**ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ**

1. ФИО
2. 76 лет
3. Пол: женский
4. Национальность: русская
5. Профессия:
6. Место работы:
7. Семейное положение:
8. Место жительства:
9. Дата заболевания:
10. Дата поступления в клинику:

**АНАМНЕЗ**

**1. АНАМНЕЗ НАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ**

**(ANAMNESIS MORBI)**

* 1. **Жалобы больной при поступлении.** Жалобы на чувство сердцебиения в течение всего дня, периодически появляющееся чувство жара (1-2 раза в неделю), повышенную потливость, жидкий стул (3-4 раза в неделю), выраженную общую слабость, головокружения, тревожность, частые смены настроения, поверхностный прерывистый сон, бессонницу, похудание на 1-2 кг за последние 2 месяца, подъемы артериального давления до180/135 мм рт. ст. 1-2 раза в неделю.

На день курации имеются жалобы на чувство сердцебиения, появляющееся 1-2 раза в сутки (обычно к вечеру), потливость, общую слабость, головокружения, тревожность, нарушение сна.

* 1. **Развитие и течение болезни.** В конце лета 2005 года, когда больная лежала в кардиологическом отделении ЦРБ по поводу мерцательной аритмии, ХСН IIб – III, было впервые обнаружено увеличение щитовидной железы, наличие в ней узлов. Тогда же впервые было выявлено повышение артериального давления (в течение всей жизни была склонность к артериальной гипотензии). Однако ретроспективно больная отмечает, что нарушение сна (по поводу чего неоднократно обращалась к невропатологу), тревожность, слабость, периодически возникающее чувство сердцебиения у нее стали появляться примерно 20 лет назад и в последующем прогрессировали.

Принимала преднизолон с 3 таблеток в сутки, мерказолил с 5 таблеток в сутки, атенолол, в связи с чем уменьшились явления аритмии. В ноябре 2005 года лежала в эндокринологическом отделении I РКБ, но не была готова к оперативному лечению и была выписана домой для продолжения лечения мерказолилом.

15 марта 2006 года планово поступила в эндокринологическое отделение I РКБ с диагнозом: диффузно-многоузловой токсический зоб II ст., тиреотоксикоз тяж. ст., снят. Больной было проведено лечение: мерказолил, анаприлин, дигоксин, феназепам, рибоксин, кокарбоксилаза, панангин, эгилок.

Состояние больной улучшилось: чувство сердцебиения и тахикардия стали непостоянными, снизилось артериальное давление, уменьшилась слабость.

В перспективе – оперативное лечение.

**2. АНАМНЕЗ ЖИЗНИ**

**(ANAMNESIS VITAE)**

Родилась и живет в \*\*\*\*\*\*\*\*. Социальное положение: пенсионерка. В раннем возрасте в развитии от сверстников не отставала. Образование – неполное среднее. Профессия – доярка. Питание регулярное, неразнообразное, калорийность средняя. Перенесенные заболевания: в возрасте 10 лет перенесла гепатит В; перенесла ОРЗ, ветряную оспу. Летом 2005 года выходил камень из мочевого пузыря.

Вредные привычки отсутствуют. Наследственность по заболеваниям щитовидной железы не отягощена. У родственников отсутствовали туберкулез, сифилис, алкоголизм, психические болезни и злокачественные новообразования.

В 26 лет родила сына. Беременность протекала без особенностей, роды прошли без осложнений. Менопауза с 55 лет.

Аллергологический анамнез: непереносимость никотиновой кислоты, пиридоксина; на пищевые продукты аллергических проявлений не выявлено. Переливания крови не проводилось.

**ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ**

**ОБЩИЙ ОСМОТР БОЛЬНОГО**

Общее состояние удовлетворительное. Положение активное. Сознание ясное. Походка уверенная. Осанка прямая. Выражение лица обычное, отмечается незначительная гипомимия. Форма головы не изменена. Квадратного, башенного черепа нет, размягчение костей черепа отсутствует. Мозговой череп преобладает над лицевым.

Глазные щели расположены симметрично. Слизистая склеры, конъюнктивы физиологической окраски. Зрачки одинаковые, правильной формы. Прямая реакция на свет живая, содружественная. Симптомы Грефе, Краусса отрицательные. Положительные симптомы Мебиуса, Штельвага, симптом «гневного взгляда». Нистагм отсутствует.

