

ОСЛОЖНЕННЫЕ ФОРМЫ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА И СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ

А.А. Знаменский, Т.И. Шпажникова, Е.Д. Осминская, Р.В. Долматов
Клиническая больница № 1 Управления делами Президента Российской Федерации, г. Москва

Проанализирован 10-летний опыт хирургического лечения первичного гиперпаратиреоза. Результаты проведенного исследования демонстрируют, что несмотря на значительные достижения в изучении клинической картины и совершенствование методов диагностики первичного гиперпаратиреоза, в 44 % наблюдений имеет место длительно существующий невыявленный гиперпаратиреоз тяжелого течения. Сделаны выводы, что при адекватной предоперационной топической диагностике возможно выполнение мининвазивных оперативных вмешательств. Особое внимание в послеоперационном периоде должно уделяться мониторингу функции почек.

Ключевые слова: тяжелый первичный гиперпаратиреоз, гиперкальциемический криз, острая почечная недостаточность, мининвазивная паратиреоидэктомия под УЗИ-наведением.

На сегодняшний день первичный гиперпаратиреоз (ПГПТ) уже не считается редким заболеванием. Распространенность ПГПТ по современным данным составляет 0,05–0,1 % [2]. С каждым годом количество больных ПГПТ стремительно возрастает, что связано с повышением настороженности эндокринологов, травматологов, урологов в отношении данного заболевания, совершенствованием методов лабораторной и топической диагностики. Но, несмотря на значительные достижения в диагностике ПГПТ, остаются определенные трудности, обусловленные, с одной стороны, его длительным бессимптомным течением, а с другой – многообразными клиническими проявлениями, маскирующимися под различные заболевания костной, мышечной, пищеварительной, мочевыделительной, центральной нервной систем. Все еще многочисленной остается группа больных, которые годами наблюдаются по поводу остеопороза, подвергаются неоднократным оперативным вмешательствам по поводу нефролитиаза, костной патологии, страдают от постоянных обострений язвенной болезни, хронического калькулезного холецистита, панкреатита и попадают в сферу внимания эндокринных хирургов глубокими инвалидами.

Хорошо известны «клинические маски» ПГПТ, позволившие выделить несколько форм заболевания в зависимости от ведущего синдрома: костную, висцеропатическую и смешанную [3]. Однако, по мере накопления опыта, мы не перестаем удивляться возможности к мимикрии данного заболевания, порой создающей почти непреодолимые трудности в постановке диагноза.

Проанализирован 10-летний опыт лечения больных с ПГПТ. За этот период под наблюдением находилось 104 пациента. Бессимптомные и мяг-

кие формы составили 56 % наблюдений, тяжелое течение ПГПТ и осложненные формы – 44 %. При тяжелом течении заболевания сроки от начала заболевания до установления диагноза составляли в среднем 5,4 года. Среди осложнений ПГПТ следует выделить следующие: гиперкальциемический криз, хроническую почечную недостаточность, множественные переломы костей конечностей, двусторонний нефролитиаз [3, 4].

Особого внимания заслуживают больные с манифестацией заболевания в виде гиперкальциемического криза (ГК). Частота развития данного осложнения у больных ПГПТ составила 4,3 %. По данным некоторых исследований, ГК развивается при уровне кальция выше 3,49 ммоль/л, однако другие наблюдения свидетельствуют о возникновении криза при уровне общего кальция не менее 3,99 ммоль/л. Провоцирующими факторами являются инфекции, травмы, длительная иммобилизация, прием препаратов кальция и витамина D и т.д. Летальность при отсутствии своевременного лечения достигает 60 %. Непосредственной причиной смерти служит сердечно-сосудистая недостаточность, тромбозы, ДВС-синдром [1, 3]. Основным патогенетическим моментом развития ГК является высокая гиперкальциемия. Избыток кальция воздействует на сократительную способность мышц, в том числе миокарда, синаптическую передачу нервных импульсов, проницаемость клеточных мембран для ионов калия и натрия и т.д. ГК часто протекает под маской ургентной патологии (острая сердечно-сосудистая и почечная недостаточность, заболевания органов брюшной полости, требующие неотложной помощи и т.д.), что приводит к ошибочному диагнозу, и, следовательно, неадекватному лечению.

