

Идеумок

Проведені нами клінічні та фонографічні обстеження пацієнтів із ФНСГ дозволили визначити критерії диференціювання функціональних порушень СНЦС за ступенем тяжкості. Рентгенологічні та електроміографічні дослідження хворих із гіпермобільністю суглобової голівки нижньої щелепи, що будуть проведені у подальшому, на нашу думку, дозволять більш глибоко обґрунтувати особливості патогенезу цього захворювання та оптимізувати лікування залежно від ступеня його вираженості.

Література

1. Аветіков Д.С. Комплексний підхід до вибору методів обстеження пацієнтів із больовою дисфункцією скронево-нижньощелепного суглобу як умова ефективного їх лікування / Д.С. Аветіков, О.С. Іваницька, О.В. Рыбалов // Актуальні питання сучасної медицини. Вісник Української медичної стоматологічної академії. – 2013. – №13, вип. 2 (42). – С. 15-17.
2. Алгоритм диагностики заболеваний височно-нижнечелюстного сустава // Усовершенствованная медицинская технология. Москва, 2007. – 15 с.
3. Булычева Е.А. Клиническая картина, диагностика и лечение заболеваний височно-нижнечелюстного сустава, осложненных парафункциями жевательных мышц / Е.А. Булычева // Стоматология. – 2007. – Т.86, №6. – С. 79-83.
4. Грачев Ю.В. Височно-нижнечелюстная (миогенная и артогенная) лицевая боль / Ю.В. Грачев, В.И. Шмырев // Боль. – 2007. – Т.14, №5. – С. 2-12.
5. Макеев В.Ф. Диагностика внутрішніх розладів скронево-нижньощелепних суглобів методом магнітно-резонансної томографії / В.Ф. Макеев, В.Я. Шибінський, А.М. Абрамюк // Современная стоматология. – 2005. – № 2. – С. 129-133.
6. Пузин М.Н. Болевая дисфункция ВНЧС / М.Н. Пузин, А.Я. Вязьмин. – М.: Медицина, 2002. – 160 с.
7. Писаревский Ю.Л. Синдром болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава у женщин / Ю.Л. Писаревский, В.М. Семенов, Б.С. Хышиктуев [и др.] // – М.: Медицинская книга, Н. Новгород: Издательство НГМА, - 2003. – 105 с.
8. Семкин В.А. Диагностика дисфункции височно-нижнечелюстного сустава, обусловленной патологией окклюзии и лечение таких больных / В.А. Семкин, Н.А. Рабухина, Д.В. Кравченко // Стоматология. – 2007. – Т.86, №1. – С. 44-49.
9. Сивовол С.И. Медикаментозное лечение миофасциальной болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава (МБД ВНЧС) / С.И. Сивовол // Стоматолог Инфо. – 2007. – №4. – С. 30-31.
10. Dodson T.B. TMJ Closed Lock Symptoms Improve Regardless of Intervention // T.B. Dodson // Evidence-Based Dental Practice. – 2008. – Vol. 9. – P. 19-21.

Реферати

КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ СТЕПЕНИ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТИ СУСТАВНОЙ ГОЛОВКИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НА ОСНОВЕ КЛИНИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК И АРТРОФОНОГРАФИИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА

Рыбалов О.В., Иваницкая Е.С., Яценко О.И.

В статье представлены результаты обследования 132 пациентов с функциональной нестабильностью суставной головки нижней челюсти. Выявленные особенности клинической картины заболевания в зависимости от степени его тяжести подтверждаются и данными артрофонографии. Уставленные критерии диагностики создают условия для оптимизации процесса лечения этого распространенного заболевания височно-нижнечелюстного сустава.

Ключевые слова: височно-нижнечелюстной сустав, функциональная нестабильность суставной головки, артрофонография.

Статья найдшла 30.08.2013 р.

THE EVALUATION CRITERIA OF FUNCTIONAL INSTABILITY OF MANDIBLE'S ARTICULATE HEAD BASED ON CLINICAL CHARACTERISTICS AND ARTHROPHONOGRAPHY OF TEMPORAL-MANDIBLE JOINT

Rybalov O.V., Ivanyts'ka O.S., Yatsenko O.I.

