Научная статья

Original article

УДК 616.447-089.87

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ АДЕНОМЫ ПАРАЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ПЕРВИЧНОМ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗЕ

FEATURES OF DIAGNOSIS AND TREATMENT OF PARATHYROID ADENOMA IN PRIMARY HYPERPARATHYROIDISM

Стяжкина Светлана Николаевна, доктор медицинских наук, профессор кафедры факультетской хирургии с курсом урологии, ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» (426000 Россия, г. Ижевск, ул. Коммунаров, д. 281), тел. 8 (950) 820-51-10, ORCID:0000-0003-4159-2674, sstazkina064@gmail.com

Ибрагимова Резеда Фаиловна, студентка 4 курса лечебного факультета, ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» (426000 Россия, г. Ижевск, ул. Коммунаров, д. 281), тел. 8 (917) 873-34-26, ORCID: 0000-0001-6072-6602, ibragimova_rezeda00@mail.ru

Styazhkina Svetlana Nikolaevna, doctor of Medical Sciences, Professor of the Department of Faculty Surgery with a course of Urology, Izhevsk State Medical Academy (426000 Russia, Izhevsk, 281 Kommunarov str.), tel. 8 (950) 820-51-10, ORCID: 0000-0003-4159-2674, sstazkina064@gmail.com

Ibragimova Rezeda Failovna, 4th year student of the Faculty of Medicine, Izhevsk State Medical Academy (426000 Russia, Izhevsk, Kommunarov str., 281), tel. 8 (917) 873-34-26, ORCID: 0000-0001-6072-6602, 3021074046@edu.tatar.ru

Аннотация. В данной статье описан клинический случай первичного гиперпаратиреоза, который сформировался на фоне аденомы паращитовидной железы. Первичный гиперпаратиреоз (ПГПТ) – эндокринное заболевание, которое проявляется полиорганными нарушениями различной степени выраженности, несет после себя тяжелые осложнения, приводит к существенному снижению качества жизни, инвалидизации пациентов, повышенному риску преждевременной смерти. Статья посвящена изучению клинической картины, лабораторно-инструментальной диагностики, тактике ведения консервативной и хирургической терапии, динамическому наблюдению за пациентом с данной патологией.

Abstract. This article describes a clinical case of primary hyperparathyroidism, which was formed against the background of parathyroid adenoma. Primary hyperparathyroidism (PHPT) is an endocrine disease that is manifested by multiple organ disorders of varying severity, carries severe complications, leads to a significant decrease in the quality of life, disability of patients, and an increased risk of premature death. The article is devoted to the study of the clinical picture, laboratory and instrumental diagnostics, tactics of conservative and surgical therapy, dynamic monitoring of a patient with this pathology.

Ключевые слова: первичный гиперпаратиреоз, аденома паращитовидной железы, околощитовидная железа, паратиреоидный гормон, остеопороз.

Keywords: primary hyperparathyroidism, parathyroid adenomas, parathyroid gland, parathyroid hormone, osteoporosis.

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]. Причиной развития данной патологии является в 90% случаев солитарная аденома околощитовидной железы (ОЩЖ), в 8% случаев –множественная аденома или гиперплазия паращитовидной железы; в 2% – рак [2]. За последние десятилетия произошло резкое увеличение выявляемости первичного гиперпаратиреоза, где частота встречаемости в общей популяции составляет в среднем 0,86-1% [3]. Пик заболеваемости приходиться на 54–59 лет. Соотношение мужчин и женщин в среднем 1:3 [4].

Аденома паращитовидной железы (ПЩЖ) - доброкачественное новообразование, в большинстве случаев является солитарным. Парааденомы автономно секретируют паратгормон и являются причиной первичного гиперпаратиреоза в 90 % случаев [2]. Клинические симптомы: больные предъявляют жалобы на боли в суставах, костях, позвоночнике; нарушение репарации и регенерации костной ткани ведет к возникновению искривлений и патологических переломов, появляются повреждение зубной ткани. Характерными симптомами заболевания мочевыделительной системы являются: почечные колики, гематурия, полиурия, фосфатурия, нефрокальциноз и мочекаменная болезнь почек с преимущественным образование оксалатных камней. Поражение желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) выявляется у половины пациентов с ПГПТ. Больные жалуются на анорексию, запоры, тошноту, метеоризм, похудание. Чаще всего характерно образование язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, образование камней в жёлчном пузыре, закупорка камнем протоком поджелудочной железы с развитием панкреонекроза. Течение язвы желудка при ПГПТ характеризуется более выраженной клинической картиной (частые обострения с сильным болевым синдромом, возможны перфорации), чем при язвенной болезни желудка, обусловленной другими факторами. Психические расстройства при ризе представлены – апатией, сонливостью, депрессией, раздражительностью [2]. У 5% пациентов с первичным гиперпаратиреозом наблюдается гиперкальциемический криз (при кальциемия 4 ммоль/л) [6].

