



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIOVIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

12 (62) 2023

Сопредседатели редакционной коллегии:

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЪЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОЕВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Д.А. ХАСАНОВА
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ NEW DAY IN MEDICINE

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

12 (62)

2023

ноябрь

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com> E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

Received: 20.11.2023, Accepted: 27.11.2023, Published: 10.12.2023.

УДК 616.447-006.55-007.41

АДЕНОМА ОКОЛОЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С ЭКТОПИРОВАННЫМ РАСПОЛОЖЕНИЕМ: СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

Узбеков Р.К. Email: UzbekovR@mail.ru

Алимджанов Н.А., Узбеков К.К., Рашитов М.М., Омилжонов М.Н.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр
эндокринологии имени академика Ё.Х. Туракулова, специализированная больница,
100125, г. Ташкент, Мирзо Улугбекский район, ул. Мирзо Улугбека, 56 тел: +998 (71) 262-27-02
www: endomarkaz.uz E-mail: info@endomarkaz.uz

✓ Резюме

Большинство аденом околощитовидных желез в типичных случаях располагаются в области шеи, однако в 15-20% наблюдается атипичное расположение. Эти случаи, как правило, представляют диагностические и терапевтические сложности. Использование комбинации инструментальных методов (УЗИ, сцинтиграфия, КТ и ОФЭКТ) позволило до операции установить аденому околощитовидной железы в верхнем средостении на уровне рукоятки грудины. Стернотомия с удалением аденомы околощитовидной железы оказалась оптимальным методом для проведения хирургического лечения, что позволило значительно улучшить качество жизни пациента.

Ключевые слова: первичный гиперпаратиреоз, околощитовидная железа, эктопия, аденома

PARATHYROID ADENOMA WITH ECTOPIC LOCATION: A CASE REPORT

Uzbekov R.K. Email: UzbekovR@mail.ru

Alimjanov N.A., Uzbekov K.K., Rashitov M.M., Omiljonov M.N.

Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Endocrinology named after
Academician Y.Kh. Turakulov, Specialized Hospital,
100125, Tashkent, Mirzo Ulugbek district, st. Mirzo Ulugbek, 56 Tel: +998 (71) 262-27-02 www:
endomarkaz.uz E-mail: info@endomarkaz.uz

✓ Resume

Most parathyroid adenomas are typically located in the neck, but 15-20% have an atypical location. These cases, as a rule, present diagnostic and therapeutic difficulties. The use of a combination of instrumental methods (ultrasound, scintigraphy, CT and SPECT) made it possible to establish a parathyroid adenoma in the upper mediastinum at the level of the sternum handle before surgery. Sternotomy with removal of parathyroid adenoma turned out to be the best method for surgical treatment, which significantly improved the patient's quality of life.

Key words: primary hyperparathyroidism, parathyroid gland, ectopia, adenoma

ПАРАТИРОИД АДЕНОМАСИНИНГ ЭКТОПИЯСИ: АМАЛИЁТДА УЧРАГАН ХОЛАТЛАРДАН БИРИ

Ўзбеков Р.К. Email: UzbekovR@mail.ru

Алимджанов Н.А., Ўзбеков К.К., Рашитов М.М., Омилжонов М.Н.

Академик Ё.Х.Тўракулов номидаги Республика ихтисослаштирилган эндокринология
илмий-амалий тиббиёт маркази, Ихтисослаштирилган шифохона,
100125, Тошкент ш., Мирзо Улугбек тумани, кўч. Мирзо Улугбек, 56 Тел: +998 (71) 262-27-
02 www: endomarkaz.uz E-mail: info@endomarkaz.uz



✓ Резюме

Аксарият паратироид аденомалари одатда бўйин қисмида жойлашган, аммо 15-20% атипик жойлашувга эга. Бу ҳолатлар, одатда, диагностика ва терапевтик қийинчиликларни келтириб чиқаради. Инструментал усулларнинг комплекс равишида фойдаланиш (ультратовуш, синтиграфия, КТ ва SPECT) операциядан аввал юқори кўкс оралигида тўйи суягининг юқори дастаси соҳасида паратироид аденомасини аниқлаб олишга имкон берди. Паратироид аденомасини олиб ташлаш ва стернотомия жарроҳлик муолажаси даволашнинг энг яхши усули бўлиб чиқди, бу ўз навбатида беморнинг ҳаёт сифатини сезиларли даражада яхшилади.

