

ДИНАМИКА МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВИЧНЫМ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗОМ ПОСЛЕ ПАРАТИРЕОИДЭКТОМИИ

© Киселева И.Н.¹, Осипов В.Ф.¹, Башкова И.Б.^{2,3}, Безлюдная Н.В.², Кадырова Л.Р.⁴

¹БУ «Республиканский клинический госпиталь для ветеранов войн» МЗ ЧР, г. Чебоксары),

²ФГБУ «Федеральный центр травматологии, ортопедии и эндопротезирования» МЗ РФ, г.Чебоксары

³ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова», г. Чебоксары

⁴ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия», г. Казань

Цель исследования. Провести анализ частоты встречаемости снижения МПК среди пациентов Республиканского эндокринологического центра, направленных на обследование по поводу первичного гиперпаратиреоза. Оценить изменения МПК у пациентов с ПГПТ до и после радикальной терапии - удаления аденомы паращитовидной железы.

Материалы и методы. За период наблюдения с января по декабрь 2018 г. в Республиканском эндокринологическом центре пациентов с диагнозом «гиперпаратиреоз» выявлено 154 человека, из них у 22 человек установлен диагноз первичного гиперпаратиреоза на фоне формирования аденомы паращитовидной железы (ПЩЖ), т.е. в 14,3 % случаев. Средний возраст пациентов с ПГПТ составил $48,3 \pm 7,2$ г. (здесь и далее $M \pm \delta$). Из впервые диагностированных случаев аденома ПЩЖ выявлена у 21 женщины и 1 мужчины. Все женщины находились в периоде менопаузы, средняя длительность которой была $11,2 \pm 8,2$ г. Ведущими диагностическими критериями явились данные лабораторных исследований: гиперкальциемия (среднее значение уровня общего кальция в сыворотке крови составило $2,9 \pm 0,2$ ммоль/л), гипофосфатемия (среднее значение уровня фосфора в сыворотке крови – $0,7 \pm 0,2$ ммоль/л), повышение уровня ПТГ в сыворотке крови в 2,8 - 21,4 раза (сывороточная концентрация ПТГ в среднем составила $323,2 \pm 347,7$ пг/мл, при этом максимальное значение сывороточного уровня ПТГ (926 пг/мл) выявлено у 1 мужчины, включенного в исследование). Топическая диагностика аденомы ПЩЖ проводилась при помощи ультразвукового исследования и сцинтиграфии с Tc^{99m} MIBI с проведением однофотонной эмиссионной компьютерной томографии (ОФЭКТ/КТ). Все 22 человека обследованы на предмет подтверждения/исключения остеопороза, из них у 78,2% диагностирован остеопороз и у 21,8% - остеопения. Нормальных показателей МПК у пациентов с ПГПТ выявлено не было. По данным двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии средние показатели Т-критерия в поясничных позвонках составили $-3,4 \pm 1,6$ SD, в проксимальном отделе бедренной кости $-2,8 \pm 1,3$ SD. На момент принятия решения об операции на паращитовидных железах 5 пациентов получали антирезорбтивную терапию.

Для наблюдения за динамикой изменения МПК пациентам была проведена повторная денситометрия через 11–12 месяцев после проведенного радикального оперативного вмешательства - паратиреоидэктомии.

Результаты. До операции у 47,1% пациентов с впервые выявленным ПГПТ имели низкоэнергетические переломы: перелом костей дистального отдела предплечья – 11 чел (из них 4 чел по 2 перелома), перелом хирургической шейки плеча – 5 чел, перелом проксимального отдела бедренной кости – 5 чел, компрессионные переломы позвонков – 4 чел (из них 2 чел имели переломы от 2 до 4 позвонков), перелом ребер – 1 чел. У 10 чел в анамнезе имелось указание на 2 и более переломов костей. Висцеральные проявления ПГПТ были выявлены у 13 пациента (59%). Все больные были консультированы хирургом, из них 14 пациентам (63,6%) проведено оперативное лечение по поводу аденомы ПЩЖ. Неполный охват радикальной терапией связан с отказом пациентов от оперативного вмешательства (82,7%) и наличием тяжелой сердечно-сосудистой патологии (17,3%). При отсутствии противопоказаний и наличии согласия пациентов средний период «ожидания» оперативного вмешательства составил $4,4 \pm 1,7$ нед.

Среди пациентов, не получавших бисфосфонаты, в послеоперационном периоде были назначены только препараты кальция и метаболиты витамина D. За период наблюдения у них не произошло новых переломов, а по данным двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии, проведенной через 11-12 месяцев после операции, отмечался прирост МПК $10,7 \pm 1,2\%$ в поясничных позвонках и $3,8 \pm 1,4\%$ - в проксимальном отделе бедренной кости, что соответствовало средним показателям Т-критерия в поясничных позвонках $-3,0 \pm 1,6$ SD, в проксимальном отделе бедренной кости $-2,3 \pm 1,2$ SD.

Выводы. У всех пациентов с ПГПТ наблюдается снижение МПК, связанное с длительностью заболевания и уровнем повышения ПТГ. Практически в каждом втором случае выявлены патологические переломы. Через год после радикального лечения, как правило, происходит повышение МПК (в среднем на 7,5% за год в нашем наблюдении) без назначения бисфосфонатов. В этот период были назначены только препараты кальция и метаболитов витамина D. Назначение специфической антиостеопоротической терапии оправдано через 12 месяцев после операции при отрицательной динамике МПК, сохранении низкой МПК (Т-критерий ниже $-2,5$) при условии нормокальциемии. Лечение остеопороза проводится без отличий от основных принципов терапии первичного остеопороза.

Таким образом, всем пациентам после операции 1 раз в 12 месяцев необходимо оценивать динамику МПК в течение первых 2-3 лет с целью принятия решения о целесообразности назначения антиостеопоротической терапии.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: Первичный гиперпаратиреоз; минеральная плотность кости; аденома околощитовидной железы.

DYNAMICS OF BONE MINERAL DENSITY IN PATIENTS WITH PRIMARY HYPERPARATHYROIDISM AFTER PARATHYROIDECTOMY

© Kiseleva I.N.¹, Osipov V.F.¹, Bashkova I.B.^{2,3}, Bezlyudnaya N.V.², Kadyrova L.R.⁴

¹ Republican Clinical Hospital of War Veterans, Cheboksary,

² Federal Center of Traumatology, Orthopedics and Endoprosthesis of the Ministry of Health of the Russian Federation, Cheboksary

³ Chuvash State University named after I.N. Ulyanov, Cheboksary

⁴ Kazan State Medical Academy, Kazan

KEYWORDS: Primary hyperparathyroidism; bone mineral density; antiosteoporotic therapy.
