Министерство здравоохранения Украины

ГУ "Луганский государственный медицинский университет"

Кафедра общей хирургии

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

Основной диагноз: Левосторонний узловой эутиреоидный зоб ІІІ степени

Куратор: студентка 3-го курса

лечебного факультета

группы №9 Дудка А.С.

Луганск 2014

# ***I. Паспортная часть***

Ф. И.О. больного:

Пол: женский

Возраст: 57 лет

Место работы: не работает, пенсионерка

Профессия: повар

Домашний адрес: Станично-Луганский район,

Дата поступления в стационар: 26.03.14

Дата выписки: 2.04.14

Операция: тиреоидэктомия, 26.03.14

Исход заболевания: улучшение

# ***II. Жалобы***

Больная предъявляет жалобы на повышенную раздражительность, нервозность, плаксивость, чувство "кома" в горле при волнении, потливость, поверхностный прерывистый сон, бессонницу, дрожание рук, подъемы артериального давления до 150/100 мм рт. ст., постоянные сердцебиения, иногда боли в области сердца колющего характера, повышенный аппетит и, несмотря на это, похудание за последние 4 месяца на 7 кг, отёки ног.

# ***III. Анамнез болезни***

Впервые увеличение щитовидной железы было диагностировано в 2005 году при профилактическом осмотре. Больная дальнейшее обследование не проходила, лечения не получала.

В 2007 году впервые обратилась за медицинской помощью по поводу настоящего заболевания в связи с постоянным повышением АД, сердцебиениями, потливостью, раздражительностью и потерей массы тела. В результате обследования был поставлен диагноз тиреотоксикоз и назначено лечение. С 2008 года поставлена на учет в ЦРБ. Эффекта от лечения не наблюдалось. Заболевание прогрессировало.

В 2013 году обследована в Луганском областном онкологическом диспансере. На УЗИ обнаружено увеличение левой доли и перешейка щитовидной железы. Проведена пункция щитовидной железы на атипизм клеток - результат отрицательный. Направлена во 2-ю городскую больницу г. Луганска. При обследовании поставлен диагноз - левосторонний узловой эутиреоидный зоб ІІІ степени.

# ***IV. Анамнез жизни***

Место рождение - Российская Федерация, Воронежская область.

Родилась в семье рабочих, вторым ребенком в семье.

В развитии детские и школьные годы не отставала.

Условия труда - повышенная температура, неудобное вынужденное положение.

Материально-бытовые условия средние.

Семейное положение - замужем, имеет двух детей: сын - 37 лет; дочь - 35 лет. Муж болен гипертонической болезнью 1 степени.

В 1991 году произведено холецистэктомию, в 2013 удалена атерома левого глаза.

Аллергологический анамнез - аллергическая реакция на супрастин.

Вредные привычки - отрицает.

Туберкулез, венерическое заболевание, инфекционный гепатит - отрицает. Апетит повышен, в сутки выпивает полтора литра жидкости, стул регулярный, частота мочеиспусканий 6 раз в сутки, суточный диурез 1.200 Начало менструаций - 15 лет, менопауза - 52 года, перенесенные роды двое, абортов, выкидышей не было.

Сон плохой, настроение раздражительная, контактность - общительная.

Слух, обоняние, вкус, осязание в норме; память, зрения снижено.

# ***V. Объективное состояние***

Общее состояние больной удовлетворительное.

Температура 36,6о С.

Сознание ясное.

Положение больной в постели активное.

Конституциональный тип - нормостенический.

Телосложение правильное, деформаций и уродств туловища, конечностей и черепа нет.

Рост 164 см, вес 73 кг.

Окраска кожных покровов розовая. Выраженного цианоза, иктеричности и участков патологической пигментации не наблюдается. Оволосение по женскому типу. Ногти физиологической окраски, расслоения, исчерченности нет. Ногтей в виде "часовых стекол", пальцев в виде "барабанных палочек" нет. Грибкового поражения ногтевых пластинок не отмечено. Влажность, эластичность кожи соответствуют норме.

Расчесов, видимых опухолей нет. В правом подреберье имеется рубец 5 см, не спаян с окружающими тканями, безболезненный, неподвижный.

Видимые слизистые бледно-розового цвета, чистые, желтушного прокрашивания уздечки языка и склер нет. Конъюнктива глаз розовая. Губы физиологической окраски. Язык высовывается по срединной линии, имеется белый налет; сосочки выражены, отпечатков зубов нет. Задняя стенка глотки гладкая, блестящая, физиологической окраски; налетов, кровоизлияний нет. Небо физиологической окраски, налетов, кровоизлияний нет. Миндалины физиологической окраски, налетов кровоизлияний, гнойных пробок, гнойников лакунах нет. Десны розовые, кровоточивости, гноетечения нет. Зубы: кариозные поражения отсутствуют, зубных протезов нет, все зубы присутствуют.

Подкожно-жировой слой развит умеренно, распределен равномерно. Отёков не выявлено. Наличия крепитации не выявлено.

Лимфатические узлы всех групп (кроме подчелюстных) не пальпируются, кожа над ними не изменена. При пальпации подчелюстных лимфоузлов справа и слева - единичные, до 3 - 5мм в диаметре, эластичные, подвижные, изолированные, не спаяны с окружающими тканями, безболезненные; кожа над ними не изменена.

