

**А.Ю.Цуркан**  
**ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА**

*Каф.госпитальной хирургии ВГМА им. Н.Н. Бурденко*

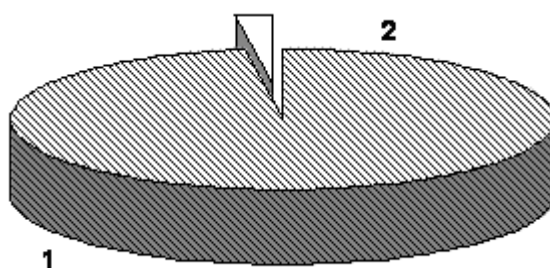
**Резюме.** Нами проведен анализ хирургического лечения 45 больных первичным гиперпаратиреозом, оперированных с 2003 по 2005 годы в отделении эндокринной хирургии Воронежской областной клинической больницы №1. До операции всем больным проводилось комплексное обследование: рентгенография костей скелета, денситометрия, определение показателей общего кальция и фосфора, количества паратгормона, УЗИ шеи, КТ шеи, сцинтиграфию с использованием технеция. На основании исследований установлено, что несмотря на расширение в настоящее время арсенала диагностических методов, первичный гиперпаратиреоз по-прежнему выявляется не своевременно; первичный гиперпаратиреоз в 69% случаев сочетается с различными заболеваниями щитовидной железы, это обуславливает трудности в постановке диагноза; своевременное и адекватное хирургическое лечение первичного гиперпаратиреоза в условиях специализированной клиники способствует улучшению качества жизни пациентов с данной патологией.

**Ключевые слова:** первичный гиперпаратиреоз, хирургическое лечение.

**Актуальность.** Первичный гиперпаратиреоз (ПГПТ) – заболевание, развивающееся в результате гиперпродукции паратгормона, основными эффектами которого являются: повышение реабсорбции кальция, что приводит к уменьшению его экскреции с мочой и повышению концентрации внеклеточного кальция; снижение реабсорбции фосфата в почечных канальцах, что проявляется в увеличении его экскреции с мочой и падении содержания фосфата во внеклеточном пространстве; активация обменных процессов в костях в результате стимуляции остеобластов.

Проблема лечения ПГПТ с каждым годом приобретает все большую актуальность. На протяжении многих десятилетий эта патология считалась редкой. Однако, после внедрения систематического лабораторного скрининга и применения автоматических анализаторов уровня кальция крови процент распространенности ПГПТ вырос и составляет 0,05 – 0,1%. Заболевание встречается в 2 – 4 раза чаще у женщин, чем у мужчин. По литературным данным ПГПТ в 80 – 85% обусловлен аденомой паращитовидной железы, в 10 – 15% - гиперплазированными паращитовидными железами и раком паращитовидных желез в 1 – 3%. Только в 5% случаев ПГПТ протекает бессимптомно с нормокальциемией. Чаще всего первичный гиперпаратиреоз – заболевание, приводящее к гиперсекреции паратгормона и нарушению гомеостаза кальция, имеющее различные клинические формы: костную, почечную, желудочно-кишечную, сердечно-сосудистую, смешанную. Многообразие клинической симптоматики обуславливает трудности диагностики и актуальность проблемы лечения ПГПТ не только для хирургов-эндокринологов, но и для врачей различных специальностей.

**Материал и методы исследования.** Нами проведен анализ хирургического лечения 45 больных первичным гиперпаратиреозом, оперированных с 2003 по 2005 годы в отделении эндокринной хирургии Воронежской областной клинической больницы №1. Из 45 исследуемых женщин было 98%, мужчин 2%. Возраст пациентов колебался от 31 до 78 лет (средний возраст 58 лет).



**Рис. 1. Распределение больных ПГПТ по полу.**

1 - количество женщин ( $n=44$ ), 2 – количество мужчин ( $n=1$ )

При обращении у 42 больных наблюдались висцеральные и костные проявления, только в 3 случаях болезнь протекала бессимптомно (табл. 1).

**Таблица 1.**

**Частота симптомов первичного гиперпаратиреоза**

Симптомы	Количество больных	
	абс.	%
Боли в костях	37	88
Патологические переломы	5	12
Деформация костей	3	7
Остеопороз	18	43
Поражение почек	14	34
Поражение органов пищеварения	34	80
Артериальная гипертензия	36	84
Бессимптомно	3	7

При поступлении 37 пациентов предъявляли жалобы на боли в стопах, крупных трубчатых костях, костях таза, позвоночнике связанные с ходьбой, переменой положения тела, на боли в крупных суставах, мышечную слабость в нижних конечностях. Деформация костей конечностей выявлена у 3 больных. Патологические переломы трубчатых костей в анамнезе имелись у 5 пациентов. Остеопороз диагностирован у 18. Поражение почек установлено у 14 больных в виде мочекаменной болезни, в 3 случаях больные оперированы по поводу камня мочеточника. Среди висцеропатических проявлений поражение органов пищеварения зарегистрировано у 34 человек. Язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки страдали 7 больных, чаще превалировало рецидивирующее течение, причем, в 2 случаях течение язвенной болезни осложнилось кровотечением. Желчно-каменная болезнь выявлена у 10 пациентов. У 17 больных имелся хронический гастрит, панкреатит.