Спинка носа: западания нет; искривление носовой перегородки, дефекты, седловидный нос отсутствуют. Крылья носа в акте дыхания не участвуют. Носогубные складки симметричны. Углы губ находятся на одном уровне; трещин, заед, высыпаний нет. 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.

Шея средних размеров, отмечается увеличение шеи в проекции щитовидной железы (визуально определяется зоб). Кровенаполнение сосудов шеи нормальное; кривошеи, ограничения движения нет; воротника Стокса, ожерелья Венеры нет.

Визуально определяется увеличение щитовидной железы. При пальпации щитовидная железа диффузно увеличена, бугристая, безболезненная, подвижная, определяются множественные узлы.

Запах тела и выдыхаемого воздуха физиологический. Телосложение правильное. Конституция нормостеническая. Удовлетворительное питание. Подкожная жировая клетчатка – 2 см в области реберной дуги, распределение равномерное.

Кожные покровы физиологической окраски, отмечается гиперпигментация вокруг глаз, витилиго в области спины; сыпи, язв, пролежней нет. Коллатеральное кровообращение отсутствует.

Оволосение по женскому типу. Ногти физиологической окраски, расслоения, исчерченности нет. Ногтей в виде «часовых стекол», пальцев в виде «барабанных палочек» нет.

Пальпация кожи: тургор сохранен, влажность нормальная, эластичность кожи на тыльной стороне кистей снижена.

Лимфоузлы: околоушные, собственно шейные, заушные, подчелюстные, надключичные, подключичные, подмышечные, подколенные, – не пальпируются.

Кости безболезненны, не деформированы, опорная функция не нарушена. Суставы: движения в полном объеме, безболезненны, кожа над суставами не изменена. Мышцы безболезненны; функции сохранены, мышечная сила симметрично снижена. Позвоночник имеет физиологические изгибы, безболезненный; движение в полном объеме. Тремор пальцев рук отсутствует.

Отеков на лице и крестце нет. Отмечаются отеки на голенях.

Температура тела 37,10 С.

**ИССЛЕДОВАНИЕ СИСТЕМЫ 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.

**2. 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.

**3. 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 линия** | **Правое легкое** | **Левое 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.

**4. 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.

**ИССЛЕДОВАНИЕ СИСТЕМЫ 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. Симптом «червячка», капиллярный пульс Квинке, расширение подкожных вен на грудной клетке отсутствуют. Имеется варикозное расширение вен на нижних конечностях. Симптом Альфреда Мюссе отсутствует.

**2. Пальпация.** Верхушечный толчок пальпируется в 5 межреберье на 1,5 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии; ритмичный, разлитой (площадь 5 см2), усиленный, большой высоты. Сердечный толчок не определяется.

Симптом «кошачьего мурлыканья», трение перикарда отсутствуют. Пальпируется ретростернальная пульсация аорты.

Пульс одинакового наполнения на обеих руках. Правильный (pulsus regularis), твердый (pulsus durus), полный (pulsus plenuus), большой (pulsus magnus), быстрый (pulsus celer). Частота пульса – 104 в минуту.

1. **Перкуссия сердца.**

Определение границ относительной и абсолютной тупости сердца:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Границы | Относительная тупость | Абсолютная тупость |
| Правая | правый край грудины, 4 межреберье | левый край грудины, 4 межреберье |
| Левая | на 2 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии, 5 межреберье | на 0,5 см кнутри от левой срединно-ключичной линии, 5 межреберье |
| Верхняя | 3 ребро, левая парастернальная линия | 4 ребро, левая парастернальная линия |

Ширина сосудистого пучка – 6 см.

**4. Аускультация.**

А. Аускультация сердца:

I точка: выслушиваются 2 тона; тоны ритмичные, усиленные; 1 тон громче, чем 2 тон, хлопающий. Выслушивается дующий систолический шум.

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, выслушивается дующий систолический шум. 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.

Артериальное давление 140/80 мм рт. ст.

**ИССЛЕДОВАНИЕ СИСТЕМЫ ПИЩЕВАРЕНИЯ**

**1. Осмотр полости рта.** 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.

**2. Осмотр живота в вертикальном и горизонтальном положении.** Форма живота обычная, в лобковой области имеется выпячивание; пупок втянут. Расширенные кожные вены, пигментация, цианотические участки отсутствуют. Перистальтические и антиперистальтические движения желудка и кишечника не отмечаются.

**3. Поверхностная пальпация живота в вертикальном и горизонтальном положении.** 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.

