КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ АДЕНОМЫ ВЕРХНЕЙ ЛЕВОЙ ПАРАЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

CLINICAL CASE OF UPPER LEFT PARATHYROID ADENOMA

Стяжкина Светлана Николаевна - доктор медицинских наук, профессор кафедры факультетской хирургии, Ижевская государственная медицинская академия, г.Ижевск

Уракова Анастасия Витальевна - студент, Ижевская государственная медицинская академия, г.Ижевск

Теркулова Айна Айдеровна - студент, Ижевская государственная медицинская академия, г.Ижевск

Styazhkina S.N. phac-surg@igma.udm.ru

Urakova A.V. Panterikan@mail.ru

Terkulova A.A. terkulova.ayna@mail.ru

Аннотация

В данной статье описывается клинический случай аденомы верхней левой паращитовидной железы, осложнённой первичным гиперпаратиреозом. Первичный гиперпаратиреоз (ПГПТ) – эндокринное заболевание, характеризующееся избыточной секрецией паратиреоидного гормона (ПТГ) при верхне-нормальном или повышенном уровне кальция крови вследствие первичной патологии околощитовидных желез (ОЩЖ). ПГПТ проявляется многосимптомной клинической картиной, вовлекающей в патологический процесс различные органы и системы, что приводит к существенному снижению качества жизни, инвалидизации пациентов, повышенному риску преждевременной смерти [1, с.10].

Annotation

This article describes the clinical case of adenoma of the upper left parathyroid gland complicated by primary hyperparathyroidism. Primary hyperparathyroidism (PGT) is an endocrine disease characterized by excessive secretion of parathyroid hormone (PTH) at an upper normal or increased blood calcium level due to the primary pathology of the parathyroid glands (PCW). PGT is manifested by a multi-symptom clinical picture involving various organs and systems in the pathological process, which leads to a significant decrease in the quality of life, disability of patients, and an increased risk of premature death [1, p.10].

Ключевые слова: гиперпаратиреоз, паращитовидная железа, аденома паращитовидной железы, паратиреоидный гормон, паратиреоидэктомия.
Keywords: primary hyperparathyroidism, parathyroid gland, parathyroid adenoma, parathyroid hormone, parathyroidectomy.

Первичный гиперпаратиреоз занимает третье место по распространенности среди эндокринных заболеваний после сахарного диабета и патологии щитовидной железы, его частота во взрослой популяции составляет в среднем 1-2%. Наиболее часто при первичном гиперпаратиреозе выявляется солитарная аденома околощитовидной железы (ОЩЖ) 80-85% случаев, реже гиперплазия и множественное поражение (до 15%), рак ОЩЖ встречается примерно в 1% наблюдений. Среди аденом ОЩЖ отдельно выделяют группу клинически агрессивных аденом, ассоциированных с более тяжелым течением заболевания, выраженной гиперкальциемией и неуточненным злокачественным потенциалом. В настоящее время нет четких критериев, которые помогли бы на дооперационном этапе дифференцировать атипическую аденому от карциномы и от “классической” аденомы. На сегодняшний день не существует критериев, позволивших бы на дооперационном этапе отличить атипическую аденому от типичной или рака ОЩЖ. Мы представляем случай 61-летней пациентки с клинически тяжёлым течением первичного гиперпаратиреоза и выраженными метаболическими нарушениями структуры костной ткани очагового и

диффузно-очагового характера вследствие атипической аденомы ОЩЖ [2, с.9; 3, с.19].

В настоящее время нет четких критериев, которые помогли бы на дооперационном этапе дифференцировать атипическую аденому от карциномы и от "классической" аденомы. Клиническая картина заболевания остается единственным инструментом, позволяющим на дооперационном этапе заподозрить агрессивную опухоль [3, с. 21].

Первичный гиперпаратиреоз встречается крайне редко, даже в практике врачей с большим стажем работы, по этой причине мы решили ознакомить читателей с данной патологией [4, с.49].

Клинический случай: Больная Л., 61 год планово госпитализирована (20.04.21) в хирургическое отделение БУЗ УР «РКБ 1» МЗ УР с диагнозом аденома верхней левой паращитовидной железы, осложнённая первичным гиперпаратиреозом тяжёлой степени; сопутствующие патологии – артериальная гипертония 2 степени, 2 стадии, риск 3, хроническая сердечная недостаточность II А. Поступила с жалобами на боли по всему телу, в особенности в костях. Боли ноющие, с разной интенсивностью в течение дня, не связанные с физической и психической нагрузкой. Пациентка Л. Описывает это как «ломит в костях». Считает себя больной около года, когда стали беспокоить выше описанные жалобы. Обратилась к терапевту по месту жительства, после чего был выставлен диагноз: аденома паращитовидной железы. Консультирована хирургом, направлена на плановое оперативное лечение. Пациентка находилась на стационарном лечении в течение 7 дней.

