

Описание клинического случая тяжелого гиперпаратиреоза у пациентки с циррозом печени

ВВЕДЕНИЕ.

Колекальциферол в результате первого этапа гидроксилирования в печени превращается в 25-гидроксивитамин D. При заболеваниях печени нарушается метаболизм витамина D, что может приводить к развитию вторичного гиперпаратиреоза (ВГПТ).

РЕЗУЛЬТАТЫ.

Пациентке в возрасте 19 лет диагностирован цирроз печени вследствие HCV. При обследовании в 2021г. - класс А (5 баллов) по Чайлд-Пью, минимальной биохимической активности с холестазом, портальная гипертензия смешанной формы.

Гиперкальциемия впервые была выявлена около 7 лет назад. При обследовании в 2014г. диагностирован тяжелый остеопороз: снижение минеральной плотности кости (МПК) до – 4.5 SD по Т-критерию в L1-L4 с компрессионными переломами тел L1, L5 позвонков. При обследовании в 2020-2021гг. Неоднократно была зафиксирована гиперкальциемия, повышение паратгормона (ПТГ) на фоне дефицита витамина D. Однократно в апреле 2021г. была выполнена инъекция Деносумаба.

В сентябре 2021г. диагностирован первичный гиперпаратиреоз (ПГПТ): кальций скорректированный на альбумин 2.9 ммоль/л, ПТГ – 147.6 пг/мл (15-65), фосфор 0.69 ммоль/л (0.74-1.52), нормокальциурия 6.3 ммоль/сут. По данным топической диагностики (УЗИ, КТ шеи с контрастным усилением) выявлена гиперплазия четырех околощитовидных желез (ОЩЖ).

30.09.2021г. проведено удаление образования правой верхней ОЩЖ, наибольшей по размерам (13*16*23 мм). Гистологическая картина соответствовала атипической аденоме. После операции при динамическом наблюдении сохранялась гиперкальциемия, повышение ПТГ.

При обследовании от 08.2022г.: кальций скорректированный на альбумин 2.7 ммоль/л, ПТГ 84.37 пг/мл (15-65), нормокальциурия 3.7 ммоль/сут; 25 (ОН) витамин D от 05.2022г. 13.6 нг/мл.

На момент последней госпитализации у пациентки имелись данные за тяжелый остеопороз (L1-L4 -5.9 SD, Femur Total -4.5 SD, Radius Total -7.1 SD по Т-критерию), мочекаменную болезнь (конкременты обеих почек, конкремент в дистальной трети мочеточника).

По данным топической диагностики (УЗИ, КТ шеи с контрастным усилением) выявлены образования трех ОЩЖ (правой нижней, левой верхней и левой нижней) без значимой динамики динамики при сравнении с данными 2021 г. Пациентке планируется проведение повторного хирургического лечения.