Несмотря на выраженность клинической картины, почти всем больным в течение 2 – 15 лет с момента появления первых признаков диагноз не был установлен и они безуспешно лечились у врачей других специальностей.

До операции всем больным проводилось комплексное обследование. Среди рентгенологических признаков костной формы практически у 18 больных выявлено разрежение костной ткани в виде диффузного остеопороза, периостальная резорбция и патологические переломы диагностировали у 5 больных, из них у 2 пациентов патологические переломы клинически не определялись. Денситометрия, при которой дефицит костной массы составил 28-58%, проведена у 3 больных. Определялись показатели общего кальция и фосфора. Стойкая гиперкальциемия наблюдалась у 27

больных (64%). Увеличение уровня ионизированного кальция выявлено так же у 27 пациентов. Гипофосфатемия зафиксирована у 22 больных. В 20 случаях у пациентов с костной формой диагностировано повышенное содержание щелочной фосфатазы. У 42 больных в предоперационном периоде проводилось двухкратное определение количества паратгормона в крови радиоиммунологическим методом. Увеличение уровня паратгормона обнаружено у 42 больных, его значительное повышение (в 10 – 15 раз) у 3 пациентов. У 3 больных с бессимптомной формой аденомы околощитовидных желез выявлены случайно, паратгормон был в пределах нормы. Среди методов топической диагностики УЗИ шеи выполнялось всем пациентам, при возникновении трудностей дополнительно назначали КТ шеи, скintiграфию с использованием технеция. Тонкоигольная пункционная биопсия под УЗИ контролем проведена 3 больным, но оказалась не информативной.

Объем оперативного вмешательства определяли интраоперационно. 39 пациентам произведено удаление одиночных аденом паращитовидной железы (ПЩЖ), 4 больным – удаление двух гиперплазированных паращитовидных желез, у 2 выявлен рак паращитовидной железы.

ПППТ сочетался с патологией щитовидной железы в 31 (69%) наблюдении (таблица 2).

**Таблица 2.**

***Частота сочетания первичного гиперпаратиреоза с патологией щитовидной железы***

Заболевания	Аденома ПЩЖ (n=39)		Гиперплазия ПЩЖ (n=4)		Рак ПЩЖ (n=2)		Итого (n=45)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Узловой коллоидный зоб	9	23	1	25	1	50	11	24
Диффузный коллоидный зоб	12	31	-	-	-	-	12	27
Аденома	1	3	3	75	1	50	5	11
Аутоиммунный тиреоидит	3	7	-	-	-	-	3	7
Итого	25	64	4	100	2	100	31	69

Из 39 больных, оперированных по поводу аденомы одной паращитовидной железы, заболевания щитовидной железы диагностированы у 25 (64%), из них у 23% сочетались с узловым коллоидным зобом, у 31% – с диффузным коллоидным зобом. Аденома щитовидной железы выявлена у одной пациентки, а аутоиммунный тиреоидит гистологически определялся в 7% случаев. Гиперплазия паращитовидных желез и рак паращитовидной железы во всех наблюдениях были совместно с тиреоидной патологией. Причем гиперплазия паращитовидной железы преимущественно выявлялась с аденомой щитовидной железы (75%), а рак паращитовидной железы в одинаковом проценте случаев диагностировался с узловым коллоидным зобом и аденомой щитовидной железы (по 50%).

Большинство паратиреоаденом располагались в типичных местах, и только в одном случае аденома находилась за грудинно-ключичным сочленением. У 22 больных обнаружили левостороннюю локализацию аденомы из них 15 внизу, а 7 вверху; у 17

больных аденома находилась справа из них 11 внизу, а 6 сверху. Во всех случаях диагноз паратиреоаденомы верифицирован гистологически.

В послеоперационном периоде у всех больных наблюдался послеоперационный гипопаратиреоз разной степени выраженности, который купировался внутривенным и пероральным введением препаратов кальция. У большинства пациентов продолжительность терапии препаратами кальция составила менее одного года. В дальнейшем, отмечалось улучшение состояния, исчезновение метаболических расстройств, восстановление костной ткани.

**Выводы:**

- 1) несмотря на расширение в настоящее время арсенала диагностических методов первичный гиперпаратиреоз по-прежнему выявляется не своевременно;
- 2) первичный гиперпаратиреоз в 69% случаев сочетается с различными заболеваниями щитовидной железы, что обуславливает трудности в постановке диагноза;
- 3) своевременное и адекватное хирургическое лечение первичного гиперпаратиреоза в условиях специализированной клиники способствует улучшению качества жизни пациентов с данной патологией.

