

стродуоденальных язвах // Вестник хирургии. – 2002. – № 1. – С. 79–81.

5. Велиев Н. А. Способы снижения риска осложнений при резекции желудка по Бильрот I // Вестник хирургии. – 2003. – № 6. – С. 61–64.

6. Величенко В. М., Мартов Ю. Б. Хирургическое лечение язвенной болезни двенадцатиперстной кишки // Хирургия. – 1984. – № 9. – С. 81–85.

7. Гостищев В. К., Евсеев М. А. Рецидив острых гастродуоденальных язвенных кровотечений // Хирургия. – 2003. – № 7. – С. 43–49.

8. Гостищев В. К., Евсеев М. А., Головин Р. А. Перфоративные гастродуоденальные язвы: взгляд на проблему // Русский медицинский журнал (хирургия, урология). – 2005. – Том. 13. № 25 (249). – С. 1663–1667.

9. Курбонов Р. Т., Назаров Б. О. Хирургическая тактика при перфоративных гастродуоденальных язвах, сочетающихся с пептической язвой и стенозом // Хирургия. – 2005. – № 3. – С. 17–21.

10. Лохвицкий С. В., Рабин И. Р., Дарвин В. В. Резекция желудка с терминологическим гастродуоденоанастомозом. – Караганда, 1996. – 145 с.

11. Лубянский В. Г., Насонов С. В. Острый панкреатит после резекции желудка по поводу низкой дуоденальной язвы // Хирургия. – 2001. – № 3. – С. 8–11.

12. Майстренко Н. А., Курыгин Ал. А., Беляков А. В. Ваготомия при хронической дуоденальной язве, осложненной кровотечением // Вестник хирургии. – 2003. – № 4. – С. 108–112.

13. Репин В. Н., Репин М. В. Хирургическое лечение язвенной болезни при артериомезентериальной компрессии двенадцатиперстной кишки // Хирургия. – 2005. – № 1. – С. 33–37.

14. D' Amado A., Montesani C., Cristaldi M. et al. Restoration of digestive continuity after subtotal gastrectomy: comparison of the methods of Billroth-1, Billroth-2 and Roux en Y. Randomized prospective study // An. ital. chir. – 1999. – Vol. 70. № 1. – P. 51–56.

15. Anderson W. C., Vivit R., Kirsh J. E., Greenlee H. B. Arteriomesenteric duodenal compression syndrome. Its association with peptic ulcer // Am. j. surg. – 1973. – Vol. 125. № 6. – P. 681–689.

16. Bacchini J., Martino C., Falaschi C. F. et al. Pancreatite acuta postoperazione nostra esperienza diretta // Minerva. chir. – 1980. – Vol. 35. № 6. – P. 420–427.

17. Chang T. M., Chan D. C., Liu Y. C. et al. Long-term results of duodenectomy with highly selective vagotomy in the treatment of complicated duodenal ulcer // Am. j. surg. – 2001. – Vol. 181. № 4. – P. 372–376.

Поступила 12.03.2013

С. В. ЛУКЬЯНОВ, С. А. АЛУБАЕВ, Г. А. АЛЕКСЕЕВА, И. Н. СОЛОШЕНКО

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОПУХОЛЕЙ ПАРАЩИТОВИДНЫХ ЖЕЛЕЗ

Кафедра хирургических болезней № 1 Ростовского государственного медицинского университета, Россия, 344022, г. Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский, 29. Тел. (863) 2504074. E-mail: svluk@rambler.ru

Анализируются 67 наблюдений опухолевых заболеваний околощитовидных желез. Оценивается связь между выраженностью клинических проявлений гиперпаратиреоза и длительностью заболевания. У 50% больных с раком околощитовидных желез отсутствовали клинические проявления гиперпаратиреоза. Показана незначительная информативность пункционной тонкоигольной аспирационной биопсии в верификации опухолей околощитовидных желез, в то время как ультразвуковое исследование и тиреосцинтиграфия с Tc99-технетрилом обладают высокой специфичностью.

Ключевые слова: опухоль околощитовидной железы, гиперпаратиреоз.

S. V. LUKYANOV, S. A. ALUBAEV, G. A. ALEKSEEVA, I. N. SOLOSHENKO

DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF PARATHYROID TUMORS

Rostov state medical university
Russia, 344022, Rostov-on-Don, Nahichevansky str., 29. Tel. (863) 2504074. E-mail: svluk@rambler.ru

Analyses 67 observations of tumor diseases parathyroid glands. Relationship between clinical manifestations and disease duration was evaluated. Clinical manifestations 50% of patients with parathyroid cancer were not found. Low diagnostic value of aspiration biopsy of parathyroid tumors was shown, but ultrasound examination and Tc99-MIBI have high specificity.

