

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

Оригинальная статья
<https://doi.org/10.22448/AMJ.2025.2.51-55>
EDN: <https://elibrary.ru/JWEVWP>

Диагностика первичного гиперпаратиреоза (клиническое наблюдение)

Светлана Владимировна Нарышкина, Ольга Анатольевна Танченко,
Алина Александровна Шевчук

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Амурская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Благовещенск, Российская Федерация

АННОТАЦИЯ

В статье описано клиническое наблюдение первичного гиперпаратиреоза у 52-летней пациентки. Помимо классических клинических проявлений (гиперпаратиреоидной остеодистрофии, нефролитиаза, язвенной болезни желудка, множественной аденомы парашитовидной железы), выявлены лабораторные показатели, подтверждающие заболевания (увеличение содержания паратормона, повышение общего и ионизированного кальция крови, снижение сывороточного фосфора).

Раннюю постановку диагноза гиперпаратиреоза затрудняет наличие коморбидной симптоматики при первичном гиперпаратиреозе. После комплексной диагностики был назначен персонализированный вариант лечения — паратиреоидэктомия с последующей заместительной терапией.

Ключевые слова: первичный гиперпаратиреоз; аденома; гиперкальциемия; паратиреоидэктомия; коморбидная симптоматика

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Для цитирования: Нарышкина С.В., Танченко О.А., Шевчук А.А. Диагностика первичного гиперпаратиреоза (клиническое наблюдение) // Амурский медицинский журнал. 2025. Т. 13, № 2. С. 51–55.
DOI: <https://doi.org/10.22448/AMJ.2025.2.51-55>
EDN: <https://elibrary.ru/JWEVWP>

Статья поступила: 17.09.2025. Принята к публикации: 24.11.2025.

Original Study Article
<https://doi.org/10.22448/AMJ.2025.2.51-55>
EDN: <https://elibrary.ru/JWEVWP>

Diagnosis of Primary Hyperparathyroidism (A Clinical Case)

Svetlana V. Naryshkina, Olga A. Tanchenko, Alina A. Shevchuk

Amur State Medical Academy, Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Blagoveshchensk, Russian Federation

ABSTRACT

This article presents a clinical case of primary hyperparathyroidism in a 52-year-old female patient. In addition to classic clinical manifestations – hyperparathyroid osteodystrophy, nephrolithiasis, peptic ulcer disease, and multiple parathyroid adenomas – laboratory findings confirmed the diagnosis: elevated parathyroid hormone levels, increased total and ionized serum calcium, and decreased serum phosphate. Early diagnosis of hyperparathyroidism is often impeded by comorbid symptoms. Following comprehensive diagnostics, personalized treatment was initiated: parathyroidectomy followed by replacement therapy.

Keywords: primary hyperparathyroidism; adenoma; hypercalcemia; parathyroidectomy; comorbid symptoms

Funding. The study was not sponsored.

Conflict of interest. The authors declare no conflicts of interest.

For citation: Naryshkina S.V., Tanchenko O.A., Shevchuk A.A. Diagnosis of Primary Hyperparathyroidism (A Clinical Case). *Amur Medical Journal*. 2025; 13 (2): 51–55.

DOI: <https://doi.org/10.22448/AMJ.2025.2.51-55>

EDN: <https://elibrary.ru/JWEVWP>

Article received: 17.09.2025. Article accepted: 24.11.2025.

ВВЕДЕНИЕ

Первичный гиперпаратиреоз (ПГПТ) встречается довольно часто и стоит на третьем месте в структуре эндокринных болезней после сахарного диабета и заболеваний щитовидной железы [1, 2]. ПГПТ проявляется множественной органной патологией разной степени выраженности и, как следствие, может приводить к значительному снижению качества жизни, инвалидизации пациентов, высокому риску преждевременной смерти [3]. В общей популяции распространность ПГПТ составляет в среднем до 1% [4]. В течение последнего десятилетия отмечается резкое увеличение выявляемости ПГПТ, в том числе за счет наличия бессимптомного течения [5]. Несмотря на широкую распространенность данного заболевания, диагноз ставится редко, а своевременно еще реже ввиду трудностей диагностики и особенностей расположения параситовидных желез (ПЩЖ). В большинстве случаев (85%) ПГПТ вызван солитарной аденомой ПЩЖ, другими причинами являются гиперплазия (5%), множественные аденомы (<5%) и рак (<1%) [4].

