

Клінічні спостереження

DOI: 10.31793/1680-1466.2018.23-4.337

Випадок гіперкальціємії, що викликав значні труднощі в діагностиці

Г.О. Стельмах,
О.М. Баркар

Київська обласна клінічна лікарня № 1

Пацієнтку С., віком 53 роки, було госпіталізовано в реанімаційне відділення Київської обласної клінічної лікарні № 1 зі скаргами на загальну слабкість, через яку не могла ходити, головний біль, запаморочення, нудоту, блювання. Хворіє протягом 2 місяців.

Об'єктивно: шкірні покриви та видимі слизові — бліді. Гемодинаміка — стабільна: АТ — 120/70 мм рт. ст., ЧСС — 99 уд/хв. Консультації невропатолога та кардіолога — гостре порушення мозкового кровообігу (?), артеріальна гіпертензія, церебральний атеросклероз. Після поліпшення стану хвору переведено в неврологічне відділення для подальшого обстеження та лікування. За результатами МРТ головного мозку та люмбальної пункції патології не виявлено. У пацієнтки з'явився біль в епігастрії, посилювалися нудота та блювання. Після консультації гастроентерологом хвору переведено в гастроентерологічне відділення, де за результатами фіброгастроуденоскопії, іригоскопії, колоноскопії патології не виявлено.

Стан хворої погіршувався: наростали виражена м'язова слабкість, нудота, запаморочення, виникли періодична непритомність і під-

вищення температури тіла. За результатами лабораторних методів обстеження також виявлено негативну динаміку: зниження вмісту гемоглобіну — 150-98-73-74-70 г/л, лейкоцитоз. На тлі антибактеріальної та дезінтоксикаційної терапії поліпшення не відбулося — навпаки, стан хворої погіршувався. Консультувана гематологом, виконано стерильну пункцію — патології не виявлено. За результатами УЗД органів черевної порожнини — ознаки гострого нефриту (?). Консультувана нефрологом — патології не виявлено. Під час консультації ендокринолог у біохімічному аналізі крові звертає увагу на показники іонізованого кальцію — 2,92-2,53-2,56-3,0 ммоль/л. Під час УЗД органів шиї виявлено під правою часткою щитоподібної залози утворення розміром до 40 мм — аденому прищитоподібної залози. Рівень паратгормону в плазмі крові — 647 пг/мл.

Хвору переведено в хірургічне відділення для оперативного лікування. Проведено передопераційну підготовку: форсований діурез, переливання еритроцитарної маси. Виконано ревізію прищитоподібних залоз, правобічну нижню паратиреоїдектомію. У поопераційний період стан хворої значно поліпшився, вміст іонізованого кальцію в крові становив 1,88 ммоль/л. Патогістологічний висновок —

* Адреса для листування (Correspondence): Київська обласна клінічна лікарня № 1, вул. Багговутівська, 1, м. Київ, 04107, Україна
E-mail: zdovado@ukr.net

Клінічні спостереження

аденома прищитоподібної залози. Рана загоїлася первинним натягом, на 6-у добу по операції хвору виписано зі стаціонару в задовільному стані.

Коментар**Підвищення рівня кальцію в крові: парадоксальна недооцінка клінічних симптомів та ознак у поточній медичній практиці**

Халангот М.Д.

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика

Віднедавна на практичних заняттях кафедри ендокринології Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика використовується зокрема й описану діагностичну історію як ілюстрацію труднощів, що можуть виникати під час діагностики гіперкальціємії. Якщо максимально спростувати, наводимо її як приклад недостатнього знайомства лікарів із проявами підвищення кальцію в крові. Парадоксальність цієї недооцінки полягає в тому, що гіперкальціємія «проявляється багатьма симптомами й ознаками» [1]. Продовжуючи цитування цього відомого джерела медичних знань, яким є восьме видання Greenspan's Basic & Clinical Endocrinology, маємо навести ці симптоми й ознаки: порушення ЦНС (сонливість, депресія, психози, атаксія, ступор і кома); шлунково-кишкові розлади (нудота, блювання, закрепи, анорексія); ниркові (сечокам'яна хвороба, зниження швидкості клубочкової фільтрації, поліурія). Вказують також і на нервово-м'язові, серцево-судинні та деякі інші клінічні прояви гіперкальціємії [1]. Інші автори навчальної літератури для післядипломної медичної освіти, крім шлунково-кишкових і центральних симптомів, окремо виділяють осмотичні (поліурія, полідипсія, дегідратація) [2]. Висвітлення патогенезу цих симптомів та ознак не є завданням даного коментаря, але слід зазначити, що найчастішою причиною гіперкальціємії є первинний гіперпаратиреоз. Слід мати на увазі, що саме виявлення підвищення рівня кальцію в крові є першим і необхідним кроком для лабораторного підтвердження первинного гіперпаратиреозу, після виявлення гіперкальціємії за сучасним діагностичним алгоритмом досліджують рівень паратгормону в крові [1-3].

