

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА У ПАЦИЕНТКИ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

ВВЕДЕНИЕ. Первичный гиперпаратиреоз (ПГПТ) проявляется многосимптомной клинической картиной, вовлекающей в патологический процесс различные органы и системы, что приводит к значимому снижению качества жизни, инвалидизации пациентов, повышенному риску преждевременной смерти.

В клинику обратилась пациентка З., 31 года, с жалобами на слабость, боли в суставах, костях, позвоночнике, выпадение волос.

МАТЕРИАЛЫ. С 2019 г. наблюдается по поводу многоузлового эутиреоидного зоба. Кальцитонин 2,0 пг/мл (норма до 11,5 пг/мл). Проводилась тонкоигольная аспирационная биопсия (ТАБ) – подозрение на фолликулярную аденому, Bethesda III, при пересмотре цитологического материала в областном онкодиспансере диагноз был снят. Далее регулярно проходила УЗИ щитовидной железы (ЩЖ), суммарный объем 6,3-6,6 см³, узел правой доли с частично загрудинным расположением 23*11 мм. Далее в течение года не наблюдалась в связи с беременностью. В апреле 2021 г. на УЗИ ЩЖ – объем 7,3 см³, справа в нижнем сегменте частично загрудинный гипоэхогенный узел с четкими ровными контурами 27*11*14 мм с гиперэхогенной центральной зоной (аденома ОЩЖ?). При дообследовании в мае-июне 2022 г: ТТГ 1,77 мМЕ/л (0,4-4,0), кальцитонин менее 0,5 пг/мл, ПТГ 236,6 пг/мл (12-88), Са⁺⁺ 1,56 мМ (1,05-1,3), фосфор 0,69 (0,74-1,52), 25-ОН-вит.Д 16,86 нг/мл (дефицит), щелочная фосфатаза 99 Ед/л (35-105), креатинин 65 мкм (50-98). После приема колекальциферола 7000 МЕ/сут в течение 8 недель - 25-ОН-вит.Д 47,85 нг/мл (норма), ПТГ 224 пг/мл, Са⁺⁺ 1,43 мМ. На КТ мягких тканей шеи – по задней поверхности правой доли ЩЖ фрагмент мягкотканной плотности 32,4*8,4 мм с жидкостным включением (ОЩЖ?). Проведена ТАБ со смывом на ПТГ – в пунктате клетки, характерные для паратиромы, уровень ПТГ в смыве выше максимального. Rg остеоденситометрия – в поясничном отделе позвоночника и шейке бедра Z-критерий -2,6. Переломов в течение жизни не было, рост не уменьшился (рост 153 см, вес 40 кг). Гинекологический анамнез: menses регулярные, роды – 2 срочные, без осложнений. Из хронических заболеваний – мочекаменная болезнь, хронический пиелонефрит. Наследственность отягощена по узловому зобу.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Больная была направлена в ФГБУ НМИЦ эндокринологии, Москва, для дообследования: сцинтиграфия паращитовидных желез с ^{99m}Tc - подтверждена аденома правой нижней ОЩЖ. Проведено генетическое исследование на наличие синдрома МЭН 2 типа - мутации гена RET не обнаружено. Таким образом, пациентке был установлен диагноз (МКБ-10: E21.0): Первичный гиперпаратиреоз, манифестная форма. Аденома правой нижней ОЩЖ. Снижение минеральной плотности костной ткани ниже возрастной нормы (Z-критерий -2,6), без патологических переломов. Мочекаменная болезнь. Дефицит витамина Д, медикаментозно компенсированный. Пациентка записана на оперативное лечение – паратиреоидэктомию.

Каукова Александра
Николаевна
Тел.: +7 (910)536-87-76
E-mail: sandraef@mail.ru
Силкина Мария Игоревна,
Тел.: +7 (952)064-22-57
E-mail:
maria.i.silkina@yandex.ru