Мышцы безболезненны; функции сохранены, мышечная сила симметрично снижена.

Деформаций опорно-двигательного аппарата нет. Позвоночник имеет физиологические изгибы, безболезненный; движение в полном объеме. Тремор пальцев рук отсутствует. Болезненности при пальпации костей не отмечается.

Подвижность в суставах сохранена, амплитуда пассивных и активных движений в полном объёме. Изменений кожи над суставами, припухлость над ними, болезненность при пальпации отсутствует.

*Голова и шея.* Форма головы не изменена. Квадратного, башенного черепа нет, размягчение костей черепа отсутствует. Мозговой череп преобладает над лицевым. Глазные щели расположены симметрично.

Шея средних размеров. Кровенаполнение сосудов шеи нормальное; кривошеи, ограничения движения нет; воротника Стокса, ожерелья Венеры нет.

*Система органов дыхания.*

1. Осмотр грудной клетки.

Грудная клетка нормостеническая: переднезадний размер меньше бокового, над - и подключичные ямки выражены умеренно, ребра имеют умеренно-косой ход, межреберные промежутки умеренно выражены, плечешейный угол тупой, угол Людвига не выражен, эпигастральный угол прямой, лопатки контурируются нерезко; грудной отдел туловища по высоте равен брюшному. Обе половины грудной клетки участвуют в акте дыхания, отставания одной половины от другой нет. Смешанный тип дыхания. Ритм дыхания правильный. Дыхательные движения средней глубины; частота дыхательных движений - 16 в минуту. Объективные признаки одышки: изменение частоты и глубины дыхания, участие вспомогательной мускулатуры и крыльев носа в акте дыхания, акроцианоз, ортопноэ, - отсутствуют.

. Пальпация.

Резистентность грудной клетки нормальная. Болезненности по ходу межреберных нервов, мышц, ребер нет. Голосовое дрожание не изменено, проводится одинаково на симметричных участках грудной клетки. Ощущения трения плевры при пальпации нет. Экскурсия грудной клетки при спокойном дыхании составляет 2 см, максимальная экскурсия - 7 см.

. Перкуссия грудной клетки.

А. Топографическая перкуссия:

Определение нижних границ легких:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Опознавательная линия | Правое легкое | Левое легкое |
| Срединно-ключичная | VI ребро | - |
| Средняя подмышечная | VIII ребро | VIII ребро |
| Лопаточная | X ребро | X ребро |

Определение активной подвижности легких по линиям:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Опознавательная линияПравое легкоеЛевое легкое |  |  |
| Срединно-ключичная | 5 см | - |
| Средняя подмышечная | 7 см | 7 см |
| Лопаточная | 6 см | 6 см |

Высота стояния верхушек легких: спереди (относительно ключицы) - 2 см справа и слева; сзади - на уровне остистого отростка VII шейного позвонка справа и слева. Ширина полей Кренига - 6 см справа и слева. Полулунное пространство Траубе свободно.

Б. Качественная перкуссия: над симметричными участками легких перкуторный звук легочный, не измененный.

. Аускультация.

Над симметричными участками легких выслушивается везикулярное дыхание. Побочные дыхательные шумы: хрипы, шум трения плевры, крепитация, - отсутствуют. Бронхофония не изменена, выслушивается в виде неясного бормотания.

*Система органов кровообращения.*

1. Осмотр.

Осмотр сердечной области: сердечный горб отсутствует; верхушечный толчок на глаз не определяется. Отрицательного верхушечного толчка нет. Сердечный толчок отсутствует. Эпигастральная пульсация отсутствует. Осмотр крупных сосудов: пульсация височных артерий, пляска каротид, набухлость шейных вен, венный пульс не наблюдается. Капиллярный пульс Квинке, расширение подкожных вен на грудной клетке отсутствуют. Имеется варикозное расширение вен на нижних конечностях. Симптом Альфреда Мюссе отсутствует.

. Пальпация.

Верхушечный толчок пальпируется в 5 межреберье на 0,5 см кнутри от левой срединно-ключичной линии; ритмичный, неразлитой (площадь 2 см2), нормальной силы и высоты. Сердечный толчок не определяется. Симптом "кошачьего мурлыканья", трение перикарда отсутствуют. Пульс одинакового наполнения на обеих руках. Пульс симметричный, ритмичный, удовлетворительного напряжения и наполнения. Форма (скорость) пульса не изменена. Частота 61 ударов в минуту. Дефицита пульса нет. Пальпируется пульсация лучевых, височных, сонных, подключичных, бедренной, подколенных, подмышечных, плечевых артерий, артерий стопы. Артериальное давление 110/70 мм рт. ст.

. Перкуссия сердца.

Границы относительной и абсолютной тупости сердца в норме

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Границы сердца | Относительная тупость | Абсолютная тупость |
| Правая | 4 межреберье по правому краю грудины | 4 межреберье по левому краю грудины |
| Верхняя | 3 ребро слева | 4 ребро слева |
| Левая | 5 межреберье на 1-1,5 см кнутри от среднеключичной линии | 5 межреберье на 1-1,5 см кнутри от границы относительной тупости  |

. Аускультация.

