛЖС) диагностировались по общепринятым критериям (Devereux R.B. et al., 1984; Savage D.D., et al., 1987; Liu J. E. et al., 1998).

Полученные результаты. Среди пациентов с тХПН у 33 человек ЦИ был ниже 1,2 (77%), тогда как в группе сравнения ригидность циркадного профиля ритма сердца наблюдалась только у 5 пациентов (25%). Средняя величина ЦИ у пациентов, получающих ЗПТ, составила $1,143 \pm 0,013$, что было достоверно ниже, чем у пациентов из группы сравнения ($1,285 \pm 0,035$; $p < 0,001$). При этом уровень ЦИ у пациентов с тХПН не зависел от метода ЗПТ ($1,134 \pm 0,012$ у пациентов на ГД и $1,153 \pm 0,025$ у пациентов на ПАПД, $p > 0,05$).

Частота встречаемости ДД среди пациентов с тХПН составила 58% ($n=25$), однако, снижение ЦИ от наличия ДД не зависело ($p > 0,05$). ГЛЖС регистрировалась у 49% пациентов на ЗПТ ($n=21$), но, также как и ДД, не влияла на величину ЦИ ($p > 0,05$).

Выводы

У пациентов с тХПН наблюдается снижение уровня ЦИ, не зависимо от наличия у них ДД и ГЛЖС, что отражает нарушение вегетативной регуляции ритма сердца, и может служить маркером повышенного риска синдрома внезапной сердечной смерти у данной группы пациентов.

АСПЕКТЫ ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА

Т.П. Киселёва, Ф.А. Абрамова, Е.Ф. Шубина

*ГБОУ ПВО Уральская государственная медицинская академия Минздрава России,
г. Екатеринбург*

Проведён анализ хирургического лечения 38 случаев ПГПТ. Из 38 исследуемых – 35 (92,1%), 3 – мужчин (7,9%). Возрастной интервал составил от 16 до 68 лет (средний возраст – $45,6 \pm 2,34$ года). Больным в течение 3–6 лет болезни не был установлен диагноз и они безуспешно лечились у

врачей различного профиля. У 34 (89,47%) больных были висцеральные и костные проявления с развитием фиброзно-кистозного остита, патологических переломов (6 больных – 17,66%). Из частых висцеропатических проявлений имели место язвенная болезнь двенадцатипёрстной кишки (3 пациента – 8,83%), желчно-каменная болезнь (1 больной – 2,94%), хронический панкреатит (1 – 2,94%), гастрит (2 – 5,88%), эзофагит (1 – 2,94%), упорный нефролитиаз (6 – 17,66%). Смешанная форма выявлена у 6 больных (17,66%). У 4 (10,53%) больных женщин клинических проявлений не было.

Из рентгенологических симптомов костной формы чаще диагностировались признаки гиперпаратиреоидной остеодистрофии (разрежение костной ткани в виде диффузного остеопороза, истончение коркового слоя, периостальной резорбции, деформации и патологические переломы). Гиперкальциемия (2,62–3,5 ммоль/л) была выявлена у 20 (52,63%) больных. Повышение уровня ионизированного кальция имело место у 8 (21,05%) пациентов, выраженная гипофосфатемия диагностирована у 10 (26,32%) больных, во всех случаях костной формы отмечено повышенное содержание щёлочной фосфатазы. Концентрация паратгормона была увеличенной в несколько раз у 3 (7,89%) больных. Топическая диагностика опухолей ОЩЖ с помощью магнитно-ядерной резонансной томографии удалось выявить опухолевидное образование ОЩЖ в 4 случаях при размерах опухолей до 2 см в диаметре. Объём оперативного вмешательства определяли интраоперационно с учётом морфологических изменений в них. 28 (73,68%) пациентам произведено удаление одиночных аденом ОЩЖ, 9 (23,68%) больным – удаление ОЩЖ произвели в связи с раком данного органа, в 1-м случае – произвели удаление двух гиперплазированных ОЩЖ.

Макроскопически ОПЩЖ имели округлую или овоидную форму, мягко-эластическую консистенцию, заключённую в капсулу. Поверхность их гладкая или несколько бугристая. На разрезе ткань опухоли бело-розовая. У 3-х больных в опухоли встречались очаги обызествления, гиалиноза и кровоизлияния. 4 опухоли представляли собой "кисту" с плотной волокнистой стенкой, полость которой заполнена коричнево-бурой кашицеобразной массой, а на внутренней поверхности стенки имелись останки опухолевой ткани. Размеры опухолей от 0,3x0,2x0,2 до 7x4x3 см. В 2 случаях опухоль сращена со щитовидной железой. Расположение опухоли ОЩЖ в типичном месте наблюдались у 36 (94,74%), нетипичное (в подключичных областях) – у 2 (5,26%).

