

Хирургическое лечение гигантских аденом околощитовидных желез при первичном гиперпаратиреозе

Макаров И.В., Прокофьева Н.А., Романов Р.М., Ахматалиев Т.Х.

ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России, Самара, Россия

Первичный гиперпаратиреоз (ПГПТ) является тяжелым инвалидизирующим заболеванием. Отсутствие скрининга гиперкальциемии в РФ – серьезная преграда для своевременного оказания специализированной хирургической помощи пациентам с данной патологией. Выявление ПГПТ на ранних этапах и оперативное удаление аденом околощитовидных желез позволяют предупредить развитие осложнений как со стороны почек, так и со стороны других органов и систем. Представлены два клинических наблюдения хирургического лечения больных ПГПТ с гигантскими аденомами околощитовидных желез: 5,8 × 3,5 × 1,5 см, весом 16,5 г и 6,0 × 3,5 × 2,5 см, весом 40 г. В обоих случаях отмечали высокие уровни паратгормона и общего кальция: 586,7 пг/мл; 3,12 ммоль/л и 876 пг/мл; 3,55 ммоль/л соответственно. В обоих случаях выявляется позднее обнаружение аденом околощитовидных желез и несвоевременное направление пациентов на лечение к хирургу-эндокринологу.

Оба пациента прооперированы. Послеоперационный период без осложнений. Удаление аденом выполняли под визуальным контролем возвратных нервов. В раннем послеоперационном периоде отмечалось резкое снижение паратгормона и ионизированного кальция, что подтверждало адекватность проведенного лечения. Больные выписаны в удовлетворительном состоянии под наблюдение хирурга и эндокринолога поликлиники.

Ключевые слова: хирургическое лечение, гигантские аденомы околощитовидных желез.

Surgical treatment of giant adenomas of parathyroid glands in primary hyperparathyroidism

Igor V. Makarov, Natalia A. Prokofieva, Roman M. Romanov, Talgat K. Akhmataliev

Samara State Medical University, Samara, Russia

Primary hyperparathyroidism is a serious disabling disease. The lack of screening for hypercalcemia in the Russian Federation is a serious obstacle to the timely provision of specialized surgical care for patients with hyperparathyroidism. Early diagnosis of primary hyperparathyroidism and surgical removal of parathyroid glands adenomas can prevent complications development from the kidneys and other organs and systems. This article presents two clinical case reports of surgical treatment for patients with primary hyperparathyroidism and giant parathyroid glands adenomas (5.8 3.5 1.5 cm, weighing 16.5 g, and 6.0 3.5 2.5 cm, weighing 40 g). In both cases, the concentration of parathyroid hormone and total calcium in blood was significantly increased (586.7 pg/ml and 3.12 mmol/l, and 876 pg/ml and 3.55 mmol/l, respectively). In both cases, the parathyroid gland adenomas were found too late, and the patients were sent out for surgeon treatment untimely.

Both patients underwent surgery. Postoperative period without complications. Removal of adenomas was performed under visual control of recurrent laryngeal nerves. In the early postoperative period there was a sharp decrease of parathyroid hormone and ionized calcium concentrations in blood, which confirmed the adequacy of the treatment. The patients were discharged in a good condition for further supervision of a surgeon and endocrinologist in an out-clinic.

Key words: surgical treatment, giant adenomas of parathyroid glands.

Актуальность

Гиперпаратиреоз является одной из актуальных проблем современной медицины. До недавнего времени о первичном гиперпаратиреозе (ПГПТ) говорили как об одном из редких эндокринных заболеваний. Изменения в представлении об истинной распространенности этого заболевания произошли после широкого внедрения (скрининг) в стандартное биохимическое исследование крови определения общего кальция. В настоящее время ПГПТ занимает 3-е место по распространенности эндокринных заболеваний после сахарного диабета и заболеваний щитовидной железы (ЩЖ) [1, 2].

Частота ПГПТ составляет около 20 случаев на 100 тыс. населения в год и в последние годы растет в связи с улучшением диагностики. Распространенность среди молодых мужчин и женщин практически одинакова, при этом после менопаузы у женщин подверженность этому заболеванию становится в 3 раза выше по сравнению с мужчинами. Наибольшая частота встречаемости – в возрасте 50–55 лет. Соотношение мужчин и женщин в возрастной группе старше 60 лет – 1 : 3. Примерно в 80–85% случаев ПГПТ вызывает единичная аденома околощитовидной железы (ОЩЖ), и только у 15% ПГПТ возникает при множественных аденомах [3, 4].

