

© Т. Д. Евменова, Л. Г. Лямина, 2014
УДК 616.441-008.61-089.168

Т. Д. Евменова, Л. Г. Лямина

ОТДАЛЁННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВТОРИЧНОГО ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА У ПАЦИЕНТОВ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ПРОГРАММНОМ ГЕМОДИАЛИЗЕ

ГАУЗ «Кемеровская областная клиническая больница» (главврач — Е. Г. Белов)

Ключевые слова: вторичный гиперпаратиреоз, паратиреоидэктомия

Введение. Согласно данным российского эпидемиологического исследования в 2007–2008 гг., приведённых в Национальных рекомендациях по минеральным и костным нарушениям при хронической болезни почек (2010), подчёркивается, что распространённость вторичного гиперпаратиреоза среди пациентов на диализе в Российской Федерации выше, чем во многих странах. Последнее диктует необходимость большей активности в отношении вмешательств на парацитовидных железах. Это, прежде всего, касается больных с длительным сроком диализной терапии, у которых околощитовидные железы (ОЩЖ) подверглись аденоматозной «трансформации», иными словами — пациентов, перешагнувших так называемую «точку невозврата» [2]. Единственным способом эффективной помощи этой категории больных является паратиреоидэктомия (ПТЭ).

В отличие от большинства авторов мы не проводим субтотальную ПТЭ либо ПТЭ с ауто-трансплантацией ткани ОЩЖ, так как полагаем, что это неизбежно ведёт к рецидиву гиперпаратиреоза. Подтверждением этому могут служить работы Л. В. Егшатын и соавт. [4]; R. Schneider и соавт. [5], по которым частота рецидива при субтотальной ПТЭ, ПТЭ с ауто-трансплантацией ткани ОЩЖ и тотальной ПТЭ составила 50; 37,5; 16,7 и 9,5; 5,4; 0% соответственно [4, 5].

Поскольку по литературным данным отдалённые сроки наблюдения в большинстве своём составляют 4–5 лет, мы провели анализ результатов тотальной ПТЭ при вторичном

гиперпаратиреозе у больных, сроки наблюдения за которыми превысили 5 лет.

Материал и методы. С 2002 г. оперированы 52 больных с вторичным гиперпаратиреозом (ВГПТ). Отдалённые результаты прослежены у 20 из них.

Двое больных умерли через 7 и 8 лет после ПТЭ от острого нарушения мозгового кровообращения. Клинически и лабораторно в течение этих лет рецидива ВГПТ у них не было.

18 больных (6 мужчин и 12 женщин) в возрасте (44±1,69) года продолжают лечение гемодиализом. Срок наблюдения составил у 15 из них 6–10 лет и у 3 — 11–12 лет.

У 15 больных терминальная почечная недостаточность развилась на почве хронического гломерулонефрита, у 3 — поликистоза почек. Продолжительность диализного периода до операции составила (9,6±0,69) года.

Мониторинг уровня паратиреоидного гормона (ПТГ) проводили ежегодно. Визуализацию ОЩЖ осуществляли при ультразвуковом исследовании (УЗИ) и сканировании с ^{99m}Tc-технетрилом. Определяли уровни фосфора, ионизированного и общего кальция, проводили рентгенографию и денситометрию костей.

Показаниями к хирургическому лечению считали: сохраняющийся высокий уровень ПТГ (800 пг/мл и выше), высокое фосфорно-кальциевое произведение (более 5,5 ммоль/л), кальцификацию мягких тканей и сосудов, прогрессирование костно-суставных изменений, переломы костей, уменьшение в росте.

Всем больным выполнена тотальная ПТЭ, у 4 из них удалена пре-, паратрахеальная и верхняя медиастинальная клетчатка с отростками вилочковой железы.

Результаты и обсуждение. Суммарная масса удалённых ОЩЖ составил (6,1±0,58) г. Гистологически у всех верифицированы аденоматозная гиперплазия и аденомы ОЩЖ. В удалённой клетчатке у 1 больного выявлена эктопированная ОЩЖ, у 3 — диагностирован паратиреоматоз.

Уровень ПТГ с дооперационного (1784,3±225,67) пг/мл в ранние сроки после ПТЭ

Сведения об авторах:

Евменова Татьяна Дмитриевна, Лямина Лилия Геннадьевна (e-mail: dr-oncolog2006@rambler.ru), Кемеровская областная клиническая больница, 650066, г. Кемерово, пр. Октябрьский, 22

снизился до $(26,4 \pm 8,6)$ пг/мл и в настоящее время составляет $(60,8 \pm 21,71)$ пг/мл.

Содержание сывороточного кальция и фосфора до операции составило $(2,6 \pm 0,07)$ и $(2,59 \pm 0,1)$ ммоль/л, фосфорно-кальциевое произведение — $(6,69 \pm 0,3)$ ммоль/л; в отдалённые сроки после операции — $(2,08 \pm 0,05)$; $(1,87 \pm 0,12)$ и $(3,86 \pm 0,24)$ ммоль/л соответственно.