Калит сўзлар: бирламчи гиперпаратиреоз, паратиреоз без, эктопия, аденома.

Актуальность

Первичный гиперпаратиреоз (ПГПТ) – эндокринное заболевание, обусловленное развитием аденомы, первичной гиперплазии или рака одной или нескольких ОЩЖ, функция которых отличается повышенной продукцией и увеличенной секрецией паратиреоидного гормона (ПТГ) [5]. Результаты эпидемиологических исследований демонстрируют, что наиболее часто ПГПТ встречается в возрасте 40–60 лет, у женщин – в 3 раза чаще, чем у мужчин. В общей популяции распространенность ПГПТ составляет 0,1-1%, в популяции лиц старше 55 лет – 2–3% [3, 4, 5, 9].

В подавляющем большинстве случаев развитие ПГПТ связано с наличием аденомы ОЩЖ (80%), реже – с карциномой (1–5%) или гиперплазией (15%) [1, 12]. Ключевыми лабораторными показателями для выявления синдрома гиперпаратиреоза являются увеличение концентрации ПТГ в сыворотке крови при одновременном 2–3 кратным подтвержденном увеличении содержания кальция в крови [4, 19, 20].

Более сложной задачей в лечении ПГПТ оказывается топическая диагностика измененных ОЩЖ. Аденомы ОЩЖ при ПГПТ в типичных случаях располагаются на шее, чаще поражаются нижние ОЩЖ, имеют небольшие размеры. В настоящее время известно, что эктопия ОЩЖ встречается в 15–20% случаев. ОЩЖ могут располагаться в переднем верхнем средостении, либо в тиротимической связке или внутри тимуса, вдоль пищевода в заднем верхнем средостенье, в футляре сонной артерии, в аортальном окне, в 2–3% наблюдений среди всех эктопий ОЩЖ располагаются интратиреоидно [2, 5, 14, 19]. В редких случаях, выявляется также увеличение числа ОЩЖ (более четырех). Все это может представлять серьезные затруднения в плане точности дооперационной диагностики. Более того, у 12–23% пациентов с ПГПТ патологические изменения возникают одновременно в нескольких ОЩЖ. Такая вариабельность расположения, множественный тип поражения и (или) их комбинации может стать трудно разрешимой задачей для специалистов [1].

В современных условиях в клинической практике для установления топического диагноза при ПГПТ и выявления возможно эктопированной аденомы используются как традиционные методы диагностики: УЗИ и сцинтиграфию, так и более инновационные технологии: однофотонная эмиссионная компьютерная томография, совмещенная с компьютерной томографией (ОФЭКТ/КТ), мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) с контрастным усилением с минимальным срезом до 0,5 мм, магнитнорезонансную томографию (МРТ) [18].

Локализация, врожденные и приобретенные эктопии околощитовидных желез.

1. Верхние околощитовидные железы. Наиболее часто (по данным разных авторов, от 70 до 85% случаев) их обнаруживают по заднемедиальной поверхности правой и левой долей ЩЖ, на границе их верхней и средней трети, в зоне терминальных ветвей *a.thyroidea inferior* Анатомическим ориентиром для поиска верхних ОЩЖ является «типичное место» — промежуток между ЩЖ и трахеей (слева дополнительно и пищеводом) в радиусе 1 см от места перекреста *n. recurrens* и *a. thyroidea inferior* ОЩЖ довольно плотно прилежат к *a.thyroidea inferior* в месте, где *n.recurrens* подходят к гортани. Они имеют общий с ЩЖ париетальный листок IV фасции шеи и тесно прилежат к ЩЖ, что является причиной их удаления во время тиреоидэктомии.

Верхние околощитовидные железы развиваются из 4-го глоточного кармана. -ОЩЖ IV. В процессе эмбрионального развития они мигрируют вместе с щитовидной железой, с чем

связано их относительно стабильное расположение – позади среднего/верхнего сегментов щитовидной железы (редко позади трахеи или пищевода) [2, 8]

Возможными местами локализации верхних ОЩЖ IV также являются:

- задняя поверхность ниже верхнего полюса ЩЖ (до 25%, рисунок 1, б);
- пространство позади трахеи и пищевода на уровне средней, реже — нижней трети доли ЩЖ (1-2%, рисунок 1, в);
- пространство над верхним полюсом ЩЖ, за глоткой или пищеводом на уровне их соединения; (а)
- область бифуркации общей сонной артерии;
- интратиреоидная локализация (1%, рисунок 1, г).