В доступной литературе представлено не так много случаев с аденомами ОЩЖ больших размеров. В связи с этим представляет интерес 2 клинических случая ПГПТ с наличием гигантских аденом ОЩЖ.

Клинический случай 1

Больная А., 41 года, поступила в хирургическое отделение 05.03.2017 в плановом порядке с жалобами на дискомфорт в области шеи, общую слабость, утомляемость. При более внимательном опросе выявлены мнестические нарушения: частые депрессии, плохое настроение, нарушение памяти.

Из анамнеза выяснено, что больная страдает мочекаменной болезнью с 2008 г., когда впервые была госпитализирована в урологическое отделение с приступом почечной колики. При УЗИ и экскреторной урографии выявлены конкременты в почках, больше слева (множественные

конкременты 0,5 × 0,5 см и 1,0 × 1,0 см). В том же 2008 г. при плановом обследовании у эндокринолога при УЗИ ЩЖ было выявлено образование в области правой доли ЩЖ и заподозрена аденома ОЩЖ. Тогда же была выполнена пункционная биопсия (04.07.2008): пласты мелких мономорфных эпителиальных клеток на фоне эритроцитов; возможна аденома ОЩЖ. Адекватного лечения не получала. С приступами почечной колики с периодичностью раз в полтора-два года (всего 4 раза) лечилась консервативно в стационарах города. К эндокринологу, а затем к хирургу по поводу аденомы ОЩЖ обратилась и была повторно обследована только в 2016 г. По данным УЗИ (29.07.2016): аденома правой ОЩЖ с признаками умеренного роста; узловой коллоидный зоб левой доли ЩЖ. На момент осмотра уровень паратгормона (ПТГ) – 586,7 пг/мл; общего кальция – 3,12 ммоль/л; фосфора – 0,66 ммоль/л. Проведено сцинтиграфическое исследование щитовидной и околощитовидных желез: признаки очаговой патологии (аденомы) ОЩЖ справа. Для подтверждения топического диагноза была назначена МРТ щитовидной и околощитовидных желез (14.02.2017). Заключение: аденома ОЩЖ справа, узел левой доли ЩЖ.

На момент поступления в стационар уровень ПТГ составил 674,2 пг/мл (референсные значения: 15–68,3 пг/мл); кальций ионизированный – 1,25 ммоль/л (1,12–1,30 ммоль/л); 25-ОН-витД – 9,2 нг/мл (30,0–100,0 нг/мл).

При осмотре больной в положении стоя область шеи не изменена, шея правильной конфигурации, без деформаций. При пальпации ЩЖ узловые образования не определяются. Пальпация безболезненна. Регионарные лимфатические узлы не увеличены.

В плановом порядке 06.03.2017 пациентка была взята на операцию с клиническим диагнозом: “Первичный гиперпаратиреоз, висцеральная форма. Аденома околощитовидной железы справа. Узловой эутиреоидный зоб I ст. (ВОЗ)”. Во время операции при ревизии в области нижней трети правой доли ЩЖ обнаружена резко увеличенная аденома ОЩЖ, которая практически полностью, за исключением верхнего полюса, располагалась загрудинно. Размеры аденомы – 5,8 × 3,5 × 1,5 см, вес – 16,5 г (рис. 1). Аденома выделена и удалена под визуальным контролем возвратного нерва. Кроме того, была выполнена резекция верхнего полюса (1/3) ЩЖ

