



Впервые диагностированный гипопаратиреоз как пример реализации концепции «орфанной настороженности» в отношении редких заболеваний

Герцев В.Н., Стоянов А.Н.

Одесский национальный медицинский университет,
кафедра неврологии
Украина

Hertsev V.N., Stoyanov A.N.

Odessa National Medical University
Department of Neurology,
Ukraine

The first time diagnosed hypoparathyroidism as an example of the concept of "orphan alertness" in relation to rare diseases

Ключевые слова: гипопаратиреоз, беременность

Key words: hypoparathyroidism, pregnancy

Актуальность темы.

Гипопаратиреоз – редкое эндокринное заболевание, характеризующееся низким содержанием кальция, паратгормона и нормальным или высоким уровнем фосфора в сыворотке крови [1].

При беременности и лактации значительно возрастает нагрузка на кальциевый обмен и паращитовидные железы, что может приводить к проявлению существовавшей до беременности патологии, при этом важно отметить, что специфических клинических симптомов гипопаратиреоза нет, а его диагноз может быть заподозрен и установлен врачами различных специальностей [2, 3].

Под нашим наблюдением находилась беременная 1987 года рождения с 3 беременностью сроком 15 недель, которая обратилась в медицинское учреждение по поводу головной боли, тошноты, общей слабости, повышенной раздражительности и возбудимости, «тумана перед глазами». Подобные жалобы появились у нее без видимой причины за две недели до поступления в медицинское учреждение, сопровождались субфебрильной температурой и прогрессивно нарастали.

No 3 (2018): International Conference "Medicine and Pharmaceuticals: Current Issues and Research"

При нашем осмотре признаков соматической патологии не было обнаружено, пульс и давление были в норме. Неврологическое обследование не выявило признаков патологии нервной системы, в том числе отсутствовали симптомы Хвостека и Труссо. Результаты общеклинических анализов мочи и крови находились в пределах нормы, кроме высокого уровня С-реактивного белка, при этом лейкоцитоза, изменений в лейкоцитарной формуле не было, а уровень прокальцитонина находился в границах нормы.

При оценке компьютерной томографии головного мозга нами было выявлено утолщение костей черепа, преимущественно лобных, а также практически полное отсутствие субарахноидальных конвекситальных пространств, что, к сожалению, не нашло своего отражения в сопутствующем описании и заключении врача-рентгенолога.

Исследование у офтальмолога выявило наличие ангиоспазма сетчатки с соотношением диаметра вен и артерий 1:1.

В результате проведенного анализа имеющихся данных нами было заподозрено наличие гипопаратиреоза, и пациентка была направлена на исследование уровня паратгормона, кальция и фосфора в сыворотке крови.

Уровень паратгормона в сыворотке крови оказался ниже нормы более чем в два раза (5,95 пг/мл при нижней границе нормы – 12 пг/мл), уровень общего и ионизированного кальция находился на уровне нижней границы нормы (как следствие применения препаратов кальция в стационаре), уровень фосфора – в границах нормы.

В результате, эндокринологом был поставлен диагноз «Гипопаратиреоз, впервые выявленный в стадии медикаментозной компенсации» и назначено лечение препаратами кальция и витамином D3, что через месяц привело к нормализации уровня паратгормона в крови и практически полному исчезновению вышеприведенных жалоб.

Выводы:

1. В повседневной врачебной практике должна присутствовать настороженность в отношении редких и орфанных заболеваний, для определения которой мы предлагаем термин «орфанная настороженность».
2. При оценке результатов нейровизуализационных исследований врачу-неврологу следует опираться не только на заключения врача-рентгенолога, но и самостоятельно выявлять специфические томографические признаки, на которые, по какой либо причине, мог не обратить свое внимание врач-рентгенолог.
3. В повседневной врачебной практике следует обращать внимание на пациентов со «странными» и нетипичными жалобами и подвергать их углубленному осмотру с целью выявления редкой и орфанной патологии.

Литература:

1. Disorders of calcium metabolism and parathyroid disease M.S. Cooper. Best Pract. Res. Clin. Endocrinol. Metab., 25 (2011), pp. 975-983
2. Hypoparathyroidism in pregnancy. Shah KH, Bhat S, Shetty S, Umakanth S. BMJ Case Rep. 2015 Jul 15;2015. pii: bcr2015210228. doi: 10.1136/bcr-2015-210228.
3. Hypoparathyroidism in pregnancy. Krysiak R, Kobielsz-Gembala I, Okopien B. Gynecol Endocrinol. 2011 Aug;27(8):529-32. doi: 10.3109/09513590.2010.507284. Epub 2011 Apr 5.



MINISTERIO DE EDUCACIÓN, CULTURA Y DEPORTE

Subsecretaría

Subdirección General de Cooperación Internacional

Edita: © SECRETARÍA GENERAL TÉCNICA

Subdirección General de Documentación y Publicaciones

Edición: 2018



Approved at the meeting of the editorial board No 3 (2018): International Conference "Medicine and Pharmaceuticals: Current Issues and Research"/ Chief Editor Thomas Fisher /Open European Academy of Public Sciences. Basel, Switzerland. 26.05.2018.

Number layout 30.05.2018

Signed in print 07.06.2018

Published on 10.06.2018

<https://academy.scopuseu.com>

No 3 (2018): International Conference "Medicine and Pharmaceuticals: Current Issues and Research"