

**В. И. БЕЛОКОНЕВ¹, Н.Э. ГАЛСТЯН^{1,2}, З. В. КОВАЛЕВА¹,
И. А. МАЛЮТИН², Г. Г. ЧАПЛЫГИНА², В. М. СУХОРУКОВА²**

¹Самарский государственный медицинский университет

²Самарская городская клиническая больница №1 им. Н.И. Пирогова

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ УРЕМИЧЕСКОГО ОПУХОЛЕВОГО КАЛЬЦИНОЗА У БОЛЬНЫХ С ТРЕТИЧНЫМ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗОМ

Цель работы – отработать тактику и технику оперативного пособия у больных с третичным гиперпаратиреозом, осложненным уремическим опухолевым кальцинозом. Материалы. Тактика и методы лечения уремического опухолевого кальциноза из-за редкости патологии описаны не достаточно. Приведено клиническое наблюдение за пациенткой А. 1954 года рождения. Диагноз: хроническая почечная недостаточность, третичный гиперпаратиреоз, аденомы паращитовидных желез, костно-суставная форма; уремический опухолевый кальциноз в области правого плеча и предплечья. Са = 2,4-2,55 ммоль/л, Р = 1,7-1,8 ммоль/л, иПТГ = 800 пг/мл. Результат. Лечение больной проведено в два этапа. Первым этапом выполнено удаление 6 аденом паращитовидных желез, вторым – вскрытие трех обызвествленных кистозных образований в области правой верхней конечности объемом 750 мл, содержащих экссудат белого цвета, напоминающий раствор извести. Послеоперационный период протекал без осложнений, иПТГ = 60 пг/мл. Заключение. У 0,09% больных с хронической почечной недостаточностью, находящихся на программном гемодиализе, возможно развитие уремического опухолевого кальциноза, лечение которого направлено на удаление аденом паращитовидных желез, вскрытие и дренирование параартикулярных патологических кист.

Ключевые слова: *хроническая почечная недостаточность, третичный гиперпаратиреоз, уремический опухолевый кальциноз*

Белоконев Владимир Иванович - заслуженный врач РФ, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой хирургических болезней №2 СамГМУ. E-mail: nbelokoneva@yandex.ru

Ковалева Зинаида Викторовна - к.м.н., ассистент кафедры хирургических болезней №2 СамГМУ. E-mail: info@samsmu.ru

Галстян Нарек Эдуардович - врач-хирург СГКБ №1 им.Н.И. Пирогова, ассистент кафедры хирургических болезней №2 СамГМУ. E-mail: hospital@samara-pirogova.ru

Малютин Игорь Александрович - заведующий отделением анестезиологии-реаниматологии Самарской городской клинической больницы №1 им. Н.И. Пирогова. E-mail: hospital@samara-pirogova.ru

Чаплыгина Галина Григорьевна, врач-нефролог Самарской городской клинической больницы №1 им. Н.И. Пирогова. E-mail: hospital@samara-pirogova.ru

Сухорукова Валерия Михайловна - врач анестезиолог-реаниматолог Самарской городской клинической больницы №1 им. Н.И. Пирогова. E-mail: hospital@samara-pirogova.ru