**4. 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 желчного пузыря.** Желчный пузырь не пальпируется. Симптомы Захарьина, Лепене, Кера-Гаусмана, Ортнера, Образцова-Мерфи, Курвуазье, Георгиевского-Мюсси отрицательные.

**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.

**5. Перкуссия живота.** Свободная жидкость в брюшной полости не определяется. Симптом Образцова отрицательный.

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.

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

**ИССЛЕДОВАНИЕ ОРГАНОВ МОЧЕОТДЕЛЕНИЯ**

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

**2. Пальпация.** Пальпация почек по Образцову и Боткину: почки не пальпируются.

Пальпация мочевого пузыря: не пальпируется.

Пальпация по ходу мочеточников: безболезненна.

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

**ИССЛЕДОВАНИЕ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ.**

Визуально определяется увеличение щитовидной железы. При пальпации щитовидная железа диффузно увеличена, бугристая, безболезненная, подвижная, определяются множественные узлы.

**ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ:** диффузно-многоузловой токсический зоб. Предварительный диагноз поставлен на основании наличия у курируемой больной следующих синдромов:

1. Синдром изменения функции гипофиза, для которого характерны: увеличение щитовидной железы, офтальмопатия, претибиальная микседема, инфильтративная дермопатия, мышечная слабость. Из перечисленных симптомов у курируемой больной имеются: диффузное увеличение щитовидной железы (с наличием узлов), мышечная слабость.
2. Синдром высокой чувствительности ЦНС к тиреоидным гормонам: повышенная нервная возбудимость, вспыльчивость, прерывистый неглубокий сон, бессонница, суетливость, рассеянность, субфебрильная температура тела, суетливые движения, быстрая речь. Из перечисленных симптомов у курируемой больной имеются: повышенная нервная возбудимость (частые смены настроения, тревожность), прерывистый неглубокий сон, бессонница, субфебрильная температура тела.
3. Синдром повышенной активности симпатической нервной системы, для которого характерны: повышенное потоотделение, тремор пальцев рук, положительные «глазные» симптомы. Из перечисленных симптомов у курируемой больной имеются: повышенное потоотделение, положительные «глазные» симптомы (Мебиуса, Штельвага, симптом «гневного взгляда»).
4. Синдром поражения сердечно-сосудистой системы, для которого характерны: стойкая тахикардия, чувство сердцебиения в течение всего дня, быстрый и скачущий пульс, увеличение сердца за счет левого желудочка, усиление верхушечного толчка, усиленный хлопающий 1 тон в I точке аускультации сердца, систолический шум в I и IV точках, артериальная гипертензия. Из перечисленных симптомов у больной имеются: стойкая тахикардия, чувство сердцебиения в течение всего дня, быстрый и скачущий пульс, увеличение сердца за счет левого желудочка (смещение границ относительной тупости сердца влево на 2 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии по 5 межреберью), усиление верхушечного толчка, усиленный хлопающий 1 тон в I точке аускультации сердца, систолический шум в I и IV точках, артериальная гипертензия (до 180/135 мм рт. ст.).
5. Синдром повышенной потребности тканей в кислороде: увеличиваются ЧДД и МОД, повышается основной обмен. У курируемой больной учащения дыхательных движений не отмечается.
6. Синдром повышенной моторной функции кишечника: частый оформленный стул в течение дня, иногда наблюдается понос. Из перечисленных симптомов у больной имеются поносы 3-4 раза в неделю.
7. Синдром повышенного липолитического действия тиреоидных гормонов: потеря массы тела больным. У курируемой больной отмечается потеря массы тела в последние 2 месяца.

**ДАННЫЕ ЛАБОРАТОРНЫХ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ**

**1. Данные лабораторных исследований.**

1). Биохимический анализ крови (15.03.06 г.):

Билирубин общий – 14 мкмоль/л (в норме 8,5-20,5 мкмоль/л)

Калий – 5,0 ммоль/л (в норме 3,5-6,5 ммоль/л)

Натрий – 141 ммоль/л (в норме 126-152 ммоль/л)

Хлор – 111 ммоль/л (в норме 98-107 ммоль/л)

Мочевина – 5,14 ммоль/л (в норме 1,7-7,5 ммоль/л)

Общий белок – 70 г/л (в норме 65-85 г/л)

Альбумины – 37 г/л (в норме 38-44 г/л)

Холестерин общий – 4,51 ммоль/л (в норме 3,1-5,7 ммоль/л)

АЛТ – 25,2 u/l (в норме 0-31 u/l)

АСТ – 35,5 u/l (в норме 0-31 u/l)

Коэф. де Ритиса – 1,41 (в норме 0,91-1,75)

ГГТ – 18,5 u/l (в норме 7-32 u/l)

ЛДГ – 496,9 u/l (в норме 226-451 u/l)

Заключение: отмечается незначительное снижение содержания альбуминов в сыворотке крови; повышение активности АСТ, ЛДГ.