Article deals with the results of inspection of 132 patients with the functional instability of mandible's articulate head. The peculiarities of clinical display of illness related to the stage of its heaviness were confirmed by arthrofonographic data. Established criteria of diagnostics allowed optimizing of the process of such wide-spread disease of temporal-mandible joint treatment.

Key words: temporal-mandible joint, functional instability of mandible's articulate head, arthrofonography.

Рецензент Ткаченко П.І.

УДК 617.441+617.61-008.64

Р.П. Ткаченко, О.С. Губар

ДНУ «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» ДУС, м. Київ

РИЗИКИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ВТОРИННОГО ГІПЕРПАРАТИРЕОЗУ У ХВОРИХ З ХРОНІЧНОЮ НИРКОВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ

Своєчасна діагностика ВГПТ у хворих з ХНН дозволить уникнути затримки виконання хірургічної операції, зменшуючи ризик ускладнень захворювання, покращити якість та тривалість життя хворого. Хірургічне лікування ВГПТ дозволить вчасно уникнути важких незворотних ускладнень тривало існуючої патології та оцінити перспективи лікування, в том числі – трансплантацію нирки.

Ключові слова: вторинний гіперпаратиреоз, діагностика, хірургічне лікування.

Робота є фрагментом НДР «Удосконалення малоінвазивного хірургічного лікування та знеболювання при захворюваннях черевної стінки, кишкового міхура та жовчовивідних шляхів, нирок та сечовивідних шляхів, матки, вен, хребта та органу слуху в умовах хірургічного стаціонару короткострокового перебування», № держ. реєстрації 0108U006608.

Вторинний гіперпаратиреоз (ВГПТ) належить до ускладнень, які виникають у хворих із хронічними хворобами нирок (ХНН). ВГПТ характеризується підвищенням рівня паратгормону (РТН), гіперплазією або аденоматозом прищитоподібних залоз та порушенням кальціє-фосфорного обміну. ВГПТ розвивається на ранніх стадіях ХНН і прогресує при зниженні функції нирок. Згідно з сучасною науковою думкою, найважливішими патогенетичними факторами розвитку ВГПТ є – гіпокальціємія, зменшення синтезу активного 1,25-дігідроксивітаміну D₃ та гіперфосфатемія – зустрічаються разом майже виключно при ХНН, переважно в її термінальній стадії, тоді як інші причини розвитку ВГПТ охоплюють незначну частку цієї патології. Канальцеві

механізми регуляції неспроможні відновити баланс кальцію та фосфору в крові через різке зниження фільтрації. Нирки не здатні до синтезу активного вітаміну D₃, що підтримує гіпокальціємію та гіперплазію прищитоподібних залоз (ПЩЗ).

В Україні лікується хронічним гемодіалізом близько 3000 осіб, потребують такої допомоги майже 25000 пацієнтів. Це основний спосіб підтримки життя хворих з ХНН з погляду на те, що можливості трансплантації нирки в Україні задовольняють потребу в ній менш, ніж на 5% щорічно [2,7,12,14]. Досвід провідних клінік світу у лікуванні вторинного гіперпаратиреозу (ВГПТ) свідчить, що, не зважаючи на вдосконалення схем патогенетичного терапевтичного лікування, частка випадків, що потребують хірургічного лікування, суттєво не зменшилася і становить від 15 до 25% [1,8,15,16].

Низкою досліджень доведено, що РТН, будучи токсичним [4,20], призводить до розвитку реальної остеодистрофії, позаскелетної кальцифікації, імунної дисфункції, анемії [3,5,8,11,17]. Одним з найбільш важких ускладнень ниркової недостатності є гіперкаліємія, яка в тому або іншому ступеню є у всіх хворих (важка гіперкаліємія – 7 ммоль/л, термінальна більш ніж 7,5 ммоль/л), анемія, гіпопротеїнемія, гіперфосфатемія (2,19 ммоль/л), важка серцево-судинна недостатність (артеріальна гіпертензія, брадикардія, інверсія комплексу QRS, високий та гострий зубець Т, атріо-вентрикулярна блокада майже до повної зупинки серця) [9,10].

