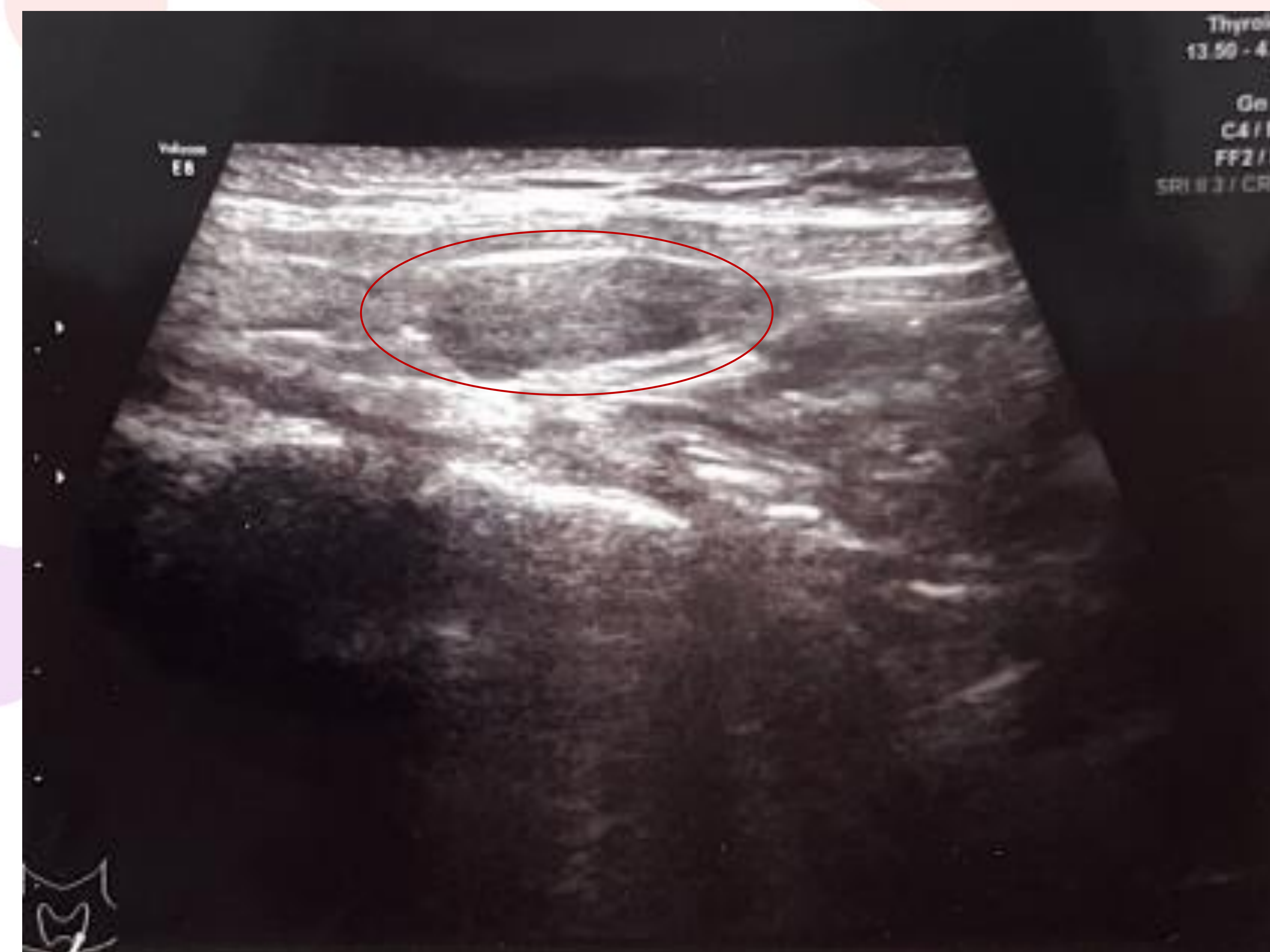


## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ.