Известно, что появление симптомов ПГПТ в большинстве случаев обусловлены гиперкальциемией. Так, легкая гиперкальциемия зачастую длительно остается бессимптомной или проявляться неспецифическими жалобами в виде общей и мышечной слабости, утомляемости, снижения эмоционального фона. Тогда как умеренная гиперкальциемия, особенно при быстро прогрессирующем увеличении уровня кальция, может сопровождаться ухудшением общего состояния и приводить к появлению полиурии, полидипсии, дегидратации, снижению аппетита, тошноте, выраженной мышечной слабости. У пациентов с тяжелой гиперкальциемией имеется высокий риск гиперкальциемического криза, который может привести к развитию полиорганной недостаточности, ДВС-синдрому [6].

В большинстве случаев симптомный ПГПТ сопровождается группой «классических» про-

явлений, которые включают в себя нарушения локомоторной системы (остеопороз, фиброзно-кистозный остеит, деформации костей, переломы, нарушения походки), патологию почек (нефролитиаз, снижение фильтрационной и концентрационной функции почек), реже – пищеварительного тракта (рецидивирующие язвенные дефекты слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки и желудка, панкреатиты, кальцинаты поджелудочной железы). Помимо этого, выявляют изменения со стороны сердечно-сосудистой системы (артериальная гипертензия, гипертрофия миокарда левого желудочка и диастолическая дисфункция левого желудочка, нарушения ритма и проводимости сердца), а также нейрокогнитивные расстройства [1].

Бессимптомна форма ПГПТ характеризуется изменением уровня кальция крови при отсутствии специфических признаков в клинической картине заболевания. На данный момент времени точно не установлено, является ли бессимптомный ПГПТ началом заболевания или его самостоятельной формой. Ряд исследований свидетельствует о возможности длительного доброкачественного течения бессимптомного ПГПТ у большинства пациентов [4].

С целью своевременной диагностики среди физикальных методов обследования необходимо провести оценку общего физического состояния, измерение роста (выявление снижения роста на 2 см и более за 1–3 года или на 4 см и более за всю жизнь), нарушений походки, визуальное исследование мышц и скелета (деформации, переломы), наличия костных разрастаний в области лицевой части черепа, крупных суставов, трубчатых костей с целью выявления характерных проявлений заболевания со стороны костной системы [5].

Диагноз устанавливается по результатам лабораторного исследования. Пациентам необходимо исследование уровня общего и ионизированного кальция, расчет альбумин-корректированного кальция. Для подтверждения

диагноза определяют уровень ПТГ в крови. Помимо базовых исследований, пациентам с подозрением на ПГПТ рекомендуется определение уровня креатинина в крови с расчетом скорости клубочковой фильтрации. Ввиду кальциево-фосфорных нарушений рекомендовано определение уровня фосфора крови и 25-ОН витамина D с целью диагностики их дефицита [3].

Инструментальные диагностические методы применяют для визуализации возможного этиологического очага ПГПТ и являются обязательными только при подготовке пациента к плановому хирургическому вмешательству. Методами первой линии инструментальной диагностики являются ультразвуковое исследование и радионуклидные исследования (сцинтиграфия ПЩЖ). Метод второй линии диагностики – мультиспиральная компьютерная томография с контрастным усилением. Дополнительными методами исследования являются позитронно-эмиссионная томография и магнитно-резонансная томография.

Для определения тяжести костных нарушений пациентам с ПГПТ рекомендовано обследование, что включает количественную оценку минеральной плотности костной ткани трех отделов скелета с помощью денситометрии, которая является «золотым» стандартом диагностики сопутствующего ПГПТ остеопороза. При подозрении на переломы проводят рентгенологическую оценку целостности скелета с помощью рентгенографии грудного и поясничного отделов позвоночника в боковой проекции при потере роста на 4 см с молодости или потере роста на 2 см за последний год. Рентгенологическая картина костных поражений вследствие ПГПТ включает в себя субperiостальную резорбцию, кистообразование, гипертрофию надкостницы, деминерализацию костей черепа. Редким и специфичным симптомом на рентгенограмме является образование «бурых» опухолей, чаще формирующихся в различных отделах скелета (бедро, таз, ключицы, ребра, челюсти, череп) [2].

Установлено, что наиболее радикальным и эффективным методом становится хирургическое лечение – паратиреоидэктомия. Показатели эффективности хирургического лечения достигают 95–98% с частотой послеоперационных осложнений 1–2% при условии выполнения оперативного вмешательства опытными врачами-хирургами. Показатели смертности проведенных операций при ПГПТ низкие. К наиболее серьезным послеоперационным осложнениям

относят парез возвратного гортанного нерва, стойкую гипокальциемию, кровотечение, отсутствие ремиссии заболевания [6]. В послеоперационном периоде применяют препараты витамина D и его аналоги, препарат кальция. Интересно отметить, что консервативные методы лечения используются у пациентов с бессимптомными формами ПГПТ и при наличии противопоказаний к хирургическому лечению. Всем пациентам рекомендована диета с умеренным потреблением кальция и увеличением приема жидкости до 1,5–2 литров в сутки [5]. Медикаментозно применяют препараты кальция, диуретики, антирезорбтивные препараты [6].

ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ

Пациентка Н., 1972 года рождения, в октябре 2024 г. обратилась к ревматологу Амурской областной поликлиники с жалобами на боль и отек левого голеностопного сустава. Из анамнеза стало известно, что у пациентки много лет имеется язвенная болезнь желудка с частыми и плохо поддающимися эрадикационной терапии рецидивами. Также при опросе внимание специалиста привлек длительный анамнез мочекаменной болезни, в связи с которыми пациенте проводилось стентирование мочеточника, а 6 мес назад из-за блока левой почки была наложена нефростома. С учетом полученных данных врачом заподозрен гиперпаратиреоз, рекомендована консультация эндокринолога.

Перед госпитализацией был проведен комплекс лабораторно-диагностических исследований, в ходе которых выявлено повышение уровня паратиреоидного гормона до 1320,4 пг/мл (норма – до 88,0 пг/мл), ионизированный кальций – 1,95 ммоль/л (норма – 1,32 ммоль/л), общий кальций – 3,9 ммоль/л (1,05–1,3 ммоль/л), фосфор – 0,54 ммоль/л (норма – 0,74–1,52 ммоль/л).

При компьютерной томографии шеи визуализировано узловое образование правой верхней щитовидной железы размером 1,6×1,1×3,2 см и два образования левой нижней и верхней желез размерами 0,9×0,9×1,1 см. При рентгенографии трубчатых костей выявлена субperiостальная резорбция и единичные кистовидные участки со склеротическим ободком, денситометрия поясничного отдела позвоночника показала снижение Т-критерия до -3,6 SD, что свидетельствует о наличии остеопороза у пациентки. После получения результатов обследования принято решение о проведении оперативного вмешательства.

В январе 2025 г. выполнена паратиреоидэктомия, в ходе которой был взят биоптат узла. Гистологическое исследование подтвердило диагноз множественных аденом ПЩЖ. На основании всех данных поставлен заключительный диагноз: ПГПТ, смешанная форма. Множественные аденомы ПЩЖ. Мочекаменная болезнь, камень нижней трети левого мочеточника. Язвенная болезнь желудка, рецидивирующее течение, фаза ремиссии.

После хирургического вмешательства назначен прием Альфафакальцидола 2 мкг 1 раз в сутки, кальция карбоната по 500 мг 7 раз в день в течение 1 мес, комплекс витаминов нейробион по 1 таблетке 3 раза в день. На фоне проводимого лечения наблюдалось улучшение биохимических показателей крови. Пациентка вписана с рекомендациями из стационара для дальнейшего наблюдения и коррекции лечения в поликлинике по месту жительства. В послеоперационном периоде при осмотре пациентка отмечала фибриллярные подергивания пальцев кистей, чувство стягивания уголков рта, при измерении артериального давления отмечался положительный симптом Трусско. Спустя некоторое время развился судорожный синдром, который был связан с послеоперационным гипопаратиреозом, по поводу чего больной оказывалась экстренная помощь путем введения препаратов кальция.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Представленный клинический случай иллюстрирует типичную клиническую картину ПГПТ, но несмотря на это заболевание не было диагностировано в течение многих лет, так как протекало под видом других разнообразных патологий. Наличие коварных масок ПГПТ диктует необходимость включения в алгоритм обследования пациентов с костной патологией, склонностью к камне- и язвообразованию осмотра эндокринолога, исследование уровня паратиреоидного гормона и кальция крови во избежание серьезных, жизнеугрожающих осложнений данной коморбидной патологии.

Этическая экспертиза. Публикация исследования одобрена на основании решения этического комитета ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России (протокол № 7/1-8 от 01.12.2025).

Ethics approval. The publication was approved by the local Ethics Committee of the Amur State Medical Academy of the Ministry of Health of the Russian Federation (Protocol No. 7/1-8 dated December 1, 2025).

Вклад авторов. Концепция и дизайн работы – Нарышкина С.В., Шевчук А.Л.; сбор и анализ матери-

ала – Нарышкина С.В., Танченко О.А.; написание текста – Нарышкина С.В.; редактирование – Нарышкина С.В. Все авторы прочитали и одобрили окончательную версию статьи.