Основним методом лікування гіперпаратиреозу є паратиреоїдектомія, питання о проведенні якої легко вирішити при визначенні рівня РТН, але важко рішитися на оперативне втручання по клінічній картині захворювання [13,19]. Операція з приводу ВГПТ повинна припинити синтез надлишку РТН, попередити рецидив захворювання, та не погіршати якість життя хворих внаслідок стійкого післяопераційного гіпопаратиреозу. Саме втручання має бути безпечним з урахуванням важкого стану пацієнтів [6,18].

Метою роботи було визначення ефективності та можливі ризики хірургічного лікування вторинного гіперпаратиреозу у хворих з хронічною нирковою недостатністю.

Матеріал та методи дослідження. Було обстежено 40 хворих з ХНН різного ступеня віком від 23 до 65 років (середній вік 38±2,8 роки, чоловіків – 11, жінок – 29) з терміном гемодіалізу більше 4 років, з яких 9 прооперовано, 31 хворим призначено лікування препаратами кальцію з вітаміном D₃.

Постійна боротьба з гіперкаліємією проводилась плановими сеансами програмного гемодіалізу за 1 добу до операції та наступного дня після оперативного втручання за сучасними протоколами, що викладені в Методичних рекомендаціях Інституту нефрології АМН України, на діалізаторному обладнанні FRESINIUS 4008S (Німеччина), Gambro та Inova фірми «Gambro» (Швеція) із використанням високомолекулярних напівпроникних мембран GAMBRO FRESINIUS та бікарбонатного буфера.

У 2 пацієнтів у зв'язку з проблемами судинного доступу та створення артеріо-венозного шунта проводився перитонеальний діаліз за затвердженим протоколом.

Причинами ХНН були хронічні захворювання нирок: хронічний гломерулонефрит – 17 хворих (42,5%), пієлонефрит – 9 (22,5%), полікістоз нирок – 6 (15%), діабетична нефропатія – 5 (12,5%), нефросклероз на тлі тяжкої гіпертонічної хвороби – 3 (7,5%).

Основним критерієм встановлення діагнозу було підвищення рівня РТН. Цей показник є водночас і скринінговим, і головним діагностичним параметром. Розподіл пацієнтів за важкістю ВГПТ робили згідно з оцінкою рівня РТН у крові та виразністю симптомів остеодистрофії. Підвищення РТН до 300 пг/мл відносили до легкого ВГПТ, 300-600 пг/мл – помірного ВГПТ, а більше 600 пг/мл – важкого ВГПТ.

Для обстеження хворих використовувались клінічні та спеціальні методи дослідження: 1) вимір загального та іонізованого Са, Р, К, Na, Cl в крові; окремо обчислювався показник кальцій-фосфорного добутку крові (Са×Р) у ммоль²/л²; концентрації іонів Са⁺⁺, Na⁺, К⁺, Cl⁻ у сироватці вимірювали на апараті CIBA CORNING 634 (Англія) на іонселективних електродах; 2) визначення іРТН в плазмі проводили за допомогою DRG Intact – РТН ELISA. (США). Отримані результати порівняли із цільовими рівнями іРТН для пацієнтів із термінальною стадією ХНН згідно з рекомендаціями NKF – K/DOQI 2003; 3) ультразвукове дослідження (УЗД) ПЩЗ та ЩЗ проводили на апараті SSD-1200 ALOCKA (Японія) та PHILIPS EnVisor (Нідерланди) з доплерівським картуванням; 4) визначення ступеню остеопорозу проводилось на рентгенівському денситометрі "Lunar Prodigy" фірми (США) шляхом вимірювання показника мінеральної щільності кісткової тканини; 5) гістологічне дослідження препаратів ПЩЗ проводилось після стандартної обробки та фарбування гематоксилін-еозіном за допомогою світлової мікроскопії на мікроскопі Karl Zeiss (Німеччина).

Оцінювали результати хірургічних втручань, наявність клінічних симптомів гіпокальціємії, рецидиви або персистенцію захворювання. Результати лікування інтегрувались та відображались у трьох варіантах: покращання, погіршення чи стабільність показників суб'єктивної, лабораторної та інструментально-діагностичної оцінки стану пацієнтів через 1, 3, 6 та 12 місяців після операції чи початку спостереження та контрольованого консервативного лікування.

