УДК 616.447-089.87

АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА В СОЧЕТАНИИ С АДЕНОМОЙ ПАРАЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И УЗЛОВЫМ ЗОБОМ

С.Н. Стяжкина, А.В. Леднева, В.П. Бывальцева, М.А. Мичурина

ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, Ижевск, Россия

Резюме. Представлен анализ клинического случая первичного гиперпаратиреоза в сочетании с аденомой паращитовидной железы и узловым зобом.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование. Исследование проводилось без спонсорской поддержки.

Ключевые слова: первичный гиперпаратиреоз, паращитовидная железа, аденома паращитовидной железы, паратиреоидный гормон, гемитиреоидэктомия.

Для цитирования: Стяжкина С.Н., Леднева А.В., Бывальцева В.П., Мичурина М.А. Анализ клинического случая первичного гиперпаратиреоза в сочетании с аденомой паращитовидной железы и узловым зобом. *Вестник медицинского института «Реавиз». Реабилитация, Врач и Здоровье.* 2021;1(49):53-57. <https://doi.org/10.20340/vmi-rvz.2021.1.CLIN.5>

ANALYSIS OF A CLINICAL CASE OF PRIMARY HYPERPARATHYROIDISM IN COMBINATION WITH PARATHYROID ADENOMA AND NODULAR GOITER

S.N. Styazhkina, A.V. Ledneva, V.P. Byvaltseva, M.A. Michurina

Izhevsk State Medical Academy, Izhevsk

Abstract. The analysis of a clinical case of primary hyperparathyroidism in combination with parathyroid adenoma and nodular goiter is presented.

Competing interests. The authors declare no competing interests.

Funding. This research received no external funding.

Key words: primary hyperparathyroidism, parathyroid gland, parathyroid adenoma, parathyroid hormone, hemithyroidectomy.

Cite as: Styazhkina S.N., Ledneva A.V., Byvaltseva V.P., Michurina M.A. Analysis of a clinical case of primary hyperparathyroidism in combination with parathyroid adenoma and nodular goiter. *Bulletin of the Medical Institute Reaviz. Rehabilitation, Doctor and Health.* 2021;1(49):53-57. <https://doi.org/10.20340/vmi-rvz.2021.1.CLIN.5>

Первичный гиперпаратиреоз (ПГПТ) – это эндокринное заболевание, для которого характерна избыточная секреция паратиреоидного гормона (ПТГ) при верхнормальном или повышенном уровне кальция крови [1]. Для ПГПТ характерна разнообразная клиническая картина, которая может привести к развитию полиорганной недостаточности. Первичный гиперпаратиреоз без адекватного лечения может привести к снижению качества жизни, переходу на инвалидность, а также к повышению риска преждевременной смерти. Среди патологии эндокринной системы первичный гиперпаратиреоз занимает третье место после сахарного диабета и заболеваний щитовидной железы. Аденома паращитовидной железы составляет до 85 % случаев первичного гиперпаратиреоза. До 15 % случаев приходится на гиперплазию околощитовидной железы и лишь 1–5 % – рак паращитовидной железы. В 90–95 % случаев ПГПТ является спорадическим, около 5 % случаев ПГПТ составляют наследственные формы [2]. Наследственная форма первичного гиперпаратиреоза может проявляться как изолированно, так и в сочетании с другими заболеваниями, что затрудняет постановку диагноза. Особенностью наследственной формы ПГПТ является множественное поражение околощитовидной железы. Чаще всего ПГПТ развивается у лиц в возрасте старше 50 лет, при этом заболеваемость повышается до 2 % и более. На момент установления диагноза средний возраст пациентов составляет 54–59 лет. Женщины болеют в 2–3 раза чаще, чем мужчины, при этом наибольшая разница отмечается среди пациентов старше 50 лет, тогда как для молодых людей она практически отсутствует.

