

появляется реальная угроза возникновения миастенического криза.

Ранее проведенное облучение переднего средостения не излечивает миастению и затрудняет мобилизацию тимуса и удаление клетчатки средостения при операции. Необоснованно длительное симптоматическое (медикаментозное) лечение антихолинэстеразными препаратами, лечение массивными дозами кортикостероидов и др. не излечивает больных, при нем нередко возникают тяжелые, запущенные формы, при которых послеоперационный период протекает тяжело.

У своевременно оперированных больных (88%) послеоперационный период протекает без осложнений и не превышает 14-20 дней. Эффект от тимэктомии, как правило, положительный, обычно возникают длительные ремиссии, либо наступает выздоровление. После тимэктомии больные нуждаются в наблюдении хирурга и продолжении лечения у невролога.

Противопоказания к тимэктомии при миастении остаются дискуссионными. Это крайне запущенные тяжелые формы болезни, начало болезни в пожилом возрасте, длительное неэффективное лечение, малоизученная ситуация с возникновением миастении у «тимэктомированных больных» и онкологические противопоказания при злокачественных тимоммах.

Применение кортикостероидов непосредственно перед операцией создаёт предпосылки для ранних послеоперационных осложнений, увеличивает риск их возникновения и ухудшает прогноз операции. Поэтому во избежание осложнений, если позволяет состояние больных, от кортикостероидной терапии следует своевременно отказаться, либо прервать ее за 2-4 месяца до операции.

Таким образом, полученные нами результаты подтверждают современные данные о том, что миастения, будучи сравнительно редким заболеванием в популяции, не является малоизученным заболеванием. В ее происхождении значительную роль играет вилочковая железа. Нами, как и другими авторами, отмечены разнообразные варианты морфологии вилочковой железы – она может иметь обычное двудольчатое строение, либо многодольчатое, может быть и вариант с мелкодольчатым строением железы, расположенной в клетчатке средостения. Часто фрагменты железы располагаются в клетчатке средостения и при неудалённой клетчатке могут отрицательно влиять на результат операции. Патологические изменения в железе при миастении также разнообразны: макроскопически вилочковая железа может быть гипер- или гипоплазированной,

в ней встречаются кистозные образования, опухоли, редко встречается сочетание с патологией щитовидной железы. Все это свидетельствует об отсутствии единого механизма в патогенезе генерализованной миастении.

Основные современные тенденции лечения миастении, в конечном счете, связаны с хирургическим удалением вилочковой железы. При сочетании генерализованной миастении с патологией щитовидной железы хирургические проблемы могут быть решены симультантной операцией. Результаты хирургического лечения во многом зависят от продолжительности предшествующего консервативного лечения и его качества, от характера предоперационной подготовки и от своевременности выполняемой операции. Чем позже начато хирургическое лечение, тем труднее прогноз операции. Большое значение в успехе операции имеют ряд анатомических, хирургических аспектов и техника выполнения тимэктомии, её радикальность. В послеоперационном периоде появление признаков миастенического криза, в частности, дыхательной недостаточности, необходим своевременный перевод больного на ИВЛ. Опоздание с переходом на ИВЛ или его отсутствие существенно ухудшает прогноз и увеличивает риск смертельной дыхательной и сердечной недостаточности. Поэтому пролонгированное пребывание больных в специализированном реанимационном отделении нужно считать целесообразным, особенно это относится к больным мужского пола старше 50 лет. Следует отметить, что тимэктомия не решила всех проблем лечения миастении. Рядом авторов описано возникновение миастении, либо тяжелых рецидивов болезни после ранее выполненной тимэктомии. По нашим данным и данным литературы после тимэктомии сохраняется повышенная чувствительность к инфекции. Последняя может спровоцировать рецидив некоторых проявлений генерализованной миастении и интеркуррентных заболеваний. Устранение интермиттирующего заболевания (гипоплазия легкого, респираторная вирусная инфекция и др.) ликвидирует проявления миастении после ранее выполненной тимэктомии и существенно улучшает качество жизни больных. Следовательно, своевременно выполненная тимэктомия избавляет больных от миастенических кризов, уменьшает тяжесть клинических проявлений генерализованной миастении и интеркуррентных заболеваний, улучшает качество жизни. Результаты лечения больных хирургической тимэктомией достоверно лучше, чем длительного медикаментозного лечения, а продолжительность жизни после тимэктомии достоверно намного больше.

