

## Гиперкальциемия у пациентки с гипопаратиреозом при нерациональном приеме альфакальцидола и отсутствии должного динамического контроля

### ВВЕДЕНИЕ

гипопаратиреоз характеризуется недостаточностью двух гормонов – паратиреоидного гормона (ПТГ) и, в связи с отсутствием ПТГ-опосредованной активации 1 $\alpha$ -гидроксилазы в почках, кальцитриола. В настоящее время терапия рекомбинантным ПТГ в рутинной клинической практике не проводится, для лечения гипопаратиреоза используются активные формы/метаболиты витамина D и препараты кальция.

### РЕЗУЛЬТАТЫ

пациентка Б., 70 лет, поступила в ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России с жалобами на головные боли, отсутствие аппетита, частое мочеиспускание. Из анамнеза известно, что в раннем послеоперационном периоде после тотальной тиреоидэктомии в 2010 году, возникли жалобы на судороги во всем теле (со слов пациентки, "трясло", "знобило", "выворачивало"). После операции определение параметров фосфорно-кальциевого обмена не проводилось, при выписке были назначены препараты кальция. В дальнейшем в связи с сохранением судорожного синдрома пациентка самостоятельно обратилась к эндокринологу, дополнительно назначен альфакальцидол в суточной дозе 5 мкг, однократно, утром. Несмотря на значимую коррекцию терапии, адекватного лабораторного контроля не проводилось. Пациентка продолжала принимать альфакальцидол в прежней дозе с периодическими пропусками приема препарата из-за возникновения тошноты. Прием препаратов кальция самостоятельно прекратила около 3 лет назад.

В стационаре НМИЦЭ по данным лабораторного обследования (прием альфакальцидола 5 мкг накануне, утром) – альбумин-скорректированный кальций 2,61 ммоль/л, креатинин 106,6 мкмоль/л (рСКФ по EPI 46 мл/мин/1,73м<sup>2</sup>), ПТГ 3,1 пг/мл. Учитывая наличие гиперкальциемии, альфакальцидол был полностью отменен. Через 6 дней после отмены препарата концентрация альбумин-скорректированного кальция составила 2,45 ммоль/л, креатинин 101,7 мкмоль/л (рСКФ по EPI 48 мл/мин/1,73м<sup>2</sup>), уровень ПТГ без динамики (3,94 пг/мл). Самочувствие пациентки улучшилось: восстановился аппетит, прекратились головные боли, эпизоды судорог не отмечены. Пациентка выписана из стационара с рекомендацией контроля показателей фосфорно-кальциевого обмена, особенно при возникновении судорожного синдрома. Спустя 2 месяца на фоне отсутствия терапии гипопаратиреоза отмечается сохранение нормокальциемии (ионизированный кальций 1,25 ммоль/л), при тенденции к улучшению фильтрационной функции почек (креатинин 96,1 мкмоль/л, рСКФ по EPI 52 мл/мин/1,73м<sup>2</sup>). Учитывая отсутствие клинических и лабораторных признаков гипокальциемии, заподозрен транзиторный характер послеоперационного гипопаратиреоза с подавлением ПТГ на фоне длительно-существующей гиперкальциемии. Рекомендована оценка уровня ПТГ.

### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

курация пациентов с послеоперационным гипопаратиреозом требует регулярного лабораторного контроля для своевременной коррекции терапии препаратами кальция и витамина D / ее отмены при восстановлении функции околощитовидных желез.

При отсутствии контроля высок риск передозировки с развитием гиперкальциемии, вплоть до гиперкальциемического криза, что сопровождается снижением фильтрационной функции почек, вплоть до развития острой почечной недостаточности. Также необходимо отметить, что период полувыведения альфакальцидола составляет от 3 до 6 часов и при однократном назначении большой дозы альфакальцидола повышается риск как гипер-, так и гипокальциемии в пределах одного дня. Таким образом, для обеспечения стабильного уровня кальциемии требуется разделение суточной дозы препаратов активных форм витамина D (альфакальцидол, кальцитриол) минимум на 2-3 приема.

#### КОНТАКТЫ

Ковалева Елена  
Владимировна  
8(915)074-64-46  
elen.v.kovaleva@gmail.com