При поступлении состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. Дыхание – везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в мин. Сердечные тоны приглушены, ритмичные. Пульс 70 в мин. ЧСС 52 в мин. АД 120/80 мм.рт.ст. Язык влажный, налёта нет. Живот не вздут, при пальпации мягкий, безболезненный, участвует в акте дыхания. Объёмные образования в животе не пальпируются. Симптомы Лепене, Ортнера отрицательные. Печеночная тупость

сохранена. Притупления в отлогих местах живота не определяются. Шумы кишечной перистальтики выслушиваются. Печень, селезенка не увеличены. Желчный пузырь не пальпируется. Стул регулярный, оформленный, газы отходят, диурез в норме. Мочеиспускание не нарушено. Симптом сотрясения отрицательный с обеих сторон. Отёков нет.

Молочные железы, лимфатические узлы без особенностей. Щитовидная железа увеличена. Ректальное исследование: объёмные образования не пальпируются. Кал коричневого цвета. Приём НС и ПВ отрицает.

Из анамнеза известно, что у пациентки было много переломов, последние из них: в 2019 году – перелом ключицы; в 2020 году – переломы правой верхней конечности в нескольких местах.

До поступления на плановое лечение в БУЗ УР «РКБ 1» МЗ УР была обследована эндокринологом: щитовидная железа увеличена, слева и справа от неё определяется безболезненное уплотнение до 1-1,5 см, симптомов тиреотоксикоза нет. Были назначены следующие исследования: ПТГ - 12,05 пг/мл; вит. D – 21,3 нмоль/л; Са общий – 3,22 ммоль/л; Са ионизированный – 1,83 ммоль/л. Выставлен диагноз: аденома верхней левой паращитовидной железы, гиперплазия правой паращитовидной железы, гиперпаратиреоз тяжёлой степени, гиперкальциемия, дефицит витамина D средней степени тяжести, постменопаузальный остеопароз.

04.02.2021 проведено УЗИ щитовидной железы: в проекции верхней паращитовидной железы слева овальной формы, гипоэхогенное образование 19*7*10 мм. По заднему контору правой доли аналогичные структуры 10*5 мм. УЗИ признаки: аденомы верхней паращитовидной железы слева, гиперплазии справа; структура щитовидной железы эхографически мало изменена.

В полном и биохимическом анализе крови все показатели в пределах нормы.

На основании жалоб, анамнеза, лабораторных и инструментальных методов исследования, а также консультаций специалистов 21.04.21. была проведена частичная паратиреоэктомия; удаление аденомы паращитовидных желёз, резекция верхнего полюса левой доли щитовидной железы.

В процессе операции мобилизован верхний полюс левой доли щитовидной железы, перевязаны и пересечены верхние щитовидные сосуды, осмотрена зона вокруг верхнего полюса щитовидной железы и позади него – объёмные образования не выявлены. Выполнена резекция верхнего полюса щитовидной железы. Оставлен участок паренхимы левой доли у нижнего полюса, размерами 2,0*1,5*1,0 см. В области нижнего полюса правой доли визуализирована аденома паращитовидной железы размером 1*1 см, мобилизована, удалена с субкапсулярной перевязкой сосудов. В области перешейка щитовидной железы обнаружен плотный узел 0,5 см в диаметре, выполнена резекция перешейка с узлом. Контроль гемостаза – сухо. В ложе щитовидной железы слева установлен резиновый дренажный выпускник. Рана послойно зашита, обработана спиртом, наложена асептическая повязка. Препарат: удалённая ткань щитовидной железы, аденомы паращитовидных желёз отправлены на гистологическое исследование. 22.04.21. исследование ПТГ: 3,0 пг/мл.

В результате проведённой операции пациентка жалоб не предъявляет. Стул регулярный, оформленный, газы отходят, диурез в норме. Объективно состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Кожные покровы, склеры физиологической окраски. Дыхание – везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в мин. Сердечные тоны приглушены, ритмичные. Пульс 68 в мин. АД 120/80 мм.рт.ст. Язык влажный. Живот не вздут, мягкий, безболезненный. Объёмные образования в животе не пальпируются. Симптомы Лепене, Ортнера отрицательные. Перистальтика выслушивается. Симптом сотрясения отрицательный с обеих сторон. Анализы в норме.

