

КАРЦИНОМА ПАРАЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ – РЕДКИЙ СЛУЧАЙ ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРАПАРТИРЕОЗА (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Актуальность. Карцинома паращитовидной железы является редким эндокринным раком и нечастой причиной ПГПТ, на долю которого приходится менее 1% всех случаев гиперпаратиреоза. Представлен клинический случай, подчёркивающий важность ранней диагностики и лечения тяжелого гиперкальциемического синдрома, обусловленного первичным гиперпаратиреозом вследствие поздней диагностики карциномы паращитовидной железы.

Клиническое наблюдение. Пациент П., 50 лет, по- ступил в клинику РостГМУ в апреле 2022г с неспецифическими жалобами на общую и мышечную слабость, утомляемость, отсутствие аппетита, тошноту, рвоту, полиурию, вялость, повышение АД до 200/100мм рт. ст. Анамнез заболевания: вышеописанные жалобы появились в декабре 2021г. после перенесённой новой коронавирусной инфекции, обратился к терапевту, выставлен диагноз Артериальная гипертензия, назначена терапия (моксонидин). В январе 2022г состояние ухудшилось, к имеющимся жалобам присоединилась рвота, тошнота, желтушность кожных покровов, появилась припухлость плюснефаланговых суставов. В связи с чем, был госпитализирован в отделение гастроэнтерологии клиники РостГМУ. Объективный осмотр: состояние средней степени тяжести, ИМТ 29 кг/м2. Кожные покровы и видимые слизистые желтушной окраски. Щитовидная железа пальпаторно не увеличена, мягкоэластичная. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, АД 150/90 мм рт. ст. ЧСС 72 уд/мин. Тоны сердца ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень увеличена. В анамнезе рецидивирующая МКБ и подагра (с 2017г.). На момент поступления: Са общий - 4,5м- моль/л (2,2-2,65), Са ионизированный - 2,3ммоль/л (1,16-1,31), ПТГ - 303пг/мл (9,5-75), креатинин - 180мк-моль/л, билирубин - 47,5мкмоль/л (0-21), билирубин прямой - 22,3мкмоль/л (0-4,3), АСТ-56Ед/л (0-35), АЛТ-93 Ед/л (0-45), 25-ОН Витамин Д-40нг/мл. УЗИ ЩЖ-узловое образование за задним контуром левой щитовидной железы, вероятнее всего образование ОЩЖ; Сцинтиграфия с Тс-99m-технетрилом – образование левой ОЩЖ; МРТ органов брюшной полости - признаки гепатоспленомегалии, изменений печени характерных для фиброзного процесса (цирроз?), сладжа, микролита правой почки, аденомы правого надпочечника; КТ забрюшинного пространства с контрастированием - в латеральной ножке правого надпочечника определяется образование 13*15мм с четкими контурами, до -24HU в нативную фазу, коэффициент абсолютного вымывания 45,7%, коэффициент относи- тельного вымывания 145,5%. Заключение-доброкачественное образование правого надпочечника (аденома); Метанефрин-89,1мкг/сут (25-312), норметанефрин-197,1 (35-441), альдостерон лежа-776пмоль/л (48-653), ренин-122мЕд/л (2,8-39), АРС-норма, Na - 138ммоль/л (136-145), К - 3,6ммоль/л (3,5-5,1), супрессивный тест с 1мг дексаметазона - 21 нмоль/л. По данным ФГДС-язв и эрозий не выявлено; Остеоденситометрия-минеральная плотность костной ткани соответствует нормальным значениям. На основании анамнеза, клинической картины, результатов дообследования, осмотра узких специалистов был установлен клинический диагноз: Первичный гиперпаратиреоз, висцеральная форма. Аденома паращитовидной железы слева. Образование правого надпочечника гормонально-неактивное. Рецидивирующий нефролитиаз. Подагра. Хронический гепатит неуточненного генеза умеренной степени активности с трансформацией в цирроз (фиброз печени F4 по METAVIR). Артериальная гипертензия IIстадии, контролируемая АГ, риск ССО 4. Было проведено оперативное лечение. Результат гистологического исследования: опухоль 35мм, построена из главных клеток преимуществен- но среднего размера с округлыми ядрами, содержащими плотный хроматин, местами визуализируются ядрышки, по периферии опухоли определяются множественные фокусы микроинвазии опухоли за пределы собственной капсулы, а также опухолевые клетки в просвете капсулярных кровеносных сосудов. Морфологическая картина опухоли соответствует паратиреоидной карциноме, лимфатические узлы без признаков метастатического поражения. Послеоперационный период протекал без особенностей. После операции ПТГ-40пг/мл (15-65), ТТГ-1,25мМЕ/л (0,25-3,5), Са общий-2,43ммоль/л (2,15-2,55), фосфор-1,1ммоль/л (0,7-1,5). Заключительный диагноз: Первичный гиперпаратиреоз, ремиссия после хирургического лечения (14.04.2022). Пациент был выписан в удовлетворительном состоянии. Рекомендовано проведение генетического исследования (ген CDC73 или панель «Гиперпаратиреоз»).

Заключение. В силу недостаточной осведомленности врачей о ПГПТ, несмотря на совершенствование методов его диагностики, ранняя верификация данного заболевания по-прежнему затруднена, в связи с чем, специалисты сталкиваются с уже запущенными формами данного заболевания и жизнеугрожающими осложнениями. Ранняя диагностика ПГПТ является крайне важной, поскольку своевременное лечение может предупредить развитие осложнений заболевания и инвалидизацию пациентов.