

Management // Sophia Antipolis, France: European Society of Cardiology. — 2004. — P. 56.

6. RDTF Report on patient registries in the field of rare diseases (June 2011) http://ec.europa.eu/health/rare_diseases/docs/patient_registries_rev2011.pdf.

Контактная информация

Кириллов Кирилл Олегович — врач сердечно-сосудистый хирург, Волгоградский областной клинический кардиологический центр, e-mail: k.o.kirillov@mail.ru

УДК 611.447

ЭКТОПИРОВАННАЯ В СРЕДОСТЕНИЕ АДЕНОМА ОКОЛОЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ КАК ПРИЧИНА ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

А. В. Зубков, А. И. Краюшкин, В. Л. Загребин, В. Б. Барканов

*Волгоградский государственный медицинский университет,
кафедра анатомии человека, кафедра гистологии, эмбриологии, цитологии, кафедра судебной медицины*

Сочетание первичного гиперпаратиреоза и острого панкреатита — редкая патология. Эктопированные аденомы околощитовидных желез (ОЩЖ) в средостение являются причиной первичного гиперпаратиреоза в 5—10 % случаев. Удаление аденомы заканчивается излечением от заболевания. Проконсультирована женщина 71 года с острым панкреатитом и повышенным уровнем кальция крови. В процессе исследования, при помощи компьютерной томографии, была обнаружена ectopированная аденома ОЩЖ в средостение. Опухоль удалена воротниковым доступом на шее. После чего пришли в норму показатели уровня кальция и паратиреоидного гормона. Острые панкреатиты в сочетании с повышенным уровнем кальция крови должны наводить на мысль о наличии возможного первичного гиперпаратиреоза. Точная дооперационная диагностика расположения аденомы с использованием компьютерной томографии шей является залогом успешного хирургического лечения.

Ключевые слова: околощитовидная железа, ectopia, аденома, панкреатит.

ECTOPIC MEDIASTINAL PARATHYROID ADENOMA AS A CAUSE OF ACUTE PANCREATITIS

A. V. Zubkov, A. I. Krayushkin, V. L. Zagrebin, V. B. Barkanov

A combination of primary hyperparathyroidism and acute pancreatitis is a rare pathology. Ectopic mediastinal parathyroid adenomas cause primary hyperparathyroidism in 5—10 % cases. The removal of adenoma cures the disease. A 71-old woman with acute pancreatitis and hypercalcemia was consulted. In the course of investigation the computer tomography revealed an ectopic mediastinal parathyroid adenoma. The tumor was removed via collar incision on the neck. Later, the calcium level and parathyroid hormone indicators became normal. Acute pancreatitis in combination with increased level of calcium in blood may indicate the presence of primary hyperparathyroidism. Precise preoperative diagnostics of the location of an adenoma using computer tomography of the neck can make surgical treatment successful.

Key words: parathyroid gland, ectopia, adenoma, pancreatitis.

Острый панкреатит на фоне повышенного содержания кальция крови — редкое явление. Причиной повышенного содержания кальция крови чаще всего является аденома ОЩЖ. Чаще всего аденома ОЩЖ расположена в шее. Но в 10—20 % случаях, аденома может находиться в средостении [7, 8], в связи с тем что развитие нижних ОЩЖ происходит из глоточных карманов вместе со щитовидной железой. То в процессе онтогенеза они могут мигрировать, в связи с чем, они могут быть обнаружены в верхнем средостении. С другой стороны, верхние ОЩЖ не связаны со щитовидной железой и также могут быть обнаружены в средостении [7—9]. Аденомы ОЩЖ, находящиеся параэзофагеально, как правило, развиваются из верхних ОЩЖ, и имеют кровоснабжение из ветвей нижней щитовидной артерии и по своему эмбриональному развитию они не могут являться ectopированными [7—9].

