

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА В РОССИИ

РОЖИНСКАЯ Л. Я.¹, РОСТОМЯН Л. Г.², МОКРЫШЕВА Н. Г.³, МИРНАЯ С. С.⁴, КИРДЯНКИНА Н. О.⁵

¹ зав. отд. нейроэндокринологии и остеопатий ФГУ ЭНЦ, профессор, д.м.н.

² аспирант отд. нейроэндокринологии и остеопатий ФГУ ЭНЦ

³ ведущий научный сотрудник отд. нейроэндокринологии и остеопатий ФГУ ЭНЦ, к.м.н.

⁴ аспирант отд. нейроэндокринологии и остеопатий ФГУ ЭНЦ

⁵ клинический ординатор отд. нейроэндокринологии и остеопатий ФГУ ЭНЦ
ФГУ «Эндокринологический научный центр» Минздравсоцразвития, (директор академик РАН и РАМН, профессор Иван Иванович Дедов), Москва

В настоящее время ПГПТ находится на третьем месте по распространенности среди эндокринопатий, и имеет различные клинические проявления. Внедрение автоматического определения кальция в рутинную практику в Западной Европе и США позволило диагностировать большое количество пациентов с асимптомным и малосимптомным течением ПГПТ. К настоящему времени исследований по распространенности первичного гиперпаратиреоза в России практически нет.

Цель: изучить частоту встречаемости ПГПТ по обращаемости, определить клиническую структуру ПГПТ в России.

Материалы и методы: в ходе ретроспективного исследования оценивали клинические проявления и лечение пациентов с подтвержденным диагнозом ПГПТ (1995-2010 гг.). Данные о пациентах были получены от эндокринологов из 8 регионов РФ. Результаты: собрана информация о 738 пациентах с ПГПТ (ж:м 8:1) в возрасте от 13 до 83,4 лет (средний возраст 54,3). Из них 54% из Москвы (n=397), 11% из Московской области (n=79) и 35% из 53 регионов РФ (n=262). Манифестный ПГПТ встречался в 74% случаев (остеопороз выявлен у 56%, мочекаменная болезнь в 45%, язвенная болезнь у 18% пациентов). Согласно полученным нами данным с 2005 года отмечается увеличение выявляемости ПГПТ, особенно его мягких форм. Хирургическое лечение ПГПТ проводилось в 64,9% случаев. Повторным операциям на ОЩЖ подвергались 17 пациентов. Консервативное лечение по поводу ПГПТ (бисфосфонаты, миокальцик, цинакальцет) было назначено 28,3%. 11,5% пациентов находились под динамическим наблюдением без лечения.

Заключение: в представленной работе анализируются причины поздней выявляемости первичного гиперпаратиреоза, возрастные и половые характеристики пациентов, динамика эпидемиологических показателей и клинической структуры ПГПТ с 1995 по 2010 гг. В России преобладают манифестные формы ПГПТ с преимущественным поражением костной ткани и почек.



Во многих странах первичный гиперпаратиреоз (ПГПТ) рассматривается как одно из наиболее распространенных эндокринных заболеваний наряду с сахарным диабетом и патологией щитовидной железы. С начала 1970-х годов ПГПТ перестал считаться редкой нозологией благодаря внедрению систематического лабораторного скрининга и применению автоматических анализаторов уровня кальция в крови [14].

Эпидемиологические исследования обычно проводятся с целью определения социальной значимости заболевания, необходимого объема медицинской помощи данной категории больных или выявления лиц с высоким риском развития заболевания.

Термином «распространенность» обычно обозначают долю населения (процентах или промилях), у которой имеется заболевание, в частности ПГПТ, в какой-то определенный момент времени. Под термином «заболеваемость» принято подразумевать новые случаи ПГПТ в течение года.

В настоящее время ПГПТ находится на третьем месте по распространенности ряду других эндокринопатий и является одной из наиболее частых причин остеопороза и переломов среди вторичных остеопатий. ПГПТ относится к социально-значимым проблемам в связи с вовлечением в патологический процесс большинства органов и систем, высоким риском инвалидизации и преждевременной смерти, а так же снижением качества жизни у пациентов вне зависимости от формы заболевания, обусловленное как наличием костно-висцеральных проявлений различной степени выраженности, так и неспецифическими нарушениями в психосоциальной сфере.

ПГПТ поражает 0,05-0,3% популяции. В США ежегодно регистрируют около 100 000 случаев, это составляет 15,4 на 100 000, а среди пожилых людей — 150 случаев на 100 000

человек [14]. В Европе этот показатель выше, в среднем 300 случаев на 100 000 человек [5].

До середины 1970-х годов ПГПТ рассматривался как редкое заболевание с почечными и/или костными осложнениями, в то время как в последующих исследованиях 80%-90% пациентов не имели никаких симптомов на момент определения у них гиперкальциемии. Внедрение автоматического определения кальция в сыворотке в Западной Европе и США позволило диагностировать большое количество пациентов с асимптомным и малосимптомным течением ПГПТ. Это привело к 5-кратному повышению заболеваемости ПГПТ (до 129 на 100.000 человек в год в США), после чего показатели заболеваемости стали снижаться [5, 14].

