КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПАРАЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ ЭКТОПИИ АДЕНОМЫ ПАРАЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Суходольская О.В.¹, Айрапетян М.И.¹, Топилин О.Г.²

Научный руководитель: д.м.н., проф.

Д.А. Морозов¹

¹Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва;

²Морозовская детская городская клиническая больница Департамента здравоохранения города Москвы

Ключевые слова: дети, первичный гиперпаратиреоз, диагностика

Актуальность. Первичный гиперпаратиреоз — редкое заболевание в детском возрасте, в основе которого лежит повышенная продукция паратиреоидных гормонов (ПТГ) патологически изменённой паращитовидной железой (ПЩЖ). Описанный нами случай представляет интерес в связи с низкой встречаемостью данной патологии и атипичной локализацией аденомы.

Описание клинического случая. Девочка, 17 лет, отмечала жалобы на повышенную утомляемость, изменения настроения, приступы повышения артериального давления до 140–150/80–90 мм рт. ст. При дообследовании выявлены гиперкальциемия до 1,58 ммоль/л, повышение уровня ПТГ до 318 пг/мл, гипофосфатемия, гиперкальциурия, соотношение кальция/креатинин в суточной моче 1,03. При рентгенографии кистей — снижение плотности костной ткани. По данным компьютерной томографии шеи, сцинтиграфии с Технецием-99 и комбинированной однофотонной эмиссионной компьютерной томографии удалось установить признаки аденомы нижней правой ПЩЖ. В ходе операции выполнена селективная паратиреоидэктомия с частичной резекцией нижнего полюса правой доли щитовидной железы. Незначительное снижение лабораторных маркёров потребовало выполнения повторной компьютерной томографии с использованием «технологии дополненной реальности», по данным которой визуализировано образование овальной формы размерами 11 × 4,5 × 27 мм по заднелатеральной поверхности пищевода, накапливающее контрастный препарат идентично ткани щитовидной железы. В ходе повторной ревизии под контролем хода возвратного нерва с использованием нейромониторинга осуществлён доступ к пищеводу, где по его боковой поверхности обнаружено опухолевидное образование. Опухоль удалена и произведён интраоперационный мониторинг уровня ПТГ через 15 мин после удаления эктопированной ПЩЖ. Уровень гормона составил 64 пг/мл (норма 16–62 пг/мл), что подтвердило адекватность выполненного оперативно-го приёма. Послеоперационный период протекал без осложнений.

Заключение. Клиническое наблюдение демонстрирует неоднозначность диагностики и хирургического лечения ребёнка с первичным гиперпаратиреозом, обусловленным эктопией аденомы ПЩЖ. Верификация данного диагноза требует исключительно мультидисциплинарного подхода и определённого опыта. Предоперационное планирование должно учитывать готовность применить дополнительную интраоперационную диагностику, навигацию и мониторинг.