А. Аускультация сердца: I точка: выслушиваются 2 тона; тоны ритмичные, усиленные; 1 тон громче, чем 2 тон, хлопающий. II точка: выслушиваются 2 тона; тоны ритмичные, усиленные; 1 тон громче, чем 2 тон. III точка: выслушиваются 2 тона; тоны ритмичные, усиленные; 2 тон громче, чем 1 тон. IV точка: выслушиваются 2 тона; тоны ритмичные, усиленные; 2 тон громче, чем 1 тон. Отмечается акцент II тона в III точке. Точка Боткина-Эрба: выслушиваются 2 тона; тоны ритмичные, усиленные; 2 тон громче, чем 1 тон. Изменений конфигурации тонов ни в одной из точек аускультации нет. Ритм перепела, ритм галопа не выслушиваются. Шум трения перикарда отсутствует.

Б. Аускультация сосудов: На сонных, подключичных артериях выслушиваются 2 тона. Тоны Траубе, двойной шум Виноградова-Дюрозье при аускультации бедренной артерии отсутствуют. Симптом Сиротинина-Куковерова отсутствует. Шум волчка при выслушивании яремных вен отсутствует.

*Система органов пищеварения.*

1. Осмотр живота.

Форма живота обычная, в лобковой области имеется выпячивание; пупок втянут. Расширенные кожные вены, пигментация, цианотические участки отсутствуют. В правом подреберье имеется рубец 5 см, не спаян с окружающими тканями, безболезненный, неподвижный. Перистальтические и антиперистальтические движения желудка и кишечника не отмечаются.

. Пальпация.

Поверхностная ориентировочная. Местная и разлитая болезненность не отмечаются. Общее и местное напряжение отсутствует. Грыжевые отверстия, расхождение прямых мышц живота, опухолевидные образования отсутствуют. Асцит методом флюктуации не определяется. Увеличение органов брюшной полости не отмечается.

Глубокая методическая пальпация по Образцову-Стражеско. Сигмовидная кишка прощупывается в левой подвздошной области, безболезненна, имеет форму цилиндра толщиной 2 см, плотноватой консистенции, с гладкой поверхностью, подвижность - 2 см в обе стороны; урчание не отмечается.

Слепая кишка прощупывается в правой подвздошной области в форме безболезненного, гладкого цилиндра мягкой консистенции, толщиной 3 см; подвижность - 1 см в обе стороны; отмечается небольшое урчание; поверхность гладкая.

Терминальный отдел подвздошной кишки прощупывается в правой подвздошной области в форме безболезненного, гладкого, плотного цилиндра диаметром 1 см; подвижность - 3 см в обе стороны; урчание не отмечается.

Червеобразный отросток слепой кишки не пальпируется.

Малая кривизна желудка не пальпируется, большая кривизна желудка не пальпируется, привратник не пальпируется.

Поперечная ободочная кишка прощупывается на 2 см ниже пупка в виде плотноватой консистенции безболезненного цилиндра толщиной 2,5 см, с гладкой поверхностью; подвижность в обе стороны - 4 см; урчание отсутствует.

Восходящий отдел ободочной кишки прощупывается в области правого фланка в виде мягкой консистенции цилиндра с гладкой поверхностью, толщиной 3 см, безболезненный, малоподвижный; отмечается небольшое урчание.

Нисходящий отдел ободочной кишки прощупывается в области левого фланка в виде мягкой консистенции цилиндра с гладкой поверхностью, толщиной 3 см, безболезненный, малоподвижный; урчание отсутствует.

Пальпация печени по Образцову. Нижний край печени не выступает из-под правой реберной дуги, находится у края реберной дуги по правой срединно-ключичной линии; мягкий, с гладкой поверхностью, острый, ровный, безболезненный. Пульсация при пальпации печени не отмечается.

Пальпация поджелудочной железы. Поджелудочная железа не пальпируется. Болезненность в треугольнике Шоффара не отмечается. Болезненность в точке Дежардена отсутствует. Симптомы Гротта, Мейо-Робсона, Катча отрицательные.

Пальпация селезенки в горизонтальном положении и на правом боку (по Сали). Селезенка не прощупывается. Симптом Поргеса отрицательный.

. Перкуссия живота.

Свободная жидкость в брюшной полости не определяется. Симптомы Образцова, Валя, Гангольфа, Кивуля отрицательные. Перкуторные размеры печени по Курлову: - 8 см - по правой срединно-ключичной линии; - 7 см - по передней срединной линии; - 5 см - по левой реберной дуге. Перкуторные размеры селезенки: продольный - 7 см, поперечный - 6 см.

. Аускультация.

Выслушиваются шумы во всех отделах кишечника. Шум трения брюшины над печенью, селезенкой не выслушивается.

*Мочеполовая система.*

1. Осмотр.

Осмотр поясничной области: припухлости, покраснения кожных покровов нет. Визуально определяется увеличение мочевого пузыря.

. Пальпация.

Пальпация почек по Образцову и Боткину: почки не пальпируются. Пальпация мочевого пузыря: не пальпируется. Пальпация по ходу мочеточников: безболезненна.

. Перкуссия.