Клинический случай

Пациентка Н.М., 63 года, поступила в 1 РКБ в плановом порядке 14.09.2020 с жалобами на периодические боли в нижних конечностях – в суставах, мышцах, костях, периодически – парестезии в нижних конечностях. Болей в области шеи, тремора, изменений голоса нет. Болеет около

года. Обследовалась у эндокринолога, выявлена гиперкальциемия. При дальнейшем обследовании выявлена аденома паращитовидной железы слева. Рекомендовано оперативное лечение. Госпитализирована в плановом порядке. Перенесенные заболевания: простудные, бронхиальная астма неаллергической средней степени тяжести (ремиссия), диффузно-узловой зоб 1-й степени, артериальная гипертензия 2-й стадии, 2-й степени, риск 3, атеросклероз аорты, ХСН 1, ФК 2, киста левой почки (оперирована в 2017 г.). Состояние пациентки удовлетворительное. Находится в ясном сознании. Положение активное. Повышенное питание. Кожные покровы, склеры физиологической окраски. Дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. ЧДД 16 в мин. Пульс 70 в минуту, АД 120/80. Язык влажный. Живот не вздут, мягкий, безболезненный. Объемные образования в животе не пальпируются. Симптом Щеткина – Блюмберга отрицательный. Перистальтика выслушивается. Симптом сотрясения отрицательный с обеих сторон. *Локальный статус:* передняя поверхность шеи визуально не изменена. При пальпации в области левой доли железы определяется узел до 1,5 см в диаметре, округлый, эластической консистенции, безболезненный, смешанный, с окружающими тканями не связанный. В правой доле узлы четко не пальпируются. Шейные лимфоузлы не увеличены. Кожные покровы без особенностей. *Общий анализ крови:* без особенностей. *Биохимический анализ крови:* кальций – 3,17 ммоль/л, концентрация паратгормона – 167 пг/мл. *УЗИ щитовидной железы и паращитовидных желез* (от 08.09.20): признаки ДУЗ, конгломеративный узел перешейка. Аденома паращитовидной железы слева. *Дуплексное сканирование сосудов щитовидной железы:* без нарушения гемодинамики.

Клинический диагноз: другие уточненные нарушения паращитовидной железы. Аденома паращитовидной железы слева. Первичный гиперпаратиреоз. Диффузно-узловой зоб 1 ст. по ВОЗ.

Рекомендована гемитиреоидэктомия слева с перешейком, удаление паращитовидной железы слева.

Операция выполнена под эндотрахеальным наркозом. После разреза кожи на передней поверхности шеи пересечена гипоглоидная группа мышц. Далее выделена щитовидная железа и проведена её ревизия. В левой доле с перешейком были обнаружены множественные плотные узлы диаметром 0,5–1 см в диаметре, эластической консистенции. После осмотра принято решение удалить левую долю щитовидной железы с перешейком, перед этим выполнена субфасциальная перевязка сосудов. Позади левой

щитовидной железы ближе к верхнему полюсу обнаружено объемное плотное образование 0,5×0,7 см – аденома паращитовидной железы слева, также была удалена после перевязки сосудов. В ложе левой доли щитовидной железы установлен резиновый дренажный выпускник. Рану послойно ушили, наложили спиртовую асептическую повязку. Удаленная ткань щитовидной железы и паращитовидной железы были отправлены на гистологическое исследование. По результатам гистологического исследования в щитовидной железе был обнаружен диффузно-узловой коллоидный зоб с кальцинатами (рис. 1).

Рис. 1. Гистологическое исследование препарата удалённой щитовидной железы. Гематоксилин-эозин. Увел.×120

Заключение

В настоящее время в клинической практике выделяют бессимптомное и симптоматическое течение первичного гиперпаратиреоза. В 80 % случаев болезнь протекает бессимптомно, больные могут жаловаться лишь на слабость, утомляемость, снижение работоспособности, данные жалобы обычно редко привлекают внимание и не позволяют заподозрить и дифференцировать данную патологию. Обнаружение происходит случайно при сдаче анализа (выявление гиперкальциемии) или проведении ультразвукового исследования. Не исключено, что данное течение может быть как начальной стадией симптоматического течения в будущем, так и самостоятельным заболеванием. Симптоматический ПГПТ

проявляется многогранной клинической картиной, в патологический процесс вовлечены многие органы и системы. Все это приводит к безусловному снижению качества жизни человека и требует незамедлительного обращения к специалистам. Со стороны опорно-двигательного аппарата довольно часто происходит развитие остеопороза, фиброзно-кистозного остеоита, псевдопадагры. Происходит деформация костей, нарушается походка и осанка. В анамнезе наличие частых переломов. Патология мочевыделительной системы обусловлена снижением фильтрационной и концентрационной функции почек. У пациента выявляется полиурия, гематурия, гиперкальциурия. Возможно развитие рецидивирующих инфекций мочевыводящих пу-

тей, выявление нефролитиаза, нефрокальциноза. Наблюдаются нарушения в работе органов желудочно-кишечного тракта, проявляющиеся рвотой, запорами, болями различного характера. У пациентов выявляют рецидивирующие дефекты слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки и желудка, панкреатиты. Нарушения работы сердечно-сосудистой системы чаще всего выражены в виде развития артериальной гипертензии. На ЭКГ изменения следующего характера: гипертрофия миокарда и диастолическая дисфункция левого желудочка, нарушения ритма и проводимости сердца.