Однако много эпидемиологических аспектов, в том числе заболеваемость с учетом пола и возраста остается малоизученной.

По данным зарубежных исследований, известно, что распространенность и заболеваемость ПГПТ увеличивается с возрастом. Риск его возникновения превышает 2% в возрасте старше 55 лет [5, 8, 14]. Это становится наиболее актуальным, учитывая тот факт, что, согласно докладу отдела народонаселения Организации Объединенных Наций от 2001 г., старение населения практически необратимо. Доля пожилых людей в 1950 г. составляла 8%, в 2000 г. — 10% и, по прогнозам, к 2050 г. достигнет 21%. Таким образом, по мере старения населения частота первичного гиперпаратиреоза будет неуклонно возрастать.

Женщины страдают ПГПТ в 2-3 раза чаще мужчин (мужчины 1:2000, женщины постменопаузального возраста 1:500). В ранее проведенных исследованиях выявлено соотношение женщин и мужчин от 3:1 до 5:1 [8].

Известно, что ПГПТ диагностируется практически у 2% женщин старше 55 лет. Существенное преобладание женщин указанной возрастной группы, у кого впервые устанавливается диагноз ПГПТ, частично объясняется изменениями

уровней эстрогенов и других гормонов в период наступления менопаузы [8].

В настоящее время в отечественной литературе имеются немногочисленные сведения о ПГПТ, полученные в результате собственного опыта лечения данного заболевания в отдельных клиниках на небольших группах пациентов. Точных данных о распространенности, заболеваемости и клинической структуре ПГПТ в российской популяции нет.

В регионах России за 20-25-летний опыт лечения пациентов с ПГПТ в среднем за год выявляется не более 20 новых случаев ПГПТ [1,2,4]. Хотя, учитывая мировые данные, в нашей стране эти цифры должны быть существенно выше. Показатели распространенности и заболеваемости ПГПТ могут быть получены при масштабных эпидемиологических исследованиях, анализе региональных и федеральных регистров или могут быть рассчитаны, основываясь на результатах исследований, проведенных в США, Великобритании, Канаде или Австралии, которые затем экстраполируются используя данные о населении других стран. Так, учитывая численность населения РФ как 143.974.059 (по данным переписи населения РФ в 2002 году), расчетная заболеваемость оценивается как 53 новых случаев на 100.000 в год. Ожидаемое общее количество пациентов с ПГПТ может составить от 72.500 до 100.000 человек. Однако такой способ не учитывает особенностей территории РФ и ее населения: генетических, культурологических, социальных, этнических и факторов окружающей среды. Поэтому полученные подобным образом статистические показатели могут лишь ориентировочно характеризовать возможную эпидемиологическую ситуацию по ПГПТ.

Так как диагностика и лечение пациентов с ПГПТ относятся к высокотехнологичным видам медицинской помощи, это диктует необходимость изучения эпидемиологической структуры заболевания. Представляется актуальным получение точных данных о количестве больных, о клинической структуре ПГПТ, особенностях различных его форм для определения объема необходимой медицинской помощи. С этой целью впервые в России была создана электронная база данных больных с ПГПТ, и проведено пилотное исследование эпидемиологических показателей по этому заболеванию, в том числе заболеваемость с учетом возраста и пола.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучить частоту встречаемости ПГПТ по обращаемости, определить клиническую структуру ПГПТ в России.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Работа проводилась в отделении нейроэндокринологии и остеопатий ФГУ Эндокринологического научного центра Минздравсоцразвития РФ, как центре сбора и аналитической обработки данных базы федерального уровня. На заседании консультативного совета «Первичный и вторичный гиперпаратиреоз» в декабре 2008 года было принято решение о совместной работе по созданию общей базы данных в РФ.

Разработана анкета регистрации и наблюдения больных с ПГПТ (представлена в приложении 1). В анкете учитывались демографические, анамнестические данные и результаты проведенного клинического обследования пациентов с ПГПТ, методы лечения и исходы.

Электронная версия анкеты (в программе Microsoft Excel) и рекомендации (приложение 2) по ее заполнению, а также калькулятор пересчета единиц измерения гормональных и биохимических показателей для стандартизации данных (приложение 3), были направлены главным эндокринологом 14 субъектов РФ и распространены среди врачей-эндокринологов в регионах. Сбор данных о пациентах с подтвержденным ПГПТ, как текущем, так и перенесенном ранее, проводился в течение 12 месяцев, после чего заполненные анкеты были переданы в ФГУ ЭНЦ (по электронной почте) из 8 реги-

онов РФ (Краснодарский край, Тюменская область, Томская область, Ростовская область, Республика Карелия, Ульяновская область, Московская область и г. Москва). Также в электронные анкеты вносилась информация о пациентах с ПГПТ наблюдающихся в ФГУ ЭНЦ по данным историй болезни и амбулаторных карт с 1995 по апрель 2010.