2). Определение содержания свободного тироксина в крови (30.03.06 г.):

Т4 – 31, 43 пм/л (в норме 10,0 – 25,0 пм/л)

Заключение: повышение содержания свободного тироксина в сыворотке крови.

3). Определение содержания кортизола в сыворотке крови (16.03.06 г.):

Кортизол – 534,9 нм/л (в норме 48,3 – 663 нм/л)

Заключение: содержание кортизола в сыворотке крови в норме.

4). Полный анализ крови (30.03.06 г.):

ПТИ – 86% (в норме 80-105%)

Протромбиновое время – 15,8 с (в норме 15-18 с)

Фибриноген – 3,7 г/л (в норме 2-4 г/л)

WBC – 9,0∙109 (в норме 4-9∙109)

RBC – 4,63∙1012 (в норме 4,5-5∙1012)

HGB – 138 г/л (в норме 120-180 г/л)

HCT – 0,43 (в норме 0,36-0,48)

MCV – 93,1 фл (в норме 75-95 фл)

MCH – 29,8 пг (в норме 28-34 пг)

MCHC – 320 г/л (в норме 300-380 г/л)

PLT - 220∙109  (в норме 150-400∙109)

Заключение: общий анализ крови в норме.

5). Гликемический профиль (24.03.06 г.):

800 – 6,1 ммоль/л

1000 – 10,4 ммоль/л

1400 – 6,7 ммоль/л

1900 – 6,4 ммоль/л

2200 – 5,7 ммоль/л

Заключение: отмечается снижение толерантности к углеводам.

6). Анализ мочи по Нечипоренко (28.03.06 г.):

Лейкоциты – 3000 (в норме до 4000 в мл)

Эритроциты – 0 (в норме до 1000 в мл)

Цилиндры – 0 (в норме до 20 в мл)

Заключение: анализ мочи в норме.

7). Анализ мочи (28.03.06 г.):

Цвет – соломенно-желтый

Удельный вес – 1004 (в норме 1005 – 1025)

Прозрачная

Белок – 0 г/л

Заключение: анализ мочи в норме.

**2. Данные инструментальных исследований.**

1). Ультразвуковое исследование щитовидной железы (29.03.06 г.).

Заключение: УЗИ – признаки диффузно-узлового зоба на фоне аутоиммунного заболевания.

2). Электрокардиография (15.03.06 г.).

Заключение: Ритм синусовый, правильный. Выраженная синусовая тахикардия. Блокада передне-верхнего разветвления ЛНПГ. ЭКГ-признаки гипертрофии левого желудочка.

3). Сцинтиграфия щитовидной железы (30.03.06 г.).

На сцинтиграмме в передне-задней проекции визуализируется щитовидная железа, расположенная низко над грудиной, обе доли и перешеек увеличены (левая доля в большей степени, чем правая), контуры нечеткие. Накопление РФП в паренхиме обеих долей повышено, левая доля накапливает больше, чем правая, распределение неравномерное. В среднем и нижнем сегментах левой доли определяется очаг со сниженным накоплением изотопа. В среднем и нижнем сегментах правой доли определяется очаг с накоплением изотопа, равным окружающей ткани. Возможен АИТ - ?

1. **Консультации специалистов.**

1). Консультация хирурга (31.03.06 г.).

Заключение: диффузно-узловой зоб IV ст., тиреотоксикоз II ст.

Рекомендовано:

1. Оперативное лечение в плановом порядке.
2. Цитология узлов

**КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ:**

а). Основное заболевание: диффузно-многоузловой токсический зоб II ст.

б). Сопутствующие заболевания:снижение толерантности к углеводам.

в). Осложнения основного заболевания: тиреотоксикоз II ст., тиреотоксическое сердце.

**ОБОСНОВАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА**

Согласно классификации ВОЗ, зоб подразделяется на:

0 ст.: щитовидная железа не пальпируется, визуально не определяется;

1 ст.: щитовидная железа пальпируется, визуально не определяется;

2 ст.: щитовидная железа пальпируется, визуально определяется ее увеличение.