**V.I. BELOKONEV¹, N.E. GALSTYAN^{1,2}, Z.V. KOVALEVA¹,
I.A. MALYUTIN², G.G. CHAPLYGINA², V.M. SUKHORUKOVA²**

¹Samara State Medical University

²Samara city clinical hospital №1 n.a. N.I. Pirogov

SURGICAL TREATMENT OF UREMIC TUMORAL CALCINOSIS IN PATIENTS WITH TERTIARY HYPERPARATHYROIDISM

Objective - to work out tactics and techniques of operation in patients with tertiary hyperparathyroidism associated with uremic tumoral calcinosis. Materials. Tactics and methods of treatment of uremic tumoral calcinosis are not well-described because of the rarity of the pathology. The article presents clinical observation of the patient A. born in 1954. Diagnosis: chronic renal failure, tertiary hyperparathyroidism, parathyroid adenoma, osteo-articular form; uremic tumor calcification in the right shoulder and arm. Ca = 2,4-2,55 mmol / l, P = 1,7-1,8 mmol / l iPTH = 800 pg / ml. Result. Treatment of patient was carried out in two stages. The first step was removal of 6 parathyroid adenomas, the second - opening three calcification cysts in the right upper limb - 750 ml in total volume, containing white exudate resembling lime solution. The postoperative period was uneventful. IPTH = 60 pg / ml. Conclusion. 0.09% of patients with chronic renal failure on hemodialysis may develop uremic tumoral calcinosis, the treatment of which is aimed at excision of the parathyroid gland adenomas, opening and drainage of para-articular pathologic cysts.

Key words: *chronic renal failure, tertiary hyperparathyroidism, uremic tumoral calcinosis*

Vladimir Belokonev - honoured Doctor of the Russian Federation, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Surgical Diseases №2 SSMU. E-mail: nbelokoneva@yandex.ru

Narek Galstyan - surgeon of Samara City Clinical Hospital №1 n.a. N.I. Pirogov, Assistant at the Department of Surgical Diseases №2 SSMU. E-mail: hospital@samara-pirogova.ru

Zinaida Kovaleva - candidate of Medical Sciences, Assistant at the Department of Surgical Diseases №2 SSMU. E-mail: info@samsmu.ru.

Igor Malyutin - head of the Department of Anesthesiology and Resuscitation of Samara City Clinical Hospital №1 n.a. N.I. Pirogov. E-mail: hospital@samara-pirogova.ru

Galina Chaplygina - nephrologist of Samara City Clinical Hospital №1 n.a. N.I. Pirogov. E-mail: hospital@samara-pirogova.ru

Valeriya Sukhorukova - anesthesiologist of Samara City Clinical Hospital №1 n.a. N.I. Pirogov. E-mail: hospital@samara-pirogova.ru

Уремический опухолевый кальциноз – это кальцификация мягких тканей преимущественно вокруг крупных суставов. Осложнение обусловлено гиперфосфатемией, вызванной высоким кальциево-фосфорным произведением, которое развивается у пациентов с хронической почечной недостаточностью, находящихся на заместительной терапии вследствие развития вторичного и третичного гиперпаратиреоза [5, 7]. Опухолевая кальцификация чаще всего возникает вокруг синовиальных сумок суставов, оказывая давление на кость, может располагаться под кожей и вскрываться на ее поверхность [8, 6]. Для диагностики уремического опухолевого кальциноза важное значение имеет ультразвуковой метод [1] и КТ.

Цель работы: отработать тактику и технику оперативного пособия у больных с третичным гиперпаратиреозом, осложненным уремическим опухолевым кальцинозом.

Материалы и методы

Тактика и методы лечения уремического опухолевого кальциноза из-за редкости патологии описаны недостаточно. Приводим клиническое наблюдение.

В 2014 г. пациентка А. 1954 г.р. (и/б 6648/556) обратилась за помощью с жалобами на общую слабость, боли в мышцах и суставах, тошноту, опухолевидное образование в области правого плечевого сустава. Считает себя больной в течение 9 лет, когда во время обследования была выявлена системная склеродермия. Назначена терапия «метипредом», которую получает по настоящее время. В 2008 г. состояние резко ухудшилось, установлен диагноз — хроническая почечная недостаточность (ХПН), по поводу которой с 09.05.2008 г. начата заместительная почечная (программный гемодиализ) терапия. На этом фоне в 2010 г. стала отмечать появление общей слабости, болей в костях, суставах и мышцах ноющего характера. В 2012 г. в области правого плечевого сустава появилось плотное опухолевидное образование. Из-за резкого увеличения в размерах 18.03.2015 г. была направлена на консультацию к хирургу и эндокринологу. После осмотра выставлен