Была создана электронная база данных больных ПГПТ, куда вносилась информация о пациентах из анкет. Предварительно проводились проверка правильности заполнения анкет и при необходимости уточнение данных у ответственных за заполнение анкет лиц в регионах. Анкеты не соответствующие требованиям, содержащие некорректную или недостаточно полную информацию по обязательным для заполнения пунктам анкеты не были включены в базу данных. Заполнение базы данных проводилось после предварительной кодировки пациентов с целью обезличивания персональных данных. Данные о пациентах собирались, хранились и анализировались согласно Федеральному закону от 27 июля 2006 г. N 152-ФЗ "О персональных данных". Дальнейшее пополнение базы данных проводилось при получении новых данных о пациентах в динамике.

Анализ данных проводился мерами центральной тенденции и рассеяния, подсчетом абсолютных и относительных частот. Для сравнения групп использовали критерий Пирсона (χ^2), t-критерий Стьюдента. Для корреляционного анализа использовали ранговый коэффициент Спирмана.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Всего собрана информация о 738 пациентах с ПГПТ: 54% из Москвы (n=397), 11% из Московской области (n=79) и 35% из 53 регионов РФ (n=262) (рис.1). В том числе информация о пациентах из Краснодарского края – 50, Тюменской области – 28, Томской области – 3, Ростовской области – 10, Республики Карелия – 5, Ульяновской области – 4 была предоставлена из данных регионов и по архивным данным ФГУ ЭНЦ. Пациенты из других регионов, данные которых были включены в базу, наблюдались в ФГУ ЭНЦ с 1995 по апрель 2010 года.

ПГПТ наиболее часто диагностировали в Москве, а также относительно высокий уровень выявления ПГПТ был отмечен в Московской области и Краснодарском крае. Так как информация о пациентах из следующих регионов: Краснодарский край, Тюменская область, Томская область, Ростовская область, Республика Карелия, Ульяновская область, была собрана совместно с главными специалистами в области заболеваний околщитовидных желез (ОЩЖ) в указанных регионах, следует предполагать, что по имеющимся данным возможно оценить истинную выявляемость ПГПТ на этой территории. Так, расчетная распространенность по обращаемости ПГПТ в Москве составила 0,042 на 1000 взрослого населения, Московской области и Краснодарском крае – 0,01 на 1000 взрослого населения, а в остальных регионах <0,009 на 1000 населения (численность населения в регионах рассчитывалась по результатам переписи населения РФ, проведенной в 2002 году). Однако в ряде регионов (Иркутск, Ставрополь, Москва, Московская область, Санкт-Петербург, Воронеж) количество пациентов с ПГПТ возможно несколько выше, что может быть связано с автономной активностью хирургических клиник, различных ведомственных медицинских учреждений с квалифицированной и хорошо оснащенной клинической базой [1,2,3,4].

Согласно полученным нами данным в последние годы отмечается увеличение выявляемости ПГПТ (табл.1). Так, с 1979 по 2000 года всего было диагностировано 84 случая, что в среднем составляет до 4 новых случаев в год. С 2000г по 2005 г этот показатель составил уже 29 случаев в год. Резкое увеличение количества диагностируемых случаев ПГПТ наблюдается с 2006 года (93 случая в год), с пиком в 2009 году (126 случаев в год). За первые 3 месяца 2010 года было

диагностировано 30 случаев ПГПТ, что составило среднее за год количество случаев выявления данного заболевания в период с 2000-2005 гг.

По данным зарубежной литературы заболеваемость ПГПТ определяется до 40-100 на 100.000 человек в год, а распространенность ПГПТ в большинстве исследований оценивается как 0,5-1 на 1000 населения [5,14]. Регистрируемая распространенность ПГПТ в России не соответствует этим данным.

Изменению представлений о распространенности заболевания во многом способствуют поднятие образовательного уровня широкого круга врачей и возможности гормонального подтверждения диагноза и визуализации ОЩЖ.

Раньше в России проводилось хирургическое удаление лишь случайно выявленных паратиром, а до 2000 года практически не выявляли и не лечили асимптомные и малосимптомные формы заболевания.

С 2003-2005 гг. в России это заболевание стало привлекать все больше внимания, что связано с проводимой информационно-просветительной работой по разъяснению аспектов, касающихся ПГПТ, среди эндокринологов и врачей других специальностей (терапевтов, гастроэнтерологов, общих хирургов, травматологов, ортопедов, ревматологов, нефрологов, урологов, стоматологов), а также появлением в различных центрах (в том числе в регионах) возможности определения паратиреоидного гормона (ПТГ), проведение денситометрии, визуализации ОЩЖ.

В публикациях Пархисенко и соавторов отмечено, что за 2003-2006 годы с предположительным диагнозом ПГПТ на консультацию в областную больницу Воронежской области были направлены 1080 пациентов. У 80 пациентов выявлен

ПГПТ, 60 из которых были оперированы. В то время как до 2003 года наблюдалось только 3 пациента с ПГПТ [3].

Наиболее актуальной проблемой является широко-масштабное внедрение лабораторного скрининга уровня кальция крови с помощью автоматических анализаторов. В России в последнее время все чаще врачи назначают анализ кальция при обследовании по поводу остеопороза, при боли в костях и суставах, заболеваниях почек и желудочно-кишечного тракта, что позволяет в ряде случаев диагностировать гиперкальциемию и значительно чаще выявлять в последнее время ПГПТ, в том числе мягкого течения.

