

УДК 616-08-039.76	UDC 616-08-039.76
ПЕРВИЧНЫЙ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗ У БЕРЕМЕННЫХ (КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ)	PRIMARY HYPERPARATHYREOSIS IN PREGNANT (CLINIC NOTES)
Кижватов Сергей Игоревич – к.м.н. <i>ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2», Краснодар, Россия</i>	Kijvatov Sergei Igorevich – MD <i>SBIHC «Region clinic hospital Nr 2», Krasnodar, Russia</i>
Кудлай Инна Степановна – к.м.н. <i>ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2», Краснодар, Россия</i>	Kudlai Inna Stepanovna – MD <i>SBIHC «Region clinic hospital Nr 2», Krasnodar, Russia</i>
Межинская Елена Михайловна <i>ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2», Краснодар, Россия</i>	Mejinskaya Elena Mikhailovna <i>SBIHC «Region clinic hospital Nr 2», Krasnodar, Russia</i>
При диагностике первичного гиперпаратиреоза у беременных должна быть предпринята тактика оперативного вмешательства во втором триместре беременности.	A surgical tactics should be used in the second trimester of gestation in pregnant with primary hyperparathyreosis.
Ключевые слова: ПЕРВИЧНЫЙ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗ, БЕРЕМЕННОСТЬ	Key words: PRIMARY HYPERPARATHYREOSIS, GESTATION

Распространенность первичного гиперпаратиреоза (ПГПТ) у беременных составляет от 0,15 до 1,4 %. При несвоевременном лечении эндокринного заболевания риск возникновения осложнений (самопроизвольный аборт, гибель плода, преждевременные роды, а также тетания и гипокальциемия у новорожденного) достигает 80 %.

При сочетании ПГПТ с беременностью также высока вероятность развития такого опасного для матери и плода осложнения, как гиперкальциемический криз, который приводит к высокой (57–60 %) летальности.

В доступной литературе описано не более 200 случаев ПГПТ у беременных.

Приведем результаты собственных наблюдений.

Пациентка Я., 24 года, срок гестации 25–26 нед, 26.11.2014 в 10.34. была доставлена в срочном порядке в реанимационное отделение с жалобами на неукротимую рвоту, быструю утомляемость, сильнейшую мышечную слабость, сухость кожи и ломкость ногтей, сухость во рту, жажду, полиурию, слюнотечение, периодическое повышение АД – до 150/100 мм рт. ст.

Пациентка заболела около месяца назад и была направлена на госпитализацию в связи с резким ухудшением самочувствия.

Объективно: пониженного питания, кожа сухая, АД – 145/85 мм рт. ст., ЧСС – 82 уд./мин, в легких дыхание везикулярное, хрипов нет.

Лабораторно: кальций крови общий – 3,08 ммоль/л, кальций крови ионизированный – 2,1 ммоль/л (норма 1–1,25 ммоль/л), паратгормон (ПГ) более чем в 5 раз превышал норму (12–72 пг/мл) и составил 383 пг/мл.

По результатам УЗИ общий объем щитовидной железы – 7,54 мл, кровотоков – в норме. Патология щитовидной железы не обнаружена. Выявлены ультразвуковые признаки опухоли паращитовидной железы в проекции нижнего полюса правой доли щитовидной железы: образование раз-

мерами 24×7×10 мм, с ровными четкими контурами, диффузно-неоднородной солидной структуры, сниженной эхогенности, аваскулярное.

Выполнена тонкоигольная аспирационная пункционная биопсия указанного образования. В препаратах, наряду со скоплениями разрозненно лежащих клеток кубического эпителия, имеются микрофолликулярные комплексные структуры с нарушением архитектоники. Обнаруженные изменения соответствовали аденоме микрофолликулярного строения.

По результатам УЗИ почек – признаки двусторонней каликопиелoureтерозктазии и конкремента правой почки; в брюшной полости очаговой патологии не выявлено.

В результате проведенного обследования установлен диагноз: Первичный гиперпаратиреоз (аденома паращитовидной железы справа), висцеральная форма. Мочекаменная болезнь (МКБ): конкремент правой почки. Прогрессирующая беременность 25–26 недель.

По итогам проведенной консультации по телефону со специалистами ФГБУ «Эндокринологический научный центр» (г. Москва) и заключения консилиума с участием акушеров-гинекологов, анестезиологов, эндокринологов, хирургов было рекомендовано симультанное оперативное вмешательство – прерывание беременности и паратиреоидэктомия. Пациентка и ее родственники категорически отказались от прерывания беременности.