Особого внимания заслуживает ГК, протекающий с клинической картиной острой хирургической патологии. При ГК нередко возникают боли в животе, обусловленные резким спазмом гладкой мускулатуры органов брюшной полости, что затрудняет диагностику и приводит к ошибочному выполнению оперативных вмешательств. Необоснованная хирургическая операция на высоте ГК – крайне высокий риск летального исхода. Но следует иметь в виду, что пациенты, страдающие ПГПТ, нередко имеют в анамнезе язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, желчнокаменную болезнь, хронический панкреатит. Вышеуказанные заболевания сами по себе во время обострения требуют неотложной помощи вплоть до выполнения экстренной операции (язвенное кровотечение, перфорация, деструктивный холецистит, панкреатит). Поэтому крайне важен дифференциальный диагноз между истинной острой патологией органов брюшной полости и так называемым ложным «острым животом» на фоне развития ГК. Следует обращать внимание на следующие особенности болевого синдрома при ГК: в отличие от острой хирургической патологии боль в животе носит диффузный характер, перитонеальные симптомы отсутствуют, на первое место выходит синдром интоксикации, сопровождающийся выраженными водно-электролитными нарушениями.

При ПГПТ патология почек имеет место более чем в 60 % наблюдений [4]. Чаще всего проявлением поражения почек является мочекаменная болезнь. При этом прогноз заболевания после удаления аденомы околощитовидной железы (ОЩЖ) благоприятный. Реже встречается диффузный нефрокальциноз, который приводит к снижению клубочковой фильтрации и концентрационной способности почек и, в итоге, к хронической почечной недостаточности.

Тяжелые поражения костной системы встречаются в 35 % наблюдений. Пациенты длительно лечатся по поводу остеопороза, имеют многочисленные переломы, некоторых больных с гиперпаратиреоидной остеодистрофией неоднократно оперируют в связи с постановкой ошибочного диагноза остеобластомы.

При подозрении на наличие у больного ПГПТ диагностика не вызывает трудностей и требует проведения исследований, выполняемых практически в любой лаборатории. Наибольшие проблемы возникают при определении локализации опухоли ОЩЖ. Чувствительность скинтиграфии с Технетрилом-99Тс, по современным данным, достигает 90 %. Чувствительность УЗИ варьирует от 34 % до 95 % в зависимости от опыта специалиста, возможностей ультразвукового аппарата, размеров и локализации аденомы ОЩЖ. Совпадение данных скинтиграфии и УЗИ повышает точность топической диагностики до 95 %. В некоторых особенно сложных диагностических ситуациях неопредели-

тельную роль играет селективный забор венозной крови, оттекающей от щитовидной железы, с последующим определением уровня паратгормона [7]. Данное исследование успешно применили в 5 % наблюдений.

Единственный радикальный метод лечения ПГПТ – хирургическое удаление гиперфункционирующей ткани ОЩЖ. В течение многих лет поиск и удаление опухолей ОЩЖ осуществлялся традиционным поперечным доступом к щитовидной железе. Его недостаток – большая операционная травма, связанная с пересечением мышечных массивов и необходимостью мобилизации щитовидной железы, длительный реабилитационный период, повышение риска развития послеоперационного гипопаратиреоза за счет нарушения кровоснабжения неизмененных ОЩЖ при выполнении мобилизации для адекватной ревизии всех ОЩЖ. К достоинствам метода можно отнести лишь возможность широкой ревизии, что крайне важно при подозрении на гиперплазию ОЩЖ, множественную эндокринную неоплазию, наличие нескольких аденом ОЩЖ, сомнительных результатах предоперационной топической диагностики. Традиционный поперечный доступ является методом выбора, если в анамнезе у пациента перенесенные операции на шее или планируется выполнение сочетанной операции на щитовидной железе и ОЩЖ.

Совершенствование методов дооперационной топической диагностики позволило использовать миниинвазивные технологии в хирургическом лечении ПГПТ. Хотя в настоящее время существуют различные виды миниинвазивных вмешательств на ОЩЖ, включая эндоскопические и видеоассистированные методики, боковой минидоступ под УЗ-наведением остается «золотым стандартом», что признается большинством участников международного общества эндокринных хирургов [5, 8, 9, 10]. Методика называется миниинвазивной не столько из-за длины разреза (2,5–3 см), сколько из-за минимальной интраоперационной травмы тканей и прямого доступа к опухоли ОЩЖ.