диагноз: ХПН, третичный гиперпаратиреоз, аденомы паращитовидных желез, костно-суставная форма; уремический опухолевый кальциноз в области правого плеча и предплечья. Проведено дополнительное обследование: УЗИ щитовидной железы, радиосцинтиграфия паращитовидных желез, исследование крови на кальций (Са), фосфор (Р) и уровень интактного паратиреотропного гормона (иПТГ). При этом в структуре паренхимы ЩЖ обнаружены узловое образования, а в ПЩЖ выявлены множественные аденомы. Са = 2,4-2,55 ммоль/л, Р = 1,7-1,8 ммоль/л, иПТГ = 800 пг/мл. На рентгенограммах и КТ правой верхней конечности обнаружены кистозные образования с обызвествлением в области головки плечевой кости и в средней трети плеча, а также в области локтевого сустава.

После обследования принято решение разделить лечение больной на два этапа. Первым этапом выполнить удаление аденом ПЩЖ, вторым — удаление обызвествленных кистозных образований в области правой верхней конечности. 19.03.2015 г. (9:25-11:10) произведена операция: тиреоидэктомия, удаление аденом паращитовидных желез единым блоком. Дугообразным разрезом длиной 11 см по передней поверхности шеи рассечена кожа, подкожная клетчатка, претиреоидная группа мышц. Обращает на себя внимание скопление жидкости в подкожной клетчатке и мышцах. Обнажена щитовидная железа, которая увеличена до 3 степени. При ревизии структуры ЩЖ в ней определяются множественные узловые образования диаметром 5-10 мм, при этом пальпаторно у нижнего полюса справа и слева определяются увеличенные паращитовидные железы. Последовательно мобилизован связочный аппарат ЩЖ, перевязаны вены Кохера. Мобилизованы и перевязаны верхние щитовидные артерии и вены. Мобилизованы нижние полюса ЩЖ, правая доля ЩЖ обнажена. Нижняя щитовидная артерия сохранена, перевязаны только веточки, идущие к ЩЖ. Под контролем хода ВоГН правая доля ЩЖ выделена, при этом обнаружены и удалены три верхние ПЩЖ размера-

ми 10x15 мм, 5x8 мм, 2x2 мм и одна нижняя – 10x12 мм. Мобилизован перешеек ЩЖ. Аналогичным образом мобилизована левая доля ЩЖ. При этом у нижнего полюса выделена аденома ПЩЖ 9x18 мм овальной формы (багрового цвета) и аденома ПЩЖ 8x8 мм. Произведена тиреоидэктомия. Слева аденомы ПЩЖ интимно связаны с левой долей ЩЖ, поэтому удалены вместе с ЩЖ единым блоком.

Послеоперационный период протекал без осложнений, ПТТ снизился до 60 пг/мл. Выписана на амбулаторное лечение на 7 сутки после операции.

5 мая 2015 г. пациентка госпитализирована повторно для выполнения второй операции: 6.05.2015 г. произведено вскрытие и дренирование уремических кист в области правого плечевого и локтевого суставов. В условиях операционной под эндотрахеальным наркозом в верхней трети правого плеча разрезом длиной 5 см рассечена кожа и подкожная клетчатка. При этом вскрыта уремическая киста, из которой выделилось 750 мл экссудата белого цвета, напоминающего раствор извести. При ревизии выявлено, что стенками кисты являются подкожная клетчатка и мышцы плеча, покрытые налетом белого цвета. Содержимое кисты эвакуировано. Налет местами удален. Полость кисты промыта 3% раствором перекиси водорода и фурацилина. Проведена ревизия полости, при этом изнутри была вскрыта уремическая киста объемом до 60 мл. Дополнительным разрезом по наружной поверхности правого плечевого сустава вскрыта полость объемом около 10 мл с аналогичным содержимым белого цвета. Основная и дополнительные полости дренированы трубкой для проточного промывания и вакуумной аспирации. Произведена проверка на гемостаз и инородные тела. Наложены швы на края ран для их герметизации. Вакуумная аспирация. В области локтевого сустава разрезами длиной по 2 см вскрыты 2 уремические кисты объемом до 5 мл. В полостях установлены резиновые перчаточные дренажи. Наложены асептические повязки на края ран.