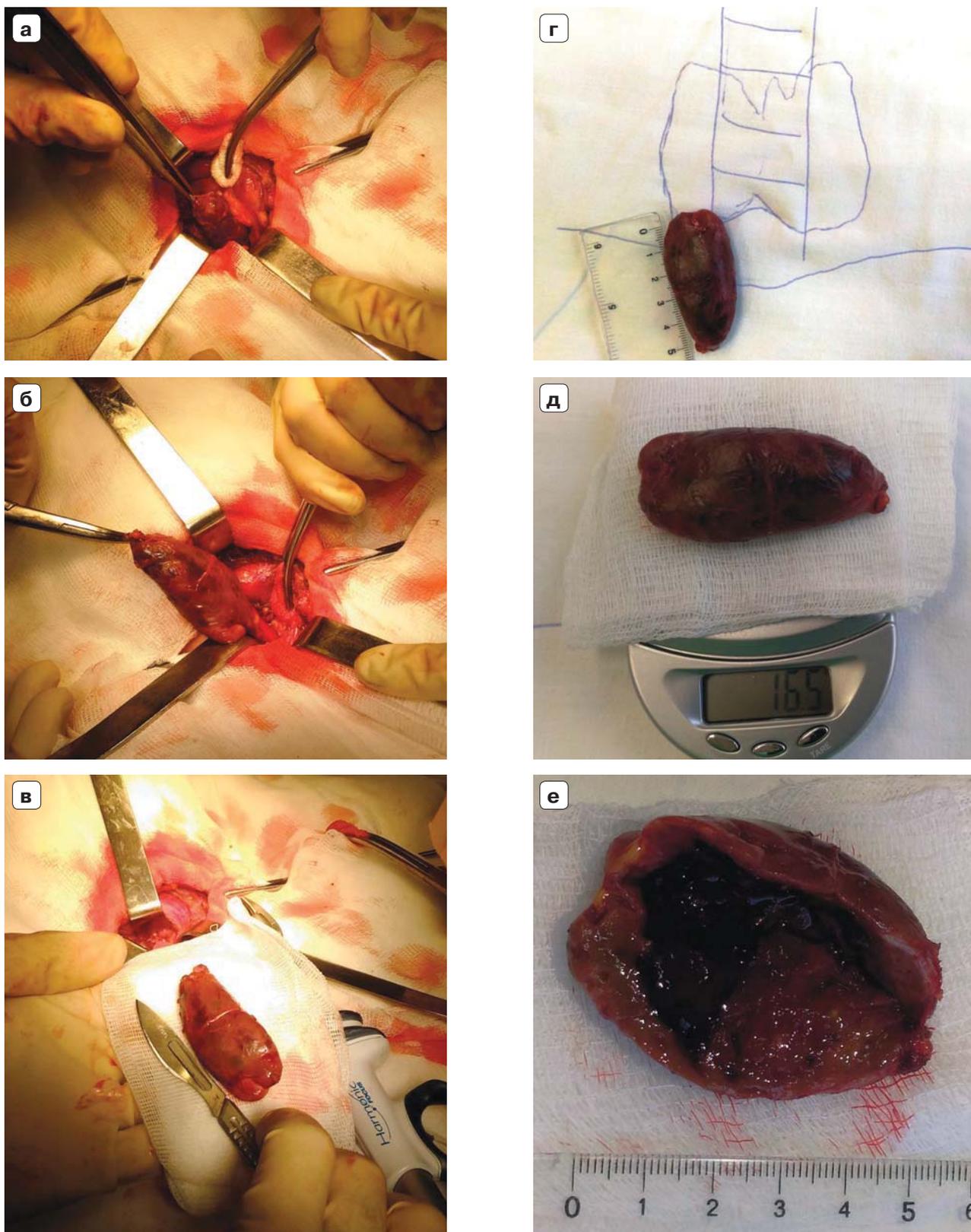


Рис. 1. Аденома околощитовидных желез справа: а – выделение верхнего полюса аденомы ОЩЖ; б – выделение и выведение аденомы ОЩЖ в операционную рану; в – аденома ОЩЖ после удаления; г – схема топического расположения аденомы; д – взвешивание аденомы на электронных весах; е – аденома ОЩЖ на разрезе.

слева с узлом. При патогистологическом исследовании – онкоцитарная аденома ОЩЖ; средне-фолликулярный нормотоксический зоб с аутоиммунным компонентом.

На следующий день после операции уровень ПТГ – 6,10 пг/мл; ионизированного кальция – 1,17 ммоль/л. Послеоперационный период протекал с проявлениями гипокальцемии, потребовавшей терапии активными метаболитами витамина Д и препаратами кальция; 11.03.2017 больная выписана в удовлетворительном состоянии под наблюдение хирурга и эндокринолога поликлиники.

Клинический случай 2

Пациент О., 67 лет, поступил в хирургическое отделение 27.02.2017 в плановом порядке с жалобами на ощущение кома в горле, общую слабость. Из анамнеза известно, что страдает мочекаменной болезнью с 2010 г. В 2015 г. больной был прооперирован по поводу рака предстательной железы (простатэктомия). При ультразвуковом контроле в отдаленном послеоперационном периоде (2016 г.) обнаружен камень в левой почке, его миграция потребовала катетеризации мочеточника. На фоне проведенной манипуляции возник острый гнойный обтурационный пиелонефрит с исходом в абсцесс и гнойный паранефрит, по поводу чего была выполнена нефрэктомия слева (март 2016 г.). При дальнейшем наблюдении был выявлен камень в правой почке, что послужило показанием к уретеролитотомии в ноябре 2016 г.