**ВВЕДЕНИЕ.** Первичный гиперпаратиреоз (ПГПТ) во время беременности диагностируется достаточно редко (в 0,15-1,4% случаев среди беременных женщин). В первую очередь это обусловлено отсутствием повсеместного скрининга кальция в данной группе. ПГПТ во время беременности ассоциирован с повышенным риском преэклампсии и невынашивания, высокой частотой осложнений со стороны плода, что требует повышенного внимания специалистов к данной проблеме.

**Описание клинического случая:** Больная Ю., 32 года, на сроке 7-8 недель беременности была неоднократно госпитализирована в акушерский стационар с диагнозом «токсикоз беременных», проводилась консервативная терапия. При ухудшении состояния, жалобах на тошноту, рвоту до 6 раз в сутки, заторможенность, снижение веса, на сроке 18-19 недель в ходе дообследования диагностирован ПГПТ: ПТГ 226,4 пг/мл, альбумин-скорректированный кальций 3,31 ммоль/л. При УЗИ было визуализировано образование левой нижней околощитовидной железы (ОЩЖ) 1,8x0,9x0,7 см. Учитывая срок беременности, угрозу гиперкальциемического криза, было рекомендовано хирургическое лечение ПГПТ. В дооперационном периоде по решению врачебной комиссии ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» была инициирована терапия Цинакальцетом 30 мг/сут. На сроке 22 недели экстренно поступила в ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» с прежними жалобами. Уровень ПТГ 91,7 пг/мл, альбумин-скорректированный кальций 2,76 ммоль/л, кальций в суточной моче 2,9 ммоль/сут. Также выявлена железodefицитная анемия (железо 7,2 мкмоль/л, гемоглобин 77 г/л), гипоальбуминемия (альбумин 31 г/л), гестационный сахарный диабет (гликемия в течении дня до 7 ммоль/л), при дефиците массы тела (ИМТ 16 кг/м<sup>2</sup>). При УЗИ почек конкременты не выявлены, фильтрационная функция почек сохранна (pСКФ по СКD-EPI 115 мл/мин/1,73м<sup>2</sup>). При ЭГДС выявлен эрозивный рефлюкс-эзофагит, эрозивный гастрит. Назначена терапия ингибиторами протонной помпы, антацидами и парантеральными препаратами железа. Переломы в анамнезе, снижение в росте за жизнь пациентка отрицала, однако при осмотре обращала на себя внимание кифотическая форма грудной клетки. По данным УЗИ плода – без патологии. По жизненным показаниям на сроке 22 недели под эндотрахеальным наркозом выполнено удаление аденомы левой нижней ОЩЖ. В послеоперационном периоде наблюдалось снижение уровня ПТГ до 13 пг/мл, нормокальциемия (альбумин-скорректированный кальций 2,49 ммоль/л). В целях профилактики гипокальциемии были назначены альфакальцидол 1 мкг/сут и кальций карбонат 2000 мг/сут, колекальциферол 2000 МЕ/сут, продолжена сопутствующая терапия. Выписана в удовлетворительном состоянии под наблюдение специалистов по месту жительства. Беременность закончилась своевременными родами путем кесарева сечения. Родилась доношенная девочка, неонатальной гипокальциемии не было.



УЗИ околощитовидных желез: образование левой нижней ОЩЖ 1,8x0,9x0,7 см.

**Заключение:** Диагностика ПГПТ во время беременности затруднена ввиду особенностей кальций-фосфорного обмена и неспецифической симптоматики, которая может быть расценена как проявления самой беременности. Для своевременного выявления ПГПТ необходимо проведение скрининга кальциемии, желательно на этапе прегравидарной подготовки. Медикаментозная терапия ПГПТ во время беременности лимитирована, в отдельных случаях может быть назначена по решению врачебной комиссии. Единственным радикальным способом лечения ПГПТ является удаление аденомы ОЩЖ. Оптимальный срок выполнения паратиреоидэктомии - второй триместр беременности.

**КОНТАКТЫ.**  
Лавренюк Анастасия Андреевна  
+79867282474  
[layanasta.box@gmail.com](mailto:layanasta.box@gmail.com)