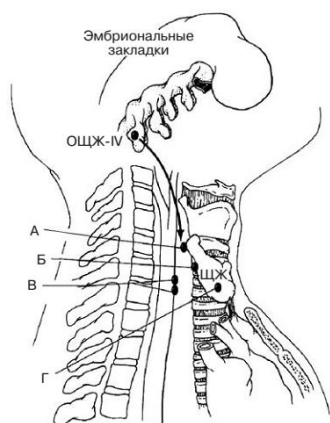


Рис. 1. Основные варианты (А, Б, В, Г) локализации верхних ОЩЖ. (с изменениями и дополнениями по Schwartz A.E., 1997)

Расположение ОЩЖ в ткани ЩЖ не является редкостью. При вскрытии и изучении ЩЖ новорожденных им в 15,5% было установлено подкапсульное расположение ОЩЖ, а у 6,7% – внутритканевое расположение ОЩЖ. Описаны случаи интратиреоидного расположения аденом и кист ОЩЖ. Изредка верхние ОЩЖ-IV могут быть обнаружены в пространстве над верхним полюсом ЩЖ, за глоткой или пищеводом на уровне их соединения, а также в области бифуркации общей сонной артерии.

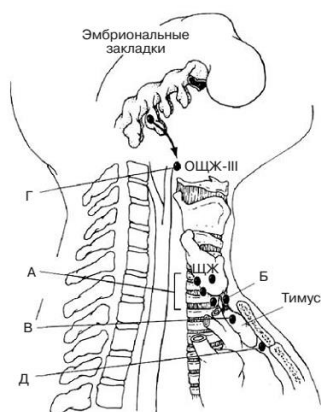


Рис. 2. Основные варианты (А, Б, Г, Д) локализации нижних ОЩЖ. (с изменениями и дополнениями по Schwartz A.E., 1997)

2. Нижние околощитовидные железы. Нижние околощитовидные железы развиваются из 3-го глоточного кармана - ОЩЖ-III, и следуют к нижним полюсам щитовидной железы.

Локализация ОЩЖ-III более вариабельна (рисунок 2), что объясняется сложным продолжительным характером миграции зачатка в ходе эмбриогенеза. В 50-60% случаев нижние ОЩЖ выявляются по боковой или задней поверхности или ниже нижнего полюса ЩЖ на расстоянии 0,2-1,5 см (рисунок 2, а), в 26-30% случаев их обнаруживают в элементах

щитотимической связки – фиброзно-жировой ткани, соединяющей нижний полюс долей ЩЖ и вилочковую железу (рисунок 2, в). Но в 7-10% случаев нижние ОЩЖ могут располагаться от подчелюстной области и уровне бифуркации общей сонной артерии до переднего или заднего средостения.

Большинство эктопированных нижних ОЩЖ, располагающихся ниже безымянной вены и дуги аорты, имеют и эктопическое артериальное кровоснабжение из внутренней грудной артерии, тимической артерии или прямых ветвей аорты. Низкие эктопии из-за избыточной миграции в ходе эмбриогенеза в область средостения наблюдаются в 4-5% случаев (рисунок 2, д).

3. Добавочные околощитовидные железы. Приведенные выше варианты расположения ОЩЖ являются наиболее частыми. Дополнительные ОЩЖ могут локализоваться в перитиреоидной жировой ткани. Наиболее часто они обнаруживаются на уровне нижнего полюса долей ЩЖ, в тиротимической области и тимусе. Длительная стимуляция роста ОЩЖ при первичной и вторичной гиперплазии органа может явиться причиной роста зачатков дополнительных желез, именно в данной ситуации они и могут проявляться как собственно добавочные железы.

Добавочные ОЩЖ можно обнаружить и в совершенно нетипичных местах, что трудно объяснить с позиций представлений о путях миграции их зачатков в эмбриогенезе в среднем средостении, на уровне аортопульмонального окна или латеральное яремно- каротидной оси. [15,16,17].

