

© БЕЛОБОРОДОВ В.А., ДОГАДИН С.А., МАНЬКОВСКИЙ В.А., ВАСИЛЬЕВА Е.О., БОРОВИК О.В.

«ТРУДНЫЕ» СЛУЧАИ ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА

В.А. Белобородов, С.А. Догадин, В.А. Маньковский, Е.О. Васильева, О.В. Боровик
Красноярская государственная медицинская академия, ректор – д.м.н. проф. И.П. Артюхов; краевая клиническая больница, гл. врач – Б.П. Маштаков

***Резюме.** Представлены сведения о трудностях ранней дооперационной диагностики и выбора лечебной тактики в некоторых случаях первичного гиперпаратиреоза.*

***Ключевые слова:** гиперпаратиреоз, диагностика, трудный случай.*

До настоящего времени в России ранняя и достоверная диагностика первичного гиперпаратиреоза (ПГПТ) все еще остается актуальной и нерешенной проблемой. Опубликовано большое количество научных работ, посвященных различным аспектам этой важной эндокринной проблемы. Чаще обсуждаются вопросы эффективности основных методов топической и лабораторной диагностики, контроля за эффективностью назначенного лечения, выбора показаний, вида, объема и характера операции [1, 2].

Значительные трудности в выявлении этого заболевания поясняются разнообразием клинических «масок» патологии, трудоемкостью, дороговизной и малодоступностью необходимых лабораторных тестов и современных методов инструментальных исследований. При этом, не менее важной составляющей общей проблемы остается недостаточная информированность врачей, что также становится причиной поздней диагностики ПГПТ. Кроме того больным проводится длительное лечение заболеваний, являющихся следствием ПГПТ (нефрокальци-

ноз, нефрокалькулез, холелитиаз, язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, остеопороз).

Для уточнения причин некоторых трудностей ранней диагностики и выбора адекватной лечебной тактики осуществлен анализ результатов обследования и хирургического лечения 12 больных, у которых на разных этапах лечебно-диагностических мероприятий был верифицирован ПГПТ. У 5 больных ПГПТ был самостоятельным заболеванием [у всех при послеоперационном гистологическом исследовании диагностирована аденома околощитовидной железы (ОЩЖ)] и у 7 – в сочетании с патологией щитовидной железы (ЩЖ). Из 7 больных у четырех ПГПТ был диагностирован «на фоне» многоузлового эутиреоидного коллоидного зоба (МУЭКЗ), у двух – аденомы ЩЖ, у одного – «на фоне» многоузлового токсического зоба (МУТЗ). У всех 5 больных с солитарной аденомой ОЩЖ диагноз был установлен на догоспитальном периоде и предприняты оперативные вмешательства по поводу ПГПТ. Из 7 больных с сочетанием ПГПТ и патологии ЩЖ только у одного аденома ОЩЖ «на фоне» МУЭКЗ была обнаружена до операции, а у остальных шести – ПГПТ был случайной «находкой» интраоперационной ревизии при проведении оперативных вмешательств по поводу различных заболеваний ЩЖ и послеоперационного планового гистологического исследования.

При дооперационном обследовании у всех больных использовали разные инструментальные методы диагностики: ультразвуковое исследование (УЗИ – 12 больных), в части случаев рентгеновскую компьютерную томографию (РКТ, 3), магнитно-резонансную томографию (МРТ, 2), цитологическое исследование биоптата, полученного при тонкоигольной пункционной биопсии.

При анализе полученных данных методов дооперационной топической диагностики (УЗИ, РКТ, МРТ) признаки патологии ОЩЖ были установлены лишь у 6 из 12 больных с ПГПТ, у остальных 6 – разные формы заболеваний ЩЖ. Лабораторные данные, достоверно подтверждающие ПГПТ, отмечены только у 5 из 12

больных с ПГПТ. Данные дооперационного цитологического исследования биоптата, подтверждающие патологию ОЩЖ, получены только у 2 больных, а у остальных 10 – выявлены признаки доброкачественных заболеваний ЩЖ. По совокупности данных уровней тиреоидных гормонов, функциональных тестов и клинической симптоматики у 11 больных установлен эутиреоз, а у одного – тиреотоксикоз.

Особый интерес представляют 3 наблюдения поздней диагностики ПГПТ. Из них у двух больных по данным послеоперационного гистологического исследования установлена солитарная аденома ОЩЖ, у одной – аденома ОЩЖ «на фоне» МУТЗ. Проведена ретроспективная оценка этих наблюдений.

В первом наблюдении больной М., 22 лет в течении 6 лет «на фоне» прогрессирования костно-висцеральной формы ПГПТ перенес 5 этапов стационарного лечения: первый – установка разгрузочной металлоконструкции на коленный сустав левой ноги; второй – операция протезирования коленного сустава правой ноги; третий – (ревизия шеи с подозрением на ПГПТ); четвертый – лечение кровоточащей хронической язвы двенадцатиперстной кишки; пятый (через 1 год после третьего этап) – удаление аденомы ОЩЖ размером 5 см в диаметре в передне-верхнем средостении слева при уровне паратгормона 1250 ед. Следует отметить, что в этом наблюдении признаки ПГПТ были установлены еще до выполнения первого этапа лечения. Отдаленные результаты (6 месяцев) удовлетворительные.

Во втором наблюдении больная К., 56 лет с костно-почечной формой ПГПТ в течении 8 лет страдала тяжелым остеопорозом и проводимая терапия не приносила эффекта. В течении предыдущих 3 лет перенесла 3 операции по поводу мочекаменной болезни. В условиях отделения хирургической эндокринологии больная была оперирована по поводу сочетания МУКЗ и аденомы правой нижней ОЩЖ. Аденома была размером 2,0 см в диаметре на фоне уровня паратгормона 180 ед. с хорошим отдаленным результатом (5 месяцев спустя).

В третьем наблюдении больная Н., 52 лет в течении 4 лет проходила консервативное лечение по поводу МУТЗ без эффекта, «на фоне» которого развился тяжелый остеопороз (костная форма ПГПТ). При дополнительном обследовании лабораторных признаков ПГПТ не было обнаружено. Больная была оперирована по поводу МУТЗ. При интраоперационной ревизии дополнительно выявлена и удалена аденома правой нижней ОЩЖ 3,0 см в диаметре. Отдаленные результаты (5 месяцев) оперативного лечения также удовлетворительные.

Таким образом, существующие трудности топической и лабораторной диагностики, малая информированность врачей разных специальностей, малая эффективность и отсутствие возможности использования современных методов радиоизотопной диагностики патологии ОЩЖ определяют позднее выявление ПГПТ. В части таких случаев оперативное лечение производится в поздних сроках течения заболевания в условиях развития его тяжелых осложнений и инвалидизации больных.

«DIFFICULT» CASES OF A PRIMARY HYPERPARATHYROIDISM

V.A. Beloborodov, S.A. Dogadin, V.A. Mankovskij, E.O. Vasiljeva, O.V. Borovik
Krasnoyarsk state medical academy

Information about difficulties of early pre-surgical diagnostics and choice of treatment in some cases of primary hyperparathyroidism is available.

Литература

1. Агаев Р.А., Агаева А.Р., Кахманов Р.М. и др. Опыт хирургического лечения первичного гиперпаратиреоза (БАКУ) // Современ. аспекты хирургич. эндокринологии. – Рязань, 2005. – С. 5-6.
2. Романчишен А.Ф., Матвеева З.С. Бессимптомные аденомы околощитовидных желез // Современные аспекты хирургической эндокринологии. – Рязань, 2005. —С. 293-295.