ЛИТЕРАТУРА

1. Васильев В.Н. Хирургическая патология вилочковой железы: Автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. – Л., 1985. – 35 с.
2. Гаджиев С.А., Догель Л.В., Ваневский В.Л. Диагностика и хирургическое лечение миастении. – Л.:

Медицина, 1971. – 255 с.

3. Скворцов М.Б., Шинкарев Н.В. Тимэктомия – обоснование и её роль в лечении миастении. // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). – 2009. – № 3. – С.
4. Ходос Х.Г. Нервные болезни: Руководство для врачей. – М.: Медицина, 1965. – С.580-583.

Адрес для переписки: 664079, г. Иркутск, мкр Юбилейный, ИГОКБ, торакальное отделение, Скворцов Моисей Борисович - профессор кафедры госпитальной хирургии

© ПЕТРУНЬКО О.В., ШВЕЦОВА А.В., МАГОНОВА Е.Г., ХАМАРХАНОВА А.А. - 2009

АТИПИЧНАЯ СИМПТОМАТИКА В КЛИНИКЕ МОНОПОЛЯРНОЙ ЭНДОГЕННОЙ ДЕПРЕССИИ

О.В. Петрунько, А.В. Швецова, Е.Г. Магонова, А.А. Хамарханова
(Иркутский государственный институт усовершенствования врачей, ректор – д.м.н., проф. В.В. Шпрах, кафедра психиатрии, зав. – д.м.н., проф. А.С. Бобров)

Резюме. Среди обследованных 100 больных с депрессивным расстройством в рамках единичного или рекуррентного течения в 20% выявлено наличие атипичных симптомов (критерии атипичной депрессии по DSM-IV). Наиболее часто отдельные проявления атипичной симптоматики выступали в виде повышения аппетита (32,4%), увеличения массы тела (20,6%), гиперсомнии (20,6%). Реже отмечены реактивностью настроения (14,7%) и «свин-

цовый паралич» (11,7%). Выявлена зависимость представленности атипичной симптоматики от типа и тяжести депрессии. Наличие атипичной симптоматики можно рассматривать как предиктор эффективности терапии антидепрессантом.

Ключевые слова: депрессия, атипичная симптоматика.

ATYPICAL SYMPTOMS IN THE CLINIC OF MONOPOLAR ENDOGENOUS DEPRESSION

O.V. Petrunko, A.V. Shvetsova, E.G. Magonova, A.A. Hamarhanova
(Irkutsk State Institute for Medical Advanced Studies)

Summary. Among the investigated patient group (n=100) with depressive disorder within a single or recurrent course the presence of atypical symptoms (criteria of atypical depression in DSM-IV) was revealed in 20% of cases. The most common manifestations of some atypical symptoms were in the form of increased appetite (32,4%), increased weight (20,6%), hypersomnia (20,6%). Mood reactivity (14,7%), «leaden paralysis» (11,7%) were rarely detected. The dependence between atypical symptoms and the type and severity of depression was marked. The representation of atypical symptom can be viewed as a predictor of antidepressant therapy effectiveness.

Key words: depression, atypical symptoms.

Современный патоморфоз депрессивных состояний сказывается в появлении большого количества атипичных форм депрессивных расстройств [5]. По данным зарубежных исследований последних лет частота выявления атипичной симптоматики при депрессивном расстройстве составляет 15,3-29,0% [11,12,14,15]. Среди больных с атипичной депрессией чаще отмечены молодые женщины с ранним возрастом начала депрессии, большим количеством эпизодов, низким качеством ремиссий, выраженной тяжестью депрессии, сопутствующим тревожным расстройством [12,14]. В клинической картине депрессии с атипичной симптоматикой чаще выявлялись проявления соматической тревоги, генитальные симптомы и деперсонализация [11]. В современной отечественной литературе отсутствует единая трактовка атипичных депрессий. Атипичию определяют как привнесение в клиническую картину симптоматики, несвойственной типичному депрессивному аффекту. При этом типичные тоскливый или тревожный аффекты искажаются, отодвигаются на второй план или полностью маскируются. К атипичной депрессивной симптоматике относят: навязчивости, тревожную мнительность, ипохондричность, истероформные проявления, заострение и включение в картину психопатических черт, звучание реактивных, ситуационных мотивов, соматизацию, деперсонализацию, дереализацию, сенесто-ипохондрические расстройства, параноидные образования, в том числе чувственный бред, и даже элементы нарушенного сознания (делириозные включения) [5,6]. А.Б.Смулевич (2007), следуя синдромологическому принципу классификации, выделяет следующие типы атипичной депрессии: апатическая, адинамическая, астеническая, анестетическая (деперсонализационная), депрессия с отчуждением соматочувственных влечений (сна, аппетита, либидо), тревожная, ипохондрическая, «самоистязательная», депрессия с навязчивостями, депрессия с бредом, истерическая депрессия [7].