Анализ базы данных показал, что в России, так же как и в других странах ПГПТ чаще диагностировали среди женщин. Доля женщин составила 89% (n=655), мужчин – 11% (n=83), соотношение мужчин и женщин составило 1:8, что несколько отличается от зарубежных эпидемиологических исследований. В странах Западной Европы и США, женщины болеют ПГПТ также чаще мужчин, но с соотношением мужчин и женщин от 1:5 до 1:3 [8,10]. Интерпретация этих данных требует учета некоторых демографических особенностей. Так, средняя продолжительность жизни женщин в России примерно на 10 лет выше, чем у мужчин, в связи с этим число лиц женского пола в возрасте старше 65 лет в 2,5 раз больше чем мужчин того же возраста. Кроме того, женщины чаще проходят обследование для диагностики остеопороза, особенно после наступления менопаузы. В условиях отсутствия повсеместного скрининга на кальций таким образом можно предположить, что у мужчин ПГПТ более часто остается нераспознанным.

По данным литературы заболеваемость и распространенность ПГПТ с возрастом увеличиваются, достигая максимума по разным данным в возрастных группах 55-74 года [9,14]. При распределении по возрастным группам на момент установления диагноза было получено, что диагноз ПГПТ в российской популяции чаще устанавливают в возрасте 50-59 лет (33%) (рис. 1).

Средний возраст пациентов на момент постановки диагноза ПГПТ составил 54,3 лет (13;83,4). Средний возраст начала заболевания (появление симптомов ПГПТ) составил 50,6 года (11;82,3). От начала заболевания до постановки диагноза чаще проходило около одного года, однако в ряде случаев заболевание длительное время оставалось нераспознанным. Средняя продолжительность от начала заболевания до установления диагноза - 3,47 года (0,4;40).

При распределении пациентов по возрастным группам (по возрасту установления диагноза ПГПТ) в зависимости от пола выявлено, что наиболее часто ПГПТ диагностируют среди женщин в возрасте 50-59 лет (23,8%) и 60-69 лет (28,8%), в то время как среди мужчин ПГПТ диагностируется одинаково вне зависимости от возраста (рис. 2).

Одним из объяснений возрастных и половых различий пациентов с ПГПТ является так называемая гормональная теория, согласно которой к стимуляции ОЩЖ и развитию гиперпаратиреоза может приводить недостаток эстрогенов, развивающийся у женщин в постменопаузе [8]. Так в нашем исследовании преобладают женщины в постменопаузе (n=384) и с аменореей в возрасте от 14 до 45 лет (n=82) (76%, n=466). Средний возраст прекращения менструаций – 49 лет (14;63,6). При этом между возрастом прекращения менструаций и возрастом установления диагноза ПГПТ у

Табл. 1.

Число новых случаев ПГПТ в год.

Год диагноза ПГПТ	Количество новых случаев в год
До 2000г	в среднем 4 случая в год (84 пациента всего)
С 2000г по 2005г	в среднем 29 случаев в год (175 пациентов всего)
2006 год	93 случая в год
2007 год	120 случаев в год
2008 год	110 случаев в год
2009 год	126 случаев в год

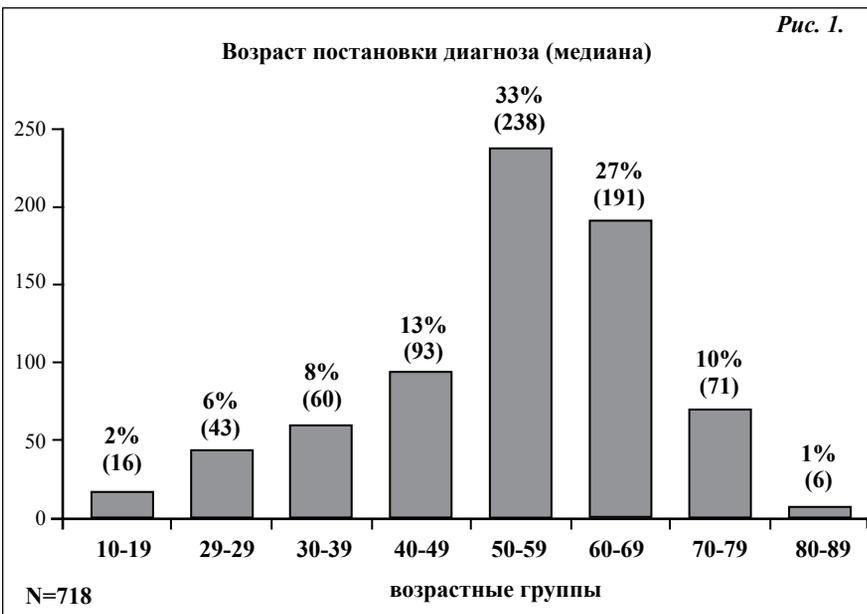


Рис. 1.

женщин существует слабая ($r=0,197$), но статистически значимая ($p=0,000039$) корреляционная связь. Эти данные подтверждают описанную в литературе гормональную гипотезу и объясняют преобладание женщин в постменопаузе и в возрастной группе старше 50 лет (рис 3).

