ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВИЧНЫМ И ВТОРИЧНЫМ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗОМ. ОТЛИЧИЯ В РЕЗУЛЬТАТАХ ИХ ЛЕЧЕНИЯ

MANAGEMENT OF PATIENTS WITH PRIMARY AND SECONDARY HYPERPARATHYROIDISM. DIFFERENCES IN THEIR TREATMENT RESULTS

Субботин Андрей Владимирович, врач-хирург, г.Ижевск

Стяжкина Светлана Николаевна, доктор медицинских наук, профессор кафедры факультетской хирургии Ижевская Государственная Медицинская Академия, г. Ижевск

Мухамадиева Анастасия Романовна, студент 4 курса педиатрического факультета Ижевской Государственной Медицинской Академии, г.Ижевск

Николаева Юлия Николаевна, студент 4 курса педиатрического факультета Ижевской Государственной Медицинской Академии, г. Ижевск

Subbotin Andrey Vladimirovich, surgeon, Izhevsk

Styazhkina Svetlana Nikolaevna, Doctor of Medical Sciences, Professor, Department of Faculty Surgery, Izhevsk State Medical Academy, Izhevsk

Mukhamadieva Anastasia Romanovna, 4th year student of pediatric faculty of Izhevsk State Medical Academy, Izhevsk

Nikolaeva Yulia Nikolaevna, 4th year student of pediatric faculty of Izhevsk State Medical Academy, Izhevsk

Аннотация

В данной статье рассматриваются лечение пациентов с гиперпаратиреозом в клинической практике, довольно распространенного заболевания, а также различия в результатах лечения. Разница обосновывается в основном в различном генезе заболевания. Поэтому при

разборе клинических примеров особое внимание уделяется классификации гиперпаратиреоза по этиологии, различая первичную и вторичную форму заболевания. Именно благодаря знаниям о генезе определенной формы данной патологии уже на начальном этапе можно предположить результат лечения.

Annotation

This article examines the treatment of patients with hyperparathyroidism in clinical practice, a fairly common disease, as well as differences in treatment outcomes. The difference is justified mainly in the different genesis of the disease. Therefore, when analyzing clinical examples, special attention is paid to the classification of hyperparathyroidism according to etiology, distinguishing between the primary and secondary forms of the disease. It is thanks to knowledge about the genesis of a certain form of this pathology that the result of treatment can be assumed at the initial stage.

Ключевые слова: гиперпаратиреоз, паратгормон, этиология гиперпаратиреоза, аденома, хроническая почечная недостаточность

Keywords: hyperparathyroidism, parathyroid hormone, etiology of hyperparathyroidism, adenoma, chronic kidney disease

Гиперпаратиреоз (ГПТ) является довольно распространенным заболеванием. Различают две формы гиперпаратиреоза, которые отличаются этиологией и подразумевают некоторое отличие в клинике. Первичный гиперпаратиреоз (ПГПТ) – это эндокринное заболевание, характеризующееся избыточной секрецией паратиреоидного гормона (ПТГ) при верхне-нормальном или повышенном уровне кальция крови вследствие первичной патологии околощитовидных желез [1]. Большинство случаев первичного гиперпаратиреоза вызвано аденомой паращитовидных желез, остальные случаи обусловлены гиперплазией паращитовидных желез или их раком. Вне зависимости от причины паращитовидная железа выделает избыточное количество паратгормона в кровь. Для паратгормона органами-мишенями

являются почки, костная ткань и желудочно-кишечный тракт. В обычных условиях у здоровых людей ПТГ выделяется в достаточных количествах, чтобы привести в норму внеклеточный кальций, при этом не повреждая органы-мишени. При ПГПТ избыточная секреция ПТГ приводит со стороны костной ткани к остеопорозу, остеодистрофии, которые в клинике проявляются болями в костях, спонтанными переломами, а также возможно выпадение зубов. Воздействие ПТГ на почки проявляются в нефролитиазе, полиурии, полидипсии, нефрокальцинозе. В желудочно-кишечном тракте изменения отражаются в поражении слизистой пищеварительного тракта и поджелудочной железы. Также наблюдается мышечная гипотония и атрофия, тк внутриклеточный кальций снижается.