Психоэмоциональные нарушения: когнитивные расстройства различной степени, психоэмоциональная неустойчивость, депрессивные состояния, повышенная утомляемость.

В данном случае у пациентки старшей возрастной группы с сопутствующей коморбидной патологией имеется сочетание заболеваний аденомы паращитовидной железы и первичного гиперпаратиреоза, а также диффузного токсического зоба.

После успешно проведенной операции (гемитиреоидэктомии слева с перешейком, удаления паращитовидной железы слева)

содержание паратгормона снизилось со 167 до 69,70 пг/мл, а кальция – с 3,17 до 2,66 ммоль/л.

Состояние пациентки после операции значительно улучшилось, болевой синдром уменьшился, симптоматика заболевания практически исчезла (прекратились боли в суставах, мышцах, костях, органах желудочно-кишечного тракта, исчезла тошнота).

Данный клинический случай примечателен тем, что клиническая картина проявления данной патологии довольно схожа с клинической картиной различных неврологических нарушений, сосудистой патологии, патологией опорно-двигательного аппарата. Случай сложен в дифференцировке и может быть не распознан под маской других болезней. Также уникально сочетание первичного гиперпаратиреоза с аденомой паращитовидной железы и диффузным узловым зобом.

Данная патология входит в тройку лидеров заболеваний эндокринной системы, и вопросы диагностики и лечения остаются актуальными в настоящее время.

Литература/References

- 1 Farkhutdinova L.M. Pervichnyy giperparatireoz: sovremennyye predstavleniya i klinicheskoye nablyudeniye. *Arkhiv vnutrenney meditsiny*. 2020;10(2):52. (In Russ).
- 2 *Klinicheskiye rekomendatsii. Pervichnyy giperparatireoz* (utv. Minzdravom Rossii). Moscow: GEOTAR-Media, 2016. 73 s. (In Russ).
- 3 Dedov I.I., Vasilyeva T.O., Rozhinskaya L.YA., Mokrysheva N.G. Epidemiologiya pervichnogo giperparatireoza. *Problemy endokrinologii*. 2010;56(5). (In Russ).
- 4 Borsuk A.D. Pervichnyy giperparatireoz (obzor literatury). *Problemy zdorovya i ekologii*. 2013;4(38). (In Russ).
- 5 Epidemiology of Primary Hyperparathyroidism in Europe – report commissioned by Amgen. The Mattson Jack Group. *Ref Type: Report*. 2003.
- 6 Hedbäck G., Oden A. Death risk factor analysis in primary hyperparathyroidism. *European journal of clinical investigation*. 1998;28(12):1011–1018. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2362.1998.00387.x>
- 7 Blichert-Toft M., Mollerup C.L., Feldt-Rasmussen U.F., Dagaard H., Engel U.H. Primary hyperparathyroidism. An underdiagnosed disease in Denmark? *Ugeskrift for laeger*. 1993;155(11):765–769.

Авторская справка

**Стяжкина Светлана
Николаевна**

доктор медицинских наук, профессор кафедры факультетской хирургии,
ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Министерства
здравоохранения Российской Федерации, Ижевск, Россия
ORCID 0000-0001-5787-8269

**Леднева Анна
Викторовна**

кандидат медицинских наук, ассистент кафедры факультетской хирургии,
ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Министерства
здравоохранения Российской Федерации, Ижевск, Россия
ORCID 0000-0003-3871-6197

**Бывальцева
Варвара Павловна**

студент 4 курс, кафедра факультетской хирургии, ФГБОУ ВО «Ижевская госу-
дарственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Россий-
ской Федерации, Ижевск, Россия
ORCID 0000-0001-7816-8389

**Мичурина Мария
Андреевна**

студент 4 курс, кафедра факультетской хирургии, ФГБОУ ВО «Ижевская госу-
дарственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Россий-
ской Федерации, Ижевск, Россия
ORCID 0000-0002-3397-9943