

М.П. Павловський, Н.І. Бойко, В.В. Хом'як

ДОСВІД ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ПЕРВИННОГО ГІПЕРПАРАТИРЕОЗУ

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, Львів

ВСТУП

Первинний гіперпаратиреоз (ПГПТ) належить до найпоширеніших хвороб ендокринної системи, поступаючи частотою цукровому діабету та патології щитоподібної залози [4]. У країнах, де запроваджено тотальний скринінг загального кальцію, хворобу виявляють на ранніх передклінічних стадіях, коли у хворого ще немає жодних скарг або асоційованих хвороб [3]. В Україні ПГПТ, зважаючи на пізню діагностику, спричиняє незворотні зміни у внутрішніх органах і навіть інвалідизацію пацієнтів, хвороба не належить до рідкісних, адже за приблизними підрахунками виявляють близько 100 випадків ПГПТ щороку. Отже, поліпшення діагностики шляхом широкого впровадження скринінгу кальцію, інформування широкого кола медиків про клінічні форми ПГПТ і покращення лікування хвороби, — це актуальні питання, які слід вирішувати в Україні [1, 2].

МАТЕРІАЛ І МЕТОДИ

Об'єктом нашого вивчення стали 78 хворих на ПГПТ, яких оперували у клініці факультетської хірургії протягом 1985-2008 років. Хворобу виявили у 69 жінок і 9 чоловіків, середній вік — $54 \pm 8,7$ року.

Обстеження пацієнтів проводили у два етапи: перший — клінічно-лабораторна верифікація діагнозу ПГПТ, другий — тепліша діагностика патологічно змінених прищитоподібних залоз (ПЩЗ). Для встановлення діагнозу опиралися на наявність характерних скарг і симптомів захворювання, визначали рівні загального та іонізованого кальцію, неорганічного фосфору, хлоридів, лужної фосфатази, креатиніну, а також інтактного паратгормону (ПТГ), який визначали за допомогою двохетапного імунорадіометричного набору BioSource hPTH-120 min-IRMA (BioSource Europe S.A., Бельгія) або аналогічного набору фірми CIS bio International (Франція).

Для локалізації патологічно змінених ПЩЗ проводили ультрасонографію (УСГ), одноізотопну двофазну скінтиграфію з 2-метоксиізобутил-ізонітрилом (Sestamibi), міченим радіонуклідом ^{99m}Tc , комп'ютерну томографію (КТ).

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ

З метою поширення інформації про ПГПТ серед

лікарів, які щодня можуть стикатися з проявами цього захворювання (урологи, гастроентерологи, травматологи, стоматологи), ми читали лекції, виступали на ранкових нарадах у відповідних відділеннях лікарень, доповідали на засіданнях осередків асоціацій гастроентерологів, урологів, травматологів тощо. Крім цього, ми відбираємо пацієнтів, у яких діагноз ПГПТ є найбільш імовірним: хворі з поєднанням двох і більше хвороб, характерних для ПГПТ (сечокам'яна та жовчнокам'яна хвороби, патологічні переломи, остеопороз, виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки, гіпертонічна хвороба). У цих пацієнтів визначаємо загальний та іонізований кальцій. Кількість верифікованих таким чином випадків ПГПТ у клініці протягом 2006-2008 років склала 10-11 щорічно. До запровадження такої схеми у клініці оперували 3-4 хворих на ПГПТ щороку. Це дозволяє нам твердити про ефективність такого "вибіркового" скринінгу.

У хворих найчастіше діагностували мішану форму ПГПТ, яку верифікували у 27 (34,6%) осіб, що відображає пізню діагностику ПГПТ, коли у пацієнта є яскраво виражена клінічна картина хвороби.

Другою за частотою стала асимптомна форма ПГПТ — у 25 (32%) хворих. У цих пацієнтів ПГПТ найчастіше діагностували під час хірургічного втручання з приводу патології щитоподібної залози, а патологічно змінена ПЩЗ була випадковою знахідкою. Таку високу частоту виявлення асимптомної форми ПГПТ пов'язуємо з підвищеною настороженістю лікарів стосовно цієї патології протягом останніх років.

Значно рідше ми підтверджували ізольовані ураження органів і систем у хворих на ПГПТ, зокрема такі його форми, як ниркову — у 10 (12,8%), вісцеральну — у 8 (10,3%), кісткову — у 8 (10,3%) хворих.