У курируемой больной визуально определяется увеличение щитовидной железы; щитовидная железа пальпируется, при пальпации определяется диффузное увеличение долей и перешейка щитовидной железы; железа уплотнена, с бугристой поверхностью, безболезненна, подвижна; определяются множественные узлы (признаки зоба II ст. по классификации ВОЗ).

Согласно данным ультразвукового исследования щитовидной железы, у больной имеются УЗИ – признаки диффузно-узлового зоба на фоне аутоиммунного заболевания. Согласно данным сцинтиграфии щитовидной железы, отмечается увеличение обеих долей и перешейка, нечеткие контуры; повышенное накопление РФП в паренхиме обеих долей с неравномерным его распределением; в среднем и нижнем сегментах левой доли определяется очаг со сниженным накоплением изотопа; в среднем и нижнем сегментах правой доли определяется очаг с накоплением изотопа, равным окружающей ткани. Согласно данным консультации хирурга, у больной имеется диффузно-узловой зоб IV ст. по классификации Николаева, что соответствует II ст. зоба по классификации ВОЗ.

У больной отмечается повышение содержания свободного тироксина в сыворотке крови.

Таким образом, подтверждается основное заболевание: диффузно-многоузловой токсический зоб II ст.

Согласно классификации В.Т. Баранова (1977), различаются следующие степени тяжести тиреотоксикоза:

I ст.: нерезко выраженная симптоматика, пульс не более 100 в минуту, основной обмен не превышает +30%;

II ст.: отчетливо выраженная симптоматика, снижение массы тела, тахикардия 100 – 120 в минуту, основной обмен от +30 до +60%;

III ст.: выраженный дефицит массы тела, тахикардия свыше 120 в минуту, нередко мерцательная аритмия, сердечная недостаточность, поражение печени, основной обмен превышает +60%.

У больной имеется отчетливая симптоматика тиреотоксикоза (синдром высокой чувствительности ЦНС к тиреоидным гормонам, синдром повышенной активности симпатической нервной системы, синдром поражения сердечно-сосудистой системы, синдром повышенной моторной функции кишечника, синдром повышенного липолитического действия тиреоидных гормонов), отмечается снижение массы тела, тахикардия – 104 удара в минуту (соответствует диапазону 100 – 120 в минуту), – все это соответствует тиреотоксикозу II степени тяжести как осложнению основного заболевания.

Для тиреотоксического сердца характерны: стойкая тахикардия, увеличение сердца за счет левого желудочка, усиление верхушечного толчка, усиленный хлопающий 1 тон в I точке аускультации сердца, систолический шум в I и III точках, ЭКГ-признаки гипертрофии левого желудочка.

У курируемой больной имеется стойкая тахикардия (более 100 ударов в минуту), увеличение сердца за счет левого желудочка (смещение границ относительной тупости сердца влево на 2 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии по 5 межреберью), усиление верхушечного толчка, усиленный хлопающий 1 тон в I точке аускультации сердца, систолический шум в I и III точках; отмечаются ЭКГ-признаки гипертрофии левого желудочка.

Таким образом, у курируемой больной имеется тиреотоксическое сердце как осложнение основного заболевания.

Таким образом, подтверждается клинический диагноз:

а). Основное заболевание: диффузно-многоузловой токсический зоб II ст.

б). Сопутствующие заболевания:снижение толерантности к углеводам.

в). Осложнения основного заболевания: тиреотоксикоз II ст., тиреотоксическое сердце.

**ЭПИКРИЗ**

Больная ФИО, 76 лет, находилась на стационарном лечении в эндокринологическом отделении РКБ №1 с 15 марта 2006 года по 5 апреля 2006 года с диагнозом:

а). Основное заболевание: диффузно-многоузловой токсический зоб II ст.

б). Сопутствующие заболевания: снижение толерантности к углеводам.

в). Осложнения основного заболевания: тиреотоксикоз II ст., тиреотоксическое сердце.

