КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ: АДЕНОМА ПАРАЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ВТОРИЧНЫЙ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗ

CLINICAL CASE IN SURGICAL PRACTICE: PARTHYROID ADENOMA AND SECONDARY HYPERPARATHYROIDISIS

Стяжкина Светлана Николаевна - доктор медицинских наук, профессор, кафедра факультетской хирургии;

Акберова Халима Исмаил кызы – студент, Ижевская государственная медицинская академия, г. Ижевск

Джениева Айсель Эльман кызы – студент, Ижевская государственная медицинская академия, г. Ижевск

Субботин Анатолий Владимирович – врач – оториноларинголог

Styazhkina S.N. Styazhkina678@scientifictext.ru

Akberova KH. I. halimaakberova@yandex.ru

Dzhenieva A.E. Ayseldzenieva@mail.ru

Subbotin A.V.

Аннотация: В настоящее время первичный гиперпаратиреоз (ПГПТ) занимает третье место среди эндокринных патологий. По литературным данным, причина ПГПТ в 80 –86% – единичная аденома паращитовидной железы, в 18 – 20% – множественные аденомы; в 2 – 6% случаев гиперплазия паращитовидных желез (ПЩЖ) и в 0,5 – 1% наблюдений – рак ПЩЖ.

Anatation: Currently, primary hyperparathyroidism (PHPT) ranks third among endocrine pathologies. According to the literature, the cause of PGPT in 80–86% is a single parathyroid adenoma, in 18–20% - multiple adenomas; in 2 - 6% of cases,

hyperplasia of the parathyroid glands (PTH) and in 0.5 - 1% of cases - pancreatic cancer.

This disease is most common among women over the age of 40. In women, adenoma of the thyroid gland is fixed 3-4 times more often than in men. The result of adenoma of the thyroid gland is an increased secretion of hormones by the thyroid gland, which in turn suppresses the function of the pituitary gland, decreases the production of thyrotropin, and the rest of the thyroid tissue decreases its function.

Ключевые слова: аденома паращитовидной железы, вторичный гиперпаратиреоз, паратиреоидэктомия, ультразвуковое исследование

Keywords: parathyroid adenoma, secondary hyperparathyroidism, parathyroidectomy, ultrasound examination

Аденома щитовидной железы - доброкачественная опухоль, имеющая вид узла округлой или овальной формы с хорошо выраженной фиброзной капсулой[1]. Развивается медленно, встречается в любом возрасте, преимущественно у женщин[2]. Иногда достигает крупных размеров и сдавливает окружающие органы и структуры шеи. Обладает потенциальной способностью к трансформации в рак щитовидной железы [3]. Это заболевание наиболее широко распространено среди женщин в возрасте от 40 лет. У женщин аденома щитовидной железы фиксируется в 3-4 раза чаще, чем у мужчин. Результатом аденомы щитовидной железы является повышенное выделение щитовидной железой гормонов, что в свою очередь подавляет функцию гипофиза, снижается продукция тиротропина, и остальная ткань щитовидной железы снижает функцию [4].

Вторичный гиперпаратиреоз (ВГПТ) — частое, инвалидизирующее осложнение хронической почечной недостаточности (ХПН) у большей части додиализных и значительного числа диализных больных [4]. Иллюстрацией этому является то, что после 20 лет диализной терапии 20% больных требуется паратиреоидэктомия (ПТЭ). Сейчас очевидно, что ВГПТ развивается уже на ранних стадиях прогрессирующей почечной недостаточности. Это осложнение является одним

из самых грозных на настоящий момент, так как существенно снижает качество жизни больных, находящихся на заместительной почечной терапии. Число больных с ВГПТ растет, так как продолжительность жизни на гемодиализе увеличивается. Прогрессирование заболевания ведет к осложнениям, вплоть до летальных.

Характерными особенностями вторичного гиперпаратиреоза являются вовлечение в процесс сразу всех паращитовидных желез, а также склонность к рецидивированию заболевания при любых, даже минимальных, недочетах хирургического лечения. Именно поэтому к качеству хирургической помощи у пациентов с вторичным гиперпаратиреозом предъявляются особые требования.

Цель работы: изучить особенности морфологических и лабораторных исследований при аденоме паращитовидной железы и вторичного гиперпаратиреоза.

Материалы и методы исследования. В БУЗ УР «Первой Республиканской клинической больнице МЗ УР». Ижевска было проведено клиническое наблюдение и изучена «Карта стационарного больного».

Клинический пример. Пациент П. 63 года был госпитализирован 18.02.2020г. в плановом порядке в БУЗ УР «Первая Республиканская клиническая больница МЗ УР», в хирургическое отделение для оперативного лечения. С жалобами на общую слабость, постоянную сухость во рту, жажду, головные боли в лобной и лицевой областях, тупого характера, быструю утомляемость и слабость мышц нижних конечностей.

В анамнезе: поликистоз почек, ХПН, программный гемодиализ 3 раза в неделю, симптоматическая гипертония 3 ст. риск 4, уремическая миокардиопатия, ХСН 1.

При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Положение активное, сознание ясное, походка уверенная, осанка сутулая. Выражение лица обычное спокойное. Конституция тела гиперстенического типа. Дыхание везикулярное, ЧДД 16 мин, АД 125/75 мм.рт.ст., PS 66 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный.

Припухлость и гиперемия в поясничной области. При пальпации справа возникают тупые боли по правому фланку живота.Шея визуально не изменена. Кожные покровы без особенностей. Рана 8см., не воспалена. Небольшая болезненность при повороте голов.