Симптом Пастернацкого отрицательный. Перкуссия мочевого пузыря: перкуторный звук над мочевым пузырем тимпанический.

Половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу. Развитие первичных и вторичных половых признаков соответствует возрасту.

*Нервная система и психический статус.*

Сон плохой, настроение раздражительная, контактность - общительная. Походка уверенная. Прямая реакция на свет живая, содружественная. Функция слухового аппарата не нарушена. Расстройств речи нет.

Движения мимической мускулатуры свободные. Тремор не наблюдается.

При пальпации по ходу нервных стволов болезненности нет. Менингеальные симптомы отсутствуют. В позе Ромберга устойчива.

# ***VІ. Состояние места болезни***

Левая доля и перешеек щитовидной железы увеличен до IIІ степени, пальпируется на боковых поверхностях шеи, эластической консистенции, с неровной поверхностью, безболезненная, определяются множественные узлы. Подвижное при глотании. Кожа над щитовидной железой обычной окраски, не отёчна, местного повышения температуры нет. Подвижность и состояние глазных яблок не нарушены. Энофтальма и экзофтальма не выявлено. Симптомы, обусловленные нарушением глазодвигательных реакций, аутоиммунной офтальмопатии отрицательные.

# ***VIІ. Предварительный диагноз***

На основании:

жалоб больной на повышенную раздражительность, нервозность, плаксивость, чувство "кома" в горле при волнении, потливость, поверхностный прерывистый сон, бессонницу, дрожание рук, подъемы артериального давления до 150/100 мм рт. ст., постоянные сердцебиения, иногда боли в области сердца колющего характера, повышенный аппетит и, несмотря на это, похудание за последние 4 месяца на 7кг, отёки ног;

данных анамнеза заболевания: впервые увеличение щитовидной железы было диагностировано в 2005 году при профилактическом осмотре. Больная дальнейшее обследование не проходила, лечения не получала.

В 2007 году впервые обратилась за медицинской помощью по поводу настоящего заболевания в связи с постоянным повышением АД, сердцебиениями, потливостью, раздражительностью и потерей массы тела. В результате обследования был поставлен диагноз тиреотоксикоз и назначено лечение. С 2008 года поставлена на учет в ЦРБ. Эффекта от лечения не наблюдалось. Заболевание прогрессировало;

данных объективного обследования: пациентка возбуждена, многословна, выглядит моложе своих лет, левая доля и перешеек щитовидной железы увеличен до IIІ степени, пальпируется на боковых поверхностях шеи, эластической консистенции, с неровной поверхностью, безболезненная, определяются множественные узлы. Кожа над щитовидной железой обычной окраски, не отёчна, местного повышения температуры нет. Подвижность и состояние глазных яблок не нарушены. Энофтальма и экзофтальма не выявлено;

можно поставить предварительный диагноз:

основной: Левосторонний узловой эутиреоидный зоб ІІІ степени

сопутствующий: хронический панкреатит, гастродуоденит

# ***VIIІ. План обследования***

1. Лабораторные методы:

· Анализ крови клинический

· Анализ мочи

· Сахар крови

· RW и ВИЧ

· Кал на я/г

· Цитологическое исследование

2. Биохимические методы:

· Биохимический анализ крови

· Коагулограмма

3. Специфические исследования (гормональные обследования):

· АТПО

· Тироксин

· Тиротропин

· Тиреоглобулин

4. Функциональные и инструментальные методы исследования:

· ЭКГ

· Узи щитовидной железы

# ***IX. Данные дополнительных методов исследования***

1. Анализ крови клинический (21.01.2014)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Полученные результаты | Норма для здорового человека (ж)  |
| Эритроциты | 4,2 х 10 /л | 3,4 - 5,0 х 10 /л |
| Гемоглобин | 140г/л | 120 - 160г/л  |
| Цветной показатель | 1,0 | 0,86-1,0 |
| Ретикулоциты |  | 0,2 - 1,2‰ |
| Тромбоциты |  | 180 - 320 х 10 /л |
| Лейкоциты:  | 7,8 х 10 /л | 3,2 - 10,2 х 10 /л |
| Базофилы | 0,5% | 0 - 1% |
| Эозинофилы | 1% | 0,5 - 5% |
| Палочкоядерные нейтрофилы | 1% | 1 - 6% |
| Сегментоядерные нейтрофилы | 65% | 47 - 72% |
| Моноциты | 5% | 3 - 11% |
| Лимфоциты | 29% | 19 - 37% |
| СОЭ | 9мм/ч | 2 - 20мм/ч |
| Гематокрит |  | 36 - 42% |

Все показатели находятся в пределах нормы.

. Анализ мочи (21.01.2014)

Цвет - светло-желтый

Прозрачность - прозрачная

Реакция - слабокислая

Удельный вес - 1,015

Белок - следы

Эпителий - 2 - 3 в п/з

Лейкоциты - 2 - 3 в п/з

Эритроциты - 1 - 2 в п/з

Слизь - много

Все показатели находятся в пределах нормы.

. Кровь на сахар (04.01.2014).

Сахар крови - 4,8 ммоль/л

Показатель соответствует норме.

. RW и ВИЧ

Реакция Вассермана отрицательная.

