

УДК 616.447-089.87

[https://doi.org/10.24026/1818-1384.2\(62\).2018.135515](https://doi.org/10.24026/1818-1384.2(62).2018.135515)

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК БЕЗСИМПТОМНОГО ПЕРВИННОГО ГІПЕРПАРАТИРЕОЗУ



**В.О. Паламарчук,
В.В. Войтенко, М.О. Уріна**

*Український науково-практичний центр
ендокринної хірургії, трансплантації
ендокринних органів і тканин
Міністерства охорони здоров'я України,
м. Київ*



ВСТУП

Первинний гіперпаратиреоз (ПГПТ) – це ендокринне захворювання, яке виникає на тлі пухлинних або гіперпластичних змін однієї чи декількох прищитоподібних залоз і призводить до нерегульованої гіперсекреції паратгормону, гіперкальціємії та ряду патологічних змін у органах-мішенях, у першу чергу в кістках та нирках. Патофізіологічною основою розвитку захворювання є порушення кальцієво-фосфорного гомеостазу організму людини [1].

Останніми роками показник захворюваності на ПГПТ має тенденцію до зростання у зв'язку з поліпшенням діагностики [2, 4]. Пік захворюваності припадає на вік 40–50 років. У жінок ПГПТ виникає в 2 рази частіше, особливо у віковій групі понад 60 років [1, 2, 3]. Первинний гіперпаратиреоз займає 3 місце за поширеністю серед ендокринних хвороб після цукрового діабету та захворювань щитоподібної залози [5]. Безсимптомний ПГПТ є найбільш розповсюдженою формою захворювання та становить близько 75–80% випадків [6].

В типових випадках прищитоподібні залози (ПЩЗ) розташовані по задній поверхні щитоподібної залози (ЩЗ). Інколи ПЩЗ можуть мати ектопічну локалізацію, а саме знаходитися вище чи нижче місця типового розташування, по ходу щитотимічної зв'язки, ретрофарингеально, у середостінні, парааортально та інтратиреоїдно.

Клінічний випадок

Пацієнт К., 42 роки, звернувся до консультативно-діагностичної поліклініки УНПЦЕХ, ТЕОІТ МОЗ України, за направленням ендокринолога та

уролога районної поліклініки. Скарги на еректильну дисфункцію.

До плану обстеження хворого входило ультразвукове дослідження (УЗД) щитоподібної залози (ЩЗ) та біохімічні тести. У результаті УЗД у лівій частці ЩЗ було виявлено гіпоехогенне багатовузлове утворення неправильної форми, умовними розмірами 25x30 мм, з чіткими межами. Ехоструктура утворення неоднорідна за рахунок ділянок кистозної дегенерації та дрібних кальцинатів. Враховуючи розмір та неоднорідність структури вузлового утворення, з метою уточнення його характеру була проведена тонкогolgкова аспіраційна пункційна біопсія (ТАПБ). Заключення ТАПБ: в аспіратах визначаються епітеліальні клітини з ознаками високої проліферативної активності і виразними ознаками атипії, підозра на карциному. Клас 5.

Результати біохімічних тестів: ТТГ 2,1 мкМЕ/мл (N 0,27-4,2 мкМЕ/мл), кальцитонін <2 пг/мл (N <2 пг/мл), іонізований кальцій сироватки крові 1,72 ммоль/л (N 1,05-1,30), паратгормон 510,2 пг/мл (N >10-65 мкг/л), загальний кальцій 3,06 ммоль/л (N >2,1-2,55 ммоль/л), неорганічний фосфор 0,72 ммоль/л (N 0,81-1,45 ммоль/л) та 25-гідроксивітамін Д 42,7 нмоль/л (N >75 нмоль/л). Зважаючи на комплекс лабораторних змін, пацієнту було встановлено діагноз «первинний гіперпаратиреоз», але без чіткої локалізації пухлини прищитоподібної залози (ПЩЗ).

З метою топічної діагностики була проведена сцинтиграфія прищитоподібних залоз РФП: 99m Tc-MIBI (рис. 1). На планарних сцинтиграмах ділянки шиї у прямій проекції через 10 хвилин після

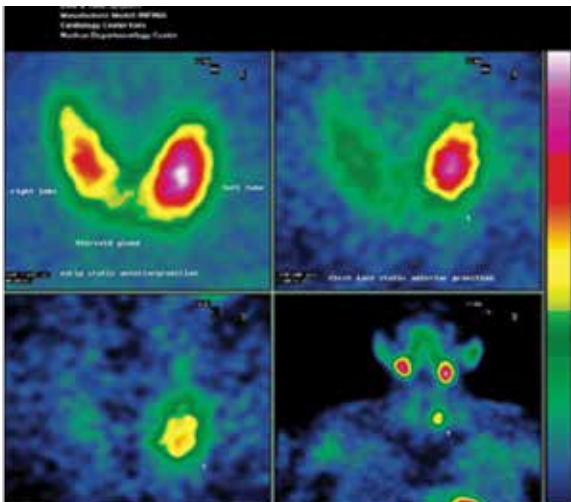


Рис. 1. Сцинтиграма прищитоподібних залоз РФП: 99m Tc-MIBI.