Authors' contributions. Concept and design working – Naryshkina S.V., Shevchuk A.A.; collection and analysis of the material – Naryshkina S.V., Tanchenko O.A.; writing the text – Naryshkina S.V.; editing – Naryshkina S.V. All authors read and approved the final version of the manuscript to be submitted for publication.

Сведения об авторах

Автор для корреспонденции: Нарышкина Светлана Владимировна (*Svetlana V. Naryshkina*) – д.м.н., профессор кафедры факультетской и поликлинической терапии ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России, Благовещенск, Российская Федерация
E-mail: amurgma@list.ru

Танченко Ольга Анатольевна (*Olga A. Tanchenko*) – к.м.н., доцент кафедры факультетской и поликлинической терапии ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России, Благовещенск, Российская Федерация
E-mail: olga.ol-tan@yandex.ru

Шевчук Алина Александровна (*Alina A. Shevchuk*) – ординатор кафедры факультетской и поликлинической терапии ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России, Благовещенск, Российская Федерация
E-mail: shevchuk_2801@mail.ru

ЛИТЕРАТУРА

- Горбачева А.М., Пушкирева А.С., Еремкина А.К. и др. Клинический случай длительно нераспознанного первичного гиперпаратиреоза // Профилактическая медицина. 2022. Т. 25, № 2. С. 74–80.
DOI: <https://doi.org/10.17116/profmed20222502174>
- Walsh J., Gittoes N., Selby P., Society for Endocrinology Endocrine Emergency Guidance: Emergency management of acute hypercalcæmia in adult patients // Endocrine Connections. 2016. Vol. 5, N 5. P. G9–G11.
DOI: <https://doi.org/10.1530/EC-16-0055>
- Дедов И.И., Мельниченко Г.А., Мокрышева Н.Г. и др. Проект клинических рекомендаций по диагностике и лечению первичного гиперпаратиреоза у взрослых пациентов // Эндокринная хирургия. 2022. Т. 16, № 4. С. 5–54.
DOI: <https://doi.org/10.14341/serg12790>
- Мокрышева Н.Г., Мирная С.С., Добрева Е.А. и др. Первичный гиперпаратиреоз в России по данным регистра // Проблемы эндокринологии. 2019. Т. 65, № 5. С. 300–310.
DOI: <https://doi.org/10.14341/probl10126>
- Гарифуллин А.И., Абсалямова Р.М., Дубинина А.В. и др. Основные опухоли околосито-видной железы // Эндокринная хирургия. 2022. Т. 16, № 1. С. 4–12.
DOI: <https://doi.org/10.14341/serg12756>
- Walker M.D., Silverberg S.J. Primary hyperparathyroidism // Nature Reviews Endocrinology. 2018. Vol. 14, N 2. P. 115–25.
DOI: <https://doi.org/10.1038/NRENDO.2017.104>

REFERENCES

1. Gorbacheva A.M., Pushkareva A.S., Eremkina A.K., et al. Clinical case of long-term unrecognized primary hyperparathyroidism. *Russian Journal of Preventive Medicine*. 2022; 25 (2): 74–80.
DOI: <https://doi.org/10.17116/profmed20222502174>
2. Walsh J., Gittoes N., Selby P. Society for Endocrinology Endocrine Emergency Guidance: Emergency management of acute hypercalcaemia in adult patients // *Endocrine Connections*. 2016. Vol. 5, N 5. P. G9–G11. DOI: <https://doi.org/10.1530/EC-16-0055>
3. Dedov I.I., Melnichenko G.A., Mokrysheva N.G., et al. Draft of clinical guidelines for the diagnosis and treatment of primary hyperparathyroidism in adult patients. *Endocrine Surgery*. 2022; 16 (4): 5–54.
DOI: <https://doi.org/10.14341/serg12790>
4. Mokrysheva N.G., Mirnaya S.S., Dobreva E.A., et al. Primary hyperparathyroidism in Russia according to the registry. *Problems of Endocrinology*. 2019; 65 (5): 300–310. DOI: <https://doi.org/10.14341/probl10126>
5. Garifullin A.I., Absaliamova R.M., Dubinina A.V., et al. Main parathyroid tumors. *Endocrine Surgery*. 2022; 16 (1): 4–12.
DOI: <https://doi.org/10.14341/serg12756>
6. Walker M.D., Silverberg S.J. Primary hyperparathyroidism // *Nature Reviews Endocrinology*. 2018. Vol. 14, N 2. P. 115–25.
DOI: <https://doi.org/10.1038/NRENDO.2017.104>