С 2007 г. нами выполнено 36 оперативных вмешательств с применением бокового минидоступа. В технически сложных ситуациях использовалось интраоперационное УЗИ. Преимущество метода – меньшая операционная травма, так как не выполняется пересечение мышц и сосудов, не производится мобилизация щитовидной железы и не «страдают» неизмененные ОЩЖ. Как следствие – ранняя активизация, снижение доз обезболивающих, отличный косметический эффект, уменьшение времени операции и койко-дня, снижение числа интра- и послеоперационных осложнений (кровотечение, повреждение возвратного гортанного нерва, гипопаратиреоз).

Довольно редким, но грозным осложнением у больных после удаления аденомы ОЩЖ и резкого снижения уровня ПТГ и кальция является наруше-

ние функции почек вплоть до развития острой почечной недостаточности (ОПН). Чаще всего поражение почек является бессимптомным и проявляется лишь транзиторным повышением уровня креатинина не более чем на 10–20 % выше нормы. Но описаны наблюдения, потребовавшие проведения сеансов гемодиализа в связи с развитием ОПН. Факторами риска снижения функции почек после операции является сахарный диабет, применение нефротоксичных препаратов до операции или интраоперационно, гипотензия, обструкция мочевыводящих путей конкрементами, а также уже существующая на дооперационном этапе скрытая хроническая почечная недостаточность [6].

В 2 % наших наблюдений имело место развитие острой почечной недостаточности в послеоперационном периоде у больных, не имевших признаков исходной почечной недостаточности и вышеуказанных факторов риска ее развития. Существует множество теорий, но механизм нарушения функции почек в раннем послеоперационном периоде после удаления аденомы ОЩЖ до сих пор остается неясным и требует дальнейшего изучения.

Таким образом, своевременная диагностика и лечение ПГПТ предотвращают развитие осложнений как на дооперационном этапе, так и в послеоперационном периоде. Лечение пациентов с ПГПТ, особенно тяжелых форм заболевания и при исходной хронической почечной недостаточности, должно осуществляться в многопрофильных стационарах, где при необходимости возможно проведение сеансов гемодиализа. Всем пациентам в раннем послеоперационном периоде обязательно проведение тщательного мониторинга функции почек.

Литература

1. Ветшев, П.С. Ложный острый живот в клинической практике / П.С. Ветшев // *Клиническая медицина*. – 2003. – № 2. – С. 20–27.
2. Рожинская, Л.Я. Современные представления об этиологии, патогенезе, клинической картине, диагностике и лечении первичного гиперпаратиреоза / Л.Я. Рожинская // *Лечащий врач*. – 2009. – № 3. – С. 22–27.
3. Хирургическая эндокринология: Руководство / под ред. А.П. Калинина, Н.А. Майстренко, П.С. Ветшева. – СПб.: Изд-во «Питер», 2004. – 960 с.
4. Эндокринология: Национальное руководство / под ред. И.И. Дедова, Г.А. Мельниченко. – М., 2008. – 1072 с.
5. Adler, Joel T. The Influence of Surgical Approach on Quality of Life After Parathyroid Surgery / Joel T. Adler // *Annals of Surgical Oncology*. – 2008. – Vol. 15, № 6. – P. 1559–1565.
6. Fabio Luiz de Menezes Montenegro. Renal failure after surgery for primary hyperparathyroidism: is acute reduction of parathyroid function a risk factor? // *Clinics*. – 2009. – Vol. 64, № 4. – P. 369–372.
7. Lawrence, S. Lee. Intraoperative Jugular Venous Sampling Aids Detection of an Undescended Parathyroid Adenoma / S. Lee. Lawrence // *World Journal of Surgery*. – 2006. – Vol. 30, № 4. – P. 620–623.
8. Patsy, S.H. Soon. Surgeon Performed Ultrasound Facilitates Minimally Invasive Parathyroidectomy by the Focused Lateral Mini-incision Approach / S.H. Patsy Soon // *World Journal of Surgery*. – 2008. – Vol. 32, № 5. – P. 766–771.
9. Slepavicius, A. Focused versus conventional parathyroidectomy for primary hyperparathyroidism: a prospective, randomized, blinded trial / A. Slepavicius // *Langenbecks Arch Surg*. – 2008. – Vol. 393(5). – P. 659–666.
10. Tobias Carling. Focused Approach to Parathyroidectomy // *World Journal of Surgery*. – 2008. – P. 1512–1517.

Поступила в редакцию 24 мая 2010 г.