

- остеодистрофия за счет резорбции кости остеокластами (проявляется болями в костях, переломами, деформацией пораженных костей);
- деминерализация скелета с формированием “кист”;
- генерализованный остеопороз (с деминерализацией черепа и др. областей) и субпериостальная резорбция (кости в фалангах и в дистальных отделах ключиц).

Рентгенологически выявляется системный остеопороз (снижение высоты позвонков за счет диффузной деминерализации костной ткани), кисты и гигантоклеточные опухоли преимущественно в длинных трубчатых костях, а также ребрах, костях таза, запястья.

Наблюдаются следующие клинические формы: почечная (у 50% больных с гиперпаратиреозом имеется нефролитиаз), костная, пищеварительная (язва желудка, холециститы, панкреатиты), сердечно-сосудистая (артериальная гипертензия), смешанная. Превалируют первые две.

Почечные проявления у 60% пациентов – типичная форма, требующая меньше времени для развития: гиперкальциурия, камни мочевых путей, нефрокальциноз.

Желудочно-кишечные проявления: анорексия, похудание, запоры, тошнота, рвота, боли в животе. Нередко язва желудка и панкреатит.

Неврологические проявления: эмоциональная неустойчивость, быстрая утомляемость, мышечная слабость.

Гиперкальциемический криз развивается у 5-10% больных. Проявляется стремительным ухудшением самочувствия, увеличением уровня кальция и снижения калия в крови. Опасность криза реальна при уровне кальция выше 3,5 ммоль/л. Факторами риска являются свежие переломы, ультрафиолетовое облучение, интраоперационная травма аденомы и вообще операции, возраст более 40 лет, хроническая почечная недостаточность. Может вести к панкреатиту.

Ключ ранней диагностики в скрининге Ca 2+. Гиперкальциемия (!). Гипофосфатемия. При выраженной костной патологии повышается активность щелочной фосфатазы. Гиперкальциурия у 2/3 пациентов.

Отрицательный результат на повышение паратгормона не исключает возможность первичного гиперпаратиреоза.

Диагностическая программа: трехкратное определение уровня общего кальция в крови, паратгормона крови, щелочной фосфатазы, суточной экскреции оксипролина в моче. Рентгенологическое обследование: обзорная рентгенография почек, костей кистей, голени и стоп, черепа (в боковой проекции).

Больные, страдающие пептическими язвами желудка и дуоденум, хроническим панкреатитом, мочекаменной болезнью, остеопорозом, должны обследоваться в плане гиперпаратиреоза, начиная с определения уровня кальция в крови.

Дифференциальный диагноз проводится со следующими заболеваниями:

- злокачественные опухоли с метастазами в кости;
- саркоидоз (гиперкальциемия обусловлена выработкой гранулематозной тканью кальцитриола). Лечение *ex juvantibus*: глюкокортикоиды в течение 1 не-