

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ЭНДОКРИННОЙ ХИРУРГИИ

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ПЕРВИЧНОМ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗЕ

¹В. Б. Богданович, ²А. Н. Кулаженко, ³А. Н. Лыжиков, ⁴А. В. Величко,
⁵Н. Г. Шебушев, ⁶В. В. Берещенко, ⁷Н. Ф. Чернова, ⁸Л. Е. Доморацкая,
⁹Т. И. Евдочкова

*УО «Гомельский государственный медицинский университет», г. Гомель,
Беларусь*

*ГУ «РНЦ радиационной медицины и экологии человека», г. Гомель,
Беларусь*

Первичный гиперпаратиреоз (ПГПТ) – первичное заболевание паращитовидных желез, проявляющееся гиперпродукцией паратормона (ПТГ) и поражением костной системы и внутренних органов, в первую очередь почек и ЖКТ. Причиной гиперпродукции ПТГ является его автономная секреция одностольными или гиперплазированными клетками околощитовидных желез вследствие резкого снижения порога чувствительности их кальциевых рецепторов.

Современные диагностические возможности позволяют все чаще выявлять ПГПТ как истинную причину костной и висцеральной патологии. Однако диагностику ПГПТ нельзя считать удовлетворительной вследствие недостаточной осведомленности врачей разных специальностей об этом заболевании, особенностей клиники и лабораторной диагностики, лечебной тактики. Учитывая при этом, что заболеваемость ПГПТ остается достаточно высокой: от 16-112 случаев на 10 000 населения в год, а частота асимптомных и малосимптомных форм достигает 80 %, проблема представляется весьма актуальной.

Цель исследования – определение роли современных технологий в диагностике и хирургической тактике при ПГПТ.

Проанализированы данные 31 пациента с клинико-лабораторными признаками ПГПТ, оперированных в ГУ РНЦ РМ и ЭЧ с 2007 по 2010 годы. Женщин было 23, мужчин – 8. Средний возраст 53 года, диапазон от 35 до 67 лет. Методом скрининга у пациентов с висцеральными и костными проявлениями заболевания считали определение общего и пониженного (полезно информативно) кальция крови. После этого независимо от результатов исследования кальция ввиду высокой частоты малосимптомных форм всем

проводилось УЗИ мест типичного расположения и возможных мест эктопии паращитовидных желез на аппарате «Voluson 730 Expert». Обязательным считали определение уровня ПТГ крови. Сцинтиграфия околощитовидных желез с ^{99m}Tc - MIBI выполнена 15 больным, КТ шеи и средостения – 7. Для подтверждения диагноза ПТГП всем пациентам выполнялась остеоденситометрия и УЗИ почек, пункционная биопсия под контролем УЗИ.

Операция – паратиреоидэктомия – выполнена всем пациентам. Обязательными интраоперационными исследованиями считали: срочное гистологическое исследование препарата, срочное определение уровня ПТГ в венозной крови через 15 минут после удаления паращитовидной железы (у 13 пациентов, оперированных после 2008 года). Интраоперационное УЗИ выполнено в 19 случаях.

Скрининговое исследование общего и ионизированного кальция крови выявило повышение общего кальция у 21 пациента, ионизированного – у 26. Чувствительность УЗИ составила 93%. С помощью сцинтиграфии удалось подтвердить данные УЗИ, а у 2 – выявить опухоли паращитовидных желез, не обнаруженные на УЗИ, с локализацией заднегрудно и ретро-трахеально. Из всех методов диагностики наиболее информативным оказалось определение ПТГ крови – у всех пациентов он был повышен, причем у 1 – превышал 150 pg/ml.

Оперированы все больные. Гистологически у 15% выявлена светлоклеточная аденома, у 10 – трабекулярная аденома, у 6 – гиперплазия паращитовидных желез (от 1 до 3, удалялись все пораженные). Одна пациентка оперирована нами четвертый раз после неудачных попыток найти паращитовидную железу на фоне значительного повышения ПТГ. При этом якобы удалялись паращитовидные железы (операции выполнялись в других клиниках). Аденоме удалось визуализировать сцинтиграфически заднегрудно в зоне бифуркации трахен, опухоль удалена, анализ крови на ПТГ через 15 минут после паратиреоидэктомии показал его нормальный уровень.

Из 19 больных, которым выполнялось интраоперационное УЗИ, в 11 случаях подтверждены данные дооперационного исследования, а у 8 возникли трудности с визуализацией паращитовидных желез. Интраоперационное УЗИ позволило установить локализацию паращитовидных желез и выбрать оптимальный хирургический доступ к ним у этих пациентов. Интраоперационное определение ПТГ крови через 15 мин после паратиреоидэктомии оказалось наиболее достоверным методом верификации правильности объема операции: 1) при снижении уровня ПТГ до нормальных цифр или более чем на 50% от исходного, диагноз ПТГП не вызывал сомнений, что подтверждено гистологически, и операцию на этом заканчивали; 2) в сомнительных случаях, когда уровень ПТГ не изменялся, оставался высоким (3 больных), проводились интраоперационное УЗИ и дальнейшие поиски опухоли паращитовидной железы, ее удаление со срочным гистологическим исследованием.

Выводы:

1. Первичным звеном диагностического алгоритма ПГПТ следует считать определение уровня общего и ионизированного кальция у пациентов с признаками нефролитиаза, рецидивирующей язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки, частыми нарушениями сердечного ритма, остеопорозом.

2. УЗИ шеи и мест расположения паращитовидных желез, определение уровня ПТГ крови – наиболее достоверные методы диагностики ПГПТ. В сложных случаях при повышенном уровне ПТГ и неинформативности УЗИ, показана скintiграфия с ^{99m}Tc – MIBI.

3. Хирургическое лечение – единственный радикальный метод лечения ПГПТ. Оно должно проводиться в высокоспециализированных клиниках, где доступны современные методы интраоперационной диагностики (УЗИ, определение ПТГ, срочное гистологическое исследование), имеется современное оснащение и подготовлены высококвалифицированные кадры.