

УДК 616.441-008.61-07

*П.М.Ляшук, Н.В.Пашковська, О.А.Оленович, Р.П.Ляшук***ДІАГНОСТИКА ПЕРВИННОГО ГІПЕРПАРАТИРЕОЗУ**

Буковинський державний медичний університет, м.Чернівці

Ключові слова: первинний гіперпаратиреоз, паратгормон.

Первинний гіперпаратиреоз (ПГ) – захворювання, обумовлене надлишковою продукцією паратгормону доброякісною аденомою прищитоподібної залози (86 %), рідше – гіперплазією цих залоз (14 %), злаякісна аденома трапляється лише в 0,5–1 % усіх паратиреоаденом. Жінки хворіють у два рази частіше, ніж чоловіки.

ПГ розвивається поступово. Патогномонічних клінічних проявів недуги не існує. Усе залежить від того, яка із систем організму більше уражена. Так, хворі можуть виявлятися в травматологічному (остеопороз, спонтанні переломи кісток, їх викривлення, осалгія), урологічному та нефрологічному (сечокам'яна хвороба, пієлонефрит, нефрокальциноз, хронічна ниркова недостатність), гастроентерологічному (рецидивуюча пептична виразка шлунка, калькульозні холецистит і панкреатит) та хірургічному (калькульозний апендицит) відділеннях, а також стоматологами (спуліди щелеп, камені слинних залоз, розхитування та випадіння зубів), ендокринологами (вузловий зоб, нирковий, нецукровий діабет), кардіологами (міокардіокальциноз, кальциноз клапанів серця), неврологами (депресія, подразливість, втомлюваність і слабкість м'язів ніг) (Ляшук П.М., 1993; 2006). Проте, на перше місце слід поставити ураження сечовидільної системи. Причиною рецидивного нефролітіазу з множинними або коралоподібними каменями в 10–20 % випадків є саме ПГ (Шідловський В.О. та ін., 2006).

Реальна захворюваність на ПГ, за даними західних дослідників, майже у 1000 разів вища, ніж в Україні (Ларін О.С., Черенько С.М., 2007). Лише впровадження тотального скринінгу рівня іонізованого кальцію в крові усіх амбулаторних і госпітальних пацієнтів здатне викрити реальну кількість хворих. Розроблена скринінг-програма своєчасного виявлення ПГ (Боцюрко В.І., 2002).

Діагностика ПГ верифікується підвищеним рівнем іонізованого кальцію і паратгормону в крові. Для топічної діагностики використовують УЗД, КТ, МРТ, сцинтиграфію прищитоподібних залоз. При оцінці рівня іонізованого кальцію крові слід робити поправку залежно від рівня рН крові. Вірогідний аналіз паратгормону можна отримати лише при миттєвому замороженні сироватки після відбору крові (Ларін О.С., Черенько С.М., 2007).

Нами в періодичній пресі опубліковано низку випадків діагностики ПГ, зокрема кісткову (Ляшук П.М. та ін., 2012) і ниркову форми (Ляшук П.М. та ін., 2012) та асоціацію змішаної форми ПГ із вульгарною міхурчаткою, з приводу якої хвора довготривало приймала глюкокортикоїдні препарати, що в розвитку системного остеопорозу, характерного і для ПГ, також відіграло суттєву роль й утрудняло діагностику (Ляшук П.М. та ін., 2009). У двох інших випадках змішаної форми ПГ був виявлений рак прищитоподібної залози, який клінічно проявився вузлами щитоподібної залози, на що вперше була звернена увага інтерністів і хірургів (Ляшук П.М., 1993, 1995). Тому накопичення і публікація подібних випадків має практичне значення.

Зростання поінформованості лікарів різного профілю про багатогранність клінічної симптоматики ПГ суттєвим чином впливатиме на цілеспрямоване його виявлення та своєчасне направлення на оперативне лікування.

*P.M.Ljashuk, N.V.Pashkovska, O.A.Olegovich, R.P.Ljashuk***DIAGNOSIS OF PRIMARY HYPERPARATHYROIDISM****Bukovina State Medical University (Chernivtsi)****Key words:** primary hyperparathyroidism, parathormone.