Диагноз был поставлен на основании:

- жалоб больной на чувство сердцебиения в течение всего дня, периодически появляющееся чувство жара, повышенную потливость, жидкий стул, выраженную общую слабость, головокружения, тревожность, частые смены настроения, поверхностный прерывистый сон, бессонницу, похудание, подъемы артериального давления;

- данных объективного исследования: визуально определяющееся увеличение щитовидной железы, при пальпации щитовидная железа диффузно увеличена, бугристая, безболезненная, подвижная, определяются множественные узлы; положительные симптомы Мебиуса, Штельвага, симптом «гневного взгляда»; симметричное снижение мышечной силы; температура тела 37,10 С; стойкая тахикардия, смещение границ относительной тупости сердца влево, усиление верхушечного толчка, усиленный хлопающий 1 тон в I точке аускультации сердца, систолический шум в I и IV точках;

- данных лабораторно-инструментальных методов исследования: повышение содержания свободного тироксина в сыворотке крови; наличие УЗИ– признаков диффузно-узлового зоба на фоне аутоиммунного заболевания; согласно данным сцинтиграфии щитовидной железы, увеличение обеих долей и перешейка, нечеткие контуры; повышенное накопление РФП в паренхиме обеих долей с неравномерным его распределением; наличие в левой доле очага со сниженным накоплением изотопа; наличие в правой доле очага с накоплением изотопа, равным окружающей ткани.

Больной было проведено лечение: мерказолил, анаприлин, дигоксин, феназепам, рибоксин, кокарбоксилаза, панангин, эгилок.

Состояние больной улучшилось: чувство сердцебиения и тахикардия стали непостоянными, снизилось артериальное давление, уменьшилась слабость.

С 6 апреля 2006 года больная переведена в хирургическое отделение для оперативного лечения.

**ЛЕЧЕНИЕ**

**1. Консервативное лечение до эутиреоидного состояния.**

1. Антитиреоидные препараты:

Rp.: Tab. Mercazolili 0,005 N 60

D.S. Принимать внутрь по 3 таблетки 3 раза в день.

1. β-адреноблокаторы:

Rp.: Tab.Anaprilini 0.04 N 30

D.S. Принимать внутрь по ½ таблетки 2 раза в день за 10-15 минут до еды.

1. Средства, влияющие на адренэргическую иннервацию:

Rp.: Tab. Reserpini 0,0001 N 30

D.S. Принимать по 1 таблетке 3 раза в день.

4). Транквилизаторы:

Rp.: Tab. Phenazepami 0,0005 N 20

D.S. Принимать по 1 таблетке 2 раза в день.

5) Препараты йода:

Rp.: Sol. Iodi spirituosae 5% 10.0

D.S. По 5 капель 3 раза в день после еды на молоке.

6) Препараты, содержащие белладонну:

Rp.: Tab. Bellataminali N 50

D.S. По 1 таблетке 2 раза в день после еды.

7) Витамины.

Rp.: Sol. Acidi ascorbinici 5% 1 ml

D.t.d. N 20 in amp.

S. Внутримышечно 2 раза в сутки.

8) Анаболизирующая терапия

Rp.:Sol. Retabolili oleosae 5%- 1 ml

D.t.d. N 3 in amp.

S. Вводить внутримышечно по 1 мл 1 раз в неделю

**2. Оперативное лечение.**

Подготовка к операции: лечение до эутиреоидного состояния, санация полости рта, препараты йода 10-15 дней до операции.

Объем операции: субтотальная субфасциальная резекция щитовидной железы.

**3. Лечение радиоактивным йодом –** при рецидивах после операции: препараты I131. Первая доза 2,5 МБк. Через 2 недели повторное облучение после обследования. Перерыв на 3 – 4 мес. и повторный курс.

**ПРОГНОЗ**

Благоприятный. Возможны рецидивы заболевания, а также послеоперационные осложнения: кровотечение с блокадой блуждающего нерва, пересечение возвратного гортанного нерва, послеоперационный гипопаратиреоз.

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Балаболкин М.И. Эндокринология: Учеб. пособие – М.: Медицина, 1989. – 416 с.
2. 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.
3. Избранные разделы преподавания внутренней медицины и эндокринологии: Методическая разработка к практическим занятиям для студентов старших курсов и преподавателей / Под ред. проф. А.М. Корепанова. – Устинов – 1985.
4. Вахрушев Я.М. – Непосредственное исследование больного. Учебное пособие. – Ижевск: Экспертиза, 2002. – 225 с.
5. Лабораторные методы диагностики: учебное пособие / Сост. Я.М. Вахрушев, Е.Ю. Шкатова. – М.: Издательство «АНК», 2004. – 80 с.
6. План клинического обследования больного. Методические рекомендации / Сост. Я.М. Вахрушев, Л.И. Ермолова, Е.В. Белова. – Ижевск: Экспертиза, 2002. – 16 с.
7. Лекарственные средства. М.Д. Машковский, т. I, II. – М.:Медицина, 1993.