. Кал на яйца глистов.

Яйца гельминтов не обнаружены.

. Цитологическое исследование

В препарате, на фоне клеточных элементов, характерных для кисты, цитограмма микрофолликулярной аденомы без признаков атипии клеток.

7. Биохимический анализ крови (11.11.2013)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Полученные результаты | Норма |
| Общий белок | 66 г/л | 65 - 85 г/л |
| Билирубин | 8,6 мкмоль/л | 8,5 - 20,5 мкмоль/л |
| Холестерин общий | 2,98 ммоль/л | 2,97 - 8,79 ммоль/л |
| Калий крови | 5,5 ммоль/л | 3,8 - 5,2 ммоль/л |
| Натрий крови | 143 ммоль/л | 138 - 217 ммоль/л |
| Кальций крови | 2,19 ммоль/л | 0,75 - 2,5 ммоль/л |
| Магний | 0,84 ммоль/л | 0,78 - 0,91 ммоль/л |
| АЛТ | 0,38 ммоль/ (час·л)  | 0,1 - 0,68 ммоль/ (час·л)  |
| Мочевина | 7,2 ммоль/л | 3,33 - 8,32 ммоль/л |
| Тимоловая проба | 2 ед.  | До 4 ед.  |

Все показатели в пределах нормы.

. Коагулограмма (11.11.2013)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Показатели | Норма |
| Протромбиновый индекс | 89% | 80 - 100% |
| Время рекальцификации плазмы | 70сек | 60 - 120сек |
| Тромботест | VI степень | IV - V степень |
| Фибриноген | 3,1 мкмоль/л | 5,9 - 11,7 мкмоль/л |
| Фибриноген В | отрицательный | отрицательный |

На данной коагулограмме наблюдается снижение уровня фибриногена и повышение тромботеста.

. Уровень гормонов крови (26.02.2013)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Показатели | Норма |
| АТПО | 35,1 нмоль/л | До 35 нмоль/л |
| Тироксин (Т4)  | 20.04нмоль/л | 12-22 нмоль/л |
| ТТГ | 2,06 нмоль/л | 0,17 - 4,5 нмоль/л |
| Антитиреоглобулин | <20 нмоль/л | <40 нмоль/л |

Все показатели в норме.

. ЭКГ (14.01.2014)

Синусовый ритм, нормальная деполяризация и реполяризация.

Заключение: Синусовая тахикардия.

. УЗИ щитовидной железы (14.01.2014)

Размеры: правая доля - 20\*18\*49 мм, V= 92 см3; левая доля - 32\*36\*64 V= 38,2 см3, перешейка 4 мм.

Контуры - слизистые.

Структура: правая доля - изоэхогенная, узлы 9 и 10 мм сливающиеся между собой; левая доля - субтотальнно замещена узловыми образованиями 45\* 28 \* 35 мм, с кистозными расширениями до 10 мм.

Сосудистый рисунок - обширный, интернодулярный.

Регионарные лимфоузлы - подчелюстные 10\*10 мм.

Заключение: смещенный зоб с признаками тиреоидита.

# ***X. Клинический диагноз***

На основании:

жалоб больной на повышенную раздражительность, нервозность, плаксивость, чувство "кома" в горле при волнении, потливость, поверхностный прерывистый сон, бессонницу, дрожание рук, подъемы артериального давления до 150/100 мм рт. ст., постоянные сердцебиения, иногда боли в области сердца колющего характера, повышенный аппетит и, несмотря на это, похудание за последние 4 месяца на 7кг, отёки ног;

данных анамнеза заболевания: впервые увеличение щитовидной железы было диагностировано в 2005 году при профилактическом осмотре. Больная дальнейшее обследование не проходила, лечения не получала.

В 2007 году впервые обратилась за медицинской помощью по поводу настоящего заболевания в связи с постоянным повышением АД, сердцебиениями, потливостью, раздражительностью и потерей массы тела. В результате обследования был поставлен диагноз тиреотоксикоз и назначено лечение. С 2008 года поставлена на учет в ЦРБ. Эффекта от лечения не наблюдалось. Заболевание прогрессировало;

данных объективного обследования: пациентка возбуждена, многословна, выглядит моложе своих лет, левая доля и перешеек щитовидной железы увеличен до IIІ степени, пальпируется на боковых поверхностях шеи, эластической консистенции, с неровной поверхностью, безболезненная, определяются множественные узлы. Кожа над щитовидной железой обычной окраски, не отёчна, местного повышения температуры нет. Подвижность и состояние глазных яблок не нарушены. Энофтальма и экзофтальма не выявлено;

лабораторных данных:

ЭКГ

Синусовый ритм, нормальная деполяризация и реполяризация.

Заключение: Синусовая тахикардия.

УЗИ щитовидной железы

Размеры: правая доля - 20\*18\*49 мм, V= 92 см3; левая доля - 32\*36\*64 V= 38,2 см3, перешейка 4 мм.

Контуры - слизистые.

Структура: правая доля - изоэхогенная, узлы 9 и 10 мм сливающиеся между собой; левая доля - субтотальнно замещена узловыми образованиями 45\* 28 \* 35 мм, с кистозными расширениями до 10 мм.