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Определить причину и механизм развития и методы диагностики острого панкреатита на фоне повышенного уровня кальция крови при аденоме околощитовидной железы.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Представлен редкий случай сочетания параэзофагеально расположенной аденомы ОЩЖ, проявившей себя приступом острого панкреатита и успешно удаленной через воротниковый доступ на шее. 71-летняя женщина была доставлена в хирургический стационар с болями в эпигастральной области, тошнотой, рвотой, более суток от начала заболевания. В анамнезе у пациентки артериальная гипертензия, желчно-каменная болезнь. По поводу чего была выполнена холецистэктомия. При объективном обследовании, у пациентки

имелась умеренная болезненность в эпигастральной области. В общем анализе крови повышение лейкоцитов до $15 \times 10^9/\text{л}$, повышение амилазы сыворотки крови до 1200 Ед/л, лактатдегидрогеназы 570 Ед/л и общий кальций сыворотки крови 2,8 ммоль/л. При УЗИ органов брюшной полости выявлены диффузные изменения поджелудочной железы, расширение холедоха до 8,0 мм. Проведенная в процессе диагностики компьютерная томография органов брюшной полости подтвердила диагноз острого панкреатита. В процессе консервативной терапии, в течение 3 суток, проявления острого панкреатита купированы. Дальнейшее лабораторное исследование показало умеренно повышение уровня кальция крови, кальция мочи, уровень фосфора сыворотки крови находился на уровне 1,2 ммоль/л, уровень паратиреоидного гормона — 871 пг/мл, нормальные уровни сыворотки свободного Т3, Т4, ТТГ, кальцитонина. При УЗИ щитовидной железы и шеи обнаружена аденома ОЩЖ в околопозвоночной области. Также диагноз аденомы ОЩЖ был подтвержден компьютерной томографией органов полости шеи. После полного купирования явлений острого панкреатита и снижения кальция сыворотки крови до 2,5 ммоль/л, пациентке была выполнена ретроградная холангиопанкреатография, которая показала отсутствие камней в холедохе. С диагнозом аденома ОЩЖ воротниковым доступом на передней поверхности шеи опухоль выделена из окружающих ее структур и удалена. Пациентка выписана на 6-е сутки в удовлетворительном состоянии. На 2-е сутки уровень кальция и ПТГ в пределах нормы. Умеренное снижение кальция крови наблюдалось в последующие дни, которое было устранено пероральным приемом препаратов кальция и витамина D.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Повторяющиеся приступы острого панкреатита — редкое проявление первичного гиперпаратиреоза [10—13]. Случаи острого панкреатита, связанного с первичным гиперпаратиреозом, описаны в литературе с частотой 1—8 % случаев [10—13]. Отдельно зарегистрированные случаи острого панкреатита вызванного первичным гиперпаратиреозом в литературе описывают как не связанные между собой явления [14—21]. Camaille, et al. описывал значительное повышение уровня кальция сыворотки крови у пациентов с острым панкреатитом, что необходимо учитывать при лечении пациентов с острым панкреатитом в сочетании с первичным гиперпаратиреозом [13].

Повышенный уровень кальция сыворотки крови и острый панкреатит должен наводить на мысль о возможном наличии первичного гиперпаратиреоза. У пациентов с холецистэктомией в анамнезе (как в настоящем случае), где основной причиной, вызвавшей приступ панкреатита, являлся холедохолитиаз, диагноз первичного гиперпаратиреоза мог быть пропущен, если бы кальций сыворотки оставался в пределах нормальных величин.

Основные причины первичного гиперпаратиреоза — аденома ОЩЖ (единственная или множественная 80 %), гиперплазия ОЩЖ (15—20 %) и редко рак ОЩЖ (2 %) [7, 8, 22]. С своих исследованиях Richards и соавторы сообщали о различном расположении ОЩЖ, 5—10 % могут быть расположены в переднем средостении, 20 % — в ткани тимуса, 1—2 % заднем средостении, 1 % желез расположены в оболочках сонной артерии и 5 % интратиреоидно [8]. Наиболее редкие места возможного расположения ОЩЖ: под оболочками блуждающего нерва, тиреотимическая связка, перикард [9].

По данным Wang, который, пересматривая историю болезни 112 пациентов, подвергнувшихся повторной операции по поводу первичного гиперпаратиреоза, обнаружил, что 40 % аденом ОЩЖ находились в ретротрахеальном пространстве [23].

С внедрением радиоизотопного сканирования, с помощью $^{99\text{m}}\text{Tc}$ - sestamibi, ОЩЖ стали обнаруживаться в средостении, в проекции аортопульмонального окна и правой легочной артерии, ближе к бифуркации трахеи [8].