Средний уровень гемоглобина в эти же сроки был равен $(96 \pm 4,38)$ и $(113,1 \pm 3,87)$ г/л. Систolicкое артериальное давление с $(204 \pm 9,78)$ снизилось до $(127,2 \pm 4,03)$, диastolicкое — с $(108,89 \pm 4,19)$ до $(77,78 \pm 2,22)$ мм рт.ст.

Мы полагаем, что достаточный уровень ПТГ у этой категории больных может поддерживаться за счёт паратиреоматоза, на что указывают зарубежные авторы [7], и о выявлении которого мы сообщали ранее [1, 3]. Возможны также варианты наличия эктопированных или добавочных ОЩЖ в ткани вилочковой железы [6].

Практически нормальный уровень кальция сохраняется на фоне приёма сравнительно небольших доз фосфат-биндеров и синтетических аналогов витамина D. На момент исследования 14 человек принимают карбонат кальция (2–4 г/сут) и альфаD3тева (0,25–0,5 мкг/сут), 5 — только карбонат кальция в дозе 2–4 г/сут. Две больные с тенденцией к гиперфосфатемии принимают ацетат кальция и ренагель.

Клиническую оценку состояния больных проводили по частоте проявления основных синдромов ВГПТ: общей слабости, кожного зуда, костно-суставного и мышечного болевых синдромов, нарушения походки, патологических переломов, тяжёлой артериальной гипертензии и анемии.

У всех больных исчез кожный зуд, не было новых патологических переломов, у большинства отсутствовали боли в костях и суставах. У 5 больных, спустя 5–6 лет, после ПТЭ — стали появляться эпизодически после физической нагрузки. Только у 1 из них через 10 лет после операции боли в коленных суставах приобрели постоянный характер, что совпало с повышением уровня ПТГ до 335 пг/мл.

С учётом того, что общий диализный стаж у больных к настоящему времени достиг $(16,75 \pm 1,58)$ года, сохраняющиеся иногда высокое артериальное давление, слабость, особенно после диализа, возврат к эпостимам, отменённым в первые годы после ПТЭ, мы не расцениваем как рецидив ВГПТ. Тем более, что у абсолютного большинства больных уровень ПТГ, как показано выше, остаётся в пределах нормы.

По лингвистической шкале субъективной оценки состояния больного (очень хорошее, хорошее, среднее, плохое, очень плохое) до операции 17 больных из 20 (85%) оценивали состояние как «плохое» и «очень плохое» и, напротив, в отдалённые сроки после тотальной ПТЭ 14 человек из 18 (78%) — как «хорошее» и «очень хорошее»; 4 — как «среднее».

Вывод. Тотальная паратиреоидэктомия является эффективным методом лечения вторичного гиперпаратиреоза у больных с терминальной почечной недостаточностью.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Евменова Т.Д., Лямина Л.Г., Бурматов Н.П. Хирургическая тактика при вторичном гиперпаратиреозе // Современные аспекты хирургической эндокринологии: Материалы II Украинск.-Российск. симпозиум. Харьков, 2011. С. 131–134.
2. Евменова Т.Д., Лямина Л.Г., Мошнегуц С.В. К вопросу о хирургическом лечении вторичного (почечного) гиперпаратиреоза // Современные аспекты хирургической эндокринологии: Материалы XX Российск. симпозиум. с междунар. участием. Казань, 2012. С. 101–105.
3. Евменова Т.Д., Мальцев Р.В., Орлов Н.М., Шайдулина О.Г. Три случая паратиреоматоза у больных, находящихся на программном гемодиализе // *Анналы хир.* 2007. № 6. С. 64–65.
4. Егшатын Л.В. Эффективность терапевтического и хирургического лечения вторичного гиперпаратиреоза у пациентов, получающих заместительную почечную терапию программным гемодиализом // *Междунар. эндокрин. журн.* 2012. № 3. С. 25–34.
5. Schneider R., Slater E.P., Karakas E. et al. Intal parathyroid surgery in 606 patients with renal hyperparathyroidism // *World J. Surg.* 2012. Vol. 36, № 2. P. 318–326.
6. Schneider R., Weldmann J., Ramaswamy A. Frequency of ectopic and supernumerary intrathyroid parathyroid gland in patients with renal hyperparathyroidism: analysis of 461 patients undergoing intal parathyroidectomy with bilateral cervical thymectomy // *World J. Surg.* 2011. Vol. 35, № 6. P. 1260–1265.
7. Stehman-Breen C., Muirhead N., Thorning D., Sherrard D. Secondary hyperparathyroidism complicated by parathyromatosis // *Amer. J. Kidney Dis.* 1996. Vol. 28. P. 502–507.

Поступила в редакцию 18.06.2014 г.

T. D. Evmenova, L. G. Lyamina

LONG-TERM RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF SECONDARY HYPERPARATHYROIDISM IN PATIENTS USING A PROGRAM HEMODIALYSIS

Kemerovo regional clinical hospital

The efficacy of total parathyroidectomy was shown in 18 patients with renal hyperparathyroidism after 6–12 years period after operation. The authors accepted the total parathyroidectomy as a reasonable way for treatment of secondary hyperparathyroidism in patients with long-term dialysis therapy.

Key words: secondary hyperparathyroidism, parathyroidectomy