Результати дослідження та їх обговорення. В умовах ДУС за 2012-2013 рр. обстежено 40 хворих на ХНН, з них прооперовано 9. Серед обстежених хворих з ХНН, які знаходяться на гемо- та перитонеальному діалізі, ВГПТ спостерігався у 92%.

Серед прооперованих хворих: 9 (100%) проведено оперативне втручання в обсязі субтотальної паратиреоїдектомії. Було виявлено 1 (11,1%) рецидив. Причиною рецидива була гіперплазія кукси ПЩЗ.

Методом оперативного втручання є субтотальна паратиреоїдектомія після обов'язкової ідентифікації щонайменше 4 ПЩЗ, з видаленням верхніх полюсів тимусу та формуванням васкуляризованого залишку з 60-

80 мг найменш зміненої залози, яка мінімізує ризик постійної гіпокальціємії та полегшує повторну операцію у випадку можливого рецидиву ГПТ.

В до- та післяопераційному періоді слід призначати еритропоєтини, переливання плазми, цільної крові, альбуміну, препарати заліза, кальцієвмісні фосфатозв'язуючі препарати (фосфат-біндери на тлі дотримання дієти з малим вмістом фосфору), та тривале продовження лікування вітаміном D₃.

Висновки

1. Хірургічна операція є високоефективним та безпечним методом в лікуванні ВГПТ, який швидко нормалізує лабораторні показники та виразно поліпшує клінічну симптоматику пацієнтів, покращує якість, тривалість життя та створює умови для успішної трансплантації нирки.
2. Операцією вибору є субтотальна паратиреоїдектомія з обов'язковою ідентифікацією щонайменше 4 ПЩЗ відповідно їх закладки з урахуванням ембріонального розвитку (та видаленням верхніх полюсів тимусу).
3. Тривале існування ВГПТ при недостатній ефективності його консервативного лікування призводить до важких інвалідизуючих ускладнень, які можуть бути призупинені чи попереджені вчасною операцією.
4. Безпосередньо загрозу для життя в ранньому післяопераційному періоді становить гіперкаліємія.

Перспективи подальших досліджень. Подальше вивчення ефективності та можливих ризиків хірургічного лікування хворих на гіперпаратиреоз на тлі хронічної хвороби нирок, в тому числі з використанням малоінвазивних технологій.

