

## СЛОЖНЫЙ СЛУЧАЙ ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

**С.Н. Стяжкина, А.В. Леднева, А.Ш. Назмиева, А.А. Кочурова**

*ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации,  
кафедра факультетской хирургии*

Данная статья посвящена разбору клинического случая пациента с установленным диагнозом: аденома паращитовидной железы справа, первичный гиперпаратиреоз, осложненный гиперкальциемическим кризом и полиорганной недостаточностью. Особое внимание акцентировано на тщательном сборе анамнеза, объективном обследовании пациента, рассмотрены и проанализированы диагностические мероприятия, представлены результаты лабораторных и инструментальных методов исследования. Актуальным этот клинический случай делает то, что данное заболевание, вне зависимости от его формы, обладает проявлением множественной сопутствующей патологии, что говорит о значимости раннего выявления изменений в работе систем организма.

*Ключевые слова:* аденома паращитовидной железы, первичный гиперпаратиреоз, полиорганная недостаточность, паратиреоидэктомия.

DOI 10.19163/1994-9480-2020-2(74)-84-86

## A COMPLEX CASE OF PRIMARY HYPERPARATHYROIDISM IN CLINICAL PRACTICE

**S.N. Stjzhkina, A.V. Ledneva, A.Sh. Nazmieva, A.A. Kochurova**

*FSBEI HE «Izhevsk State Medical Academy» of Public Health Ministry of the Russian Federation,  
Department of surgery*

This article is devoted to the description of a clinical case of a patient with an established diagnosis: right parathyroid adenoma, primary hyperparathyroidism, multiple organ failure. Special attention is paid to the correctly collected anamnesis, objective examination of the patient, diagnostic measures, the results of laboratory and instrumental methods research were considered and analyzed. This clinical case is actual because this disease, regardless of its form, has a manifestation of multiple concomitant pathologies, which indicates the importance of early detection of changes in the functioning of body systems.

*Key words:* parathyroid adenoma, primary hyperparathyroidism, multiple organ failure, parathyroidectomy.

Первичный гиперпаратиреоз (ПГПТ) – заболевание, развивающееся в результате первичного поражения паращитовидных желез (ПЩЖ) (аденома, гиперплазия, рак), обусловленное гиперпродукцией паратиреоидного гормона и проявляющееся нарушением обмена кальция и фосфора, поражением костной системы и/или внутренних органов [4]. ПГПТ является наиболее часто встречаемой формой данного заболевания в индустриально высокоразвитых странах, где занимает 1–2-е место среди патологий эндокринной системы [2]. С точки зрения морфологических изменений непосредственно в околощитовидных железах приблизительно в 85 % случаев диагностируется единичная доброкачественная опухоль, в 3–5 % случаев выявляются множественные аденомы и в 10–12 % случаев обнаруживается гиперплазия всех желез. Вероятность диагностики паратиреоидной карциномы при соответствующих клинических проявлениях не превышает 1 % случаев [2]. В силу недостаточной осведомленности практических врачей, диагностика ПГПТ затруднена, в связи с чем специалисты часто сталкиваются с уже запущенными формами данного заболевания и лечат его последствия. Пациенты долго и безуспешно лечатся по поводу рецидивирующей мочекаменной болезни, подвергаясь

неоднократным оперативным вмешательствам, заболеваний желудочно-кишечного тракта и тяжелого остеопороза с повторными патологическими переломами, приводящими к инвалидизации [1]. Клинические проявления гиперпаратиреоза представлены в табл. [3, 5].

Клинические проявления гиперпаратиреоза

Органы и системы	Клинические проявления
Общие	Слабость, утомляемость, потеря веса, зуд, артериальная гипертензия, кератит, конъюнктивит
Почки	Нефролитиаз, нефрокальциноз, почечная недостаточность, полиурия, никтурия, метаболический ацидоз
Желудочно-кишечный тракт	Тошнота, рвота, изжога, запор, снижение аппетита, полидипсия, пептические язвы, панкреатит
Нервная система	Бессонница, снижение концентрации, депрессия, когнитивная дисфункция, полинейропатия, психоз
Опорно-двигательный аппарат	Мышечная слабость, патологические переломы, боли в костях и суставах, остеопения, остеопороз, хондрокальциноз, бурые опухоли, фиброзно-кистозный остейт

## ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Определить эффективность хирургического лечения аденомы паращитовидной железы.

## МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Представлен клинический случай пациентки К., 49 лет, которая поступила в хирургическое отделение 1 РКБ г. Ижевск 19.11.2019 с жалобами на общую выраженную слабость, тошноту, многократную без болевого синдрома рвоту, не приносящую облегчения, отсутствие стула в течение 12 дней. Из анамнеза известно, что пациентка считает себя больной с 21 августа 2019 года, когда после планового оперативного лечения (ВЛХЭ) появились вышеуказанные жалобы. С августа наблюдается ежедневная рвота, похудение на 30 кг (в настоящий момент вес – 53 кг) (рис. 1).



Рис. 1. Пациентка

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Пациентка находилась на стационарном лечении в Вавожской РБ, затем по срочным показаниям была переведена в гастроэнтерологическое отделение 1 РКБ и получала лечение от ПХЭС с 16.10.2019 по 19.11.2019. На основании данных объективного исследования: в области правой доли щитовидной железы в нижнем полюсе пальпируется объемное образование 3,5 × 2 × 2 см мягко-эластической консистенции; данных лабораторных методов диагностики: ПТГ – 2048 пг/мл, кальций общий – 3,07 ммоль/л, кальций ионизированный – 2,31 ммоль/л, ЩФ – 507,23 ед./л; данных инструментальных методов диагностики: УЗИ от 13.11.2019: по заднему контуру нижнего полюса

справа в проекции ПЩЖ вытянутой формы гипоэхогенное образование 37 × 14 × 18 мм (рис. 2), консилиумом разных специалистов установлен клинический диагноз: основное заболевание – аденома ПЩЖ справа, ПГПТ, осложнения основного заболевания – гиперкальциемический криз, полиорганная недостаточность.

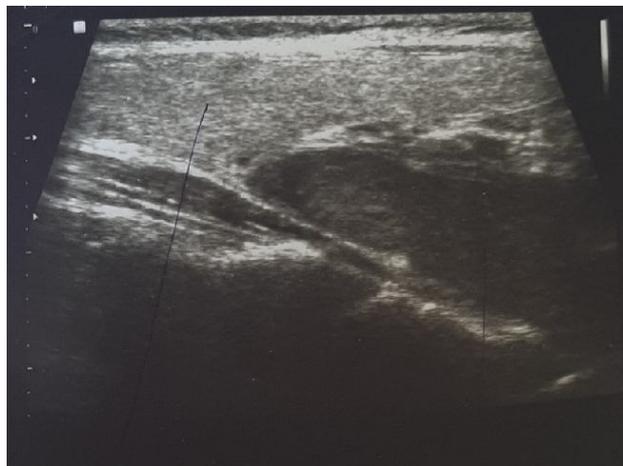


Рис. 2. УЗИ паращитовидной железы

Из сопутствующих заболеваний следует отметить ПХЭС, хронический панкреатит, язвенную болезнь двенадцатиперстной кишки, рубцовую деформацию луковицы двенадцатиперстной кишки. Результаты других инструментальных методов исследования: Гастроскопия от 11.11.2019: Косвенные признаки патологии со стороны ПЖ. Выраженный рефлюкс гастродуоденит. Желчный дуоденогастральный рефлюкс 3-й степени. Грубая рубцово-язвенная деформация луковицы ДПК. Халазия кардии. Хронический рефлюкс эзофагит. Эритематозный папиллит умеренный. Колоноскопия от 21.10.2019: Эндоскопические признаки ишемического колита в стадии эрозий с поражением слепой, восходящей, поперечной, нисходящей, сигмовидной кишки. Недостаточность баугиниевой заслонки. МРТ от 12.11.2019: Атрофический процесс вещества головного мозга. УЗИ органов брюшной полости (комплексное) от 30.10.2019: состояние после холецистэктомии, диффузных изменений паренхимы с увеличением размеров за счет тела и хвоста поджелудочной железы, микролита левой почки.