Как известно, ПГПТ может иметь манифестное, мягкое (малосимптомное) или бессимптомное течение. По данным зарубежной литературы в настоящее время наиболее часто встречается мягкая форма ПГПТ, а у 80%-90% пациентов на момент определения у них гиперкальциемии отсутствуют жалобы [8]. Это связано с введением повсеместного скрининга на кальций, и более частом выявлении ПГПТ на ранних стадиях и с неспецифической симптоматикой.

В исследуемой нами выборке пациентов преобладало манифестное течение заболевания – 74% ($n=532$); мягкая – 18% ($n=129$) и бессимптомная – 8% ($n=55$) формы встречались значительно реже. Превалирование манифестного течения позволяет предполагать, что малосимптомные формы часто остаются нераспознанными, и в большинстве случаев диагноза ПГПТ устанавливался уже на стадии, когда имеются костные и висцеральные осложнения.

Как уже было отмечено ранее за последние 5-7 лет в России проблема ПГПТ стала приобретать большую актуальность: количество диагностируемых случаев в исследованных регионах увеличилось с 4 до 126 случаев в год. Изменилась и клиническая структура заболевания.

При анализе течения ПГПТ по годам отмечается тенденция к более частому выявлению асимптомных и малосимптомных форм (рис. 4). До 2000 года асимптомная форма ПГПТ в России не диагностировалась, а за последнее десятилетие, ее доля в клинической структуре заболевания увеличилась с 4% до 15%. Также, в большем проценте случаев встречалось малосимптомное течение ПГПТ: если до 2000 года только в 15%, то в период с 2000-2005 гг. – в 22,5%, и после 2005 г. – в 26%. Некоторые отечественные авторы, при описании собственного опыта ведения пациентов с ПГПТ, отмечают похожее изменение процентных соотношений клинических форм ПГПТ [1]. Однако во все периоды времени пока преобладают манифестные формы ПГПТ.

При анализе клинических проявлений манифестного ПГПТ у 53% пациентов была выявлена смешанная форма, преимущественное поражение костей обнаружено у 34% пациентов и только висцеральные проявления – у 12% пациентов (рис. 5).

Во все периоды (до 2000 года и по годам до 2009 года) соотношение клинических форм, с преобладанием смешанной формы, не отличалось (табл. 2).

При анализе манифестного ПГПТ у женщин и мужчин в обеих группах наиболее часто встречалась смешанная форма ПГПТ (рис. 6). Однако если у мужчин костные и висцеральные проявления встречались в равной степени, то у женщин выявлялись преимущественно клинические формы

Распределение по возрастным группам (на момент постановки диагноза) в зависимости от пола (красным цветом отмечено количество мужчин, желтым- женщины)

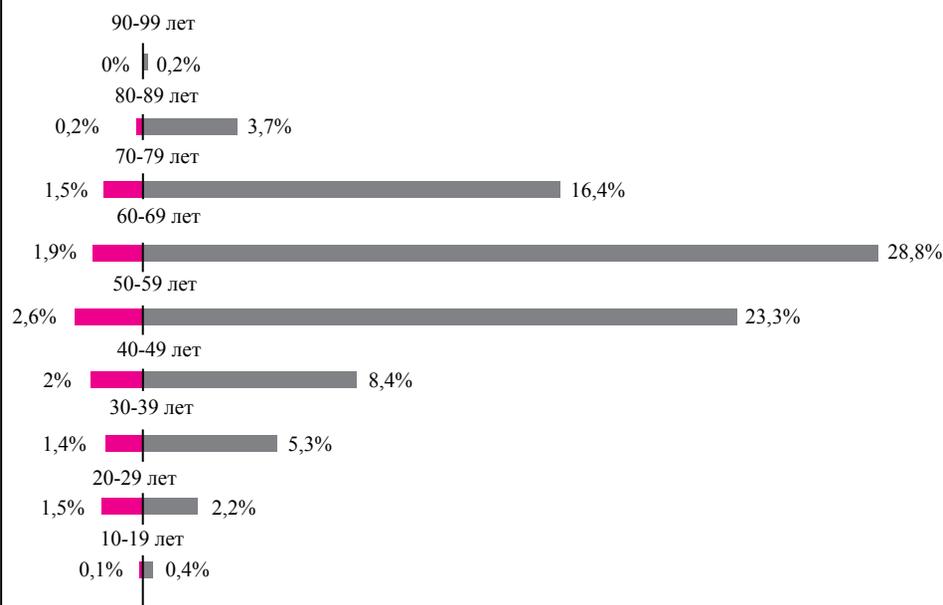


Рис. 2.

Корреляция возраста прекращения менструаций и возраста установления диагноза ПГПТ

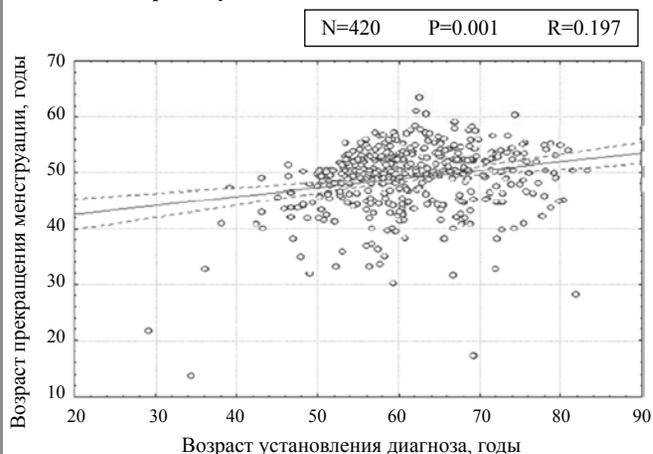


Рис. 3.