Література

1. Борисов А.В. Распространенность вторичного гиперпаратиреоза (ВГПТ) до и на фоне лечения активными метаболитами витамина D₃ в популяции больных амбулаторного диализа / А.В. Борисов, А.И. Мордик, Е.В. Борисов [и др.] // Нефрология и диализ. – 2006. – Т.8, №2. – С. 147-151.
2. Возіанов О.Ф. Проблеми трансплантології в Україні та шляхи їх вирішення / О.Ф. Возіанов, В.Ф. Москаленко, В.Ф. Саєнко [та ін.] // Трансплантологія. – 2000. – Т.1, №1. – С. 7-10.
3. Волгина Г.В. Лечение вторичного гиперпаратиреоза у больных с хронической почечной недостаточностью / Г.В. Волгина, Ю.В. Перепеченных // Нефрология и диализ. – 2000. – Т.2, №4. – С. 352-357.
4. Волгина Г.В. Паратиреоидный гормон – универсальный уремический токсин / Г.В. Волгина, Ю.В. Перепеченных // Нефрология и диализ. – 2000. – Т.2, №1-2. – С. 75-78.
5. Гавриленко П.В. Особенности кальций-фосфорного обмена у больных ХПН получающих лечение хроническим гемодиализом : автореф. дисс. на соискание ученой степени к. мед. наук / П.В. Гавриленко // - СПб, 2002. – 21 с.
6. Завгородний С.Н. Оперативное лечение вторичного гиперпаратиреоза у пациентов с хронической почечной недостаточностью в терминальной стадии, которым проводят программный гемодиализ / С.Н. Завгородний // Клінічна хірургія. – 2001. – №4. – С. 34-37.
7. Зограбян Р.А. Трансплантация почки: история и современное состояние вопроса / Р.А. Зограбян // Doctor. – 2004. – №4. – С. 31-32.
8. Калинин А.П. Вторичный гиперпаратиреоз при хронической почечной недостаточности / А.П. Калинин // Тер. Архив. – 1986. – №8. – С. 143.
9. Кармилов В.А. Третичный гиперпаратиреоз с преимущественным поражением сердечной мышцы / В.А. Кармилов, Л.И. Юдина // Врачебное дело. – 1987. – №8. – С. 65.
10. Карлович Н.В. Нарушения функции паращитовидных желез и состояние фосфорно – кальциевого обмена у пациентов с терминальной стадией хронической болезни почек / Н.В. Карлович // Медицинский журнал: рецензируемый научно – практический журнал / учредитель: Белорусский государственный университет. – 2009. - №2 – С. 58-62.
11. Лиебросс Б. Нарушения обмена кальция / Б. Лиебросс, Д.В. Кобурн // - М.: Медицина, 1985. – С. 182-224.
12. Стецюк Е.А. Современный гемодиализ / Е.А. Стецюк // - М.: МИА, 1998. - 208 с.
13. Сморошук В.Н. Хирургическое лечение больных с вторичным гиперпаратиреозом при хронической почечной недостаточности / В.Н. Сморошук, Н.С. Кузнецов, А.М. Артемова [и др.] // Проблемы эндокринологии. – 2003. – Т. 49, №6. – С. 36-41.
14. Чупрасов В.Б. Программный гемодиализ / В.Б. Чупрасов // - СПб.: «Фолиант», 2001. – 256 с.
15. Шварц Г.Я. Витамин D и D – гормон / Г.Я. Шварц // - М.: Анахарсис, 2005. - 152 с.
16. Andreades D. Diagnosis of maxillary brown tumor associated with hyperparathyroidism secondary to chronic renal failure – a case report / D. Andreades, M. Belazi, D. Antoniadis // Oral. Health. Prev. Dent. – 2004. – Vol. 2. – P. 143-147.
17. Chao S.H. Bone mineral density profile in uremic and renal transplant patients / S.H. Chao, K.S. Tsai, P.U. Chieng // Transplant Proc. – 1994. – Vol. 26. – P. 2009-2011.
18. Decker P.A. Subtotal parathyroidectomy in renal failure: still needed after all these years / P.A. Decker, E.P. Cohen, K.M. Doffek [et al.] // World J. Surg. – 2001. – Vol.3, №5. – P. 23-26.
19. Gasparri G. Secondary and tertiary hyperparathyroidism: causes of recurrent disease after 446 parathyroidectomies / G. Gasparri, M. Camandona, G.C. Abbona [et al.] // Ann. Surg. – 2001. – Vol. 3, №2. – P. 141-144.
20. Okuno S. Extraskeletal actions of parathyroid hormone in hemodialysis patient / S. Okuno // Clin. Calcium. – 2004. - №14(1). – P. 27-31.

Реферати

РИСКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВТОРИЧНОГО ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Ткаченко Р.П., Губарь А.С.

Своевременная диагностика ВГПТ у больных с ХПН позволит избежать задержки выполнения хирургической операции, уменьшая риск осложнений заболевания, улучшить качество и продолжительность жизни больного. Хирургическое лечение ВГПТ позволит своевременно избежать тяжелых необратимых осложнений длительно существующей патологии и оценить перспективы лечения, в том числе – трансплантации почки.

Ключевые слова: вторичный гиперпаратиреоз, диагностика, хирургическое лечение.

RISKS OF SURGICAL TREATMENT OF SECONDARY HYPERPARATHYROIDISM IN PATIENTS WITH CHRONIC RENAL FAILURE

Tkachenko R.P., Gubar A.S.

Early diagnosis of secondary hyperparathyroidism in patients with chronic renal failure will permit to avoid the unjustified delay of surgical treatment, to decrease the risk of complication and to improve patient quality of life and life span. Surgical treatment VHPHT allow time to avoid irreversible severe complications of long-existing pathology and assess the prospects for treatment, including kidney transplant.

Key words: secondary hyperparathyroidism, diagnosis, surgery.

Стаття надійшла 10.08.2013 р.

Рецензент Бобирьова Л.Є.