Наличие множественных камней в почках послужило толчком к назначению нефрологом поликлиники исследования ПТГ, выявлено повышение его уровня до 43,48 пмоль/л, при референсных значениях от 1,04 до 6,8 пмоль/л. При дальнейшем наблюдении уровень ПТГ повысился до 65,72 пмоль/л, т.е. в 9,7 раза больше верхней границы референсных значений (16.09.2016). Пациенту было выполнено УЗИ ЩЖ и ОЩЖ: аденомы ОЩЖ, слева больших размеров (suspt-r?); гиперплазия ЩЖ. Выполнена КТ шеи: аденомы ОЩЖ; гиперплазия ЩЖ; правая ОЩЖ 33 × 22 × 18 мм, левая 51 × 40 × 28 мм; в проекции ОЩЖ с обеих сторон определяются гиподенсные образования с четкими ровными контурами размерами справа до 14 × 10 мм, слева 25 × 22 мм; левая ОЩЖ смещает трахею вправо. По данным

сцинтиграфии ОЩЖ патологическое накопление радиофармпрепарата в проекции нижнего полюса левой доли ЩЖ размерами около 2 см, более характерен для аденомы. Проведена денситометрия бедра: МПКТ снижена до уровня остеопороза.

На момент поступления в хирургический стационар (27.02.2017) уровень ПТГ составил 876 пг/мл (15–68,3 пг/мл), т.е. уже в 12,8 раза больше верхней границы референсных значений нормы; общего кальция – 3,55 ммоль/л (2,1–2,55 ммоль/л); кальция ионизированного – 1,75 ммоль/л (1,12–1,30 ммоль/л).

При осмотре больного в положении стоя область шеи не изменена, шея правильной конфигурации, без деформаций. При пальпации ЩЖ определяется узловое образование справа плотноэластической консистенции 2 × 3 см. Пальпация безболезненна. Регионарные лимфатические узлы не увеличены.

С клиническим диагнозом “первичный гиперпаратиреоз, смешанная форма; аденомы правой и левой нижних ОЩЖ” 28.02.2017 больной был взят на операцию. Во время интубации трахеи отмечалась ее деформация и смещение до 5 см от средней линии вправо. При ревизии в области средней трети левой доли ЩЖ определяется резко увеличенная аденома ОЩЖ размерами 6,0 × 3,5 × 2,5 см с кистой в нижнем полюсе до 1,5 см в диаметре. Аденома удалена. В области средней трети правой доли, симметрично по сравнению с аденомой слева, найдена еще одна аденома ОЩЖ 2,5 × 1,5 × 1,0 см с кистой до 1,5 см в диаметре. Аденома также удалена. Масса удаленной аденомы слева – 40 г, справа – 3,5 г. При патогистологическом исследовании: светлоклеточные аденомы ОЩЖ с кистозно расширенными железами (рис. 2).

На следующий день после операции уровень ПТГ – 13,5 пг/мл (15–68,3 пг/мл); ионизированного кальция – 1,21 ммоль/л (1,05–1,38 ммоль/л). Послеоперационный период протекал с проявлениями гипокальцемии, потребовавшей терапии активными метаболитами витамина Д и препаратами кальция; 06.03.2017 больной выписан в удовлетворительном состоянии под наблюдение хирурга и эндокринолога поликлиники.

Следует отметить, что все оперативные вмешательства проводились под визуальным контролем возвратных нервов.