4. Приобретенные эктопии. Наряду с врожденными эктопиями ОЩЖ вследствие нарушенных процессов эмбриональной миграции зачатков в условиях опухолевой трансформации ОЩЖ под влиянием давления растущей аденомы железы могут «покидать» место своего обычного расположения. Этот феномен получил название «приобретенная эктопия ОЩЖ». В случае развития приобретенной эктопии верхней ОЩЖ всегда стандартно мигрируют назад и по направлению к верхнезаднему средостению вдоль превертебральной плоскости. Как правило, путь их миграции протекает позади ствола нижней щитовидной артерии, сохраняя тесный контакт с пищеводом. Поэтому до 40% аденом верхних обнаруживаются в пара- или ретрозофагеальной позиции. В норме задняя локализация желез встречается лишь в 1-4% случаев. Обычно аденомы ОЩЖ располагаются сразу над стволом нижней щитовидной артерии на уровне нижнего полюса доли ЩЖ. В других случаях их можно обнаружить в средостении, вблизи или позади пищевода, а также в трахеопищеводной борозде. [5]

Реже встречаются приобретенные эктопии нижних ОЩЖ. Как правило, локализация аденом из нижних ОЩЖ совпадает с местом расположения нормальных желез. Опухоли ОЩЖ мигрируют в направлении передневерхнего средостения по пути, очерченному в процессе эмбриогенеза тиротимической связкой и тимусом. ОЩЖ опускаются в задневерхнее средостение в параэзофагеальную позицию. При этом в отличие от аденом, происходящих из верхних ОЩЖ, сосудистая ножка не пересекает ствол нижней щитовидной артерии. Из сказанного выше следует, что врожденные эктопии наиболее характерны для нижних ОЩЖ, а приобретенные — ассоциируются в основном с верхними ОЩЖ. [6].

Первичная диагностика гиперпаратиреоза базируется исключительно на результатах лабораторных исследований. Выявление гиперкальциемии в сочетании с повышенным или высоконормальным уровнем паратиреоидного гормона соответствует диагнозу ПГПТ. Выявление нормокальциемии и повышенного уровня паратиреоидного гормона требует определения концентрации 25 (ОН) витамина Д с целью дифференциальной диагностики между нормокальциемическим вариантом ПГПТ и вариантом ВГПТ, обусловленным дефицитом витамина Д. Внедрение в клиническую практику рутинного определения уровня кальция в крови привело к повышению диагностики мягких (асимптомных и малосимптомных) форм ПГПТ, доля которых в рамках данной патологии выросла до 80 %. [13]

Оптимальным методом терапии ПГПТ является хирургическое удаление патологически измененных ОЩЖ.

Хирургическое вмешательство показано в следующих случаях:

- концентрация общего кальция в сыворотке крови на 0.25ммоль/л (1mg%) превышает норму, установленную в данной лаборатории для данной возрастной группы;
- снижение скорости клубочковой фильтрации более чем на 30% по сравнению с нормой, установленной в данной лаборатории для данной возрастной группы;
- висцеральные проявления ПГПТ;

- суточная экскреция кальция более 400 мг;
- снижение МПК кортикальных костей более чем на 2.5 SD по Т-критерию;
- возраст менее 50 л

Объем и тактика хирургического лечения гиперпаратиреоза определяются результатами топической диагностики патологически измененных ОЩЖ [12, 15, 16].

Алгоритм топической диагностики гиперпаратиреоза. В соответствии с общепринятыми алгоритмами инструментальной диагностики гиперпаратиреоза ультразвуковое исследование рекомендуется в качестве метода первого выбора, позволяющего визуализировать любые фокальные изменения органов шеи [10,11].

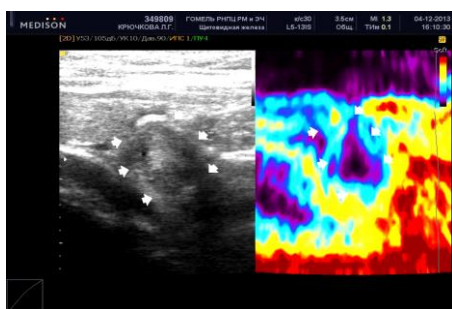


Рис. 3. Эхограмма аденомы ОЩЖ с использованием соноэластографии.

При невозможности верификации патологически измененных ОЩЖ с помощью УЗИ, соноэластографии, показано применение других методов визуализации: сцинтиграфии с ^{99}Tc — MIBI, однофотонной эмиссионной компьютерной томографии (ОФЭКТ) [14,15,20].