В МКБ-10 (1994) отсутствует определение атипичной депрессии. DSM-IV (1994) содержит определение и критерии диагностики атипичной депрессии. Так критериями диагностики большого депрессивного эпизода с атипичными симптомами (по DSM-IV) являются: критерий А – реактивность настроения (настроение улучшается в ответ на актуальные или потенциально позитивные события) и наличие двух или более симптомов по критерию В – повышение аппетита или увеличение массы тела, гиперсомния, «свинцовый паралич» (чувство тяжести, медлительности или слабости в руках и ногах, которое имеется, по крайней мере, в течение часа в день или длится несколько часов); длительно существующая патологическая чувствительность к межличностным изменениям (бурные взаимоотношения с частыми разрывами, неспособность длительно поддерживать ровные взаимоотношения, резкие реакции на критику).

Атипичная депрессия, или ее отдельные проявления

в клинике депрессивного эпизода, оказывает существенное влияние на выбор антидепрессанта и терапевтическую тактику в целом [1,5]. Отмечен лучший эффект терапии атипичной депрессии антидепрессантами из группы ингибиторов МАО [8,9,10,13,14], обсуждается использование антидепрессантов и других групп, например, селективных ингибиторов обратного захвата серотонина [10,13,14]. Так эффективной оказалась терапия флувоксамином депрессии при наличии таких атипичных симптомов, как повышение аппетита, веса тела в клинике депрессивного эпизода умеренной степени тяжести с тревожным типом депрессии и значительной представленностью соматической (вегетативной) тревоги [4].

Материалы и методы

Обследованы 100 больных с диагностически очерченным актуальным депрессивным эпизодом в рамках единичного или рекуррентного депрессивного расстройства по МКБ-10. Депрессия у всех больных отнесена к непсихотическому варианту аффективного психоза (маниакально-депрессивный психоз в отечественной интерпретации). Базой исследования служили отделения пограничных состояний и дневной стационар ОГУЗ Иркутской областной клинической психиатрической больницы №1 (главный врач – к.м.н. А.Д. Линчук) (n=41), ОГУЗ Психотерапевтический центр (главный врач – С.И. Иванов) (n=59). Из числа обследованных большинство составили женщины (85,0%). Средний возраст больных на момент обследования 40,3±1,1 лет. Диагностика депрессивного эпизода (ДЭ) и его тяжесть осуществлялась в соответствии с критериями МКБ-10. Из исследования исключались больные с острыми и хроническими соматическими заболеваниями в стадии декомпенсации, с выраженной неврологической патологией, включая паркинсонизм, органической патологией головного мозга, эпилепсией, шизофренией, алкоголизмом или наркоманиями в анамнезе.

В исследовании использована новая (оригинальная) технология в регистрации симптоматики депрессивного расстройства (аффектограмма); новый подход в оценке типологии депрессии [2,3]. Аффектограмма представлена в виде регистрации симптоматики по мере ее предъявления больным с последующим уточнением ее полноты с группировкой симптоматики в диагностические блоки: депрессивный, тревожный (перманентный с выделением психической и соматической тревоги, пароксизмальный вариант), идеаторный (денотат депрессии, навязчивые тревожные опасения), патологические телесные сенсации (алгии, сенестоалгии, сенестопатии). Тип депрессии определялся на основании наличия/отсутствия вербализованной тоски, перманентной тревоги (генерализованное тревожное расстройство).

Единичный депрессивный эпизод выявлен в 63% случаев, рекуррентное депрессивное расстройство – в

47%. Средняя длительность актуального депрессивного эпизода ставила $9,3 \pm 1,0$ месяцев. По тяжести депрессивного эпизода к моменту начала терапии больные распределены следующим образом: легкий – 5%, умеренный – 26%, тяжелый – 69%; по типу депрессии: тревожный – 61%, тоскливо-тревожный – 39%. Средний балл на день «0» по шкале депрессии Гамильтона (HDRS) – $21,2 \pm 0,4$.