27.11.2014 ночью состояния пациентки ухудшилось. Отмечалась тошнота, неукротимая рвота, боли в эпигастрии опоясывающего характера. Появилась сонливость, заторможенность, спутанность сознания, а затем – сопор с выходом на возбуждение при снятии медикаментозной седации, олигурия, повышение температуры тела до фебрильной, тахикардия, артериальная гипертензия – до 170/100 мм рт. ст. У пациентки диагностирован гиперкальциемический криз и начата его интенсивная терапия.

27.11.2014 в 9:00 проведен повторный консилиум: учитывая развитие у пациентки гиперкальциемического криза, решено по жизненным показаниям выполнить оперативное лечение в объеме паратиреоидэктомии.

27.11.2014 на протяжении 12:20–13:00 в срочном порядке выполнена паратиреоидэктомия Р-IIIд (удаление правой нижней паращитовидной железы с опухолью). При гистологическом исследовании выявлена высокодифференцированная аденокарцинома паращитовидной железы (ПЩЖ) с инвазией стенок сосудов и капсулы ПЩЖ.

Уровень ПГ сразу после операции составлял 31 пг/мл. Несмотря на снижение уровня ПГ в послеоперационном периоде, ожидаемого уменьшения кальция в крови не происходило, состояние пациентки прогрессивно ухудшалось. При УЗИ выявлено критическое состояние плода с централизацией гемодинамики и брадикардией – до 80 уд./мин, а 29.11.2014 диагностирована его антенатальная гибель.

С учетом отсутствия эффекта от проводимой комплексной терапии, сохраняющихся гиперкальциемии и полиорганной недостаточности, невозможного родоразрешения через естественные родовые пути консилиумом решено было родоразрешить пациентку операцией малого кесарева сечения. Родоразрешение по жизненным показаниям было выполнено 30.11.2014. При патологоанатомическом исследовании мертворожденного отмечен аутолиз внутренних органов и сердца.

В течение первых суток после родоразрешения у пациентки восстановилось сознание, нормализовался уровень кальция крови. Дальнейшее течение послеоперационного периода было благоприятным. Заживление послеоперационных ран первичным натяжением. Пациентка выписана в удовлетворительном состоянии 15.12.2014 с рекомендациями дальнейшего наблюдения в условиях онкологического диспансера.

Приведенное клиническое наблюдение характеризуется тяжелым течением ПГПТ с развитием гиперкальциемического криза вследствие поздней диагностики заболевания. В случае раннего выявления ПГПТ при беременности появляется возможность своевременной хирургической коррекции и дальнейшего благоприятного исхода, что подтверждает следующее наблюдение.

Пациентка Х., 29 лет, длительное время наблюдалась у гинеколога по поводу вторичного бесплодия. В анамнезе – эрозивный гастрит, Желчнокаменная болезнь (ЖКБ): хронический калькулезный холецистит. В июне 2016 г. при обращении к эндокринологу с жалобами на выпадение волос был исследован уровень общего кальция крови – 2,88 ммоль/л (2,1–2,55) и паратгормона – 22,69 пмоль/л (1,04–6,5). По результатам УЗИ общий объем щитовидной железы – 8,4 мл, очаговых образований не выявлено. В нижней группе паращитовидных желез определяется гипоехогенное солидное образование с четкими контурами и неоднородной эхоструктуры, размерами 11×6×26 мм. 1.09.2016 пациентке проведена сцинтиграфия паращитовидных желез с технеция пертехнетатом, подтверждено наличие аденомы паращитовидной железы позади правой доли щитовидной железы.

Как выяснилось позже, данные исследования проведены на ранних сроках беременности (2–3 нед). Настоящая беременность – пятая. По результатам УЗИ признаки прогрессирующей беременности – 4–5 нед, желтое тело – 14 мм, в-ХГЧ повышен.

20.09.2016 пациентка поступила в хирургическое отделение в плановом порядке с диагнозом: Первичный гиперпаратиреоз (аденома паращитовидной железы справа), висцеральная форма. ЖКБ: калькулезный холецистит. Ожирение 2 ст. (индекс массы тела (ИМТ) – 36,8 кг/м²). Пациентка консультирована акушером-гинекологом: Беременность малого срока. Дефицит желтого тела.