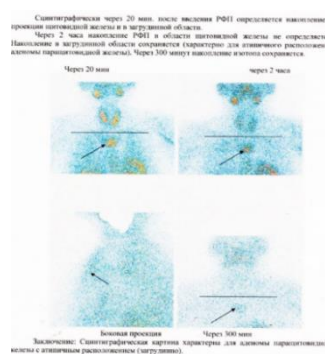


Рис. 4. Сцинтиграфия с ^{99}Tc — MIBI. Грудинное расположение аденомы ОЩЖ.

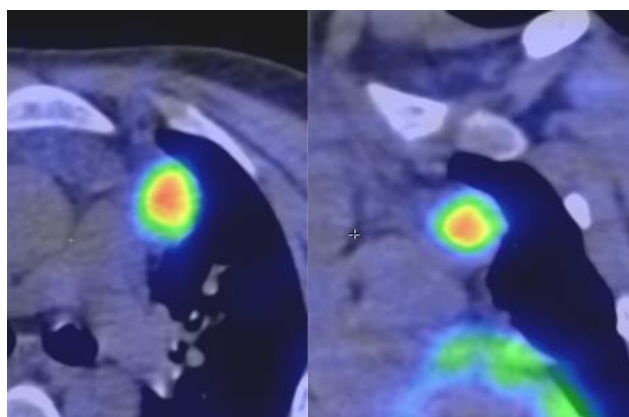


Рис. 5. Результаты ОФЭКТ/КТ. Эктопия аденомы ОЩЖ.

В качестве дополнительных методов исследования может быть использована мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) с контрастированием, (4Д-КТ), магнитно-резонансная томография (МРТ), позитронно-эмиссионная томография (ПЭТ), 4Д-компьютерная томография [14,17,18].

В случае отсутствия однозначных результатов топической диагностики гиперпаратиреоза, полученных с помощью лучевых методов исследования, целесообразно проведение тонкоигольной аспирационной биопсии под контролем УЗИ. Для повышения диагностической ценности процедуры рекомендуется определение концентрации паратиреоидного гормона и тиреоглобулина в смыве иглы, а также иммуноцитохимическое исследование маркеров тиреоидной и паратиреоидной ткани в полученном пунктате.

В исключительных случаях возможно проведение селективной ангиографии, флебографии, лимфографии с определением уровня паратиреоидного гормона в полученных пробах.

Названные выше методы отличаются друг от друга по основным диагностическим параметрам (чувствительность и специфичность). Некоторые из методов дают объективные данные, другие являются операторзависимыми, т. е. менее объективными. На результаты использования методов

влияют вариабельность расположения и множественность поражения, гистологическое строение и функциональная активность измененных желез. Ведущими признаны методы, основанные на функциональной оценке гиперсекретирующей ткани ОЩЖ, в то время как анатомические методы им уступают.

Случай из практики

А. Ш. 1978г. Ист. б-ни № 675

На стационарном лечении в хирургическом отделении РСНПМЦЭ с 16.02.2013г. по 25.02.2013г.

Диагноз: Первичный гиперпаратиреоз (манифестный) костная форма. Объемное образование верхнего средостения.

При поступлении предъявлял жалобы на боли в костях, нарушение походки (передвигается с помощью костылей), (рис. 6), снижение роста, сухость во рту, жажду, полиурию, общую слабость, повышенную утомляемость, повышение АД до 140/90 мм рт.ст.

Из анамнеза: считает себя больным в течение 3х месяцев.

При обследовании:

- лабораторно: Са крови 3.27-3.29-3.21 ммоль/л (2,10-2.65ммоль/л), Щелочная фосфатаза -1154 U/L (60-306 U/L), Р 0.77 ммоль/л, (0,81-1,68 ммоль/л), ПТГ 352,7 пг/мл. (15-65 пг/мл).

— по данным УЗИ: данных за аденомы ОЩЖ не получено. Сцинтиграфия с ⁹⁹Tc — MIBI. Заключение. Загрудинное расположение аденомы ОЩЖ.

МРТ шеи и загрудинного пространства: образование с неровными и нечеткими контурами, расположено за рукояткой грудины размером 36x52x56 мм. Тесно прилежит к передней поверхности дуги аорты и трахеи не компримируя и не сдвигая их.

Рентген кистей рук: остеопороз трубчатых костей кисти, с краевой резорбцией.

22.02.2013г. Операция –удаление аденоматозной ткани (при ревизии на уровне яремной вырезки, грудино - ключичного сочленения и загрудинной области до 3х см. образование, указанное на МРТ снимке не обнаружено).

На 3 сутки после операции уровень Са сыв -2.54-3.4 ммоль/л.