Key words: parathyroid tumor, hyperparathyreosis.

Введение

Новообразования околощитовидных желез (ОЩЖ) являются относительно редкими заболеваниями, проявляющимися в большинстве случаев гиперпаратиреозом. Диагностика опухолевых заболеваний парашитовидных желез до сих пор представляет определенные трудности. По данным некоторых авторов, между размерами и функциональной активностью опухолей ОЩЖ имеется прямо пропорциональная зависимость: по мере увеличения их массы возрастает их гормональная активность [3]. Другие авторы показывают, что

тяжесть заболевания не зависит от размеров ОЩЖ, а, скорее всего, обуславливается длительностью заболевания [1, 5]. Встречается также мнение об «агрессивном» клиническом течении рака ОЩЖ.

Частота выявления первичного гиперпаратиреоза (ПГПТ) зависит от программы, направленной на его диагностику. В США ежегодно регистрируется около 100 000 случаев, что составляет 15,4 на 100 000 населения. В Швеции проводилось обследование всего населения, заболеваемость составила 1:200 [4]. В России частота выявления колеблется от 50 до 200 на 100 000

населения. Во многих регионах нашей страны ПГПТ практически не диагностируется, больным проводится длительное лечение (в том числе и оперативное) заболеваний, являющихся следствием ПГПТ (нефрокальциноз, нефрокалькулез, холелитиаз, язвы желудка и 12-перстной кишки, остеопороз) [4].

Цель работы – изучить зависимость клинических проявлений ПГПТ от морфологической структуры опухоли ОЩЖ.

Материалы и методы

В 1998–2012 гг. в хирургическом отделении РостГМУ пролечено 67 пациентов в возрасте от 27 до 76 лет с опухолями паращитовидных желез. Женщин было 59 (88%), мужчин – 8 (12%). По данным гистологического исследования удаленных препаратов, аденома паращитовидной железы обнаружена у 60 больных (90%) – 1-я группа, высококодифференцированный рак околощитовидной железы (РОЩЖ) выявлен у 7 пациентов (10%) – 2-я группа.

На современном этапе развития паратиреодологии особое значение приобретают методы топической диагностики. При поступлении в стационар больным проводилось комплексное обследование, которое включало в себя определение уровней общего и ионизированного кальция, фосфора, паратиреоидного гормона (ПТГ), ультразвуковое исследование (УЗИ) органов шеи, тиреосцинтиграфию, пункционную тонкоигольную аспирационную биопсию (ПТАБ), гистологическое исследование.

Результаты

В первой группе пациентов с аденомами ОЩЖ клинические признаки гиперпаратиреоза выявлены у 62% больных, бессимптомное течение отмечено у 58% пациентов. Клиническими признаками гиперпаратиреоза явились симптомы поражения костной ткани (боли в стопах, трубчатых костях, деформации скелета, переломы костей), которые отмечали 75% больных; поражение почек проявлялось жаждой и полиурией, снижением плотности мочи, нефролитиазом, пиелонефритом, нефрокальцинозом и наблюдалось у 42% пациентов. Желудочно-кишечные расстройства проявлялись тошнотой, похуданием, запорами, гастритами, панкреатитами и отмечались у 25% больных, нервно-мышечные нарушения (утомляемость, адинамия, мышечная слабость, депрессии) – у 40% пациентов.

Длительность заболевания составила: меньше 1 года – 11 больных, 1–5 лет – 32 больных, 5–10 лет – 11 больных, более 10 лет – 6 пациентов.

При исследовании уровня кальция и фосфора гиперкальциемия выявлена у 67% больных, гипофосфатемия – у 6,7%. Повышенный уровень ПТГ выявлен у всех пациентов, которым проводилось исследование уровня ПТГ до операции.

При УЗИ паращитовидные железы описывались как неоднородные гипозоногенные образования по задней поверхности щитовидной железы от 6 до 83 мм в диаметре. Ультразвуковые изменения были выявлены у 80% больных. Следует отметить, что у 19 больных именно УЗ-картина позволила заподозрить патологию паращитовидных желез и продолжить обследование. У 10 пациентов при УЗИ органов шеи патологии выявлено не было, однако при исследовании уровня ПТГ гиперпаратиреоз был подтвержден.

ПТАБ паращитовидных желез была выполнена 15 больным с ПГПТ. По данным цитологического исследова-

ния коллоидный зоб отмечен у 3 больных, аденома – у 9 пациентов, злокачественная опухоль выявлена у 3 больных. Ни в одном наблюдении данные цитологического исследования не позволили верифицировать опухоль паращитовидной железы.