Микроскопическая структура изучаемых опухолей оказалась неоднородной по клеточному составу, по тканевым структурам и характеру роста. Первый тип клеток в опухолях отнесены к главным тёмным клет-

кам. Это мелкие, без чёткой границы клетки с вытянутым или круглым ядром с компактным расположением хроматина. Цитоплазма их в виде небольшого ободка, слегка зернистая.

Второй тип клеток – главные светлые клетки. Они отличаются от первых значительно большими размерами. Ядро у них круглое с рыхлым расположением хроматина. Цитоплазма оптически пустая или слегка оксифильная, с вакуолями и мелкими зёрнами, граница клеток чёткая.

Третий тип – оксифильные клетки. Они крупные, с небольшим компактным центрально расположенным ядром и массивной оксифильной зернистой цитоплазмой, последние встретились лишь в одной опухоли. В опухолях среди мономорфных главных – тёмных и светлых клеток часто встречались полиморфные одно- и многоядерные клетки. Митотическая активность клеток ничтожная. Из 36 опухолей – 8 построены из тёмных, 16 из светлых, 12 из тёмных и светлых главных клеток, с разным соотношением, 1 – из оксифильных с участками главных клеток. Тканевая структура опухолей также оказалась неоднородной. В одной и той же опухоли встречались тубулярные, трабекулярные, альвеолярные, железистые, кистозные и солидные поля. Поэтому подразделить опухоли по тканевым структурам не представилось возможным.

По характеру роста опухоли разделены на две группы: экспансивный рост – 28 (75,68%) случаев; агрессивный рост – 9 (24,32%). Агрессивный рост относительно чаще наблюдался в тёмноклеточных (из 8 в 6 опухолях). Кроме прорастания капсулы, имелись метастазы опухоли в костях у 1 умершего, а также прорастание стенки вен и ткани ЩЖ. Агрессивный рост наблюдался у 4 из 16 (25%) в светлоклеточных опухолях. Кроме прорастания капсулы встречались элементы опухоли в лимфатические сосуды и очаги отсева в капсуле. При смешанных тёмно-светлоклеточных опухолях агрессивный рост встретился более чем у 1 (3) из 12 у 5). В этих смешанных опухолях преобладали тёмные клетки, которые и обладали агрессией, а светлые клетки были как бы включены отдельными островками в массу тёмно-клеточных солидных структур. Складывается впечатление, что большей агрессией обладают главные тёмные клетки. Из всех больных с агрессивными гистологическими признаками опухоли 1 больной умер от рецидива опухоли с метастазами через 3 года после первой операции, у 2 – имелись метастазы в костях, у 1 – отмечался рост опухоли в сосуды и ткань ЩЖ.

В послеоперационном периоде у всех оперированных имел место послеоперационный гипопаратиреоз в разной степени выраженности: судорожный синдром развился у 17 больных к концу первых суток после операции, у остальных выявлялась гипокальциемия начале вторых суток; больных умерли после операции на третьи сутки от соматических

осложнений, (2 – от тромбоэмболии лёгочной артерии, 2 – от развития острой сердечно-сосудистой недостаточности). У 7 больных низкий ионизированный кальций сохранялся длительно от нескольких месяцев до трёх лет без выраженного судорожного синдрома. Послеоперационный гипопаратиреоз у 31 удалось компенсировать к выписке из стационара на 11 день. Всем больным назначались препараты кальция. Длительность терапии составила от 2 месяцев до 1 года у 33 пациентов, у остальных – потребность в препаратах кальция сохранилась в сроки до 3 лет, у 1 больного лечение продлено свыше 3 лет.

В отдалённом периоде после операции улучшение клинической картины с регрессом висцеропатических и костных изменений наблюдалось у 34 (89,47%) больных.

Анализ полученных данных свидетельствует о проведении своевременной диагностики ПГПТ у больных с длительными висцеропатическими заболеваниями, особенно при частых рецидивах.

ОСЛОЖНЁННАЯ ФОРМА ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА. МЕЖДИСЦИПЛИНАРНАЯ ПРОБЛЕМА

Т.П. Киселёва, Е.Ф. Шубина

*ГБОУ ВПО Уральская государственная медицинская академия Минздрава РФ,
МАУ Городская клиническая больница № 40, г. Екатеринбург*

Первичный гиперпаратиреоз (ПГПТ) – это заболевание, обусловленное гиперпродукцией паратиреоидного гормона (ПГ) аденомой, гиперплазией или карциномой околощитовидной железы (ОЩЖ), приводящее к нарушению фосфорно-кальциевого обмена с развитием множественных неспецифических органных и системных изменений. Распространенность ПГПТ составляет 0,05–0,1%, при этом у женщин встречается в 4 раза чаще, чем у мужчин. До недавнего времени преобладали манифестные, часто тяжёлые формы ПГПТ с поражением костей скелета и почек. В настоящее время наблюдается тенденция в сторону увеличения