Результаты и обсуждение

Среди изученного контингента наличие отдельных атипичных симптомов в клинике депрессивного расстройства выявлено у 20 (20%) больных. Приведем характеристику данной группы больных. Как и в общей выборке, среди них преобладали женщины (95,0%). Средний возраст $40,1 \pm 1,1$ лет. По тяжести депрессии (ДЭ по МКБ-10) больные распределились следующим образом: легкая степень тяжести депрессии – 15%, умеренная – 30%, тяжелая – 55%; по типу депрессии: тревожный – 45%, тоскливо-тревожный – 55%.

Атипичная симптоматика в клинике депрессивного расстройства была представлена (критерии атипичной депрессии по DSM-IV): реактивность настроения (14,7%), повышение аппетита (32,4%), увеличение массы тела (20,6%), гиперсомния (20,6%), «свинцовый паралич» (11,7%). Приведем характеристику атипичных симптомов в клинике депрессивного расстройства. При реактивности настроения отмечено улучшение настроения в ответ на актуальные или потенциально позитивные события. Так одна из больных следующим образом характеризовала это состояние: «когда я с мужем, то у меня только положительные эмоции, он для меня как спасательный круг – если чувствую себя плохо, то звоню мужу, и становится легче», другая сообщала: «настроение переменчивое, на работе отвлекаюсь, радуюсь, когда занимаюсь с маленькой внучкой», больной указывал, что «настроение кратковременно улучшается при общении с друзьями, чтении, попытке игры в футбол». Жалобы на повышенный аппетит проявлялись в употреблении большого количества пищи в течение дня, в некоторых случаях в ночное время при отсутствии чувства насыщения: «не могу себя контролировать: что ем и сколько, не чувствую насыщения; только когда начинает расpirать в желудке – осознаю, что много съела» или «все время хочется есть», «постоянно что-то жую, хотя особо не чувствую вкуса пищи», «постоянно хочется сладкого и мучного».

Увеличение массы тела чаще возникало постепенно в течение нескольких месяцев, например, «набрала за несколько месяцев десять килограммов». Гиперсомния проявлялась избыточным количеством ночного сна, длительность которого превышала 10 часов в сутки, после пробуждения в утренние часы сохранялась сонливость, чувство неудовлетворенности сном: «засыпаю в 23-24 часа, утром сплю до 12-13 часов, просыпаюсь без чувства бодрости» или «постоянная сонливость днем при продолжительности ночного сна 14-16 часов». «Свинцовый паралич» характеризовался чувством тяжести в руках и ногах, которое сохранялось в течение нескольких часов в день: «тело как ватное, ноги тяжелые», «слабость, тяжесть в руках», «вареные руки и ноги», «ощущение, что ноги ватные, тяжелые при ходьбе».

Выявить наличие симптома длительно существующей патологической чувствительности к межличност-

ным изменениям оказалось затруднительно в связи с отсутствием «вкуса» у практических врачей к его анализу и дифференциации от дополнительного симптома депрессии в виде раздражительности.

Количество атипичных симптомов у больных с депрессивным расстройством варьировало от 1 до 3, в среднем составляло 1,7 на одного больного. При легком ДЭ среднее число атипичных симптомов на одного больного составило 2, умеренном – 1,83, тяжелом – 1,54. При легкой степени тяжести депрессии отмечено наличие 2-3 атипичных симптомов у одного больного, при умеренной и тяжелой – 1-2 атипичных симптомов. Другими словами, при увеличении степени тяжести депрессии имеет место уменьшение количества атипичной симптоматики.

Отмечена зависимость представленности атипичной симптоматики от типа депрессии: при тревожной

Таблица 1

Тип депрессии у больных с ДЭ и атипичной симптоматикой

Перечень атипичной симптоматики, (кроме длительно существующей патологической чувствительности к межличностным изменениям)	Тип депрессии			
	Тревожный общее количество атипичных симптомов (n=18)		Тоскливо-тревожный общее количество атипичных симптомов (n=16)	
	абс.	%	абс.	%
Реактивность настроения	2	11,1	3	18,7
Повышение аппетита	7	38,9	4	25
Увеличение массы тела	5	27,8	2	12,6
Гиперсомния	3	16,7	4	25
Свинцовый паралич	1	5,5	3	18,7

депрессии в отличие от тоскливо-тревожной чаще выявлено наличие жалоб на повышение аппетита (38,9% и 25,0% соответственно), увеличение массы тела (27,8% и 12,6% соответственно) (табл. 1). При увеличении тяжести депрессии (тяжелый ДЭ по МКБ-10) чаще выявлялись жалобы на гиперсомнию и «свинцовый паралич» (табл. 2).