с наличием костных проявлений (смешанная и костная формы) и значительно реже висцеральная форма ($p<0,005$).

Поражения опорно-двигательного аппарата относятся к классическим проявлениям ПГПТ. По данным литературы остеопороз выявляется у большинства (50-81,3%) пациентов [7,12]. При анализе собранных нами данных остеопороз оказался ведущим симптомом и был выявлен у 56% пациентов (рис. 7).

Наиболее типично при ПГПТ поражение компактной (кортикальной) костной ткани. В нашем исследовании преобладало поражение как лучевой кости (42%), так и поясничного отдела позвоночника (41,9%), остеопороз бедра встречался реже - у 31,2% пациентов (рис. 8).

Это можно объяснить тем, что среди пациентов в нашем исследовании присутствует большое количество женщин в постменопаузе со смешанным генезом потери МПК, а также более частым назначением исследования МПК в области позвоночника для диагностики остеопороза.

Табл. 2.

Анализ выявления форм ПГПТ за период с 1979-2009 года

	Смешанная	Висцеральная	Костная
До 2000	55%	12,5%	32,5%
2000-2005	57,8%	9,4%	32,8%
2006	53%	12%	35%
2007	45,7%	10,6%	43,7%
2008	54,2%	14,4%	31,4%
2009	49,5%	18,3%	32,2%

Следует отметить, что не во всех анкетах были указаны данные МПК всех 3-х основных для диагностики остеопороза отделах скелета. Наиболее часто отсутствовали данные измерения МПК лучевой кости (28,8%), где, как известно, наиболее типично снижение МПК при ПГПТ, и реже в области проксимального отдела бедра (19,2%) и поясничного отдела позвоночника (16,8%). В 14% анкет сведения о состоянии костной ткани полностью отсутствовали. Можно предположить, что снижение минеральной плотности костной ткани в результате ПГПТ в ряде случаев остается нераспознаваемым и доля пациентов с остеопорозом может оказаться несколько заниженной.

Клиническим проявлением остеопороза являются переломы при низком уровне травмы. По данным литературы малотравматичные переломы встречаются у 2,8-21,8% пациентов [7,12]. При анализе данных нами были получены аналогичные результаты: всего переломы различной локализации встречались у 20% пациентов.

По данным литературы наиболее часто при ПГПТ среди других висцеральных проявлений страдает мочевыделительная система и верхние отделы желудочно-кишечного тракта. Нефролитиаз выявляют у 15-34% пациентов, по некоторым данным до 45%; язвы желудка и/или двенадцатиперстной кишки встречаются в 10-15% случаев [6,7,9,13]. Анализируя собранные анкеты, нами было получено, что нефролитиаз встречается у 45% пациентов, язвенная болезнь – у 18% пациентов.

Часто у пациентов с ПГПТ наблюдается неспецифическая симптоматика. Данные литературы по этому вопросу достаточно противоречивы. От 9,4 до 81% пациентов имеют нарушения в психозомоциональной сферы (бессонница, вялость, сонливость, раздражительность, тревожность, депрессивность, снижение памяти) в качестве ведущего проявления ПГПТ. Так же среди прочих проявлений ПГПТ часто обсуждаются инсипидарный синдром, желчекаменная болезнь, кальцификация сосудов и клапанов сердца [6,11]. Результаты нашего исследования по частоте таких проявлений у пациентов с ПГПТ представлены на рисунке 8. Они свидетельствуют о том, что пациент с ПГПТ может обратиться к врачам любой специальности (терапевту, ревматологу, урологу, нефрологу, неврологу, ортопеду-травматологу, кардиологу и др.) которые должны подумать о ПГПТ и своевременно назначить дополнительные исследования на кальций и ПТГ для верификации диагноза.

По результатам анализа базы данных хирургическое лечение ПГПТ проводилось в 64,9% случаев (n=479). Повторным операциям на ОЩЖ подвергались 17 пациентов. Консервативное лечение по поводу ПГПТ (бисфосфонаты, микальцик, цинакальцет) было назначено 28,3%. 11,5% пациентов находились под динамическим наблюдением без лечения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В представленной работе анализируются причины поздней выявляемости первичного гиперпаратиреоза, возрастные и половые характеристики заболевания, динамика эпидемиологических показателей и клинической структуры ПГПТ с 1995 по 2010 г. Полученные данные свидетельствуют как о значительных достижениях, так и о ряде нерешенных проблем.

