1. Паспортная часть

Фамилия, имя, отчество больного(ой)

Пол женский

Дата рождения (возраст)

Домашний адрес

Дата поступления в стационар

2. Anamnesis

Жалобы: на опухолевидное образование в области щитовидной железы, на увеличение частоты сердечных сокращений.

Anamnesis morbi: Считает себя больной с 2008 года, после обнаружения признаков заболевания, в виде опухолевидного образования в области щитовидной железы. Предположила аллергический отек, приняла противоаллергическое средство. Обратилась к аллергологу, который направил ее к эндокринологу. Проведено обследование. В плазме крови повышено содержание белковосвязанного йода, трийодтиронина. Была поставлена на учет. Был назначен тиреоидный препарат мерказалин. В период приема препарата состояние стабилизировалось. После самостоятельного прекращения приема препарата отмечалось ухудшение состояния, увеличивалась частота сердечных сокращений, в плазме крови повышение содержание белковосвязанного йода. После возобновления приема мерказалина состояние стабилизировалось. В последнее время отмечен рост образования. Хирургом - эндокринологом было рекомендовано оперативное лечение. Госпитализирована в плановом порядке.

Anamnesis vitae: Родилась в \*\*\*\*\*\*. Росла и развивалась не отставая от сверстников, в хороших социально-бытовых условиях (отдельная комната в квартире). В полной семье. В 7 лет пошла в школу. После окончания средней школы поступила в училище на специальность «бухгалтерский учет». После окончания училища работала бухгалтером в ЖКО. Условия труда удовлетворительные. В настоящее время работает заведующим складом. Работа не связанная с профессиональными вредностями. Замужем. Живет в семье, с мужем и 2 детьми. Члены семьи здоровы. Родная сестра страдает заболеванием щитовидной железы. Мать страдает гипертонической болезнью. Из перенесенных заболеваний отмечает ОРВИ. Наблюдается у эндокринолога. Травм, операций не было. Туберкулез, ВИЧ, сахарный диабет, гепатит, венерические заболевания, прием наркотиков, беспорядочные половые связи отрицает. Аллергический анамнез не отягощен. Гемотрансфузий не было. Из гинекологического анамнеза: 4 беременности, 2 аборта, 2 родов. Роды и аборты без осложнений. Проживает в городской квартире со всеми коммунальными удобствами. Питание трехразовое, регулярное, сбалансированное. Не курит. Алкоголь употребляет 1-2 раза в месяц, по 100г. красного вина.

3. Status praesens communis

Общее состояние больной удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Лицо нормальное. Телосложение нормостеническое. Рост – 169см, вес- 60 кг. Температура тела 36,7 ° С. Кожа бледно-розова, чистая, влажная, эластичная. Видимые слизистые физиологической окраски, чистые. Волосы на голове блестящие, цвет и форма генетически обусловленные. Ногти на руках и ногах имеют овальную форму. Блестящие, с гладкой поверхностью. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно, распределена по телу равномерно, толщина складки на уровне пупка – 3 см. периферические лимфатические узлы не пальпируются. Кости черепа, грудной клетки, конечностей не изменены. Пальпация и поколачивание болезненности не вызывают. Поверхность костей гладкая. Мышцы развиты умеренно, тонус их нормальный. Сила достаточная, при пальпации уплотнение не содержат, безболезненные. Суставы правильной конфигурации, не утолщены, пальпаторно безболезненные, при движении бесшумные. Активные и пассивные движения в полном объеме для каждой пары суставов. Осанка прямая, умеренно выражен шейный и поясничный лордоз, грудной кифоз. Пальпация остистых отростков позвоночника и поколачивание по ним безболезненны. При пальпации крестцово-подвздошные сочленения безболезненны. Симптомы Кушелевского и треножника отрицательны. Симптомы «подбородок – грудина», «ухо - плечо», «затылок - стена» болезненности не вызывают. Симптом

Отта - 3 см, Шобера – 4 см.

Органы дыхания

Дыхание через нос свободное. Выделений нет. Болезненности при надавливании и поколачивании у корня носа, над лобными и гайморовыми пазухами нет. Грудная клетка нормостенической формы. Обе половины ее симметричны, одинаково участвуют в акте дыхания. Тип дыхания – грудной. Частота дыхательных движений – 16. Экскурсия грудной клетки – 6,5 см. Проба Штанге – 50 сек., проба Генча – 23 сек. При сравнительной перкуссии выявляется ясный звук. Топографическая перкуссия. Верхушки легких спереди – справа и слева на 3 см выше уровня ключицы, сзади – на уровне остистого отростка 7 шейного позвонка.