Драматична історія інвазійного діагностичного пошуку, який ледь не призвів до тяжких

наслідків, вказує на суттєву проблему майже відсутності гіперкальціємії в поточному діагностичному алгоритмі таких поширених симптомів, як порушення свідомості, слабкість, нудота та блювання, абдомінальний біль, поліурія та спрага. Наш досвід викладання ендокринології в системі післядипломної освіти підтверджує це припущення: нерідко лікарі пов'язують гіперпаратиреоз лише з болем у кістках і патологічними переломами, а симптоми гіперкальціємії залишаються без належної уваги.

Пояснення може полягати в недоліках висвітлення цього розділу внутрішньої медицини ще за радянських часів. Так, у такому поважному посібнику, яким тривалий час був «Справочник терапевта» за редакцією академіка Ф.І. Комарова, великий розділ присвячено порушенням водно-електролітного обміну, є окремий опис первинного гіперпаратиреозу, але про клініку гіперкальціємії відомостей немає взагалі [4].

Як приклад поширеності симптомів гіперкальціємії та їх висвітлення в медичній документації можна навести аналіз 8 історій хвороб із хірургічного відділу ДУ «Інститут ендокринології та обміну речовин ім. В.П. Комісаренка НАМН України» за 2011 р. Цих хворих (7 жінок віком від 12 до 66 років й один чоловік віком 48 р.) було прооперовано з приводу первинного гіперпаратиреозу. В усіх випадках перед операцією діагноз було підтверджено високими рівнями в крові кальцію (від 2,7 ммоль/л до 3,8 ммоль/л) і паратгормону. Після видалення аденоми прищитоподібної залози рівень кальцію знижувався, пацієнтам призначали препарати кальцію та вітаміну D₃. Згідно із записами в історіях хвороби в усіх хворих були симптоми та ознаки фіброзно-кістозного оститу. Шлунково-кишкові симптоми (абдомінальний біль, нудота та блювання) відзначено у двох із цих хворих, ще в одного пацієнта вказано на наявність 3-річного анамнезу виразки шлунка. В однієї хворої є запис про наявність спраги та сухості шкіри, що може вказувати на можливість набутого нефрогенного нецукрового діабету, що виник через спричинене гіперкальціємією порушення рецепції антидіуретичного гормону. В іншому випадку в історії хвороби вказано один із симптомів порушення функцій ЦНС («три-

вога»). Отже, щонайменше в 50% прооперованих у клініці хворих із первинним гіперпаратиреозом перед операцією були симптоми гіперкальціємії.

Повертаючись до описаного клінічного випадку, слід звернути увагу на надзвичайно високий рівень кальцію у хворої. Імовірно, наведено рівні загального, а не іонізованого кальцію. Тоді можна зазначити його падіння нижче від норми після операції (1,88 ммоль/л), що є закономірним після видалення продукуючої паратгормон пухлини. Цікаво, що в історії хвороби наявний паперовий бланк, що його автоматично видав лабораторний аналізатор, на якому одночасно наведено результати вимірювання калію, натрію та кальцію. Можливо, лікарі «замовляли» вимірювання та звертали увагу лише на рівні калію та натрію, тому діагноз було встановлено із запізненням. Водночас слід вітати співпрацю ендокринолога та хірурга, яка забезпечила правильний діагноз та ефективне лікування хворої.

Враховуючи труднощі, що можуть виникати під час вимірювання та оцінки рівня іоні-

зованого кальцію, на першому етапі доцільно визначати рівень «коректованого» за рівнем альбуміну загального кальцію:

Коректований Са (ммоль/л) = рівень загального Са сироватки крові (ммоль/л) + 0,02 (40 – рівень альбуміну сироватки крові, г/л). Таким способом можна запобігти пов'язаній із гіпоальбумінемією недооцінці рівня загального кальцію [5].

Список використаної літератури

1. Гарднер Д, Шобек Д. Базисная и клиническая эндокринология. Кн. 2. Пер. с англ. Москва: Издательство Бином, 2011;695 с. (Gardner D, Shobek D. Basic and clinical endocrinology. Кн. 2. Пер. с англ. Москва: Izdatel'stvo Binom, 2011;695 p.).
2. Ajjan R. Endocrinology and Diabetes: Clinical Cases Uncovered. John Wiley & Sons Ltd, United Kingdom; 2009.
3. Shelley Pallan, Mohammed Omair Rahman, Aliya A Khan. Diagnosis and management of primary hyperparathyroidism. BMJ. 2012;344:e1013.
4. Справочник терапевта. Под ред. ФИ Комарова. Москва: Медицина, 1979;656 с. (Therapist's Handbook. FI Komarov (Ed.). Moscow: Medicine, 1979; 656 p.).
5. Editorial. Correcting the calcium. Br Med J. 1977 Mar 5;1(6061):598.

(Надійшла до редакції 08.11.2018 р.)