Сосудистый рисунок - обширный, интернодулярный.

Регионарные лимфоузлы - подчелюстные 10\*10 мм.

Заключение: смещенный зоб с признаками тиреоидита.

можно поставить клинический диагноз: Левосторонний узловой эутиреоидный зоб ІІІ степени

# ***XI. План лечения***

1. Медикаментозное лечение:

· Антитиреоидные препараты (мерказолил, карбимазол, пропилтиоурацил): блокируют органификацию йода, образование йодтирозинов и конденсацию их в Т3 и Т4.

· Соли лития: уменьшают чувствительность тироцитов к стимулирующему влиянию ТТГ.

· Глюкокортикоиды (дексаметазон, преднизалон): угнетение секреции тиреоидных гормонов.

· Β-адреноблокаторы (обзидан, анаприлин): снимают симптоматику, обусловленную влиянием катехоламинов: тревожность, потливость, тахикардию.

· Препараты калия (панангин, аспаркам): повышение содержания внутриклеточного и внеклеточного калия.

· Блокаторы каликреиновой системы (продектин).

· Иммунокоррегирующая терапия (левамизол).

· Средства, снижающие возбудимость нервной системы (настойка валерианы, валокордин, персен).

· Препараты, улучшающие метаболизм миокарда (АТФ, кокарбоксилаза, витамины группы В, рибоксин).

· Биогенные стимуляторы.

2. Хирургическое лечение при зобе больших размеров, узелковых формах, с компрессией органов средостения, низком и загрудинном расположении, неэффективности медикаментозного лечения, аллергических реакциях.

эутиреоидный зоб левосторонний узловой

# ***ХІІ. Предоперационный эпикриз***

На операцию на 26.03.2014 г. подготовлена больная Нос С.Н., 57 лет, с диагнозом: Левосторонний узловой эутиреоидный зоб ІІІ степени.

Диагноз поставлен на основании:

жалоб больной на повышенную раздражительность, нервозность, плаксивость, чувство "кома" в горле при волнении, потливость, поверхностный прерывистый сон, бессонницу, дрожание рук, подъемы артериального давления до 150/100 мм рт. ст., постоянные сердцебиения, иногда боли в области сердца колющего характера, повышенный аппетит и, несмотря на это, похудание за последние 4 месяца на 7кг, отёки ног;

данных анамнеза заболевания: впервые увеличение щитовидной железы было диагностировано в 2005 году при профилактическом осмотре. Больная дальнейшее обследование не проходила, лечения не получала.

В 2007 году впервые обратилась за медицинской помощью по поводу настоящего заболевания в связи с постоянным повышением АД, сердцебиениями, потливостью, раздражительностью и потерей массы тела. В результате обследования был поставлен диагноз тиреотоксикоз и назначено лечение. С 2008 года поставлена на учет в ЦРБ. Эффекта от лечения не наблюдалось. Заболевание прогрессировало;

данных объективного обследования: пациентка возбуждена, многословна, выглядит моложе своих лет, левая доля и перешеек щитовидной железы увеличен до IIІ степени, пальпируется на боковых поверхностях шеи, эластической консистенции, с неровной поверхностью, безболезненная, определяются множественные узлы. Кожа над щитовидной железой обычной окраски, не отёчна, местного повышения температуры нет. Подвижность и состояние глазных яблок не нарушены. Энофтальма и экзофтальма не выявлено;

лабораторных данных:

ЭКГ

Синусовый ритм, нормальная деполяризация и реполяризация.

Заключение: Синусовая тахикардия.

УЗИ щитовидной железы

Размеры: правая доля - 20\*18\*49 мм, V= 92 см3; левая доля - 32\*36\*64 V= 38,2 см3, перешейка 4 мм.

Контуры - слизистые.

Структура: правая доля - изоэхогенная, узлы 9 и 10 мм сливающиеся между собой; левая доля - субтотальнно замещена узловыми образованиями 45\* 28 \* 35 мм, с кистозными расширениями до 10 мм.

Сосудистый рисунок - обширный, интернодулярный.

Регионарные лимфоузлы - подчелюстные 10\*10 мм.

Заключение: смещенный зоб с признаками тиреоидита.

Показания к оперативному лечению в плановом порядке:

· узловой коллоидный зоб, превышающий в диаметре 3,0 <http://www.lightinthebox.com/ru/3-5-1-5-40cm-brass-shower-arm-for-shower-head\_p319599.html> см;

· отрицательная динамика (рост узла) на фоне консервативной супрессивной терапии,

· крупные (более 3,0 <http://www.lightinthebox.com/ru/3-5-1-5-40cm-brass-shower-arm-for-shower-head\_p319599.html> см) кисты щитовидной железы с фиброзной капсулой, стабильно накапливающие жидкость,

Планируется под общей анестезией.

Степень риска операции и анестезии - II.

Группа крови - В (III), Rh+ (положительный).

Информированное согласие больного на операцию получено.

# ***ХІІІ. Протокол операции***

Дата и время операции: 26.03.2014, 10.40-12.00

Диагноз до операции: Левосторонний узловой эутиреоидный зоб ІІІ степени.