По данным ряда авторов, чтобы снизить риск интраоперационных осложнений, на дооперационном этапе необходимо использовать комбинацию из нескольких диагностических методов, таких как сцинтиграфия с помощью $^{99\text{m}}\text{Tc}$ - sestamibi и компьютерная томография органов полости шеи [9, 22—25]. Комбинация этих методов имеет 100 % чувствительность и в 97,4 % случаев выявляет причину первичного гиперпаратиреоза [24]. С помощью сцинтиграфии выявляются различные состояния ОЩЖ: одиночные и множественные ОЩЖ, эктопированные нормальные ОЩЖ, аденомы, эктопированные аденомы ОЩЖ, кисты, а также нормальные и патологически измененные лимфатические узлы [9, 26].

Компьютерная томография с внутривенным контрастированием, при первичном гиперпаратиреозе, имеет низкую чувствительность метода порядка 45—55 %, достаточного для обнаружения эктопированных аденом в средостении [8, 9].

Магнитно-резонансная томография органов полости шеи имеет чувствительность порядка 80 % и более информативна для обнаружения эктопированных аденом ОЩЖ [9].

Селективная ангиография с определением паратиреоидного гормона в венозной крови имеет чувствительность около 60 — 85 %. Это сложный и дорогостоящий метод, который рекомендован как метод начальной диагностики первичного гиперпаратиреоза [8, 9].

Сочетание позитронно-эмиссионного томографического исследования и сцинтиграфии $^{99\text{m}}\text{Tc}$ - sestamibi органов грудной полости и полости шеи создает трехмерное изображение и считается наиболее оптимальным методом в оценке расположения ОЩЖ, в том числе эктопированных в средостение [27—30]. Данный вид исследования имеет высокую стоимость и ограниченную доступность сканеров, что ограничивает его для оперативного обследования при первичном гиперпаратиреозе [31].

Аденомы ОЩЖ, расположенные параззофагеально в средостении, в большинстве случаев удаляются через шейный доступ [7, 8, 22, 32]. Подтягивая ткань щитовидной железы и трахеи на противоположную сторону от опухоли, пальцем можно ощупать претрахеальное пространство, вплоть до средостения, чтобы нащупать опухоль. Если опухоль достижима пальцем, то она легко мобилизуется тупым путем и выводится в операционную рану. Сосудистая ножка единственная структура, которая должна быть лигирована.

Если во время оперативного вмешательства обнаруживается эктопированная аденома ОЩЖ, то необходимо произвести ревизию латеральной стороны шеи, для подтверждения нормальной или гиперплазированной ткани околощитовидных желез. Правильно выбранный объем и цель операции снижают время оперативного пособия и снижает вероятность осложнений в послеоперационном периоде, в частности гипокальциемию [1—4, 32].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Эктопированная параззофагеально аденома ОЩЖ может проявить себя повторными эпизодами острого панкреатита. Дооперационная диагностика, для точной локализации аденомы, должна включить два исследования. Предпочтительно с формированием изображения объекта исследования. Наиболее эффективным является сцинтиграфия ^{99m}Tc- sestamibi или сочетание сцинтиграфии с компьютерной томографией органов грудной клетки и органов полости шеи. Удаление эктопированной параззофагеальной аденомы ОЩЖ легко выполнимо через шейный доступ, путем мобилизации опухоли.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анри Ж. Ф., Себаг Ф. Прикладная эмбриология паразитовидных желез // Материалы 11(13) симпозиума по хирургической эндокринологии. — СПб., 2003. — С. 62—69.
2. Романчишен А. Ф., Матвеева З. С. Бессимптомные аденомы околощитовидных желез // Современные аспекты хирургической эндокринологии: Материалы XV Российского симпозиума по хирургической эндокринологии. — Рязань, 2005. — С. 293—295.
3. Романчишен А. Ф., Матвеева З. С. Сочетание заболеваний щитовидной железы и бессимптомных аденом околощитовидных желез // Вестник хирургии. 2006.
4. Черенько С. М. Первичный гиперпаратиреоз: основы патогенеза, диагностики и хирургического лечения: монография. — Киев, 2011. — 148 с.
5. Малеев Ю. В. Топографо-анатомическое обоснование оперативных вмешательств в передней области шеи: рационализация хирургических подходов: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Ю. В. Малеев. — Воронеж, 2010. — 48 с.
6. Малеев Ю. В. Хирургическая анатомия щитовидной железы в связи с типовыми особенностями шеи: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Ю. В. Малеев. — Воронеж, 1999. — 23 с.
7. Ewing P., Hardy J. D. The mediastinum. In Glenn's Thoracic and Cardiovascular Surgery Volume 1. 5th edition. Edited by: Baue A. E., Geha A. S., Hammond G. L., Laks H.,

Naunheim K. S. Connecticut: Appleton and Lange; 1991: 569—594.