введення РФП візуалізується щитоподібна залоза, яка представлена 2 частками та перешийком. Залоза розташована у типовому місці, контури обох часток чіткі, рівні, розподіл препарату відносно рівномірний, загальний об'єм ЩЗ – 21,3 см³. Через 2 і 3 години після введення РФП, а також на оглядовій сцинтиграмі грудної клітини визначається ділянка підвищеної фіксації РФП у проекції лівої прищитоподібної залози.

Враховуючи можливість наявності зміненої ПЩЗ у лівій частці ЩЗ, для виключення ектопічного розташування іншої аденоми ПЩЖ на шляху ембріональної міграції, пацієнт був скерований до відділення променевої діагностики для проведення комп'ютерної томографії (КТ) органів шиї та середостіння апаратом «Toshiba Aquilion 64». Використана методика 4D-КТ.

За результатом КТ: у лівій частці ЩЗ виявлено додаткове об'ємне утворення округлої форми, з чіткими нерівними межами, розмірами 25x28 мм, неоднорідної структури за рахунок гіподенсних ділянок та кальцинатів. Під час внутрішньовенного

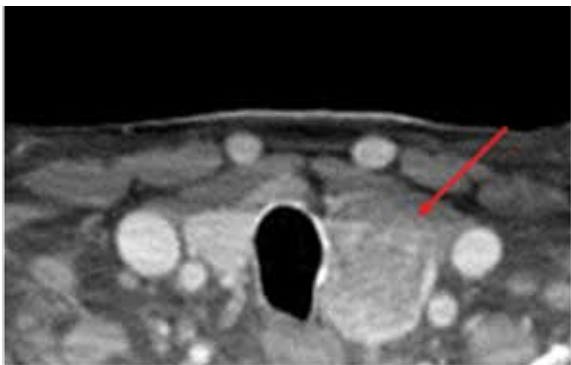


Рис. 2. КТ шиї (вузол лівої частки ЩЗ).

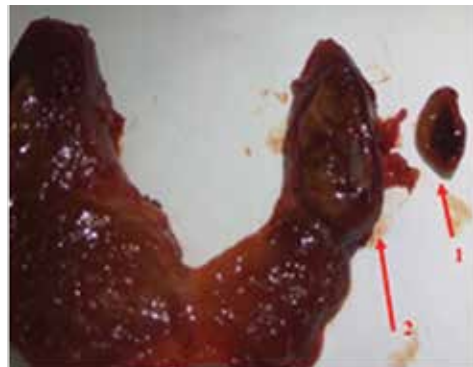


Рис. 3. Макропрепарат. Вигляд прищитоподібної залози (1 – зовнішня частина; 2 – інтратиреоїдна частина).

контрастування утворення нерівномірно накопичує контрастну речовину до +120..+140НУ, з подальшим швидким вимиванням її у відтермінованій фазі (рис. 2). В місцях типової локалізації ПЩЗ, в щитотимичній зв'язці, середостінні додаткових гіперваскулярних утворень не виявлено.

Проведені лабораторні та інструментальні дослідження дали змогу запідозрити інтратиреоїдне розташування паратиреоїдної аденоми та встановити клінічний діагноз: Первинний гіперпаратиреоз, пухлина лівої прищитоподібної залози.

Було виконано оперативне лікування. Під час операції достовірно візуалізовані незмінені ПЩЗ праворуч та нижня ліва ПЩЗ. При подальшій ревізії було виявлено часткове інтратиреоїдне розташування лівої верхньої ПЩЗ (рис. 3).

Проведена лівобічна екстрафасціальна гемитиреоїдектомія з інтратиреоїдною лівою верхньою прищитоподібною залозою, в тому числі у зв'язку з підозрою на карциному та неможливістю відокремити пухлину, більша частина якої була розташована інтратиреоїдно. Інтраопераційне експрес-гістологічне дослідження: атипова

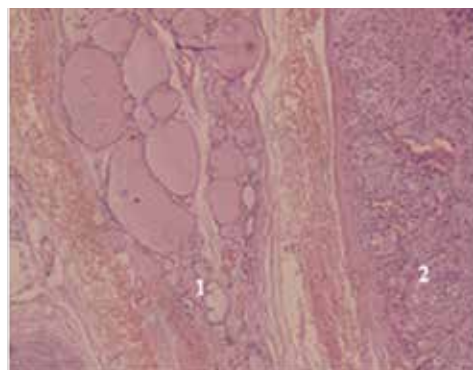


Рис. 4. Гістологічний препарат (1 – щитоподібна залоза, 2 – прищитоподібна залоза).