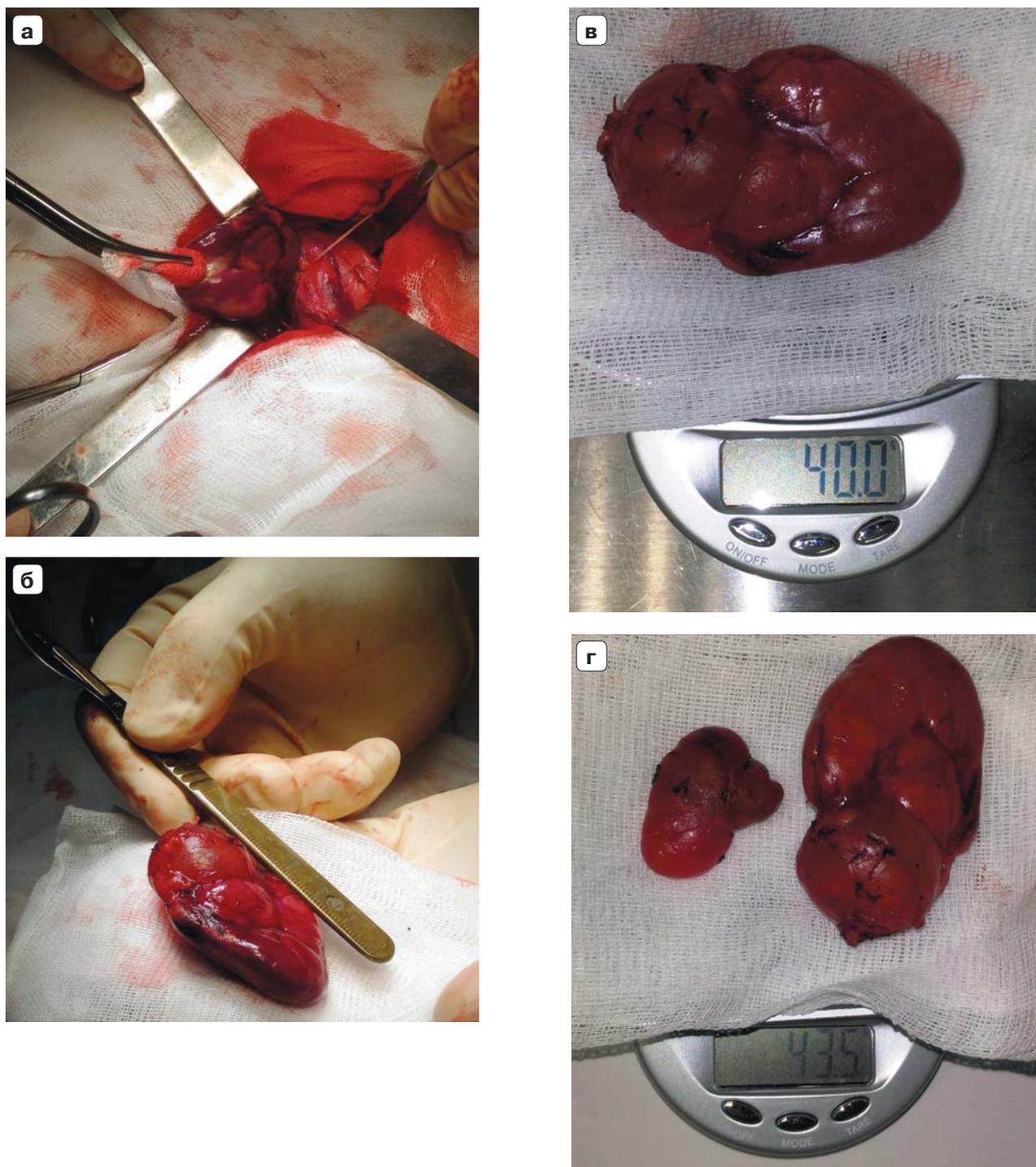


Рис. 2. Аденомы околощитовидных желез: а – выделение гигантской аденомы ОЩЖ слева; б – определение размеров аденомы ОЩЖ слева после ее удаления; в – взвешивание гигантской аденомы ОЩЖ на электронных весах; г – взвешивание удаленных аденом ОЩЖ;

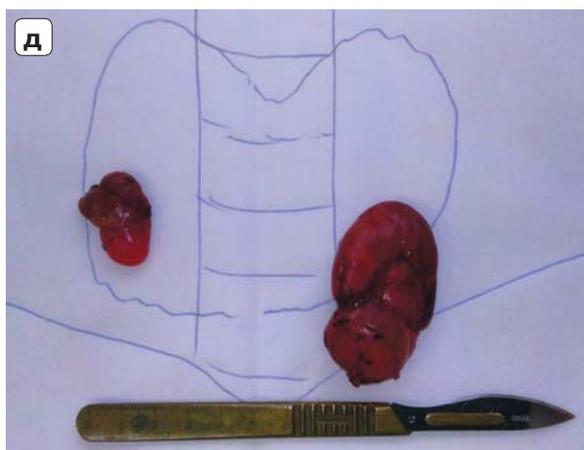


Рис. 2 (окончание). д – схема топического расположения удаленных аденом ОЩЖ; е – макроскопический вид удаленных аденом ОЩЖ на разрезе.