8. Richards M. L., Bondeson A. G., Thompson N. W.: Mediastinal parathyroid adenomas and carcinomas. In General Thoracic Surgery Volume 2. 5th edition. Edited by: Shields T. W., Lo Cicero III J., Ponn R. B. Philadelphia: Lippincot Williams and Wilkins; 2000: 2383—2390.

9. Nguyen B. D. Parathyroid imaging with Tc-99m sestamibi planar and SPECT scintigraphy // Radiographics. 1999, 19: 601—614.

10. Agarwal A., George R. K., Gupta S. K., Mishra S. K. Pancreatitis in patients with primary hyperparathyroidism // Indian J Gastroenterol. 2003, 22: 224—225.

11. Shepherd J. J. Hyperparathyroidism presenting as pancreatitis or complicated by postoperative pancreatitis // Aust N Z J Surg. 1996, 66: 85—87.

12. Koppelberg T., Bartsch D., Printz H., Hasse C., Rothmund M. Pancreatitis in primary hyperparathyroidism (pHPT) is a complication of advanced pHPT // Dtsch Med Wochenschr. 1994, 119: 719—724.

13. Carnaille B., Oudar C., Pattou F., Combamale F., Rocha J., Proye C. Pancreatitis and primary hyperparathyroidism: forty cases // Aust N Z J Surg. 1998, 68: 117—119.

14. Husova L., Senkyrik M., Lata J., Hrbkova V., Husa P., Dolina J., Podral M., Ourednicek P: Acute pancreatitis as the road to diagnosis of primary hyperparathyroidism // Vnitr Lek. 2000, 46: 724—727.

15. Boneschi M., Erba M., Beretta L., Miani S., Bortolani E. M. Primary hyperparathyroidism and acute pancreatitis. A rare clinical association // Minerva Chir. 1999, 54: 451—454.

16. Shimizu H., Kodama A. Hypercalcemia and pancreatitis as a first symptom of primary hyperparathyroidism adenoma: a case report // J Laryngol Otol. 1996, 110: 602—603.

17. Nieves-Rivera F., Gonzalez-Pijem L. Primary hyperparathyroidism: an unusual cause of pancreatitis in adolescence // P R Health Sci J. 1995, 14: 233—236.

18. Ginn D. R., Gate J., Tootle K., Salazar S., Watson S. Parathyroid adenoma manifested as pancreatitis and polyuria // South Med J. 1991, 61: 396—398.

19. Maddern G. J., Fielding G. A., Knaus J. P., Zinng E., Blumgart L. H. A case of severe pancreatitis with parathyroid adenoma // Aust N Z J Surg. 1991, 61: 1023—1025.

20. Abdullah M. Pancreatitis in primary hyperparathyroidism // Med J Malaysia. 2003, 58: 600—603.

21. Meldahl I., Ljungstrom K. G., Wickerts C. J., Von Sigers K. Fulminant acute pancreatitis caused by a large parathyroid adenoma. Hyperparathyroidism was diagnosed after 5 years // Lakartidningen. 1999, 26: 2603—2606.

22. Fraker D. L. Update on the management of parathyroid tumors // Curr Opin Oncol. 2000, 12: 41—48.

23. Wang C. A. Parathyroid reexploration. A clinical and pathological study of 112 cases // Ann Surg. 1977, 186: 140—145.

24. Lumachi F., Tregnaghi A., Zucchetta P., Marzola M. C., Cecchin D., Marchesi P., Fallo F., Bui F. Technetium-99m sestamibi scintigraphy and helical CT together in patients with primary hyperparathyroidism: a prospective clinical study // Br J Radiol. 2004, 77: 100—103.

25. Patrick N., Lenzo N. P., McCarthy M. C., Thompson I., Leedman P. J. Ectopic parathyroid adenoma localized with sestamibi SPECT and image-fused computed tomography // MJA. 2003, 179: 485—487.

26. *Serrano Vicente J., Rayo Madrid J. L., Luengo Perez L. M., Diaz Perez de Madrid J.* 99m—Tc sestamibi scintigraphy in primary hyperparathyroidism. Importance of lateral projections using a pinhole collimator // *Rev Esp Med Nucl.* 2003, 22: 403—409.