мікрофолікулярна аденома лівої верхньої ПЩЗ. Через дві години після операції був набраний паратгормон, який становив 10,1 пг/мл. Показники кальцію іонізованого в динаміці після операції: 1,22 ммоль/л, 1,16 ммоль/л, 1,08 ммоль/л.

У задовільному стані пацієнт був виписаний з хірургічного відділення.

Результат патогістологічного дослідження: атипична мікрофолікулярна аденома лівої верхньої прищитоподібної залози (рис. 4).

ВИСНОВКИ

1. Досить рідкісним, але ймовірним клінічним проявом ПГПТ може бути еректильна дисфункція, яка має зворотний характер.

2. Інтраїтиреоїдне розташування ПЩЗ кидає виклик для клініко-інструментального обстеження, включно із необхідністю адекватної оцінки сумнівних (підозрілих на рак) результатів пункційної біопсії тиреоїдних вузлів у пацієнтів із лабораторним ПГПТ.

3. Інструментальні методи діагностики (УЗД, сцинтиграфія, комп'ютерна томографія), їх поєднання та взаємодоповнення допомагають визначити топіку уражених прищитоподібних залоз та уникнути недоцільних повторних оперативних втручань.

Автори повідомляють про відсутність конфлікту інтересів при написанні статті

ЛІТЕРАТУРА / REFERENCES

1. *Cherenco SM.* Pervichnyy giperparatireoz: osnovy patogeneza, diagnostiki i lecheniya [Primary hyperparathyroidism: the basis of pathogenesis, diagnosis and surgical treatment]. Kyiv; 2011. 148 p. [Russian]. ISBN: 978-966-2530-08-7.
2. *Dedova II, Melnichenko GA,* editors. Ratsionalnaya farmakoterapiya zbolevaniy endokrinnoy sistemy i narusheniy obmena veshchestv [Rational pharmacotherapy of diseases of endocrine system and metabolic disorders]. 2-nd edition. M.: Litterra; 2013. 584 p. [Russian]. ISBN: 978-5-98216-106-2
3. *Kalinina AP, Maystrenko NA, Vetsheva PS.* Khirurgicheskaya endokrinologiya: rukovodstvo

[Surgical endocrinology: guideline]. SPb.: Piter; 2004. 960 p. [Russian]. ISBN: 5-94723-495-5.

4. *Pallan S, Rahman MO, Khan AA.* Diagnosis and management of primary hyperparathyroidism. *BMJ.* 2012 Mar 19; 344:e1013. doi: 10.1136/bmj.e1013.
5. *Mokrysheva NG.* Pervichnyy giperparatireos: sovremennoye predstavleniye o probleme [Primary hyperparathyroidism: current view on the problem]. *Lecheniye i Profilaktika.* 2013; (2):142-151. [Russian].
6. The American Association of clinical endocrinologists and The American Association of endocrine surgeons. Position statement on the diagnosis and management of primary hyperparathyroidism. *Endocr Pract.* 2005 Jan-Feb; 11(1):49-54.

РЕЗЮМЕ

Клінічний випадок безсимптомного первинного гіперпаратиреозу

В.О. Паламарчук, В.В. Войтенко, М.О. Уріна

У цьому клінічному спостереженні продемонстровано випадок безсимптомного первинного гіперпаратиреозу у чоловіка 42 років.

Наведені результати лабораторних та інструментальних методів діагностики даного захворювання. Описана рідкісна локалізація аденоми лівої верхньої прищитоподібної залози, а саме інтраїтиреоїдне розташування.

Ключові слова: первинний гіперпаратиреоз, аденома прищитоподібної залози, ектопічне розташування аденоми.

SUMMARY

Clinical case of asymptomatic primary hyperparathyroidism

Palamarchuk V, Voitenko V, Urina M

In this clinical observation the case of asymptomatic primary hyperparathyroidism has been demonstrated in a man aged 42 years. The results of laboratory and instrumental diagnostic methods of this disease are presented. The rare localization of the adenoma of the left upper parathyroid gland, namely intrathyroid location, is described.

Key words: primary hyperparathyroidism, parathyroid adenoma, ectopic location.

Дата надходження до редакції 11.05.2018 р.