Вторичный гиперпаратиреоз (ВГПТ) – компенсаторная гиперфункция паращитовидных желез на фоне длительной гипокальциемии и гиперфосфатемии различного генеза, характеризующийся нормальным уровнем кальция сыворотки крови при повышенном уровне паратгормона [1]. Так вторичный гиперпаратиреоз является одним из опаснейших и грозных осложнений хронической почечной недостаточности (ХПН). При ХПН выражена потеря действующих нефронов, нарушена фильтрация, что ведет к увеличению фосфатов и снижению кальция в крови. Это в свою очередь вызывает повышение уровня ПТГ в крови. Также хроническая почечная недостаточность выражается в снижении синтеза кальцитриола, то есть нарушается его супрессивное действие на ПТГ и понижается всасывание кальция в кишечнике. А следовательно прогрессирование гипокальциемии вызывает еще большее повышение ПТГ в крови. Выражается ВГПТ в остеодистрофиях и кальцификации органов.

Материалы и методы. Благодаря данным научной литературы было изучено заболевание гиперпаратиреоз в различных формах, а также рассмотрены отличия в этиологии и их влияние на течение болезни и ведение пациентов. Также приведены примеры из клинической практики по данной

патологии на базе хирургического отделения БУЗ УР "1 РКБ МЗ УР" г. Ижевск.

Результаты и их обсуждения. В данной статье представлены два случая из клинической практики. Оба пациента имеют аденому паращитовидной железы, но при этом с разными видами гиперпаратиреоза.

Клинический случай №1

Пациентка Е. 50 лет поступила планово в хирургическое отделение БУЗ УР «1РКБ МЗ УР» г.Ижевска с диагнозом: аденома левой верхней паращитовидной железы, первичный гиперпаратиреоз. Больная предъявляла жалобы на периодические судороги в мышцах конечностей. На общем осмотре отклонений от нормы выявлено не было, назначено хирургическое лечение. Наблюдалась у эндокринолога с диагнозом ДУЗ 20 лет, с диагнозом аденома паращитовидной железы 2 года. Месяц назад до поступления в стационар уровень ПТГ составлял 16,56 пмоль/л (превышает норму примерно в 3-4 раза), а уровень кальция – 1,43 ммоль/л (выше нормы), также было проведено ультразвуковое исследование щитовидной и паращитовидных желез: УЗИ признаки объемного жидкостного образования в проекции верхней паращитовидной железы слева, фокальных изменений долей. На второй день после поступления в стационар была выполнена операция – частичная паратиреоэктомия, удаление левой верхней паращитовидной железы с частичной резекцией верхнего полюса щитовидной железы. На следующий день значения ПТГ и кальция входили в референсный интервал. Спустя 4 дня после операции показатели ПТГ, кальция, калия и натрия входили в границы нормы. За время нахождения в стационаре проведено следующее лечение: кеторол, перевязки, а также общий анализ крови, результаты которого приведены выше. Пациентка была выписана на 7 день госпитализации, состояние: выздоровление. Были рекомендованы лечение у хирурга и эндокринолога, контроль гормонов паращитовидной железы и кальция.

Клинический случай № 2

Пациент П. 63 лет 18.02.20 поступил в стационар БУЗ УР «1РКБ МЗ УР» г. Ижевска планово в хирургическое отделение. Был выставлен диагноз: аденома паращитовидных желез, вторичный гиперпаратиреоз. Сопутствующим диагнозом была хроническая почечная недостаточность, поликистоз почек, симптоматическая артериальная гипертензия 3 ст., риск 4, уремическая миокардиопатия, ХСН 1 ст. Больной жаловался на постоянную сухость во рту, утомляемость. У пациента П. – ХПН на фоне поликистоза почек, находится 10 лет на программном гемодиализе 3 раза в неделю. Летом 2019г выявлено повышение уровня паратгормона, в декабре 2019г при УЗИ обнаружено увеличение паращитовидных желез. Анализ крови от 28.01.2020: ПТГ 898 пг/мл, кальций – 2,4 ммоль/л. При общем осмотре отклонений от нормы не выявлено. Локальный статус: шея визуально не изменена, при пальпации – щитовидная железа не увеличена, неотчетливо пальпируются два узла до 0,8-1 см у наружного края левой доли железы, безболезненные, смещаемые, с окружающими тканями не спаяны. Была назначена операция – паратиреоидэктомия, профилактика венозных тромбоэмболических осложнений, синдромная терапия, анальгетики в послеоперационном периоде, гемодиализ по программе. На второй день пребывания в стационаре 19.02.20 проведена операция. 20.02.20 уровень кальция составил 2,14 ммоль/л, что входит в референсные значения, уровень фосфора был повышен (2,43 ммоль/л), ПТГ составил 380 пг/мл (при норме в 10-65 пг/мл). На 25.02.20 лабораторные данные представляли: кальций - 2,15 ммоль/л (норма), фосфор – 2,7 ммоль/л (повышение), ПТГ – 631 пг/мл (повышение). Выписан 26.02.2020 на 9 койко-день, за время нахождения в стационаре проведено следующее лечение: кеторол, фрагмин, сеансы гемодиализа. Течение послеоперационного периода неосложненное. Пациент выписан с улучшенным состоянием.