27. *Perez-Monte J. E., Brown M. L., Shah A. N., Ranger N. T., Watson C. G., Carty S. A., Clarke M. R.* Parathyroid adenomas: accurate detection and localization with Tc-99m sestamibi SPECT // *Radiology.* 1996, 201: 85—91.

28. *Casas A. T., Burke G. J., Mansberger A. R., Wei J. P.* Impact of technetium-99m-sestamibi localization on operative time and success of operations for primary hyperparathyroidism // *Am Surg.* 1994, 60: 12—17.

29. *Udelsman R.* Parathyroid imaging: the myth and the reality // *Radiology.* 1996, 201: 317—318.

30. *Mariani G., Gulec S. A., Rubello D., Boni G., Puccini M., Pelizzo M. R., Manca G., Casara D., Sotti G., Erba P.,*

Volteranni D., Giuliano A. E. Preoperative localization and radioguided parathyroid surgery // *J Nucl Med.* 2003, 44: 1443—1458.

31. *Neumann D. R., Esselstyn C. B., MacIntyre W. J., Go R. T., Obuchowski N. A., Chen E. Q., Licata A. A.* Comparison of FDG-PET and sestamibi SPECT in primary hyperparathyroidism // *J Nucl Med.* 1996, 37: 1809—1815.

32. *Barclay L.* Unilateral approach for parathyroid surgery // *Ann Surg.* 2002, 236: 543—551.

Контактная информация

Зубков Александр Валерьевич — аспирант кафедры анатомии человека, Волгоградский государственный медицинский университет, e-mail: Zubkov.A.V.74.ru@mail.ru

УДК 616.728.3

МЕТОД ГОМЕОСИНЕАРТРИИ КАК СОВРЕМЕННЫЙ ВЫБОР ЛЕЧЕНИЯ ГОНАРТРОЗОВ В УСЛОВИЯХ ОТДЕЛЕНИЯ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ

А. Б. Величкина, В. И. Нахаев, Н. В. Ярыгин, Ю. В. Дужинская

Московский государственный медико-стоматологический университет им. А. И. Евдокимова

В работе представлены результаты сравнительного анализа восстановительного лечения посттравматических остеоартрозов коленных суставов с помощью гомеосинеартрического метода лечения и лечебной физкультуры, как альтернативного метода лечения той же нозологической формы, с противопоставлением стандартному комплексу лечения у больных с различными стадиями деформирующего остеоартроза коленного сустава.

Таким образом, при комбинированном применении гомеосинеартрии и лечебной физкультуры наблюдается значительное улучшение клинических, инструментальных и функциональных показателей у пациентов. Дозированные, умеренные физические нагрузки могут существенно уменьшить боль, увеличить амплитуду движений в суставах. К тому же это чуть ли не единственный способ лечения, не требующий значительных финансовых затрат на лечение осложнений и побочных эффектов при применении нестероидных противовоспалительных препаратов. При условии активного участия больного в процессе лечения специальная гимнастика может применяться в течение длительного времени.

Ключевые слова: деформирующий остеоартроз, гомеосинеартрия, лечебная физкультура.

METHOD OF GOMEOSINEARTRY AS A MODERN TREATMENT OPTION FOR GONARTROSIS DURING REHABILITATION THERAPY

A. B. Velichkina, V. I. Nahaev, N. V. Yarygin, Yu. V. Duzhinskaya

The work presents the results of a comparative study of regenerative treatment of post-traumatic osteoarthritis of knee joints using a gomeosineartrical treatment option and physical therapy as an alternative treatment for the same nosological entity contrasted to the conventional complex of treatment of patients with different stages of deforming knee osteoarthritis.

Thus, the combined use of gomeosineartrical and physical therapy results in a significant improvement in clinical, instrumental and functional parameters in patients. Graduated, moderate exercise can significantly reduce pain and increase the range of motion in joints. In addition, it is nearly the only method of treatment that does not incur significant financial costs to treat complications and side-effects of NSAIDs. If the patient is actively involved in the treatment these special exercises can be used for a long time.

Key words: deforming osteoarthritis, gomeosineartry, physiotherapy.

Дегенеративно-дистрофические заболевания суставов и позвоночника занимают первое место по рас-

пространенности среди всех заболеваний опорно-двигательной системы [15].