

МАЛОИНВАЗИВНОЕ ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВТОРИЧНОГО ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА.

Стародубов А.Ю.¹, Мун Е.В.², Кокошко А.И.³, Канафина Ш.М.⁴ Жунусов А.З.¹

¹ЦЭГ «B.V.NURA» г.Астана, Казахстан.

²ГКП на ПХВ «Городская больница №1» г.Астана, Казахстан.

³СМП и анестезиологии - реаниматологии АО «МУА» г.Астана, Казахстан.

⁴ТОО «B.V.NURA» г.Астана, Казахстан.

В настоящее время совершенствование диализной службы и диализной терапии позволило существенно улучшить прогноз при терминальной хронической почечной недостаточности. Нарушение минерально-костного обмена является характерным осложнением диализной терапии и оказывает значительное влияние на выживаемость и качество жизни пациентов. Профилактика и терапия минерально-костных нарушений является актуальной проблемой.

Вторичный гиперпаратиреоз (ВГПТ) – частое и серьезное осложнение хронической болезни почек (ХБП) среди пациентов как на диализе, так на преддиализной стадии. Повышение уровня паратиреоидного гормона (ПТГ) на ранних стадиях носит компенсаторный характер. При прогрессировании ХБП происходит гиперплазия околотитовидных желез, автономный синтез ПТГ, что приводит к декомпенсации минерального обмена.

Согласно рекомендациям KDIGO, распространенность вторичного гиперпаратиреоза среди пациентов ХБП III-V стадии составляет 32%, среди пациентов, получающих лечение программным гемодиализом - 34%.

Цель исследования. Внедрение в клиническую практику селективную эмболизацию аденом паращитовидных желез, как метода оперативного лечения ВГПТ.

Клиническое наблюдение. Пациент Ж., 36 лет, с диагнозом ХБП-5 стадии. С 13 лет страдает геморрагическим васкулитом. Первые проявления ХБП с 1999 года. С 2000 года начата заместительная почечная терапия программным гемодиализом (оценка уровня ПТГ с 2000 по 2007 год не проводилась). В анамнезе отмечалась гиперфосфатемия до 2,5 ммоль/л., с повышением кальциево-фосфорного произведения до 8 ммоль²/л². Со слов пациента фосфатсвязывающие препараты до 2010 года не принимал. С 2010 года регулярно принимает фосфатсвязывающие препараты, цинакальцет, альфакальцидол. В анамнезе имелись множественные патологические переломы. В период с 2015 по 2018 год рост пациента уменьшился на 20 см (с 178 до 158 см).

Из анамнеза так же известно, что в 2001 и 2007 проведена трансплантация почки. С 2011 года возвратная нефропатия, ТХПН.

В июле 2018 года в плановом порядке поступил в стационар для планируемого оперативного лечения на паращитовидные железы.

По данным лабораторного обследования отмечались гипокальциемия (1,81 ммоль/л), гиперфосфатемия (2,8 ммоль/л), увеличение кальциево-фосфорного произведения до 5,332 ммоль²/л² (нормальный диапазон ниже 4,44 ммоль²/л²). Уровень ПТГ - 2550 пг/мл (допустимое значение для пациентов с ХБП 5 стадии на диализе 150-300 пг/мл)

УЗИ: по задней поверхности средней части левой доли ЩЖ визуализируется два гипозоногенных образования размерами 0,9 см*0,9 см и 1,3 см*1,2 см. По задней поверхности средней части правой доли ЩЖ визуализируется гипозоногенная зона неправильной формы размерами 1,0 см*0,6 см.

Сцинтиграфия: образование у нижнего полюса щитовидной железа справа и слева, что может свидетельствовать о аденомах ПЖ

Остеодинцитометрия: истончение кортикального слоя, деформация дистальных фаланг пальцев.

При КТА образование в области заднего контура нижнего полюса правой и левой долей щитовидной железы, характерных для аденом паращитовидных желез.

Хирург эндокринолог: вторичный гиперпаратиреоз.

Учитывая, что пациент постоянно и регулярно принимает базисную терапию без ожидаемого и должного эффекта необходимо провести оперативное лечение, метод оперативного лечения предпочтителен селективная эндоваскулярная эмболизация аденом.

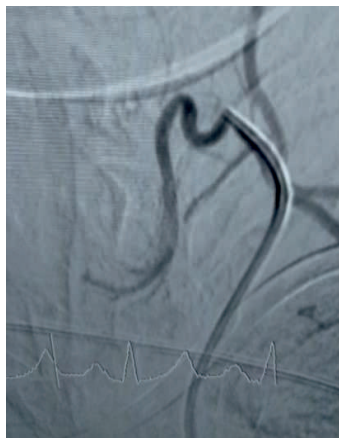
Результаты. Проведено плановое оперативное лечение – селективная эндоваскулярная эмболизация аденом паращитовидных желез. Доступ к ангиограмме был получен через правую бедренную артерию.

На вторые сутки уровень ПТГ снизился до 1100 пг/мл., на третьи сутки ПТГ-800 пг/мл. Критического снижения уровня кальция в крови не отмечалось.

Рисунок 1-2. До операции:



После операции:



Выводы. Адекватное лечение ВГПТ должно быть начато насколько возможно рано и проводиться в специализированных клиниках. Одним из методов лечения ВГПТ может быть эмболизация аденом паращитовидных желез. Данный метод является альтернативным и малоинвазивным оперативным лечением ВГПТ. У пациентов и специалистов появилась возможность выбора в тактике лечения хирургического вмешательства. Эмболизация является надежной процедурой и может быть полезна в случае, когда достигнут терапевтический тупик.