Пациентка переведена в хирургическое отделение для оперативного лечения – паратиреоидэктомия справа. Была удалена опухоль желто-оранжевого цвета, с гладкой поверхностью, величиной 4,5 × 2,0 см (рис. 3). После проведенной операции и стационарного лечения состояние пациентки улучшилось; результаты лабораторных методов исследования: ПТГ – 3,0 пг/мл, кальций общий – 2,45 ммоль/л, кальций ионизированный – 1,93 ммоль/л, ЩФ – 685,0 ед./л



Рис. 3. Удаленная аденома

### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Данный клинический случай радикального хирургического лечения аденомы паращитовидной железы справа у пациентки с выраженной сопутствующей патологией свидетельствует об эффективности хирургического метода. При этом необходимо учитывать тяжелую сопутствующую патологию и своевременно проводить ее диагностику и коррекцию.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Валеева Ф. В. и др. Первичный гиперпаратиреоз (клинический случай) // Практическая медицина. – 2016. – Т. 2, № 4. – С. 15–16.

2. Коваленко Ю.В. и др. Первичный гиперпаратиреоз: современное состояние проблемы // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2017. – Т. 13, № 4. – С. 849–853.

3. Пинчук Н.Е., Ромаш А.В. Особенности и трудности диагностики первичного гиперпаратиреоза // Лечение и профилактика. – 2018. – Т. 8, № 2. – С. 92–98.

4. Величко А.В. и др. Хирургическое лечение первичного гиперпаратиреоза // Проблемы здоровья и экологии. – 2016. – Т. 49, № 3. – С. 70–76.

5. Elgazzar A., Alenezi S. Parathyroid gland // Pathophysiological Basis of Nuclear Medicine / A. Elgazzar (ed.). – 3rd ed. – Berlin, Germany: Springer, 2014.

### REFERENCES

1. Valeeva F.V., et al. Pervichnyj giperparatireoz (klinicheskij sluchaj) [Primary hyperparathyroidism (clinical case)]. *Prakticheskaya medicina* [Practical medicine], 2016, vol. 2, no 4, pp. 15–16. (In Russ.; abstr. in Engl.).

2. Kovalenko Yu.V., et al. Pervichnyj giperparatireoz: sovremennoe sostoyanie problem [Primary hyperparathyroidism: current state of the problem] *Saratovskij nauchno-medicinskij zhurnal* [Saratov Journal of Medical Scientific Research], 2017, vol. 13, no. 4, pp. 849–853. (In Russ.; abstr. in Engl.).

3. Pinchuk N.E., Romash A.V. Osobennosti i trudnosti diagnostiki pervichnogo giperparatireoza [Features and difficulties in the diagnosis of primary hyperparathyroidism]. *Lechenie i profilaktika* [Treatment and prevention], 2018, vol. 8, no. 2, pp. 92–98. (In Russ.; abstr. in Engl.).

4. Velichko A.V., et al. Hirurgicheskoe lechenie pervichnogo giperparatireoza [Surgical treatment of primary hyperparathyroidism]. *Problemy zdorov'ya i ekologii* [Health and environmental issues], 2016, vol. 49, no 3, pp. 70–76. (In Russ.; abstr. in Engl.).

5. Elgazzar A., Alenezi S. Parathyroid gland. Pathophysiological Basis of Nuclear Medicine. In. A. Elgazzar (ed.). 3rd ed. Berlin, Germany: Springer, 2014.

### Контактная информация

Стяжкина Светлана Николаевна – д. м. н., профессор кафедры факультетской хирургии, Ижевская государственная медицинская академия, email: asu@rkb1.udm.ru