Таблица 2

Тяжесть депрессии у больных с ДЭ и атипичной симптоматикой

Перечень атипичной симптоматики (кроме длительно существующей патологической чувствительности к межличностным изменениям)	Тяжесть депрессии					
	Легкая общее количество атипичных симптомов (n=6)		Умеренная общее количество атипичных симптомов (n=11)		Тяжелая общее количество атипичных симптомов (n=17)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Реактивность настроения	1	16,7	-	-	4	23,5
Повышение аппетита	3	49,9	5	45,4	3	17,6
Увеличение массы тела	1	16,7	4	36,4	2	11,8
Гиперсомния	1	16,7	1	9,1	5	29,5
Свинцовый паралич	-	-	1	9,1	3	17,6

В подавляющем большинстве случаев (85%) у больных с депрессией и наличием атипичной симптоматики по DSM-IV отмечено наличие патологических телесных сенсаций, которые были представлены сенестопатиями и сенестопатиями («головные боли в затылке, давит, а во лбу точки как молотком колотит», «в голове сверлит, глаз выворачивает, крутит мышцы и кости, жилы натягиваются»).

Среди больных с депрессивным расстройством и атипичными симптомами в качестве коморбидной симптоматики в 15% диагностировано наличие панического расстройства, все случаи были отнесены к атипичному паническому расстройству с/без агорафобии. Атипичная симптоматика в структуре панического расстройства (по А.М. Вейн, 2004) характеризовалась: увеличением длительности панической атаки более пол часа (до одного или нескольких часов), включением конверсионной симптоматики в виде «комка в горле», слабости в конечностях, нарушений зрения или слуха, нарушений походки, нарушений речи или голоса. Одна

из больных так описывала пароксизмально возникающие тревожные состояния с частотой до 1 раза в неделю и длительностью до 4 часов: страх, головная боль («ломота в затылке, как шилом протыкает правый висок, как каша в голове крутится»), ощущение пленки в глазах («вижу неясно, расплывчато»), похолодание рук и ног, учащенное сердцебиение, ощущение «горячий комок в горле, который переходит в области сердца, и давит в груди», чувство тяжести во всем теле («лежу, не могу подняться»), ощущение удущья («душит, не могу сглотнуть слюну»).

Среди обследованных 100 больных с депрессивным расстройством в рамках единичного или рекуррентного течения в 20% выявлено наличие атипичных симптомов (критерии атипичной депрессии по DSM-IV). Наиболее часто отдельные проявления атипичной симптоматики выступали в виде повышения аппетита (32,4%),

увеличения веса тела (20,6%), гиперсомнии (20,6%). Реже отмечены реактивностью настроения (14,7%) и «свинцовый паралич» (11,7%). Выявлена зависимость представленности атипичной симптоматики от типа и тяжести депрессии. Наличие атипичной симптоматики в клинике депрессивного расстройства можно рассматривать как предиктор эффективности/неэффективности терапии антидепрессантом. Зарубежные авторы отмечают, что критерии атипичной депрессии по DSM-IV требуют уточнения, особенно дифференциация таких симптомов, как реактивность настроения и повышенная чувствительность к межличностным изменениям, предлагается диагностика атипичной депрессии как мультиосевого диагноза [9]. При очередном пересмотре МКБ (МКБ-11) возможно выделение отдельной рубрики депрессивный эпизод с атипичной симптоматикой в разделе «Аффективные расстройства настроения» (F3).