Тиреосцинтиграфия с Тс99-технетрилом (аналог Тс99-MIBI) была проведена только 56 пациентам, так как у 11 пациентов опухоль ОЩЖ была выявлена в ходе оперативного вмешательства на щитовидной железе. Признаком поражения околощитовидных желез явилось активное накопление радиофармпрепарата в паратиреоидную фазу исследования. Гиперфункционирующие образования в проекции паращитовидных желез были выявлены во всех наблюдениях.

Все больные (67) были оперированы. Стандартным доступом в нижней трети шеи по Кохеру обнажалась щитовидная железа. Приступали к поиску измененных паращитовидных желез с учетом данных УЗИ и тиреосцинтиграфии. При обнаружении увеличенной железы она аккуратно выделялась и удалялась. Производилась ревизия всех паращитовидных желез. Особая сложность интраоперационной диагностики морфологических форм ПГПТ заключается в том, что при паратиреоидном аденоме другие ПЩЖ гипоплазируются не в равной степени, а при первичной паратиреоидной гиперплазии – гиперплазируются несинхронно (некоторые могут быть нормальных размеров) [2]. Обязательно выполнялось срочное гистологическое исследование удаленных препаратов с целью верификации диагноза. Вмешательство завершали дренированием ложа железы резиновым выпускником, который удаляли на следующие сутки. Длительность операции составила в среднем 50 минут.

У 46 пациентов выполнялось удаление только паращитовидных желез, у 14 больных удаление паращитовидных желез сочеталось с резекцией щитовидной железы. Одна паращитовидная железа удалена у 58 пациентов, две – у 2 больных.

Во второй группе больных с гистологически подтвержденным РОЩЖ клинические проявления гиперпаратиреоза отмечены у 3 из 7 больных, у остальных 4 пациентов жалобы были связаны лишь с наличием новообразования области щитовидной железы (в 3 случаях отмечены признаки компрессии органов шеи). Длительность заболевания (с момента обнаружения узлового образования или выявления гиперпаратиреоза) варьировала от 6 месяцев до 22 лет.

У 3 больных с клиническими проявлениями гиперпаратиреоза анамнез заболевания был 2–3 года. Больные без клинических проявлений распределились следующим образом: у двух больных анамнез был до 6 месяцев, у одной пациентки – 7 лет, еще у одной – 22 года с момента выявления объемного образования в проекции щитовидной железы.

Результаты ПТАБ, выполненной 6 пациентам, были следующими: в 3 наблюдениях – цитологическая картина опухоли из фолликулярного эпителия, у 3 пациентов не исключалась злокачественная опухоль из фолликулярного эпителия, но ни в одном случае не заподозрена принадлежность опухоли к ОЩЖ. Трем пациентам выполнялась скintiграфия шеи последовательно с Тс99-пертехнетатом и Тс99-технетрилом. Во всех случаях при скintiграфии с Тс99-технетрилом определялся округлый очаг гиперфиксации радиофармпрепарата в области новообразования. В 2 наблюдениях выявлено накопление радиофармпрепарата помимо зоны

первичной опухоли и на боковой поверхности шеи, что позволило заподозрить наличие региональных метастазов. Уровень ПТГ до операции определялся только у 3 пациентов, направленных в клинику для хирургического лечения гиперпаратиреоза, и во всех случаях отмечено превышение нормального уровня ПТГ более чем в 2 раза. Исследование кальция и фосфора, выполняемое в обязательном порядке всем пациентам до хирургического вмешательства, в 5 случаях выявило гиперкальциемию и гипофосфатемию, у 2 пациентов данные показатели соответствовали норме.