Сопровождающаяся мышечной слабостью, снижением тонуса мышц, повышением артериального давления, болями в костях, интенсивными болями в животе, тошнотой, неукротимой рвотой.

Материалы и методы. Приведен клинический случай из практики по данной патологии на базе хирургического отделения БУЗ УР «Первая республиканская клиническая больница МЗ УР».

Результаты и их обсуждение. Пациентка Л., 57 лет. Поступила 25.10.2021г., в хирургическое отделение 1 РКБ города Ижевска в плановом порядке на оперативное лечение. *Жалобы* при поступлении на общую выраженную слабость, боли в коленных, правом тазобедренном суставе, позвоночнике, поясничной области (беспокоят в течение двух лет). Считает себя больной с 2016 года, когда после экстирпации матки заметила увеличение паращитовидных желез. Из общего анамнеза у больной имеются перенесенные заболевания: ОРЗ, ОРВИ, вторичный остеопороз с 2015 года, артериальная гипертензия (АГ) с 2019 года. Поясничная дорсопатия, вторичный остеопороз суставов нижних конечностей. Такие заболевания, как туберкулез, венерические заболевания, сахарный диабет, болезнь Боткина отрицает. Из анамнеза 3 беременности, закончившиеся 3 естественными родами, без осложнений. Перенесла следующие операции: аппендэктомия в 1991 году, экстирпация матки в 2015 году, эндопротезирование правого тазобедренного сустава в 2020 году. Пациентка отмечает аллергическую реакцию при введение новокаиновой блокады в коленный сустав, проявляющаяся симптомами головокружения, учащения сердцебиения. Переливаний крови не было. При поступлении *объективно:* общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Кожные покровы физиологической окраски, чистые. Язык сухой, обложен белым налетом. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. Перкуторный звук легочной. ЧДД 16 в минуту. Тоны сердца ритмичные, ясные. АД 130/80 мм.рт.ст., ЧСС 70 уд./мин. Живот не вздут, мягкий, безболезненный во всех отделах., увеличен в объеме за счет подкожно-жировой клетчатки. Печень не выступает из-под края реберной

дуги, безболезненная. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Перистальтика выслушивается. Почки не пальпируются. Симптом сотрясения отрицательный с обеих сторон. Отеков нет. Стул и диурез в норме. Газы отходят. Щитовидная железа: в области правой доли щитовидной железы в нижнем полюсе пальпируется объёмное образование 3,5х2х2 см, мягко эластической консистенции. Шейные лимфоузлы не увеличены. *Данные лабораторно-инструментальных исследований:* общий анализ крови от 25.10.2021 г.: лейкоцитоз $12*10^9$/л. От 26.10.2021 - анемия средней степени тяжести HGB 87 г/л, эритроциты $3.45*10^{12}$/л , тромбоциты — $232*10^9$/л, СОЭ — 26 мм/ч.. В биохимическом анализе крови 25.10.2021г.: снижение уровня общего белка в крови до 56,7 г/л, увеличение уровня паратгормона до 1026 пг/мл, увеличение уровня щелочной фосфатазы - 687,18 ед/л, увеличение уровня неорганического фосфора в крови - 1.92 ммоль/л, повышение кальция - 3.42 ммоль/л, увеличение гамма-глютамилтрансферазы - 78 ед/мл, повышение С-реактивного белка - 5.61 мг/л, увеличение уровня креатинина до 186 мкмоль/л. В связи с анемией были назначены анализы крови на сывороточное железо, витамин В12 и фолиевую кислоту. Диагностирован фолиеводефицитный компонент анемии (фолиевая кислота — 4,76 нмоль/л (6,0 — 39,0). Анализ мочи: плотность — 1006; pH — 6,5; белок —0,1 г/л; глюкоза — 2,7 ммоль/л; лейкоциты — 0; эритроциты — 0; бактерии — 0. Амилаза мочи — 97,4 ед/л (10,0 — 500,0). УЗИ щитовидной и паращитовидной желез: аденома паращитовидной железы справа, узловой зоб 3 степени; структура щитовидной железы эхографически мало изменена.

Клинический диагноз:

Основное заболевание: аденома паращитовидной железы справа, узловой зоб 3 степени. Первичный гиперпаратиреоз.