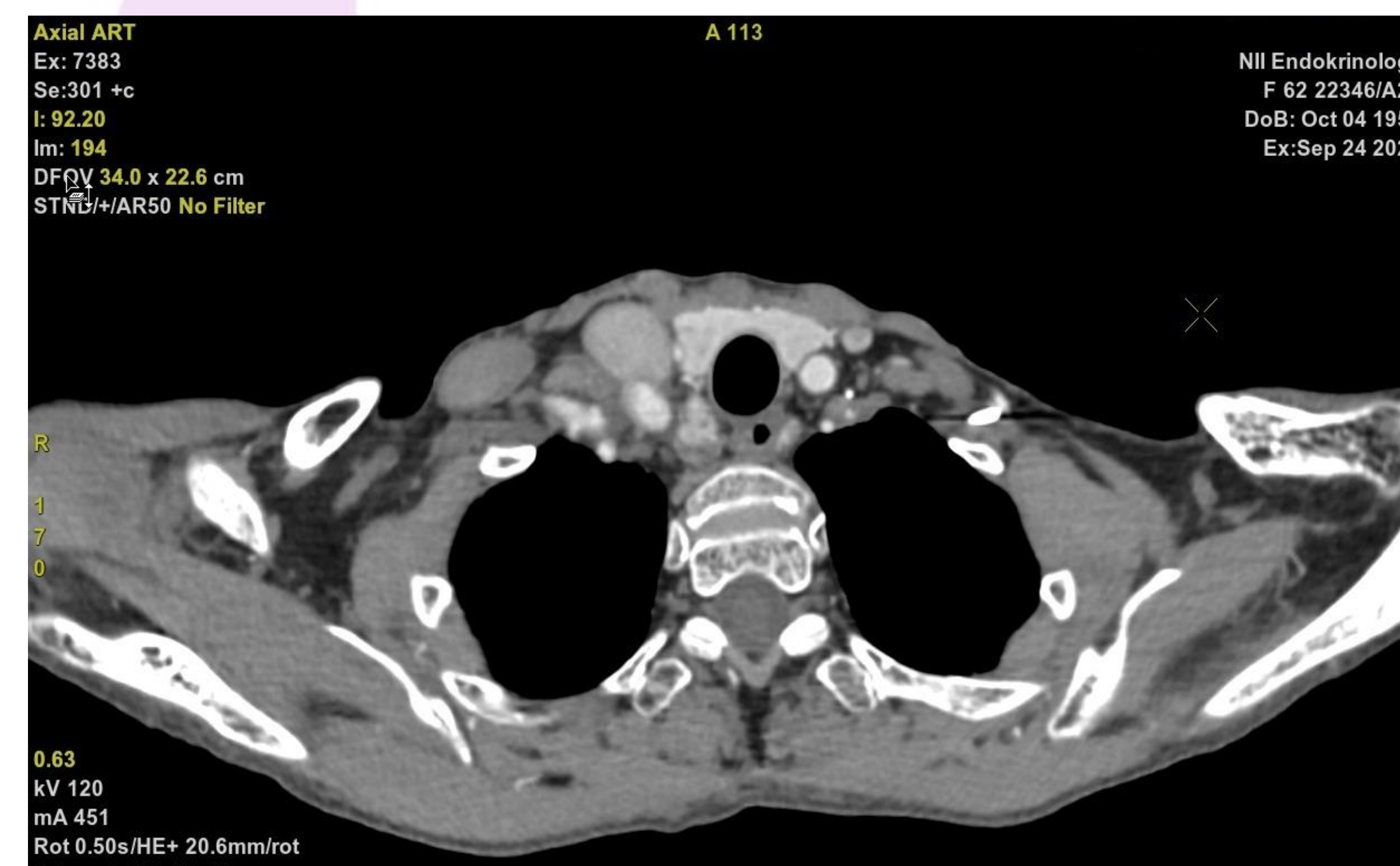
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.

Полигландулярное поражение при ПГПТ у пациентки с 45-летним анамнезом цирроза печени может объясняться длительным течением ВГПТ вследствие нарушения одного из этапов метаболизма витамина D с развитием гиперплазии и, возможно, “функциональной автономии” нескольких ОЩЖ. При наличии заболеваний желудочно-кишечного тракта, способных повлиять на метаболизм витамина D, необходимо проводить оценку состояния минерального обмена.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.

Описание клинического случая тяжелого течения гиперпаратиреоза у пациентки 63 лет с 45-летним анамнезом цирроза печени.

Рисунок 1,2. Мультиспиральная компьютерная томография шеи и верхнего средостения с контрастным усилением.



По нижнему контуру левой доли щитовидной железы, определяется структура овальной формы размерами до 9х5х8мм, 50-135-80-60 HU.

Параэзофагеально слева определяется структура овальной формы размерами до 4,5х8х12 мм, 40-160-90-65 HU.

По нижнему контуру правой доли щитовидной железы, определяется структура овальной формы размерами до 9.5х6х9 мм, 25-170-65-60 HU.

КОНТАКТЫ.

Пушкарева Анастасия Станиславовна
npushkareva96@mail.ru