

МНОЖЕСТВЕННОСТЬ ПОРАЖЕНИЯ ПАРАЩИТОВИДНЫХ ЖЕЛЕЗ, КАК ПРИЧИНА РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА У БОЛЬНОГО РАКОМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Введение. Известно, что первичный гиперпаратиреоз (ПГПТ) в 85–90% обусловлен солитарной и в 5–10% множественными аденомами или гиперплазией нескольких/всех паращитовидных желез (ПЩЖ). Важно, что в большинстве случаев ПГПТ в начале своего развития имеет бессимптомное течение и специфическая для этой патологии симптоматика появляется с течением времени по мере прогрессирования заболевания [Мокрышева Н.Г., и др, 2021; Clarke BL., 2019]. С другой стороны, такие маркеры как паратгормон (ПГ) и уровень кальция (Са) в сыворотке позволяют достаточно рано заподозрить ПГПТ, который может развиваться и без возникновения аденом ПЩЖ, что требует динамического наблюдения за такими пациентами. В то же время, 15–75% пациентов с ПГПТ имеют сопутствующие заболевания щитовидной железы, среди которых преобладает высокодифференцированный РЩЖ, встречающийся от 2 до 18% [Lehwald N. et al, 2013; Xue Y et al, 2016]. Нашей целью является продемонстрировать редкий случай несвоевременной диагностики ПГПТ у пациентки прооперированной по поводу высокодифференцированного РЩЖ.

Материалы и методы. Мы демонстрируем случай множественной аденомы ПЩЖ у пациентки перенесшей в 60 лет в 2017 году тиреоидэктомию с центральной лимфодиссекцией по поводу папиллярного рака правой доли щитовидной железы 7 мм с выходом за пределы капсулы железы на фоне АИТ (pT3N0M0, I ст). В связи с чем была проведена радиойодтерапия. При последующем наблюдении данных за рецидив РЩЖ получено не было.

Результаты. Данные о предоперационном уровне ПГ и Са отсутствуют, но через 6 мес после операции выявлено повышение уровня ПГ (137,6 пг/мл), при нормальном уровне ионизированного Са (Са⁺⁺) (1,25 ммоль/л). Процесс был расценен как вторичный гиперпаратиреоз. Пациентке был рекомендован прием холекальциферола в дозе 7000ЕД, со снижением через 4 нед до 2000ЕД. Однако уровень паратгормона продолжал расти и еще через 3 мес составил 160 пг/мл, а Са⁺⁺ 1,3 ммоль/л. Было высказано предположение о ПГПТ, но пациентка по семейным обстоятельствам пропала на 1 год из под наблюдения. Через 21 мес после экстирпации щитовидной железы несмотря на отмену витамина Д3 из-за гиперкальциемии уровень ПГ был 158 пг/мл, Са общего 2,67 ммоль/л, Са⁺⁺ 1,4 ммоль/л. При обследовании ни при УЗИ, ни МРТ мягких тканей шеи данных за аденому ПЩЖ не получено. Только на сцинтиграфии с Тс99-МІВІ дополненной ОФЭКТ/КТ была выявлена солитарная аденома левой верхней ПЩЖ. В связи с чем в 2019 выполнена селективная паратиреоидэктомия. На гистологическом исследовании - микроаденома левой ПЩЖ 5,5 мм. После операции отмечалась нормализация Са и ПГ. Однако, через 3 мес вновь отмечено повышение как Са⁺⁺ (1,44), так и ПГ (173,8), на фоне низкого витамина Д3 (22,4 нг/мл), которое сохранялось и через 6 мес (Са 2,7, Са⁺⁺ 1,37, ПГ 197,7). Заподозрен рецидив ПГПТ или мультифокальность аденом ПЩЖ. Сцинтиграфия с Тс99-МІВІ дополненная ОФЭКТ/КТ выявила аденому левой нижней паращитовидной железы. МРТ не выявляло данную аденому. В 2020 выполнено удаление левой нижней ПЩЖ. На гистологическом исследовании - гиперплазия левой паращитовидной железы. После операции отмечалась нормализация Са и ПГ. При последующем наблюдении данных за рецидив гиперпаратиреоза не получено.