Рис. 4. Эволюция течения ПГПТ

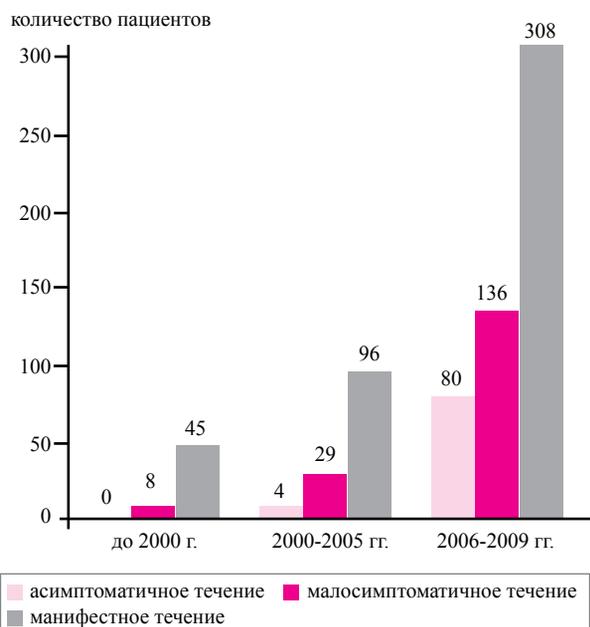


Рис. 5.

Удельный вес пациентов с разными клиническими формами ПГПТ.

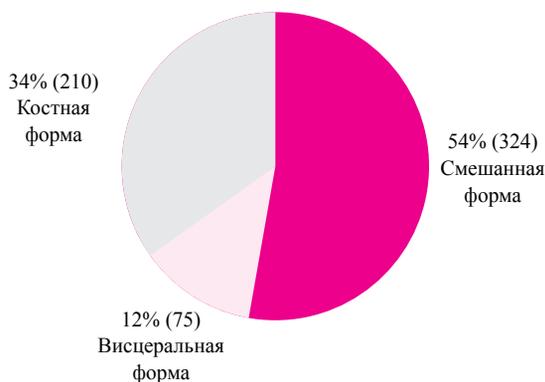
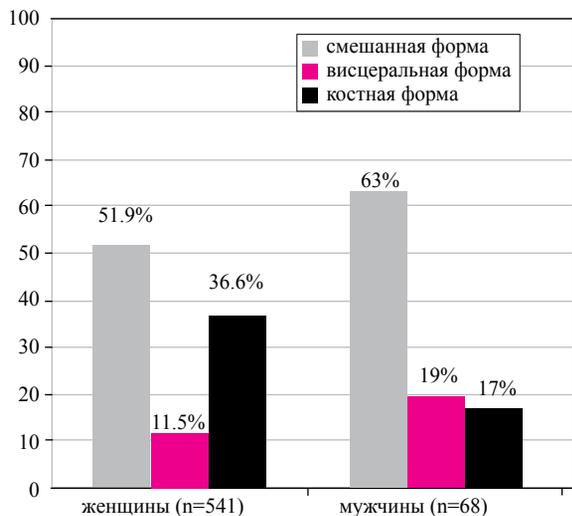


Рис. 6.

Клинические формы ПГПТ в зависимости от пола



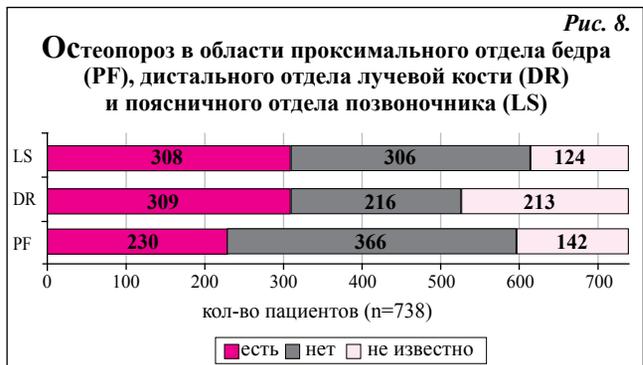
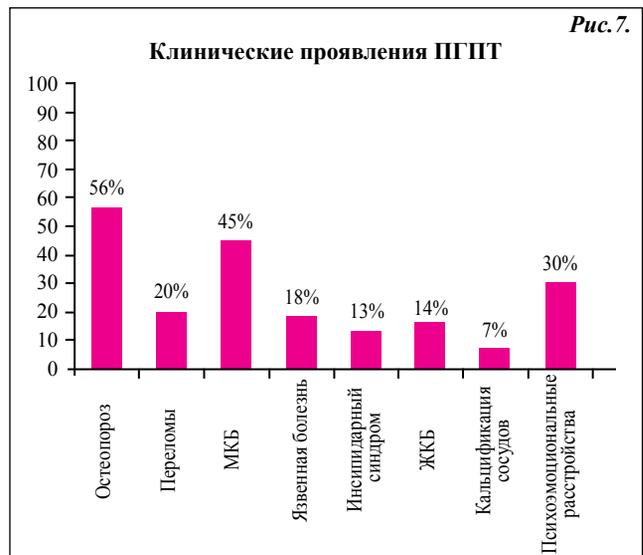
шенных проблем в этой области. В связи с наличием сложностей в ранней диагностике ПГПТ, нормокальциемических вариантов ПГПТ на фоне дефицита витамина D, отсутствием повсеместного определения кальция в крови и моче в рутинной клинической практике, плохо выявляются пациенты с малосимптомной и асимптомной формами, что требует дальнейшего анализа. Продемонстрирована необходимость создания полноценного регистра ПГПТ, усовершенствования и продолжения пополнения имеющейся базы данных пациентов с ПГПТ в России с вовлечением большего количества медицинских учреждений и регионов. На основе полученных данных будет возможность оценить результаты различных методов лечения ПГПТ, планировать потребность в хирургических вмешательствах и в дорогостоящих препаратах для консервативного лечения пациентов.