Обезболивании: ТВВА с ИВЛ

Диагноз после операции: Левосторонний узловой эутиреоидный зоб ІІІ степени.

Хирург - Бондаренко И.С.

Ассистент - Василенко Е.Н.

Операционная медицинская сестра - Качайло И.Д.

Анестезиолог - Григорович Л.И.

Операционное поле трижды обработано спиртовым раствором хлоргексидина биглюконата. Линейным разрезом согласно силовым линиям рассечена кожа, подкожная клетчатка, первая фасция, платизма, вторая фасция, выделены и перевязаны яремне вены. Тупо отслоен кожно-подкожный-фасциальный лоскут. Рассечена третья, четвертая фасции, претрахеальные мышцы.

При ревизии щитовидной железы обнаружено следующее:

Правая доля размерами 35\*20\*18 мм, диффузно увеличена, без наличия узлов.

Левая доля размерами 64\*35\*30, диффузно увеличена, содержит солитарный узел размерами 45\*35, занимает почти всю долю, множество узлов, не выходящих за пределы фасции. Регионарные лимфатические узлы не увеличены. Прорастания в окружающие ткани нет. Перешеек размерами 15\*6\*3 мм, содержит узел размерами 12\*7\*5, ограниченно подвижен.

Учитывая имеющиеся изменения произведена гемитиреоидэктомия слева.

Паратрахеально оставлен участок железы размерами справа - норма, слева-0 мм. Масса оставленной части железы - 12 г. Проверка на гемостаз, санация раны раствором хлоргексидина биглюконата. Дренирование раны (полоской из латекса) через рану по средней линии. Рана ушита до дренажа. Хлоргексидин на кожу. Асептическая повязка. ДОР-45 мм.

Описание препарата.

Удаленная левая доля щитовидной железы размером 64\*35\*30, содержит солитарный узел размерами 45\*35, в капсуле, не выходит за пределы капсулы, полихромного цвета, диффузно уплотнена, с выраженной дольчатостью, с соединительнотканными включениями.

Масса удаленной части щитовидной железы 25,0 г. Препарат отослан на патогистологическое исследование.



# ***ХІV. Дневник***

.03.14

Жалобы на наличие объемного образования на передней поверхности шеи, затруднение глотания и дыхания, общую слабость. Состояние больной удовлетворительное. Сознание ясное. Температура тела 36,7 0С. Кожные покровы чистые, умеренной влажности, тургор и эластичность сохранены. Периферические лимфоузлы при пальпации не увеличены, безболезненны, легко смещаемы. Частота дыхания 18 в минуту, дыхание умеренной глубины, ритм правильный. Аускультативно дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс на лучевых артериях ритмичный, хорошего наполнения, напряжен, симметричен. Аускультативно тоны сердца приглушены, ритм правильный; шумы не выслушиваются. ЧСС - 90 /мин. АД 150/100 мм. рт. ст. на обеих руках. Язык влажный, чистый. Живот правильной формы, не вздут; при пальпации мягкий, безболезненный. Перитонеальных симптомов нет.localis: при осмотре отмечается наличие объемного образования на передней поверхности шеи, расположенного асимметрично относительно срединной линии слева, размерами 7\*10 см, представляющее собой увеличенную щитовидную железу. Кожные покровы чистые, обычной окраски, умеренной влажности, тургор и эластичность сохранены; не спаяны с подлежащим объемным образованием. При пальпации левая доля и перешеек щитовидной железы значительно увеличены (до III ст.), плотные, легко смещаемы; в области левой доли щитовидной железы пальпируются несколько плотных узлов (диаметром до 1 см). Регионарные лимфоузлы области шеи при пальпации не увеличены, плотноэластической консистенции, безболезненны, легко смещаемы.

.03.2014

Сознание ясное. Температура тела 36,4 0С. Кожные покровы чистые, умеренной влажности, тургор и эластичность сохранены. Периферические лимфоузлы при пальпации не увеличены, безболезненны, легко смещаемы. Частота дыхания 16 в минуту, дыхание умеренной глубины, ритм правильный. Аускультативно дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс на лучевых артериях ритмичный, хорошего наполнения, напряжен, симметричен. Аускультативно тоны сердца приглушены, ритм правильный; шумы не выслушиваются. ЧСС - 75 /мин. АД 110/70 мм. рт. ст. на обеих руках. Язык влажный, чистый. Живот правильной формы, не вздут; при пальпации мягкий, безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Симптом Пастернацкого (поколачивания по поясничной области) отрицательный с обеих сторон.localis: Проведена гемитиреоидэктомия слева. Поставлен дренаж, отделяемое не гнойного характера, скудное.

.04.2014

Сознание ясное. Температура тела 36,6 0С. Кожные покровы чистые, умеренной влажности, тургор и эластичность сохранены. Периферические лимфоузлы при пальпации не увеличены, безболезненны, легко смещаемы. Частота дыхания 17 в минуту, дыхание умеренной глубины, ритм правильный. Аускультативно дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс на лучевых артериях ритмичный, хорошего наполнения, напряжен, симметричен. Аускультативно тоны сердца приглушены, ритм правильный; шумы не выслушиваются. ЧСС - 70 /мин. АД 110/70 мм. рт. ст. на обеих руках. Язык влажный, чистый. Живот правильной формы, не вздут; при пальпации мягкий, безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Симптом Пастернацкого (поколачивания по поясничной области) отрицательный с обеих сторон.localis: рубец на передней поверхности шеи, 7\*2см, слегка болезнен при пальпации, заживление первичным натяжением, без патологического отделяемого.