Зважаючи на доступність і відсутність впливу шкідливих чинників під час обстеження, усім хворим проводили УСГ як перший етап локалізації ПЩЗ. За показаннями хворим проводили УСГ дослідження органів черевної порожнини, нирок. Використовуючи ультрасонографічну характеристику ПЩЗ, ми диференціювали аденому, гіперплазію та карциному. Одноізотопну двофазну скінтиграфію застосували у 9 (11,5%) хворих на ПГПТ. Проводили дослідження лише за показання-

ми, як додатковий метод у випадку низької інформативності УСГ. У трьох випадках проводили КТ, але виявити патологічно змінені ПЩЗ у цих пацієнтів не вдалося. Вважаємо поєднання УСГ та одноізотопної двофазної сцинтиграфії за показаннями найбільш ефективними методами обстеження хворих з метою діагностування ПГПТ.

У поопераційний період критерієм ефективності хірургічного лікування було досягнення нормокальціємії. Протягом перших 36 годин у всіх хворих рівень загального кальцію нормалізувався або знизився нижче від 2,0 ммоль/л. Найнижче рівень кальцію знижувався до $1,55 \pm 0,14$ ммоль/л на 4-6-у добу по операції у пацієнтів з ураженням кісток, що, на нашу думку, свідчить про розвиток у хворих синдрому "голодних кісток". Поопераційна летальність дорівнювала 2,6%: померли двоє хворих із тяжким перебігом мішаної форми ПГПТ.

ВИСНОВКИ

1. У сучасних умовах найбільш раціональним підходом до поліпшення діагностики ПГПТ є "вибірковий" клінічно-лабораторний скринінг.

2. УСГ є найбільш доступним та ефективним методом діагностики ПГПТ, якщо ПЩЗ розташовано типово; у сумнівних випадках її слід доповнювати одноізотопною двофазною сцинтиграфією із ^{99m}Tc -Sestamibi.

3. Хірургічне втручання є ефективним методом лікування ПГПТ, який дозволяє досягти добрих віддалених результатів. У пацієнтів із мішаною та кістковою формами ПГПТ у ранній поопераційний період слід передбачити тривалу гіпокальціємію та планувати замісну терапію.

ЛІТЕРАТУРА

1. Комісаренко І.В., Рибаків С.Й., Коваленко А.Є., Кваченюк А.М. Клінічні аспекти первинного гіперпаратиреозу // "Сучасні напрямки розвитку ендокринології" (Другі Данилевські читання). — Харків. — 2003. — С. 100-101.
2. Ларін О.С., Черенько С.М. Досягнення і проблеми у

діагностиці та лікуванні первинного гіперпаратиреозу в Україні // "Современные аспекты хирургического лечения эндокринной патологии" Первый украинско-российский симп. по эндокринной хирургии с междунар. участием. — Киев. — 2006. — С. 97-99.

3. Jorde R., Bonna K.H., Sundsfjord J. Primary hyperparathyroidism detected in a health screening: the Tromso study // Journal of Clinical Epidemiology. — 2000. — Vol. 53, №5. — P. 1164-1169.
4. Potts J.T., Ackerman I.P., Barker C.F., Brennan M.F., Coburn J.W. Diagnosis and Management of Asymptomatic Primary Hyperparathyroidism. National Institute of Health Consensus Statement. — 1990. — 18 p.

РЕЗЮМЕ

Опыт диагностики и лечения первичного гиперпаратиреоза

М. Павловский, Н. Бойко, В. Хомяк

В работе авторы анализируют 78 случаев первичного гиперпаратиреоза, которые были оперированы в клинике факультетской хирургии Львовского национального медицинского университета имени Данилы Галицкого на протяжении 1985-2008 годов. Предложенная система "выборочного" скрининга позволила улучшить диагностику первичного гиперпаратиреоза. В статье оценена эффективность методов локализации патологически измененных паращитовидных желез, приведены результаты хирургического лечения.

Ключевые слова: первичный гиперпаратиреоз, паращитовидные железы, ультрасонография, сцинтиграфия с ^{99m}Tc -Sestamibi, хирургическое лечение.

SUMMARY

Experience in management of primary hyperparathyroidism

M. Pavlovsky, N. Bojko, V. Khomyak

In research work authors analysed 78 cases of primary hyperparathyroidism operated in the clinic of faculty surgery department of Lviv national medical university by Danylo Galytski during 1985-2008. Proposed system of "partial" screening improved the diagnostics of primary hyperparathyroidism. In the article efficiency of localization procedures for pathological parathyroid glands was researched; authors showed the results of surgical treatment.

Key words: primary hyperparathyroidism, parathyroid glands, ultrasound examination, ^{99m}Tc -Sestamibi scanning, surgical treatment.