Согласно приказу №736 МЗ РФ, принимая во внимание проведенную на ранних сроках рентгенографию органов грудной клетки и радиоизотопное исследование ПЩЖ, высокий риск осложнений для матери и плода, связанный с основным заболеванием, было показано прерывание беременности по медицинским показаниям с последующим хирургическим лечением ПППТ. Пациентка категорически отказалась от прерывания беременности. По решению консилиума было предложено оперативное лечение во втором триместре беременности. Пациентка выписана под наблюдение эндокринолога и акушера-гинеколога. Получала препараты магния в таблетированной форме и с помощью внутривенных инфузий.

21.11.2016 при сроке беременности 14–15 нед пациентка была повторно госпитализирована в хирургическое отделение для оперативного лечения.

При поступлении: жалоб не предъявляла. Кальций крови общий – 2,88 ммоль/л (2,1–2,55), паратгормон – 111,9 пг/мл (9,5–75). УЗИ плода – признаки прогрессирующей беременности 14–15 недель. Осмотр врача акушера-гинеколога: прогрессирующая беременность 13–14 недель. Установлена наследственно обусловленная предрасположенность к тромбофилическим осложнениям.

Предоперационная подготовка: эноксапарин натрия 4000 Анти-Ха МЕ-ВК один раз в сутки подкожным введением ежедневно до родов, серноокислая магnezия до и после оперативного вмешательства, фолиевая кислота – 500 мкг в сутки до родов, прогестерон микронизированный – 100 мг по две капсулы два раза в сутки перорально до 22 нед.

24.11.2016 пациентке в плановом порядке была выполнена паратиреоидэктомия Р-IIIд (удаление правой нижней паращитовидной железы с опухолью). При гистологическом исследовании выявлена аденома паращитовидной железы.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Уровень кальция крови от 25.11.2016 – 2,26 ммоль/л., от 26.11.2016 – 2,16 ммоль/л. Назначены препараты кальция – 1500 мг в сутки и витамина Д – 600 МЕ. Пациентка выписана в удовлетворительном состоянии, в дальнейшем беременность протекала без особенностей.

Приведенные наблюдения свидетельствуют о необходимости ранней диагностики ПГПТ при беременности. Особое внимание при этом следует уделять пациенткам с сопутствующей патологией желудочно-кишечного тракта, желчевыводящих путей и почек, с невыношенной беременностью в анамнезе.

Выводы

1. В комплекс обязательных методов исследования на раннем сроке беременности следует включить определение уровня кальция крови как метод скрининг-диагностики ПГПТ. При выявлении гиперкальциемии объем обследования должен быть дополнен определением ПГ и ультразвуковым исследованием зоны паращитовидных желез.

2. При выявлении ПГПТ у беременных хирургическое лечение должно быть выполнено во втором триместре беременности.

Список литературы

1. *Рожинская Л. Я.* Алгоритмы обследования и лечения пациентов в эндокринологии: метод. рекомендации / Л. Я. Рожинская, Н. Г. Мокрышева, Н. С. Кузнецов. – М.: ФГУ «Эндокринологический научный центр», 2009.
2. Национальное руководство по эндокринологии / под ред. И. И. Дедова и Г. А. Мельниченко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.
3. *Мокрышева Н. Г.* Нарушение пуринового обмена у пациента с первичным гиперпаратиреозом и сахарным диабетом 2 типа / Н. Г. Мокрышева, А. Ю. Токмакова, И. А. Воронкова, Л. Я. Рожинская, А. И. Бухман, Н. С. Кузнецов, А. В. Ильин // Ожирение и метаболизм. – 2010. – № 3 (24). – С. 43.
4. *Анциферов М. Б.* Первичный гиперпаратиреоз – современные представления / М. Б. Анциферов, Н. В. Маркина // Доктор. Ру. – 2010. – № 7 (58). – С. 15.
5. *Мокрышева Н. Г.* Первичный гиперпаратиреоз: современное представление о проблеме / Н. Г. Мокрышева // Лечение и профилактика. – 2013. – № 2 (6).
6. *Мокрышева Н. Г.* Возможности альтернативного консервативного ведения пациентов с первичным гиперпаратиреозом на фоне Фосамакса / Н. Г. Мокрышева, Л. Я. Рожинская // Эффективная фармакотерапия. Остеопороз. – 2012. – С. 18–24.
7. Патофизиология эндокринной системы / под ред. Н. А. Смирнова. – М.: Бином, 2009.
8. Доказательная эндокринология / под ред. П. Камачо, Х. Гариба, Г. Сайзмора. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.