

## Рецидивный случай первичного гиперпаратиреоза у молодой женщины

За последние годы наблюдается рост пациентов с первичными формами гиперпаратиреоза. Основным методом лечения является хирургический, однако, радикальность операции не всегда можно оценить существующими методами.

**Материалы:** У пациентки М 41 г. впервые выявлена гиперкальциемия до 3,6 (2,2-2,6) ммоль/л при обследовании по поводу оскольчатого перелома левого бедра после падения при ходьбе. Уровень паратгормона (ПТГ) составил 182,9 (1,6-6,9) пмоль/л. При топической диагностике очаговой патологии околощитовидных желез (ОЩЖ) не выявлено. Учитывая высокий риск гиперкальциемического криза, пациентка поступает в отделение хирургической эндокринологии для ревизии паращитовидных желез с решением об окончательном объеме операции при оперативном вмешательстве. В ходе операции проведена ревизия всех паращитовидных желез и выявлена опухоль левой нижней паращитовидной железы размерами 4,5\*3,5 см с частичным загроудинным расположением. В ткани опухоли определялась диффузная гиперплазия ОЩЖ без атипии и полиморфизма.

В послеоперационном периоде уровень кальция снизился до 2,06 ммоль/л и нормализовался ПТГ. Далее пациентка принимала препараты кальция, витамина Д и в дальнейшем у эндокринолога не наблюдалась. Через 7 лет после операции у пациентки случается перелом шейки бедра, при обследовании вновь выявлены гиперкальциемия до 3,7 ммоль/л и высокий уровень ПТГ 166,4 пмоль/л, дефицит витамина Д 12 нг/мл. При скинтиграфии с однофотонной эмиссионной компьютерной томографии выявлено образование в верхнем переднем средостении с четким неровным контуром размерами 2,8\*0,9\*1,0 см. Проведена селективная паратиреоидэктомия. В раннем послеоперационном периоде отмечена стойкая гипокальциемия до 1,81 ммоль/л, снижение уровня ПТГ более 50% от исходного. В настоящее время пациентка получает препараты кальция, витамина Д и парентеральные бисфосфонаты, отмечается положительная динамика состояния костной ткани по данным остеоденситометрии, нормальный уровень кальция, витамина Д, но сохраняется умеренно высоким уровень ПТГ – 34,8 пмоль/л, что требует в дальнейшем повторной топической диагностики для исключения рецидива.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Гипокальциемия и мониторинг ПТГ не позволяет оценить радикальность оперативного лечения. Рецидивирующее течение ПГПТ у лиц молодого возраста встречается редко и требует более тщательного наблюдения, лабораторно-инструментального, возможно, молекулярно-генетического обследования.

**КОНТАКТЫ.** Боева Лариса Николаевна к.м.н. 660022  
Красноярск ул. П-железняка 3  
б, e-mail: boeval@mail.ru