**Литература**

1. Агаев Р.А., Агаева А.Р., Кахраманов Р.М. и др. Опыт хирургического лечения первичного гиперпаратиреоза/Современные аспекты хирургической эндокринологии. Материалы XV Российского симпозиума по хирургической эндокринологии.–Рязань. – 2005. – с.5–6.
2. Голохвастов Н.Н. Некоторые проблемы диагностики и лечения первичного гиперпаратиреоза/Современные аспекты хирургической эндокринологии. Материалы XI (XIII) Российского симпозиума по хирургической эндокринологии. – Санкт-Петербург. – 2003. – с.89-95.
3. Котова И.В. Первичный гиперпаратиреоз и артериальная гипертензия/Современные аспекты хирургической эндокринологии. Материалы X(XII) Российского симпозиума по хирургической эндокринологии. – Смоленск. – 2002. – с.213–216.
4. Романчишен А.Ф., Матвеева З.С. Безсимптомные аденомы околощитовидных желез/Современные аспекты хирургической эндокринологии. Материалы XV Российского симпозиума по хирургической эндокринологии. – Рязань. – 2005. – с.293-295.
5. Adami S., Braga V., Squaranti R., Rossini M., Gatti D., Zamberlan N. Bone measurements in asymptomatic primary hyperparathyroidism// Bone. – 1998. - Vol. 22, №5. – P. 565 – 570.
6. Bartsch D., Nies C., Hasse C., Willuhn J., Rothmund M. Clinical and surgical aspects of double adenoma in patients with primary hyperparathyroidism// Br. J. Surg. – 1995. - Vol. 82, №7. – P. 926 – 929.
7. Heerden J.A., Grant C.S. Surgical treatment of primary hyperparathyroidism: an institutional perspective// World J. Surg. – 1991. - Vol. 15, №6. – P. 688 – 692.
8. Sidhu S., Cambell P. Thyroid pathology associated with primary hyperparathyroidism// Aust. N.Z. Surg. – 2000. - Vol. 70, №4. – P. 285 – 287.

Abstract

**A.Y. Tsurkan**

**SURGICAL TREATMENT OF PRIMARY HYPERPARATHYROIDISM**

**Voronezh State Medical Academy**

**Summary.** We analyzed the surgical treatment of 45 patients with primary hyperparathyroidism operated from 2003 to 2005 in the endocrine surgery department of the Voronezh Regional Clinical Hospital No.1. Before the operation, all patients underwent complex examination: radiography of the bones of the skeleton, densitometry, determination of indicators of total calcium and phosphorus, amount of parathyroid hormone, neck ultrasound, CT of the neck, scintigraphy using technetium. Based on the research, it was established that despite the

expansion of the arsenal of diagnostic methods at present, primary hyperparathyroidism is still not being detected in a timely manner; primary hyperparathyroidism in 69% of cases is combined with various diseases of the thyroid gland, this causes difficulties in diagnosing; timely and adequate surgical treatment of primary hyperparathyroidism in the conditions of a specialized clinic improves the quality of life of patients with this pathology.

**Key words:** primary hyperparathyroidism, surgical treatment.

**References:**

1. Agaev RA, Agaeva AR, Kahramanov R.M. The experience of surgical treatment of primary hyperparathyroidism / Modern aspects of surgical endocrinology. Materials of the XV Russian Symposium on Surgical Endocrinology.-Ryazan. - 2005. - p.5-6.
2. Golokhvastov N.N. Some problems of diagnosis and treatment of primary hyperparathyroidism / Modern aspects of surgical endocrinology. Materials of the XI (XIII) Russian symposium on surgical endocrinology. - St. Petersburg. - 2003. - p.89-95.
3. Kotova I.V. Peripheral hyperparathyroidism and arterial hypertension / Modern aspects of surgical endocrinology. Materials X (XII) Russian symposium on surgical endocrinology. - Smolensk. - 2002. - p.213-216.
4. Romanchyshen AF, Matveeva Z.S. Symptomatic adenomas of parathyroid glands / Modern aspects of surgical endocrinology. Materials of the XV Russian Symposium on Surgical Endocrinology. - Ryazan. - 2005. - p.293-295.
5. Adami S., Braga V., Squaranti R., Rossini M., Gatti D., Zamberlan N. Bone measurements in asymptomatic primary hyperparathyroidism // Bone. - 1998. - Vol. 22, №5. P. 565-570.
6. Bartsch, D., Nies C., Hasse C., Willuhn J., Rothmund M. Clinical and surgical aspects of double adenoma in patients with primary hyperparathyroidism // Br. J. Surg. - 1995. - Vol. 82, №7. - P. 926 - 929.
7. Heerden, J.A., Grant, C.S. Surgical treatment of primary hyperparathyroidism: an institutional perspective // World J. Surg. - 1991. - Vol. 15, No. 6. - P. 688 - 692.
8. Sidhu S., Cambell P. Thyroid pathology associated with primary hyperparathyroidism // Aust. N.Z. Surg. - 2000. - Vol. 70, №4. - P. 285 - 287.

Сведения об авторах: Цуркан Анжелика Юрьевна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры госпитальной хирургии.