St.localis: повязка на ране умеренно пропитана серозно-геморрагическим отделяемым. Резиновый выпускник подтянут. Фонация голоса сохранена.

Показаний к дальнейшему пребыванию в стационаре нет. Выписана для наблюдения у терапевта и эндокринолога в поликлинику по месту жительства.

Проведенный комплекс лечения дал положительную динамику. Состояние пациентки улучшилось: отсутствие «ломящих» болей в костях, болей по всему телу. Пациентка выписана на этапе восстановления здоровья.

Заключение: Ожидаемый уровень излечения среди пациентов, подвергающихся первоначальной операции по поводу первичного гинернаратиреоза, должен быть 95%. После паратиреоидэктомии у 80% пациентов с клиническими проявлениями болезни наблюдается улучшение плотности костей и функции почек. Даже у бессимптомных пациентов в моче снижаются уровни кальция и диоксипиридииолипа. У пациентов снижается риск возникновения нефролитиаза, подагры и пептических язв. Паратиреоидэктомия, по-видимому, также увеличивает продолжительность жизни у пациентов с первичным гиперпаратиреозом [5, с.18; 6].

Литература

1. Булычева И.В., Главацкий С.В., Павленко Т.В., Махсон А.Н. Клинико-морфологические и биохимические исследования у больных первичным гиперпаратиреозом. Саркомы костей, мягких тканей и опухоли кожи. 2012;2:10.
2. Новожилова Е.Н., Щупак М.Ю., Главацкий С.В., Жуков А.Г. Первичный гиперпаратиреоз в онкологической клинике. Онкохирургия. 2011;3(4):9. 2017, том 20, №3
3. Ростомян Л.Г., Мокрышева Н.Г., Сморщок В.Н., Рожинская Л.Я. Трудности и ошибки диагностики первичного гиперпаратиреоза клинические случаи. Остеопороз и остеопатии. 2008;1:19,21.
4. Яковлева Л.П., Доброхотова В.З., Кондратьева Т.Т., Кропотов М.А., Паловская А.И., Дронова Е.Л. Остеодистрофия при аденоме паращитовидной железы. сложности диагностики на клиническом примере. Саркомы костей, мягких тканей и опухоли кожи. 2016;4:49.
5. Чернышев В.А., Хамидуллин Р.Г., Зинченко С.В., Рудык А.Н., Бусыгин М.А., Сафин И.Р. Сложности диагностики паратиреоидной остеодистрофии у больных первичным гиперпаратиреозом. Саркомы костей, мягких тканей и опухоли кожи. 2012;4:18.
6. Carroll MF, Schade DS. A practical approach to hypercalcemia. Am Fam Physician. 2003;67(9):1959-1966.

Literature

1. Bulycheva I.V., Glavatsky S.V., Pavlenko T.V., Makhson A.N. Clinical-morphological and biochemical studies in patients with primary hyperparathyroidism. Sarkomy kostej, mjagkih tkanej i opuholi kozhi. 2012;2:10-14. (In Russ).
2. Novozhilova E.N., Shchupak M.Yu., Glavatsky S.V., Zhukov A.G. Primary hyperparathyroidism in the oncological clinic. Onkohirurgija. 2011;3(4):9-12. (In Russ).
3. Rostomyan L.G., Mokrysheva N.G., Smorshchok V.N., Rozhinskaya L.Ya. Difficulties and errors in the diagnosis of primary hyperparathyroidism clinical cases. Osteoporoz I osteopatia. 2008;1:17-20. (In Russ).
4. Yakovleva L.P., Dobrokhotova V.Z., Kondrateva T.T., Kropotov M.A., Palovskaya A.I., Dronova E.L. Osteodystrophy in parathyroid adenoma. Complexity of diagnosis in a clinical example. Sarkomy kostej, mjagkih tkanej i opuholi kozhi. 2016;4:49-55. (In Russ).
5. Chernyshev V.A., Khamidullin R.G., Zinchenko S.V., Rudyk A.N., Busygin M.A., Safin I.R. Difficulties in diagnosing parathyroid osteodystrophy in patients with primary hyperparathyroidism. Sarkomy kostej, mjagkih tkanej i opuholi kozhi. 2012;4:18-23. (In Russ).
6. Carroll MF, Schade DS. A practical approach to hypercalcemia. Am Fam Physician. 2003;67(9):1959-1966.