Первичный гиперпаратиреоз

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2025 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: C75.0, D35.1, E21.0, E21.2, E21.3, E21.4, E21.5 · Российская ассоциация эндокринологов, Ассоциации эндокринных хирургов

Первичный гиперпаратиреоз — заболевание околощитовидных желез с избыточной секрецией ПТГ при повышенном или верхненормальном кальции; оно может поражать кости, почки и другие органы. Рекомендация описывает лабораторную верификацию, исключение вторичных причин и семейной гипокальциурической гиперкальциемии, предоперационную локализацию и выбор хирургической либо консервативной тактики.

Главное

- Диагноз ПГПТ устанавливают по лабораторным данным: при гиперкальциемии — по стойко повышенному или высоконормальному ПТГ после исключения семейной гипокальциурической гиперкальциемии; визуализация сама по себе диагноз не подтверждает.
- Нормокальциемический вариант требует как минимум двух измерений за 3–6 месяцев: сохраняются нормальные альбумин-скорректированный и ионизированный кальций, повышен ПТГ, исключены дефицит витамина D, ХБП, гиперкальциурия, мальабсорбция и лекарственные причины.
- Основные органы-мишени — кости и почки: оценивают МПК трёх отделов скелета, переломы, СКФ, кальциурию и наличие нефролитиаза или нефрокальциноза.
- Паратиреоидэктомия — единственный радикальный метод. Она показана всем пациентам с симптомным ПГПТ, лицам младше 50 лет, при превышении кальцием верхней границы референса на 0,25 ммоль/л, остеопорозе или переломах, снижении СКФ менее 60 мл/мин/1,73 м², нефролитиазе, нефрокальцинозе или кальциурии более 10 ммоль/сут.
- При солитарном образовании и совпадающих результатах УЗИ и функциональной визуализации выполняют селективную паратиреоидэктомию; при множественном поражении, отрицательной или дискордантной визуализации либо недостаточном снижении интраоперационного ПТГ нужна двусторонняя ревизия шеи.
- Тяжёлая гиперкальциемия — общий кальций более 3,5 ммоль/л — связана с высоким риском гиперкальциемического криза.

Диагностика

1. Определяют общий кальций пациентам с полиурией, никтурией, полидипсией, дегидратацией, тошнотой, рвотой, остеопорозом, низкоэнергетическими переломами, нефролитиазом или нефрокальцинозом, рецидивирующей язвенной болезнью либо калькулезным панкреатитом (УУР С, УДД 4 для симптомов гиперкальциемии; УУР В, УДД 3 при костных проявлениях; УУР В, УДД 2 при нефролитиазе; УУР С, УДД 4 при поражении ЖКТ).
2. При впервые выявленном повышении кальция повторяют общий кальций и альбумин с расчётом альбумин-скорректированного кальция и/или определяют ионизированный кальций; гиперкальциемию подтверждают более чем одним измерением (УУР С, УДД 4).
3. Исследуют иПТГ, креатинин с расчётом СКФ и 25-ОН витамин D (исследование ПТГ — УУР В, УДД 3; креатинина и СКФ — УУР С, УДД 4; 25-ОН витамина D — УУР В, УДД 3).
4. При нормокальциемии и повышенном ПТГ подтверждают стойкость изменений минимум в двух анализах за 3–6 месяцев, добиваются уровня 25-ОН витамина D не менее 30 нг/мл, исключают ХБП при СКФ ≤60 мл/мин, гиперкальциурию, мальабсорбцию и препараты, влияющие на кальций или ПТГ. При необходимости применяют функциональные пробы: альфакальцидол или кальцитриол по 1 мкг/сут 3–5 дней либо гидрохлоротиазид по 25 мг 2 раза в сутки 3–5 дней с контролем кальция, альбумина и ПТГ (УУР В, УДД 2 для функциональных проб; УУР С, УДД 4 для модифицированных проб в стационаре).
5. При СКФ более 60 мл/мин/1,73 м² исследуют кальций и креатинин в суточной моче и рассчитывают UCCR для отличия ПГПТ от FHH: значение менее 0,01 при повторных исследованиях требует подозревать FHH и проводить генетическое тестирование; для ПГПТ обычно характерно значение более 0,02 (УУР В, УДД 2).
6. Для оценки осложнений выполняют ДЭРА поясничного отдела, проксимального отдела бедра и лучевой кости, УЗИ и/или КТ почек; при показаниях к операции после лабораторного диагноза проводят топическую

диагностику — сначала УЗИ околощитовидных желез, затем сцинтиграфию с технецием [99mTc] сестамиби, предпочтительно с ОФЭКТ/КТ (УЗИ и сцинтиграфия — УУР А, УДД 1).