При проведении лабораторных исследований, в общем, и в клиническом анализе крови: эритроциты - $3,5*10^{12}$ /л, Hg -110г/л, тромбоциты- $146*10^{9}$/л, мочевина - 17.1 ммоль/л, креатинин - 1021.0 мкмоль/л, фосфор - 2.00 ммоль/л, калий - 5.79 ммоль/л. Показатели системы гемостаза: фибриноген - 4.5г/л, АЧТВ - 37.0 сек. ПТГ - 631Пг/мл. По результатам общего анализа мочи pH – 8 .0, остальные показатели в пределах нормы.

Ультразвуковое исследование (УЗИ) щитовидной железы и паращитовидных желез: расположение обычное, контуры ровные, размеры не увеличены. Правая доля: толщина 1.8 см, дл. 4.8см, шир. 1.8см, объем $8см^3$. Левая доля: толщ. 1.5см, дл. 4.3см, шир. 1.6см, объем $6см^3$. Перешеек: 2мм, суммарный объем 14 см. Эхогенность: изоэхогенная. Эхоструктура: однородная. Очаговые изменения: по заднему контуру правой доли в проекции паращитовидных желез очаговое образование гипоэхогенной структуры размеры 11х9мм и 9х5мм, аналог. структуры по заднему контуру с/с слева 10х8мм, в проекции нижнего полюса аналог. структуры 12х6мм. Заключение: 2-х стороннее увеличение паращитовидных желез.

Под эндотрахеальным наркозом проведено хирургическое вмешательство. Произведена ревизия зон типичного расположения паращитовидных желез, паращитовидные железы не выявлены. Учитывая данные предоперационного обследования, решено выполнить срединную стернотомию. Произведена неполная срединная стернотомия на протяжении 12 см. При ревизии выявлено, что в левой ножке вилочкой железы локализована эктопированная паращитовидная железа размерами 1,5 × 1 × 0,7 см. Больше при ревизии паращитовидных желез не выявлено. Произведена тимэктомия, паратиреоидэктомия.

Гистологическое заключение: гиперплазия паратиреоидной ткани с участками аденоматозного строения, среди жировой клетчатки островки ткани тимуса.

Послеоперационный период протекал без осложнений, заживление раны — первичным натяжением. При дальнейшем наблюдении отмечалось снижение уровня паратгормона до 20,9 пг/мл. Кальций крови — 1,4 ммоль/л, фосфор — 1,2 ммоль/л.

По результатам лабораторных и инструментарных исследований был выставлен клинический диагноз: Аденома паращитовидных желез. Вторичный гиперпаратиреоз.

Заключение: За время нахождения в стационаре было проведено лечение, препаратами (Кеторол, Фрагмин,Цефтриаксон), назначен стол №1,эластическая компрессия нижних конечностей. Сеансы гемодиализа через каждые 3 дня, в течении 3 дней. Паратиреоидэктомия от 19.02.2020г. Течение послеоперационного периода неосложненное, рана заживает первичным натяжением. В процессе лечения - улучшение состояния.

Список литературы:

1. Выродов К.С., Архипов О.И., Бондаренко А.Г. Трудности в диагностике и хирургическом лечении первичного гиперпаратиреоза // Кубанский научный медицинский вестник, 2009. № 9. С 114-116.
2. Дедов И.И., Мельниченко Г.А. Эндокринология: национальное руководство. М: ГЭОТАР Медиа, 2016. 1072 с.
3. Мокрышева Н.Г., Рожинская Л.Я., Перетокина Е.В., Ростомян Л.Г., Мирная С.С., Пронин В.С., Маркина Н.В., Шебешева Е.Н., Анциферов М.Б., Дедов И.И. Анализ основных эпидемиологических характеристик первичного гиперпаратиреоза в России (по данным регистра) // Проблемы эндокринологии, 2012. Т. 58. № 5. С. 16.
4. Мокрышева Н.Г. Первичный гиперпаратиреоз: современное представление о проблеме // Лечение и профилактика, 2013. № 2 (6). 130 с.

5. Калинин А.П., Котова И.В., Бритвин Т.А., Алаев Д.С., Белошицкий М.Е. Гиперкальциемический криз // Альманах клинической медицины, 2014. № 32. С. 90-96.

Bibliography:

1. Vyrodov K.S., Arkhipov OI, Bondarenko A.G. Difficulties in the diagnosis and surgical treatment of primary hyperparathyroidism // Kuban Scientific Medical Bulletin, 2009. No. 9. P 114-116.
2. Dedov I.I., Melnichenko G.A. Endocrinology: national guidelines. M: GEOTAR Media, 2016.1072 p.
3. Mokrysheva N.G., Rozhinskaya L.Ya., Peretokina E.V., Rostomyan L.G., Mirnaya S.S., Pronin V.S., Markina N.V., Shebesheva E.N., Antsiferov M.B., Dedov I.I. Analysis of the main epidemiological characteristics of primary hyperparathyroidism in Russia (according to the register) // Problems of endocrinology, 2012. V. 58. No. 5. P. 16.
4. Mokrysheva N.G. Primary hyperparathyroidism: modern understanding of the problem // Treatment and prevention, 2013. No. 2 (6). 130 s.
5. Kalinin A.P., Kotova I.V., Britvin T.A., Alaev D.S., Beloshitskiy M.E. Hypercalcemic crisis // Almanac of Clinical Medicine, 2014. No. 32. P. 90-96.