В условиях РСЦХ им. Акад. Вахидова в отделении хирургии легких и средостения 09.04.2013г., проведена операция - стернотомия, удаление аденомы ОЩЖ. Из хода операции - произведена продольная стернотомия, вскрыто переднее средостение. В области верхнего средостения на уровне рукоятки грудины и верхнего полюса тела грудины определяется мягко эластичное образование с выраженным сосудистым рисунком диаметром до 6 см., последнее удалено. Гистология № 2590-2594 Аденома ОЩЖ (солидная). Са крови 06.04.2013г. 2.9 ммоль.л. (2,10-2.65ммоль/л). ПТГ 501,3 пг/мл. (15-65 пг/мл). После операции 10.04.2013г. Са - 2.12 ммоль.л. (2,10-2.65ммоль/л). ПТГ 40,5 пг/мл. (15-65 пг/мл).

Пациент выписан в удовлетворительном состоянии. Динамическое наблюдение 1 раз в год.

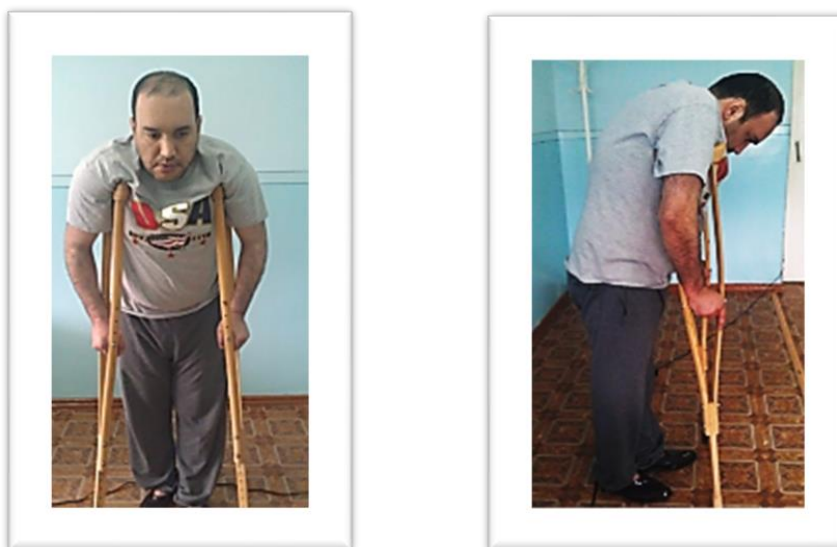


Рис. 6. Внешний вид больного А. Ш. до операции.

Осмотр пациента в динамике (30.01.2020 г.): Паратгормон 51,7 пг/мл. (15-65 пг/мл)., Са 2,1 ммоль/л (2,10-2.65ммоль/л), Р 1,41 ммоль/л, (0,81-1,68 ммоль/л), ЩФ – 315 U/L (60-306 U/L). (Рисунок 7).



Рис.7. Внешний вид больного А. Ш. после повторной операции

Заключение

Топическая диагностика значительно усложняется в случаях эктопированной аденомы. Все это может представлять серьезные затруднения в плане точности дооперационной диагностики. По данным последних публикаций, лучшие результаты дает совместное использование нескольких методик: что существенно повышает точность топической диагностики патологически измененных ОЩЖ (по некоторым данным до 95%). Поэтому большинство современных лечебно-диагностических алгоритмов при заболеваниях ОЩЖ, представляют собой ступенчатые структуры, ориентированные в первую очередь на лечебные учреждения, хорошо оснащенные оборудованием и имеющие подготовленных высококвалифицированных специалистов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Ветшев П.С., Аблицов А.Ю., Животов В.А., Дрожжин А.Ю., Поддубный Е.И. Хирургическое лечение первичного гиперпаратиреоза с редкой эктопией аденомы околощитовидной железы. // Вестник Национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова. 2018;13(1):58-61.
2. Гудимов, Б.С. Практикум по топографической анатомии. Учебное пособие для мединститутов / Б.С. Гудимов [и др.]; под ред. Б.С. Гудимова. – Минск: Вышэйшая школа, 1984;225.
3. Евдочкова Т.И., Селькина В.Д. Ультразвуковая диагностика околощитовидных желез в норме и при патологии / Учебно-методическое пособие для врачей Гомель, 2013;46.
4. Животов В.А., Дрожжин А.Ю., Ветшев П.С. Топическая диагностика поражений околощитовидных желез. Вестник Национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова. 2017;12(4:2):100-106.
5. Калинин, А.П. Методы визуализации околощитовидных желез и паратиреоидная хирургия. / Руководство для врачей / А.П.Калинин [и др.] – М: Видар–М, 2010;231.
6. Кованов В.В. Оперативная хирургия и топографическая анатомия / В.В. Кованов [и др.]; под ред. В.В. Кованова. – 2-ое изд. – / М: Медицина, 1985;368.
7. Митьков, В.В. Практическое руководство по ультразвуковой диагностике. Общая ультразвуковая диагностика / В.В. Митьков [и др.]; под ред. Митькова В.В. – М: Видар–М, 2005. – 720 с.
8. Синельников, Р.Д. Атлас анатомии человека. Учебное пособие в 4т. / Р.Д. Синельников, Я.Р. Синельников. Учение о внутренностях и эндокринных железах // 2-ое изд. – М: Медицина, 1996;2:294.
9. Bilezikian JP. Primary Hyperparathyroidism. // The Journal of Clinical Endocrinology Metabolism. 2018;103(11):3993-4004. <https://doi.org/10.1210/jc.2018-01225>