Заключение

Таким образом, случаи с длительным, своевременно нераспознанным течением ПГПТ, протекают с нарастанием клинической картины заболевания, которое может привести к инвалидизации пациента. Отсутствие скрининга по кальцию крови в РФ является серьезной преградой для своевременного оказания специализированной хирургической помощи пациентам с ПГПТ. Выявление ПГПТ на ранних этапах и оперативное удаление аденом ОЩЖ позволяют предупредить развитие осложнений как со стороны почек, так и со стороны других органов и систем.

Дополнительная информация

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Согласие пациентов. Медицинские данные опубликованы с письменного согласия пациентов.

Информация об авторах

***Макаров Игорь Валерьевич**, д.м.н., заведующий кафедрой хирургических болезней №1, декан педиатрического факультета [**Igor V. Makarov**, MD, PhD, Professor]; адрес: Россия 443068, Самара, ул. Ново-Садовая, д. 139, кв. 132 [address: 139-132 Novo-Sadovaya street, 443068 Samara, Russia]; e-mail: makarov-samgmu@yandex.ru; elibrary SPIN: 8082-9510; ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-1068-3330>

Прокофьева Наталья Александровна, старший лаборант кафедры хирургических болезней №1 [**Natalia A. Prokofieva**, MD]; e-mail: natasha.p783@mail.ru; elibrary SPIN: 6276-6873; ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-7620-6724>

Список литературы

1. Черенько С.М. Первичный гиперпаратиреоз: основы патогенеза, диагностики и хирургического лечения. – Киев; 2011. – 147 с. [Cherenko SM. *Primary hyperparathyroidism: pathogenesis, diagnosis and surgical treatment*. Kiev; 2011. 147 p. (in Russ.)]
2. Bilezikian JP, Khan AA, Potts JT, Jr., Third International Workshop on the Management of Asymptomatic Primary Hyperthyroidism. Guidelines for the management of asymptomatic primary hyperparathyroidism: summary statement from the Third International Workshop. *J Clin Endocrinol Metab*. 2009;94(2):335-339. doi: 10.1210/jc.2008-1763.
3. Хирургическая эндокринология. Руководство под ред. Калинина А.П., Майстренко Н.А., Ветшева П.С. – СПб.: Питер, 2004. – 941 с. [Kalinin AP, Maistrenko NA, Vetshev PS, editors. *Khirurgicheskaya endokrinologiya. Rukovodstvo*. Saint Petersburg: Piter; 2004. 941 p. (in Russ.)]
4. Романчишен А.Ф. Хирургия щитовидной и околощитовидных желез. – СПб.: ИПК "Вести", 2009. – 647 с. [Romanchishen AF. *Khirurgiya shchitovidnoi i okoloshchitovidnykh zhelez*. Saint Petersburg: IPK "Vesti"; 2009. 647 p. (in Russ.)]

Романов Роман Михайлович, ординатор кафедры хирургических болезней №1 [**Roman M. Romanov**, MD]; e-mail: romanovr2009@rambler.ru; eLibrary SPIN: 4064-3151; ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-7799-4865>

Ахматалиев Талгат Хабибуллаевич, ординатор кафедры хирургических болезней №1 [**Talgat K. Akhmataliev**, MD]; e-mail: amir-akhmataliev@yandex.ru; eLibrary SPIN: 8288-2431; ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-6626-9614>

Как цитировать

Макаров И.В., Прокофьева Н.А., Романов Р.М., Ахматалиев Т.Х. Хирургическое лечение гигантских аденом околощитовидных желез при первичном гиперпаратиреозе // Эндокринная хирургия. – 2017. – Т. 11. – №1. – С.38–44. doi: 10.14341/serg2017138-44

To cite this article

Makarov IV, Prokofjeva NA, Romanov RM, Akhmataliev TK. Surgical treatment of giant adenomas of parathyroid glands in primary hyperparathyroidism. Endocrine Surgery. 2017;11(1):38-44. doi: 10.14341/serg2017138-44

Рукопись получена: 12.03.2017. **Рукопись одобрена:** 28.04.2017.

Received: 12.03.2017. **Accepted:** 28.04.2017.