Лечение

- Паратиреоидэктомия показана всем пациентам с манифестным ПГПТ (УУР В, УДД 3), пациентам младше 50 лет (УУР В, УДД 3), при повышении альбумин-скорректированного кальция на 0,25 ммоль/л и более относительно верхней границы нормы (УУР С, УДД 2), остеопорозе или переломах (УУР А, УДД 2), СКФ менее 60 мл/мин/1,73 м², нефролитиазе или нефрокальцинозе (УУР С, УДД 4), кальциурии более 10 ммоль/сут (УУР С, УДД 5).
- При подтверждённом солитарном поражении, совпадающих данных структурной и функциональной визуализации и отсутствии признаков множественного или злокачественного процесса выполняют селективную паратиреоидэктомию (УУР С, УДД 4).
- При множественном поражении, сомнительной, отрицательной или дискордантной визуализации, литий-индуцированном гиперпаратиреозе либо недостаточном снижении интраоперационного ПТГ проводят двустороннюю ревизию шеи (УУР С, УДД 4).
- Для контроля радикальности измеряют иПТГ до удаления образования и через 15 минут после него (УУР А, УДД 2); часто используют критерий снижения ПТГ минимум на 50% от исходного значения.
- На следующие сутки после операции контролируют альбумин-скорректированный кальций (УУР А, УДД 2). Всем пациентам с симптомным ПГПТ после операции назначают витамин D или его аналоги, а при симптомах гипокальциемии и/или кальции менее 2,1 ммоль/л — дополнительно препараты кальция (УУР А, УДД 2).
- Если бессимптомный ПГПТ не соответствует критериям операции, контролируют кальций и альбумин каждые 3–6 месяцев, креатинин с СКФ, ПТГ и суточный кальций каждые 6 месяцев, УЗИ почек и ДЭРА — ежегодно (УУР А, УДД 2).
- Всем пациентам назначают умеренное потребление кальция и увеличение жидкости до 1,5–2,0 л/сут. Консервативное ведение симптомного ПГПТ или пациентов с показаниями к операции допустимо при отказе от операции или противопоказаниях к ней; такая тактика не заменяет хирургическое лечение.

Когда направить и как наблюдать

- При подтверждённом ПГПТ пациента направляют на первичную консультацию хирурга независимо от результатов топической диагностики для решения вопроса о паратиреоидэктомии (УУР С, УДД 5).
- Плановая госпитализация нужна для комплексного обследования, предоперационной топической диагностики, плановой операции или оценки её эффективности.
- Экстренная госпитализация показана при тяжёлой гиперкальциемии с угрозой гиперкальциемического криза.

Частые вопросы

Как лабораторно подтвердить гиперкальциемический ПГПТ?

Нужно повторно подтвердить гиперкальциемию общим кальцием с коррекцией по альбумину и/или ионизированным кальцием, затем выявить стойко повышенный или высоконормальный ПТГ. До постановки диагноза исключают FHH.

Когда можно поставить диагноз нормокальциемического ПГПТ?

При стойко нормальных альбумин-скорректированном и ионизированном кальции, повышенном ПТГ минимум в двух анализах за 3–6 месяцев, нормокальциурии и исключении дефицита витамина D, ХБП, мальабсорбции, лекарственных причин и других вариантов вторичного гиперпаратиреоза.

Как отличить ПГПТ от семейной гипокальциурической гиперкальциемии?

При СКФ более 60 мл/мин/1,73 м² рассчитывают отношение клиренса кальция к клиренсу креатинина. UCCR менее 0,01 при повторных исследованиях подозрителен на FHH и является основанием для генетического тестирования; при ПГПТ показатель обычно более 0,02.

Визуализация подтверждает диагноз ПГПТ?

Нет. Диагноз устанавливают только лабораторно. УЗИ, сцинтиграфию и ОФЭКТ/КТ применяют после подтверждения ПГПТ для предоперационной локализации образования.

Кому показана операция при ПГПТ?

Всем пациентам с симптомным заболеванием, лицам младше 50 лет, а также при кальции на 0,25 ммоль/л выше верхней границы нормы, остеопорозе или переломах, снижении СКФ менее 60 мл/мин/1,73 м², нефролитиазе, нефрокальцинозе или кальциурии более 10 ммоль/сут.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/88-pervichnyj-giperparatireoz. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/88_5