Осложнение: жировой панкреонекроз

Сопутствующее заболевание: Гипертоническая болезнь 1 степени.

Была проведена паратиреоидэктомия правой доли 27.10.2021г. под инкубационным наркозом с применением воротникообразного разреза в передней поверхности шеи. Образование удалено. Макропрепарат отправлен на гистологическое исследование. Заключение биопсии операционного материала выявила аденому паращитовидной железы.

Послеоперационный период осложнился развитием жирового панкреонекроза на фоне ЖКБ, острый панкреатит отечная форма, диффузный ферментативный перитонит. Была проведена операция холецистолитотомия, холецистостомия, дренирование сальниковой сумки, дренирование брюшной полости. Под интубационным наркозом, разрезом параллельно правой реберной дуге послойно вскрыта брюшная полость. В брюшной полости до 200 мл светлой серозной жидкости. Стенка желчного пузыря незначительно отечна, в просвете 2 конкремента диаметром 1 см. Вскрыта сальниковая сумка-следы жидкости. Отечная поджелудочная железа. Из полости желчного пузыря удалены два конкремента, наложена холецистостома. Полость сальниковой сумки дренирована трубкой, выведенной через отдельный контралатеральный разрез в правом подреберии. Контроль гемостаза. Дренирование малого таза через разрез в правой подвздошной области. Послойно швы на рану.

Заключение: в данном клиническом случае представлены особенности клинического течения аденомы паращитовидной железы, роль междисциплинарного взаимодействия в диагностике, результаты хирургического лечения и трудности послеоперационного ведения.

Список литературы

1. Мокрышева, Н., et al., Анализ основных эпидемиологических характеристик первичного гиперпаратиреоза в России (по данным регистра). Проблемы эндокринологии, 2012 58(5).
2. Дедов И.И., Мельниченко Г.А. Эндокринология: национальное руководство. – М: ГЭОТАР Медиа, 2016. 1072 с.

3. Khan, A.A., et al., Primary hyperparathyroidism: review and recommendations on evaluation, diagnosis, and management. A Canadian and international consensus. Osteoporos Int, 2017 28(1): p. 1-19.
4. Clarke, B.L., Asymptomatic Primary Hyperparathyroidism, in Parathyroid Disorders. 2019, Karger Publishers. p. 13-22.
5. Мокрышева Н.Г. Первичный гиперпаратиреоз: современное представление о проблеме // Лечение и профилактика, 2013. № 2 (6). 130 с.
6. Клиническая эндокринология. Руководство. Под ред. Н. Т. Старковой. 3-е изд., перераб. и доп. СПб.: Питер, 2002. 576 с.
7. Савельев В.С., Филимонов М.И., Гельфонд Б.Р., и др. Панеронекроз-актуальные вопросы классификации, диагностика, лечение//Consilium medicum, 2000. №7. С.293-298.

References

1. Mokrysheva, N., et al., Analysis of the main epidemiological characteristics of primary hyperparathyroidism in Russia (according to the registry). Problems of Endocrinology, 2012 58(5).
2. Dedov I.I., Melnichenko G.A. Endocrinology: national leadership. - M: GEOTAR Media, 2016.1072 s.
3. Khan, A.A., et al., Primary hyperparathyroidism: review and recommendations on evaluation, diagnosis, and management. A Canadian and international consensus. Osteoporos Int, 2017 28(1): p. 1-19.
4. Clarke, B.L., Asymptomatic Primary Hyperparathyroidism, in Parathyroid Disorders. 2019, Karger Publishers. p. 13-22.
5. Mokrysheva N.G. Primary hyperparathyroidism: modern understanding of the problem // Treatment and prevention, 2013. No. 2 (6). 130 s.
6. Clinical endocrinology. Management. Ed. N. T. Starkova. 3rd ed., revised. and additional St. Petersburg: Piter, 2002. 576 p.

7. Savelyev V.S., Filimonov M.I., Gelfond B.R., et al. Paneronecrosis - topical issues of classification, diagnosis, treatment // Consilium medicum, 2000. No. 7. pp. 293-298.

© Стяжкина С.Н., Ибрагимова Р.Ф., 2022 Научно-образовательный журнал для студентов и преподавателей «StudNet» 4/2022

Для цитирования: Стяжкина С.Н., Ибрагимова Р.Ф. КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ: АДЕНОМА ПАРАЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ. ПЕРВИЧНЫЙ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗ// Научно-образовательный журнал для студентов и преподавателей «StudNet» 4/2022