ЛИТЕРАТУРА

1. Аведисова А.С., Канаева Л.С., Ибрагимов Д.Ф., Лютаева Н.В. Некоторые клинические предикторы эффективности терапии антидепрессантами больных с депрессивными расстройствами (аналитический обзор, часть 1) // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2003. – № 3.
2. Бобров А.С. Эндогенная депрессия. – Иркутск, 2001. – 383 с.
3. Бобров А.С. Новая технология в оценке структуры депрессивного расстройства // Актуальные проблемы клинической медицины / Материалы XII науч.-практич. конф., посвященной 25-летию Иркутского ГИУВа. – Иркутск, 2004. – С.94-95.
4. Бобров А.С., Ворсина О.П., Иванова Л.А. Феварин в терапии стационарных и амбулаторных больных с депрессивным расстройством // Материалы конференции «Клинические исследования лекарственных средств». – М., 2003.
5. Мосолов С.Н. Клиническое применение современных антидепрессантов. – СПб., 1995. – 565 с.
6. Нуллер Ю.Л. Депрессия и деперсонализация. – Л.: Медицина, 1981. – 208 с.
7. Смулевич А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях М., 2007. – 432 с.
8. Parker G, Crawford J. Atypical depression: retrospective

self-reporting of treatment effectiveness // Acta Psychiatr. Scand. – 2009. – Mar 8.

9. Parker G.B., Thase M.E. Atypical depression: a valid subtype? // J. Clin. Psychiatry. – 2007. – Vol. 68. № 3. – P.e08.
10. Rapaport M.H., Thase M.E. Translating the evidence on atypical depression into clinical practice // J Clin Psychiatry. – 2007. – Vol. 68. № 4. – P.e11.
11. Seemüller F, Riedel M., Wickelmaier F, et al. Atypical symptoms in hospitalised patients with major depressive episode: frequency, clinical characteristics, and internal validity // J. Affect. Disord. – 2008. – Vol. 108. № 3. – P.271-278.
12. Stewart J.W., McGrath P.J., Fava M., et al. Do atypical features affect outcome in depressed outpatients treated with citalopram? // Int. J. Neuropsychopharmacol. – 2009. – Vol. 3. – P.1-16.
13. Stewart J.W., Thase M.E. Treating DSM-IV depression with atypical features // J Clin Psychiatry. – 2007. – Vol. 68. № 4. – P.e10.
14. Thase M.E. Recognition and diagnosis of atypical depression // J. Clin. Psychiatry. – 2007. – Vol. 68 (Suppl. 8). – P.11-16.
15. Thuile J., Even C., Musa C., Friedman S., Rouillon F. Clinical correlates of atypical depression and validation of the French version of the Scale for Atypical Symptoms (SAS) // J. Affect. Disord. – 2009. – Vol. 7. –

Адрес для переписки: 664079, г. Иркутск, мкр Юбилейный, 100, Петрунько Ольга Вячеславовна – доцент кафедры психиатрии ГОУ ДПО ИГИУВа, к.м.н., E-mail: petrounko@mail.ru; раб. телефон (3952) 46-45-68; Швецова Анастасия Викторовна – клинически ординатор кафедры психиатрии ГОУ ДПО ИГИУВа; Магонова Елена Геннадьевна – заочный аспирант кафедры психиатрии ГОУ ДПО ИГИУВа, врач-психотерапевт ОГУЗ «Психотерапевтический центр»; Хамарханова Анна Александровна – очный аспирант кафедры психиатрии ГОУ ДПО ИГИУВа.

© ПИНСКИЙ С.Б., ЦМАЙЛО В.М. – 2009

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА

С.Б. Пинский¹, В.М. Цмайло²

(¹Иркутский государственный медицинский университет, ректор – д.м.н., проф. И.В. Малов, кафедра общей хирургии с курсом урологии, зав. – д.м.н., проф. С.Б. Пинский; ²МУЗ «Клиническая больница № 1 г. Иркутска, гл. врач – Л.А. Павлюк)

Резюме. Представлены результаты обследования 43 больных с первичным гиперпаратиреозом, из которых 40 были оперированы. Приводятся клинико-лабораторные особенности костной, смешанной и висцеральной форм заболевания и трудности их ранней диагностики. Анализируется характер изменения основных биохимических показателей при различных формах заболевания. Подчеркивается значение определения кальция и паратгормона в ранние сроки после операции как показателя эффективности хирургического лечения.

Ключевые слова: околощитовидные железы, гиперпаратиреоз, аденома.

CLINICAL ASPECTS OF VARIOUS FORMS OF PRIMARY HYPERTHYROIDISM

S.B. Pinsky¹, V.M. Tsmajlo²

(¹Irkutsk State Medical University; ²Irkutsk Municipal Clinical Hospital №1)