

Комментарий

Первичный гиперпаратиреоз (ПГПТ), многие десятилетия скрываясь “в тени” других заболеваний и оставаясь зачастую вовремя не распознанным, в последнее время все больше привлекает внимание эндокринологов и хирургов. Широкомасштабные эпидемиологические исследования, проведенные в странах Западной Европы и Северной Америки, свидетельствуют о том, что ПГПТ занимает третье место по распространенности, уступая лишь сахарному диабету и заболеваниям щитовидной железы. Сведений о подобных исследованиях в нашей стране пока не представлено, однако имеются данные примерно о 3% гиперкальциемии среди взрослого населения ряда регионов. Поэтому официальные показатели заболеваемости, составляющие порядка 7 человек на 1 млн населения, кажутся несколько заниженными, что требует проведения крупных исследований и внедрения скрининговых программ.

Многочисленные системные осложнения ПГПТ — нефрокальциноз и нефролитиаз, деформация и патологические переломы трубчатых и губчатых костей (конечностей, таза, позвоночника, нижней челюсти и др.), язвенное поражение желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненное кровотечением и даже перфорацией, острый и хронический панкреатит, панкреатокальциноз, панкреатиколитиаз и другие патологические состояния — являются своеобразными “масками” заболевания. Они приводят к тому, что многие пациенты длительное время находятся под наблюдением врачей общей практики, гастроэнтерологов, урологов, травматологов-ортопедов, абдоминальных хирургов,

получая лечение по поводу осложнений основного заболевания с понятно малой эффективностью.

Поучительной иллюстрацией изложенному может служить настоящее клиническое наблюдение, демонстрирующее развитие хронического кальцифицирующего панкреатита тяжелого течения с образованием псевдокист поджелудочной железы, почечной недостаточностью, поражением костной и нервной систем, кахексией у пациентки с длительно существующим ПГПТ. Авторы избрали вполне адекватную тактику лечения больной ПГПТ в стадии развившихся серьезных осложнений, разделив подготовку и хирургическое лечение на два этапа — удаление опухоли околощитовидной железы с гемитиреоидэктомией, затем дистальная резекция поджелудочной железы, спленэктомия и холецистэктомия с хорошим послеоперационным результатом.

Клиническое наблюдение еще раз подтверждает настоятельную целесообразность широкомасштабных эпидемиологических исследований в нашей стране, необходимость большей настороженности врачей различных специальностей в отношении ПГПТ и его грозных осложнений, так называемых перекрестков эндокринологии и хирургии. Немаловажным представляется адекватное и своевременное взаимодействие врачей различных медицинских специальностей в трудных диагностических ситуациях, что и обеспечивает мультидисциплинарный подход к лечению этой категории больных.

Следует поздравить авторов с успешным лечением тяжелобольной пациентки и пожелать им дальнейших успехов.

Профессор П.С. Ветшев