У всех пациентов с раком ОЩЖ хирургические вмешательства провели, руководствуясь онкологическими принципами лечения опухолей, с учетом наличия сопутствующей тиреоидной патологии. Выполнены следующие операции: удаление ОЩЖ с опухолью – 1, удаление ОЩЖ с опухолью и лимфаденэктомия – 1, удаление опухоли ОЩЖ вместе с долей щитовидной железы – 1, удаление опухоли ОЩЖ вместе с долей щитовидной железы и лимфаденэктомия – 1, удаление опухоли ОЩЖ с тиреоидэктомией и лимфаденэктомией – 2. В одном случае местно-распространенного рака удаление опухолевого конгломерата, состоящего из РОЩЖ, доли щитовидной железы, лимфатических узлов выполнено с резекцией и протезированием левой общей сонной артерии. Лимфаденэктомии различного объема выполнялись в ходе 5 операций, но метастазы РОЩЖ в лимфатические узлы выявлены только у 3 пациентов. Таким образом, у 4 наших пациентов РОЩЖ определен как локальный, а у 3 – метастатический. Срочное гистологическое исследование, выполненное в ходе всех операций, в 3 наблюдениях указало на наличие опухоли ОЩЖ, у 3 больных определило опухоль как злокачественную нейроэндокринную и только в 1 случае (опухоль ОЩЖ около 1,5 см при сопутствующих крупных узловых образованиях щитовидной железы) не указало на наличие у пациентки новообразования ОЩЖ. Окончательный диагноз был установлен только при плановом гистологическом исследовании. Патоморфологическая диагностика рака паращитовидной железы затрудняется тем, что опухоль часто сохраняет строение аденомы. Клетки при раке паращитовидной железы могут быть крупнее нормальных главных клеток, но могут быть и мелкими, лимфоцитоподобными. Характерны преимущественно трабекулярная структура новообразования и хорошо развитая фиброзная строма [1]. Инвазия капсулы, прилегающих мягких тканей и сосудов рассматривалась как наиболее надежный критерий злокачественности. У одного пациента РОЩЖ сочетался с папиллярным раком щитовидной железы.

Послеоперационный период протекал без симптомов гипопаратиреоза у 23 больных. Двое больных жаловались на головные боли, 42 пациента – на судороги в мышцах, парестезии в кончиках пальцев и онемение губ. Симптом Хвостека был положительным у 32 пациентов. В ближайшем послеоперационном периоде явления гипопаратиреоза купировались препаратами кальция.

В отдаленном послеоперационном периоде рецидив заболевания возник у двух больных. У одной пациентки через 1,5 года после удаления аденомы правой нижней паращитовидной железы при динамическом

наблюдении было отмечено повышение уровня ПТГ, больная была госпитализирована и оперирована. При повторной операции удалили правую верхнюю паращитовидную железу. Результат гистологического исследования – аденома. У второй больной рецидив был обусловлен интраоперационным разрывом капсулы левой нижней ПЩЖ и рассеиванием паратиреоидной ткани в операционной ране. Через год возник рецидив ПГПТ, больная была оперирована. В проекции левой нижней ПЩЖ обнаружена аденоматозно измененная железа. Результат гистологического исследования – аденома.

Таким образом, прежде чем выполнять операцию на околощитовидных железах, необходимо провести комплекс лабораторно-инструментальных исследований. Стандартными методами определения функциональной активности паращитовидных желез и их локализации являются УЗИ, тиреосцинтиграфия и уровень ПТГ.

С особым вниманием следует относиться к длительно протекающим, рецидивирующим гастритам, панкреатитам, нефролитиазу, пиелонефриту, остеопорозу. Считаем целесообразным обязательное исследование уровня ПТГ и ионизированного кальция крови у этих больных.

У пациентов с обнаруженными при УЗИ щитовидной железы гипозоногенными образованиями по задней поверхности, а также множественными узловыми образованиями показано определение уровня ПТГ и кальция.

Информативность ПТАБ ОЩЖ у больных с гиперпаратиреозом вызывает сомнения, но в ряде наблюдений позволяет насторожиться в отношении РОЩЖ. С целью определения адекватности проведенной операции необходимо срочное гистологическое исследование удаленного препарата.

Клинические проявления ПГПТ не зависят от размеров ОЩЖ, а обусловлены длительностью течения недиагностированного гиперпаратиреоза. Мнение об «агрессивном» течении РОЩЖ не нашло подтверждения (более 50% наших пациентов не имели клинических проявлений). Хирургическое лечение РОЩЖ эффективно при возможности радикального удаления опухолевого конгломерата en bloc в пределах здоровых тканей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Калинин А. П., Казанцева И. А., Котова И. В., Богатырев О. П. Диагностика, хирургическое лечение и патоморфология рака околощитовидных желез // Современные аспекты хирургической эндокринологии. – 2007. – С. 98.
2. Котова И. В., Калинин А. П. и др. Ошибки и трудности в хирургическом лечении первичного гиперпаратиреоза // Современные аспекты хирургической эндокринологии. – 2007. – С. 125.
3. Матвеева З. С., Романчишен А. Ф. Диагностика и хирургическое лечение функционирующих и нефункционирующих аденом околощитовидных желез // Современные аспекты хирургической эндокринологии. – 2007. – С. 148.
4. Минаков Э. В., Котова И. В. и др. Недиагностированный первичный гиперпаратиреоз с генерализованной кальцификацией органов // Журн. им. Н. И. Пирогова. – 2004. – № 6.
5. Цуркан А. Ю., Струкова О. Н. и др. Современные аспекты хирургической эндокринологии. – 2007. – С. 258.

Поступила 13.02.2013