10. Bradley SJ, Knodle KF. Ultrasound based focused neck exploration for primary hyperparathyroidism. The // American Journal of Surgery. 2017;213(3):452-455. <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2016.11.025>
11. Cheung K, Wang TS, Farrokhyar F, Roman SA, Sosa JA. A Meta-analysis of Preoperative Localization Techniques for Patients with Primary Hyperparathyroidism. // Annals of Surgical Oncology. 2011;19(2):577-583. <https://doi.org/10.1245/s10434-011-1870-5>
12. Coker L, Rone K, Cantley L, et al. Primary Hyperparathyroidism, Cognition, and Health-Related Quality of Life. // Ann Surg 2005;242(5):642-650.
13. Fraser W.D. Hyperparathyroidism. // Lancet. – 2009;374(9684):145-58. doi: 10.1016/S0140-6736(09)60507-9.
14. Khan A.A., Hanley D.A., Rizzoli R. et al. Primary hyperparathyroidism: review and recommendations on evaluation, diagnosis, and management. A Canadian and international consensus. // Osteoporos Int. 2016. <https://doi.org/10.1007/s00198-016-3716-2>
15. Minisola S, Cipriani C, Diacinti D, et al. Imaging of the parathyroid glands in primary hyperparathyroidism. // Eur J Endocrinol. 2016;174(1):D1-D8. <https://doi.org/10.1530/EJE-15-0565>
16. Nasiri S., Soroush A., Hashemi A.P. et al. Parathyroid adenoma Localization. // Med J Islam Repub Iran. 2012;26(3):103-109. PMC3587906
17. Sandqvist P, Nilsson I-L, Grybäck P, Sanchez-Crespo A & Sundin A. SPECT/CT's Advantage for Preoperative Localization of Small Parathyroid Adenomas in Primary Hyperparathyroidism. // Clinical Nuclear Medicine. 2017;42(2):e109-e114. <https://doi.org/10.1097/rlu.0000000000001447>
18. Wakamatsu H., Noguchi S., Yamashita H., Tamura S., Jinnouchi S., Nagamachi S., Futami S. Parathyroid scintigraphy with ^{99m}Tc-MIBI and 123 I subtraction: a comparison with magnetic resonance imaging and ultrasonography. // Nucl Med Commun. 2003;24(7):755-762. <https://doi.org/10.1097/00006231-200307000-00004>
19. Wermers R.A., Khosla S., Atkinson E.J., Grant C.S., Hodgson S.F., O'Fallon W.M., Melton L.J. III Survival after the diagnosis of hyperparathyroidism: a population-based study. // Am J Med. 1998;104:115-122. [https://doi.org/10.1016/S0002-9343\(97\)00270-2](https://doi.org/10.1016/S0002-9343(97)00270-2)
20. Wilhelm S.M., Wang T.S., Ruan D.T. et al. The American Association of Endocrine Surgeons Guidelines for Definitive Management of Primary Hyperparathyroidism. // JAMA Surg. 2016. [https://doi.org/10.1001/jamasurg.2016.2310/151\(10\):959-968](https://doi.org/10.1001/jamasurg.2016.2310/151(10):959-968)

Поступила 20.11.2023