# ***ХV. Эпикриз***

Больная - поступила в хирургическое отделение 26.03.2014 с диагнозом: Левосторонний узловой эутиреоидный зоб ІІІ степени.

При поступлении предъявляет жалобы на повышенную раздражительность, нервозность, плаксивость, чувство "кома" в горле при волнении, потливость, поверхностный прерывистый сон, бессонницу, дрожание рук, подъемы артериального давления до 150/100 мм рт. ст., постоянные сердцебиения, иногда боли в области сердца колющего характера, повышенный аппетит и, несмотря на это, похудание за последние 4 месяца на 7кг, отёки ног;

Данные анамнеза заболевания: впервые увеличение щитовидной железы было диагностировано в 2005 году при профилактическом осмотре. Больная дальнейшее обследование не проходила, лечения не получала.

В 2007 году впервые обратилась за медицинской помощью по поводу настоящего заболевания в связи с постоянным повышением АД, сердцебиениями, потливостью, раздражительностью и потерей массы тела. В результате обследования был поставлен диагноз тиреотоксикоз и назначено лечение. С 2008 года поставлена на учет в ЦРБ. Эффекта от лечения не наблюдалось. Заболевание прогрессировало;

Данные объективного обследования: пациентка возбуждена, многословна, выглядит моложе своих лет, левая доля и перешеек щитовидной железы увеличен до IIІ степени, пальпируется на боковых поверхностях шеи, эластической консистенции, с неровной поверхностью, безболезненная, определяются множественные узлы. Кожа над щитовидной железой обычной окраски, не отёчна, местного повышения температуры нет. Подвижность и состояние глазных яблок не нарушены. Энофтальма и экзофтальма не выявлено;

Лабораторные данные:

ЭКГ

Синусовый ритм, нормальная деполяризация и реполяризация.

Заключение: Синусовая тахикардия.

УЗИ щитовидной железы

Размеры: правая доля - 20\*18\*49 мм, V= 92 см3; левая доля - 32\*36\*64 V= 38,2 см3, перешейка 4 мм.

Контуры - слизистые.

Структура: правая доля - изоэхогенная, узлы 9 и 10 мм сливающиеся между собой; левая доля - субтотальнно замещена узловыми образованиями 45\* 28 \* 35 мм, с кистозными расширениями до 10 мм.

Сосудистый рисунок - обширный, интернодулярный.

Регионарные лимфоузлы - подчелюстные 10\*10 мм.

Заключение: смещенный зоб с признаками тиреоидита.

Было назначено и проводится следующее лечение:

Режим: постельный.

Диета <http://berry-goji.com>: стол № 15 с повышенным содержанием белков и витаминов.

Медикаментозная терапия:. Mercazolili 0,005 по 1 таблетке 3 раза в день.. Anaprilini 0,04 по 0,5 <http://www.lightinthebox.com/ru/0-5-carat-cross-snowflake-women-sona-diamond-ring-sterling-silver-white-gold-plated\_p972027.html> таблетки 2 раза в день.. Dimedroli 1% - 1,0 ml в/в капельно 1 раз в день Sol. Riboxyni 2% - 10 ml в 200 мл физ. р-ра 1 ампулу внутривенно капельно Sol. Pyridoxini 5% - 1,0 <http://www.lightinthebox.com/ru/1-0-lcd-voice-recorder-with-mp3-music-player-silver-8gb\_p1076268.html> ml по 1 мл в/м 2 раза в день Sol. Cyanocobalamini 0,01% - 1,0 ml по 1 мл в/м 2 р/д Sol. Acidi ascorbinici 5% - 1,0 ml по 1 мл в/м 2 раза в день Хирургическое лечение: гемитиреоидэктомия слева.

Прогноз заболевания Прогноз для жизни - благоприятный.

Прогноз для выздоровления - благоприятный.

Прогноз для трудоспособности - благоприятный

# ***ХVІ. Список литературы***

1. Валдина Е.А. Заболевания щитовидной железы. М.: Медицина, 2001

. Машковский М.Д. Лекарственные средства. издание 15. - Москва. - "Новая Волна". - 2005.

. Кондратьева Л.В. Лечение тиреотоксикоза // Лечащий врач. - №5. - 2005.

. Курникова И.А., Корепанов А.М., Чернышова Т.Е., Климентьева Г.И., Схемы лечения основных заболеваний эндокринной системы: Учебно-методическое пособие для студентов медицинских вузов. - Ижевск, 2005. - 52 с.

. План клинического обследования больного. Методические рекомендации / Сост.Я.М. Вахрушев, Л.И. Ермолова, Е.В. Белова. - Ижевск: Экспертиза, 2002. - 16 с.

. Черенько М.П., Сушко С.П., Игнатовский Ю.В., Щепотин И.Б. Предоперационная подготовка и хирургическое лечение больных диффузным токсическим зобом // Клиническая хирургия, 2004.