С учетом характера отделяемого из кист больной проводилась антибактериальная терапия, проточное промывание сквозного дренажа, установленного в полости кист. Хотя полость кисты вмещала 750 мл экссудата и были опасения, что быстро ликвидировать полость не удастся, на фоне вакуумной аспирации полость быстро запустилась, и выделение экссудата прекратилось. Дренаж вначале был заменен на трубку меньшего диаметра, а затем удален. Швы с послеоперационной раны сняты на 10 сутки в день выписки больной из больницы.

Осмотрена 6 июня 2015 г. Состояние хорошее, жалоб не предъявляет. В зоне расположения кист никаких инфильтратов, болезненности при пальпации и рецидивов кист нет.

Обсуждение

Отделение гемодиализа ГБУЗ «Самарская городская клиническая больница №1 им. Н.И. Пирогова» функционирует с 1982 г. За этот период на лечении находилось свыше 1100 пациентов с ХПН, уремический опухолевый кальциноз развился только у 1 (0,09%) больной. Данное клиническое наблюдение показало, что, несмотря на значительные внешние изменения тканей в зоне расположения кист при уремическом опухолевом кальцинозе, их лечение заключается во вскрытии, санации и дренировании для проведения проточного промывания. При таком подходе полости спадаются и нормальное взаимоотношение тканей в области суставов восстанавливается.

Выводы

1. У 0,09% больных с ХПН, находящихся на программном гемодиализе, возможно развитие уремического опухолевого кальциноза.

2. Лечение уремического опухолевого кальциноза должно быть комплексным, включающим удаление аденом паращитовидных желез, вскрытие и дренирование образующихся при этом параартикулярных патологических кист.

Список литературы

1. Полухина Е.В., Глазун Л.О., Езерский Д.В. Уремический опухолевый кальциноз: возможности ультразвуковой диагностики // Нефрология и диализ. 2012. Т.14. №3. С. 185-187.
2. Binnani P., Aggarwal V., Babadur M.M. et al. Tumoral calcinosis (Teutschlander disease) In a dialysis patient // Indian j.Nephrol. 2008.Vol.18. №3. P. 122-124.
3. Cvakarun C.j Talkin B., White E.A et al . Tumoral calcinosis: Sonographic sedimentation sign //J.Clin. Ultrasound.2011.Vol.39. P. 367-370.
4. Eiscnberg B., Tzamaloukas A.H., Hartsborne M.F. et.al Periarticular tumoral calcinosis and hypercalcemia in a hemodialysis patient without hyperparathyroidism: a case report //J.Nucl.Med. 1990.Vol.31 №6. P. 1009-1103.
5. Floege.J When man turns to Stone extraosseous calcification in uremic patients //Kidney Int.2004 .Vol.65. № 6. P. 2447-2462.
6. Girard II C.J Paul L.Wasserman L.Secondary tumoral calcinosis with intraosseous penetration //Radiol. Case Rep. 2009 Vol.4. №1. P 213-216.
7. Hamada J., Tamai K., Ono W., Saotome K. Uremic tumoral calcinosis in hemodialysis patients: clinicopathological findings and identification of calcification deposits //J.Rheumatol.2006 .Vol.33. №1 P. 119-126.
8. Meltzer C.C., Fishman E.K.Skott W.W Tumoral calcinosis causing bone erosion in a renal dialysis patient // Clin.Imaging . 1992 Vol.16. №1. P.49-51.