

уровень паратгормона, улучшить общее состояние пациентки и по данным предоперационной КТ брюшной полости ликвидировать две из трех кист поджелудочной железы, панкреатогенный асцит. Улучшение состояния поджелудочной железы после паратиреоидэктомии косвенно свидетельствует о влиянии гиперкальциемии на ее функцию. На втором этапе, после достаточной стабилизации состояния пациентки, удалось выполнить дистальную субтотальную резекцию поджелудочной железы с большой ложной кистой и селезенкой. Комплексный подход к лечению и последующая послеоперационная реабилитация позволили улучшить состояние больной до вполне удовлетворительного.

Однозначно можно сделать вывод о необходимости у всех пациентов с острым панкреатитом неалкогольной и билиарной этиологии определять уровень сывороточного кальция, паратгормона, а пациентам с ПГПТ выполнять исследование органов желудочно-кишечного тракта для выявления панкреатита.

● Список литературы / References

1. Smith F.B., Cook R.T. Acute fatal hyperparathyroidism. *Lancet*. 1940; 2: 650.
2. Bai H.X., Lowe M.E., Husain S.Z. What have we learned about acute pancreatitis in children? *J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr.* 2011; 52 (3): 262–270. DOI: 10.1097/mpg.0b013e3182061d75.
3. Mithofer K., Fernandez-del Castillo C., Frick T.W., Lewandrowski K.B., Rattner D.W., Warshaw A.L. Acute hypercalcemia causes acute pancreatitis and ectopic trypsinogen activation in the rat. *Gastroenterology*. 1995; 109 (1): 239–246.
4. Felderbauer P., Karakas E., Fendrich V., Bulut K., Werner I., Dekomien G., Klein W., Bartsch D., Schmidt W.E. Pancreatitis in primary hyperparathyroidism-related hypercalcaemia is not associated with mutations in the CASR gene. *Exp. Clin. Endocrinol. Diabetes*. 2007; 115 (8): 527–529.
5. Heath H. 3rd. Clinical spectrum of primary hyperparathyroidism: evolution with changes in medical practice and technology. *J. Bone Miner Res.* 1991; 6 (Suppl 2): S63–70; discussion.
6. Chauhan S., Forsmark C.E. Pain management in chronic pancreatitis: a treatment algorithm. *Best Pract. Res. Clin. Gastroenterol.* 2010; 24 (3): 323–335. DOI: 10.1016/j.bpg.2010.03.007.

Статья поступила в редакцию журнала 16.01.2017.
Received 16 January 2017.

Комментарий

Авторы приводят собственное клиническое наблюдение за пациенткой, у которой на фоне первичного гиперпаратиреоза, обусловленного злокачественной опухолью (раком) околощитовидной железы, возник комплекс тяжелых осложнений, включающий гиперкальциемию с развитием хронической почечной недостаточности и поражением костной ткани, развился рецидивирующий калькулезный панкреатит. Осложнением последнего явился тотальный панкреонекроз с образованием множественных постнекротических псевдокист, с некрозом ткани селезенки с повторными аррозионными кровотечениями. Несмотря на достаточно продолжительное консервативное лечение, отмечалось прогрессирование осложненного панкреатита, что заставило авторов сообщения перейти к хирургическому лечению. Вполне обоснованной оказалась выбранная авторами тактика двухэтапного хирургического лечения. Первым этапом выполнено удаление левой нижней околощитовидной желе-

зы и гемитиреоидэктомия, а вторым — левосторонняя гемипанкреатэктомия с удалением постнекротических псевдокист и спленэктомией, а также холецистэктомия в связи с холецистолитиазом. Проведенное лечение увенчалось благоприятным непосредственным и отдаленным результатом.

Таким образом, авторами проиллюстрировано необычное развитие рецидивирующего осложненного панкреатита, возникшего как следствие гиперпаратиреоза, развившегося как следствие злокачественной опухоли парашитовидной железы. Авторами совершенно справедливо подчеркнута необходимость предполагать наличие гиперпаратиреоза как этиологического фактора осложненного рецидивирующего панкреатита у пациентов при отсутствии других, более распространенных этиологических факторов — алкоголизма и желчнокаменной болезни. В статье обоснована тактика обследования подобных пациентов. Также продемонстрирована эффективность участия в лечении пациентки хирургов различной специализации — эндокринологов и панкреатологов.

Профессор М.В. Данилов