

Трудности курации пациента с длительно недиагностированным стойким гипопаратиреозом

Введение. У пациентов с гипокальциемией (ГК) вследствие хронического гипопаратиреоза (ГипоПТ) наблюдаются когнитивные нарушения, приводящие к дезадаптации в повседневной жизни: снижение памяти, нарушение концентрации внимания, приводящие к низкой комплаентности.

Клиническое наблюдение. Пациентке К. 66 лет в 2013 году (в возрасте 55 лет) проведена тиреоидэктомия по поводу папиллярного рака ЩЖ Т1NxMx. 5 лет после операции наблюдалась амбулаторно, проводился только мониторинг уровня ТТГ и коррекция дозы левотироксина.

В 2018 году в связи с нарастающими жалобами на покалывания и судороги в руках и ногах, снижение памяти, нарушение сна, усталость, тревожность, выпадение волос, боли в мышцах, сердцебиение, впервые при осмотре выявлены положительные симптомы Хвостека и Труссо, в анализах крови: общий Са – 1,86 ммоль/л (2,15-2,55), Са⁺⁺ - 0,96 ммоль/л (1,12-1,3), Р - 1,55 ммоль/л (0,74-1,52), Mg - 0,79 ммоль/л (0,66-1,07), установлен диагноз хронический послеоперационный ГипоПТ. Иницирована терапия: альфакальцидол 0,5 мкг в сутки, кальция карбонат 2000 мг в сутки, холекальциферол 1000 МЕ в день, магния оротат 3000 мг в сутки.

При наблюдении сохранялась ГК, ГФ, выявлена ГКУ 15,7 ммоль/сут (2,5-6,5). В связи с высоким содержанием в рационе продуктов, богатых фосфором, даны рекомендации по питанию и скорректирована терапия: увеличена доза альфакальцидола до 2,5 мкг в сутки, снижена доза кальция карбоната до 1500 мг в сутки. В рамках скрининга осложнений гипоПТ данных за катаракту, синдром Фара, нефрокальциноз, МКБ не получено.

Однако, компенсация ГипоПТ не достигнута, в связи с чем начат прием гидрохлоротиазида 25 мг, доза альфакальцидола увеличена до 3 мкг в сутки, кальция карбоната – до 3000 мг в сутки, продолжен прием магния оротата и холекальциферола в прежних дозах. На фоне данного лечения достигнуты терапевтические цели: кальций-фосфорный продукт составил <4,4 ммоль²/л², отсутствуют эпизоды гиперкальциемии, суточная экскреция кальция мочи значительно снизилась.

Заключение: Своевременное назначение, тщательное разъяснение правил приёма препаратов, мониторинг и поддержание показателей крови и мочи в пределах целевых значений способствует профилактике развития осложнений ГипоПТ и жизнеугрожающих состояний.

Контакты: Бабарина Мария Борисовна, врач-эндокринолог многопрофильного медицинского центра «Меседклиника», Москва, Россия
Телефон: +7 (916)-618-10-54
E-mail: endocrin@mail.ru