SUMMARY

Primary hyperparathyroidism (PHPT) is the third most frequent endocrine disorder and has a variable clinical presentation. Asymptomatic PHPT became the predominant form of the disease with increase of its incidence after the introduction of automated serum calcium measurement in North America and Europe. Data from Russia is lacking. Aim: To present the clinical profile of PHPT in Russia. Materials and Methods: This retrospective study was conducted at endocrinology centers in 8 regions of Russia. We analyzed the clinical presentation, and treatment options in patients with confirmed PHPT (1995-2010). Results: 738 patients (F: M-8:1) with age ranging from 13 to 83,4 years (mean 54,3) were analyzed. 54% was from Moscow (n=397), 11% - from Moscow region (n=79) and 35% - from 53 regions of Russia (n=262). Symptomatic PHPT was the most common form (74%) and was revealed with osteoporosis in 56%, nephrolithiasis - in 45% and ulcer disease - in 18%. Our data showed an increase in the incidence of PHPT (especially mild PHPT) after 2005 compared with earlier period. 64,9% of patients were treated surgically, 17 patients undergone repeated parathyroid surgery. 28,3% received bisphosphonates, calcitonin and/or cinacalcet. 11,5% was observed without treatment. Conclusions: This data analyzes some causes of delayed diagnosis of PHPT in Russia, characterized age and gender distribution of patients with PHPT and demonstrates the changes in clinical profile of disease from 1995 to 2010. PHPT still remains symptomatic disorder in our country most frequently with skeletal and renal manifestations.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Выродов К. С., Архипов О. И., Бондаренко А. Г., Цациев Д. А., Пыхтин Ю. Ю. Трудности в диагностике и хирургическом лечении первичного гиперпаратиреоза Кубанский научный медицинский вестник. 2009; 9: 20-22
2. Котова И.В., Калинин А.П., Казанцева И.А. и др. Ошибки и трудности в хирургическом лечении первичного гиперпаратиреоза // Современные аспекты хирургической эндокринологии. – Саранск, 2007. – С.125'127.
3. Пархисенко Ю.А., Струкова О.Н., Струков Д.А. Хирургическое лечение первичного гиперпаратиреоза. Сетевое электронное издание научно-практический журнал "Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья", №29, 2007
4. Пинский С.Б., Цмайло В.М., Федорова О.А. Ошибки и трудности в диагностике и лечении первичного гиперпаратиреоза Сибирский медицинский журнал. 2008; 79(4): 23-28
5. Adami S, Marcocci C & Gatti D (2002). Epidemiology of primary hyperparathyroidism in Europe. Journal of Bone and Mineral Research, 17 (Suppl 2): 18-23.
6. Hasse C, Sitter H, Bachmann S, Zielke A, Koller M, Nies C, Lorenz W, Rothmund. How asymptomatic is asymptomatic



primary hyperparathyroidism? Exp Clin Endocrinol Diabetes 2000;108:265-274.

7. Mazzaglia PJ, Berber E, Kovach A. The changing presentation of hyperparathyroidism over 3 decades. Archives of Surgery, 2008, 143, 260-266

8. Miller BS, Dimick J, Wainess R, Burney RE. Age- and sex-related incidence of surgically treated primary hyperparathyroidism. World J Surg. 2008 May;32(5):795-9.

9. Popovic JR. National hospital discharge survey: Annual summary with detailed diagnosis and procedure data DHHS Publication Note (PHS) 2001-1722 U.S. Department of Health and Human Services, Hyattsville, MD, USA. 2001.

10. Rodgers SE, Lew JI, Solorzano CC. Primary hyperparathyroidism. Current Opinion in Oncology, 2008, 20, 52-58.

11. Roman SA, Sosa JA, Mayes L, Desmond E, Boudourakis L, Lin R et al. Parathyroidectomy improves neurocognitive deficits in patients with primary hyperparathyroidism. Surgery 2005;138:1121-8.

12. Steiniche T, Christiansen P, Vesterby A, et al. Primary hyperparathyroidism: bone structure, balance, and remodeling before and 3 years after surgical treatment. Bone 2000; 26: 535-43.

13. Valle Díaz de la Guardia F, Arrabal Martín M, Arrabal Polo MA, Quirosa Flores S, Miján Ortiz JL, Zuluaga Gómez A. Renal lithiasis in patients with primary hyperparathyroidism. Evolution and treatment. Arch Esp Urol. 2010 Enero-Febrero;63(1):32-40.

14. Wermers RA, Khosla S, Atkinson EJ et al. (2006) Incidence of primary hyperparathyroidism in Rochester, Minnesota, 1993-2001: an update on the changing epidemiology of disease. J Bone Miner Res 21:171-177.