

ДИАГНОСТИКА ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА

Е.В. Бруцкая-Стемпковская¹, Э.С. Богомолова²

¹УО «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск, Беларусь;

²Минский городской клинический онкологический центр, г. Минск, Беларусь

Первичный гиперпаратиреоз (ПГПТ) представляет собой клинико-лабораторный симптомокомплекс, развивающийся в результате гиперпродукции паратиреоидного гормона (ПТГ) патологически измененными паращитовидными железами (ПЩЖ) и проявляющийся синдромом гиперкальциемии и полиорганными нарушениями различной степени выраженности.

Частота встречаемости ПГПТ в разных странах составляет 0,2-1% в общей популяции, у женщин в менопаузе – до 2%. В Республике Беларусь по данным эпидемиологического исследования, проведенного в г. Минске в 2015 году, частота встречаемости ПГПТ в общей популяции составила 1,2%, у женщин в менопаузе – 3,4%. В то же время, по данным официальной статистики, общая зарегистрированная заболеваемость ПГПТ в 2014 г. составила 0,00155 на 100 человек, что свидетельствует о большом количестве не диагностированных пациентов.

Диагностика ПГПТ основана на выявлении гиперкальциемии, которая является диагностическим лабораторным маркером заболевания, как при наличии клинических симптомов, так и в случае мягких форм ПГПТ, и сопровождается повышенным или высоконормальным содержанием ПТГ в сыворотке крови.

В последние годы частота встречаемости ПГПТ во многих странах значительно увеличилась за счет внедрения скрининга гиперкальциемии. В Республике Беларусь частота встречаемости гиперкальциемии составила 2,6 на 100 человек, что свидетельствует о недостаточной экономической целесообразности внедрения популяционного скрининга гиперкальциемии, в связи с чем в 2018 году был разработан и внедрен в практическое здравоохранение четырехэтапный алгоритм диагностики ПГПТ, основанный на скрининге гиперкальциемии в группах риска (женщины старше 50 лет и пациенты с наличием хотя бы одного заболевания, ассоциированного с ПГПТ (ЖКБ, МКБ, язвенная болезнь желудка и (или) 12-перстной кишки, низкотравматические переломы, компоненты синдромов МЭН).

При подтвержденной гиперкальциемии проводится определение ПТГ в плазме или сыворотке крови.

Выявление повышенного уровня ПТГ₁₋₈₄ одновременно с увеличением концентрации общего и/или ионизированного кальция сыворотки является достоверным лабораторным критерием для подтверждения диагноза ПГПТ.

Выявление верхненормального уровня ПТГ (на верхней границе референтного интервала, но не выходящего за его пределы) при наличии гиперкальциемии также может подтверждать наличие ПГПТ.

Проведение диагностического поиска только на основании данных биохимического и гормонального исследования не всегда позволяет верифицировать причину возникновения гиперкальциемии и гиперпаратиреоза.

Для подтверждения первичного поражения ПЩЖ с целью исключения других нозологических форм, сопровождающихся увеличением ПТГ и гиперкальциемией, проводится определение СКФ, неорганического фосфата крови, витамина Д сыворотки крови и оценка экскреции кальция с мочой.

Проведение топической диагностики ПГПТ целесообразно при планировании паратиреоидэктомии. Алгоритм топической диагностики ПГПТ предусматривает в качестве метода первого выбора УЗИ органов шеи.

При невозможности верификации патологически измененных ПЩЖ с помощью УЗИ показано применение других методов визуализации: сцинтиграфии с ⁹⁹Tc – MIBI, однофотонной эмиссионной компьютерной томографии, мультиспиральной компьютерной томографии с контрастированием, 4D-компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, позитронно-эмиссионной томографии.

Рутинное использование тонкоигольной аспирационной пункционной биопсии ПЩЖ не включено в алгоритм обследования пациентов с ПГПТ, поскольку не имеет высокой диагностической значимости.

Следует учитывать, что УЗ-диагностика патологии ПЩЖ не является высокоспецифичным методом. Выявление УЗ-признаков увеличенных ПЩЖ в типичных областях их расположения не всегда достоверно свидетельствует о наличии гиперплазии, аденомы или рака ПЩЖ.

С целью изучить эффективность скрининга патологии ПЩЖ методом УЗД проведено обследование пациентов с наличием УЗ-признаков гиперплазии ПЩЖ.

Проведено исследование 27 пациентов (женщин – 21, мужчин – 6) с наличием УЗ-признаков гиперплазии ПЩЖ. Проведено клиническое обследование, включающее оценку общего и ионизированного кальция, фосфора, витамина Д, ПТГ, креатинина, СКФ, ТПАБ, УЗИ ОБП и сцинтиграфия ПЩЖ по показаниям.

Средний возраст пациентов составил $60,2 \pm 5,23$ года. При анализе полученных результатов, только 44,4% (n=12) пациентов имели повышенный или высоконормальный уровень ПТГ в сыворотке крови, из них гиперкальциемия выявлена у 41,7% (n=5) пациентов; у 25,9% (n=7) пациентов по результатам ТПАБ установлен диагноз узлового зоба с локализацией узла в добавочной доле щитовидной железы (справа в проекции нижнего полюса); у 22,2% (n=6) пациентов выявлены измененные лимфоузлы; в 7,4 % (n=2) случаев причины гиперплазии ПЩЖ не установлены.

Выводы: ультразвуковой метод исследования ПЩЖ не может рекомендоваться как самостоятельный скрининговый метод диагностики заболеваний ПЩЖ.

Заключение. Основой ранней диагностики ПГПТ является скрининг кальциемии у пациентов из групп риска (наличие одного и более ПГПТ-ассоциированных факторов, женщины в возрасте 51–70 лет). Разработанный пошаговый четырех этапный алгоритм диагностики ПГПТ включает сбор анамнеза и обследование пациента с целью выявления ПГПТ-ассоциированных состояний и включения его в группу риска, двукратное исследование кальциемии у пациентов из групп риска, исследование ПТГ и дифференциально-диагностический поиск, что позволяет улучшить диагностику заболевания и оптимизировать себестоимость обследования.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ «РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ
ЦЕНТР РАДИАЦИОННОЙ МЕДИЦИНЫ И ЭКОЛОГИИ ЧЕЛОВЕКА»

**«Актуальные проблемы
эндокринологии и эндокринной хирургии»**
(г. Гомель, 12 ноября 2024 г.)

Материалы республиканской
научно-практической конференции,
с международным участием

Под общей редакцией
доктора медицинских наук, профессора А.В. Рожко

Гомель
ГУ «РНПЦ РМиЭЧ»
2024