Заключение. Гиперпаратиреоз - тяжелое заболевание, способное привести к инвалидизирующим осложнениям. Немалое значение в диагностике имеет выявление этиологии заболевания, умение дифференцировать первичный и вторичный гиперпаратиреоз. Несмотря на схожее хирургическое лечение при первичном гиперпаратиреозе значения ПТГ после операции удалось вернуть в референсный интервал, при вторичном же гиперпаратиреозе значения ПТГ получилось лишь снизить. Вторичный гиперпаратиреоз представляет собой лишь компенсаторную гиперфункцию на фоне хронических гипокальциемии и гиперфосфатемии (например, при ХПН). Поэтому без устранения этиологии достижение нормы значений ПТГ, кальция и фосфора затруднено, то есть достигнуть полного выздоровления пациента достичь не удается.

Литература

1. Сапожникова И.Е., Веденская Т.П. «Клинические характеристики пациентов с различными формами гиперпаратиреоза» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://cyberleninka.ru/article/n/klinicheskie-harakteristiki-patsientov-s-razlichnymi-formami-giperparatireoza/viewer
2. Фархутдинова Л.М. «Первичный гиперпаратиреоз: современные представления и клиническое наблюдение» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://cyberleninka.ru/article/n/pervichnyy-giperparatireoz-sovremennye-predstavleniya-i-klinicheskoe-nablyudenie/viewer
3. Батюшин М.М., Галушкин А.А., Литвинов А.С., Садовничая Н.А., Цветков Д.С., Руденко Л.И. «Особенности течения хронической почечной недостаточности, осложненной вторичным гиперпаратиреозом» // Медицинский вестник Юга России. 616.61-008.64-06. 2012.
4. Стяжкина С., Котова И., Игнатюк В. монография «Первичный гиперпаратиреоз и панкреатит» // LAP Lambert Academic Publishing. 2020.

5. Мокрышева Н.Г., Рожинская Л.Я. «Нарушения фосфорно-кальциевого обмена» // Москва. ГЭОТАР-Медиа. 2011.
6. Харнас С.С., Ипполитов Л.И., Васильев И.А. «Эндокринная хирургия» // Под ред. С.С. Харнаса. Москва. ГЭОТАР-Медиа. 2010.

Literature

1. Sapozhnikova I.E., Vedenskaya P. "Clinical characteristics of patients with various forms of hyperparathyroidism" [Electronic resource]. - Access mode: https://cyberleninka.ru/article/n/klinicheskie-harakteristiki-patsientov-s-razlichnymi-formami-giperparatireoza/viewer
2. Farkhutdinova L.M. "Primary hyperparathyroidism: modern ideas and clinical observation" [Electronic resource]. - Access mode: https://cyberleninka.ru/article/n/pervichnyy-giperparatireoz-sovremennye-predstavleniya-i-klinicheskoe-nablyudenie/viewer
3. Batyushin M.M., Galushkin A.A., Litvinov A.S., Sadovnichaya N.A., Tsvetkov D.S., Rudenko L.I. "Features of the course of chronic renal failure complicated by secondary hyperparathyroidism "/Medical Bulletin of the South of Russia. 616.61-008.64-06. 2012.
4. Styazhkina S., Kotova I., Ignatiuk V. monograph "Primary hyperparathyroidism and pancreatitis "//LAP Lambert Academic Publishing. 2020.
5. Mokrysheva N.G., Rozhinskaya L.Ya. "Violations of phosphorus-calcium exchange "//Moscow. GEOTAR-media. 2011.
6. Kharnas S.S., Ippolitov L.I., Vasiliev I.A. "Endocrine surgery "//Ed. S.S. Harnas. Moscow. GEOTAR-media. 2010.