Нижние границы легких:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Линия | Правое легкое | Левое легкое |
| Окологрудинная | 5 межреберье | - |
| Среднеключичная | 6 межреберье | - |
| Передняя подмышечная | 7 межреберье | 7 межреберье |
| Средняя подмышечная | 8 межреберье | 8 межреберье |
| Задняя подмышечная | 9 межреберье | 9 межреберье |
| Лопаточная | 10 межреберье | 10 межреберье |
| Околопозвоночная | Остистый отросток 11  грудного позвонка | Остистый отросток 11  грудного позвонка |

Подвижность нижнего легочного края по средней подмышечной линии – 6,5 см с обеих сторон. При аускультации на всем протяжении легких – везикулярное дыхание, в межлопаточном пространстве на уровне 4 грудного позвонка – физиологическое бронхиальное дыхание. Побочных шумов нет. Бронхофония не изменена, одинаковая с обеих сторон.

Органы кровообращения

При осмотре области сердца сердечный горб не определяется. Верхушечный толчок находится в 5 межреберье на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии. Нормальной ширины, высоты и силы. Сердечный толчок и другие патологические пульсации не определяются. Границы относительной тупости сердца: левая – 5 межреберье, на 1,5 см кнаружи от левой среднеключичной линии, верхняя – 3 межреберье, правая – на 1 см кнаружи от правого края грудины в 4 межреберье. Поперечник сердца – 12,5 см. ширина сосудистого пучка – 5 см. Конфигурация сердца нормальная. Границы абсолютной тупости сердца: левая – на 1 см кнутри от левой границы относительной тупости, верхняя – 4 межреберье, правая – по левому краю грудины. Тоны сердца звучные, ритмичные. Выслушивается 2 тона. При аускультации митрального и трехстворчатого клапана 1 тон преобладает над 2, тон не изменен, шумы не выслушиваются. При аускультации аортального и пульмонального клапана 2 тон преобладает над 1, тон не изменен, шумы не выслушиваются. Частота сердечных сокращений – 80 ударов в минуту. Артерии на конечностях и шеи не видны. Артериальная стенка эластичная, ровная, уплотнений не содержит, легко сжимается. Пульсация на артериях нормальная, симметричная. Пульсация дуги аорты слабая, пульсация брюшной аорты не определяется. При аускультации аорты, артерий шеи шумы отсутствуют. Пульс на лучевых артериях ритмичный 80 ударов в минуту, одинаковый на обеих руках, повышенного наполнения и напряжения. Артериальное давление на левой руке 110/60 мм рт. ст, на правой руке 110/60. Вены конечностей умеренно выражены, не набухши, без узловатости. Вены шей, груди, передней брюшной стенки не видны. Пальпаторно мягкие, безболезненные.

Органы пищеварения

При осмотре полости рта обнаружено. Зубы санированы. Десна розовые, чистые. Язык влажный чистый. Сосочки выражены обычно. Зев не изменен. Миндалины не увеличены, розового цвета. Задняя стенка глотки чистая, розовая. Глотание свободное. Живот не увеличен, правильной формы. Пупок втянут. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный во всех отделах, патологический напряжений мышц нет. Опухоли и грыжи не пальпируются. Свободная жидкость в брюшной полости не определяется. При аускультации живота выслушиваются перистальтические шумы. Сигмовидная кишка пальпируется в виде цилиндра, диаметром 2 см, мягко-эластичной консистенции, безболезненная, подвижная, не урчащая. Слепая кишка пальпируется в виде цилиндра, диаметром 4 см, мягко-эластичной консистенции гладкая, безболезненная, урчащая, не подвижная. Восходящая и нисходящая части ободочной кишки пальпируются в виде цилиндра, диаметром 3 см, безболезненные, не урчащие, неподвижные. Поперечно – ободочная кишка пальпируется в форме цилиндра, диаметром 3 см, безболезненная, гладкая. Расположена на 2 см ниже большой кривизны желудка. Червеобразный отросток не пальпируется, область пальпации безболезненная. Нижняя граница желудка на 2 см выше пупка. При пальпации большая кривизна мягкая, эластичная, безболезненная. Перкуторные размеры печени составляют по среднеключичной линии – 10 см, по средней линии – 9 см, по левой реберной дуге 8 см. Печень не пальпируется, область пальпации безболезненная. Желчный пузырь не пальпируется, область пальпации безболезненная. Симптом Курвуазье, Керра, Грекова-Ортнера отрицательные. Поджелудочная железа не пальпируется, область пальпации безболезненная.

Органы кроветворения

Перкуторные размеры селезенки: длинник – 7см, поперечник – 5 см. Край селезенки не пальпируется, область пальпации безболезненная.

Органы мочевыделения

Область почек не изменена. Почки не пальпируются, область пальпации безболезненная. Поколачивание в поясничной области безболезненно. Мочевой пузырь перкуторно не выходит из-за лонного сочленения, не пальпируется. Болезненности в области верхних и нижних мочеточниковых точках нет.

Половая система

Молочные железы умеренно развиты, без рубцов, уплотнений пальпаторно не выявлено.

Нервная система

Ориентируется в месте, времени и конкретной ситуации. Легко вступает в контакт. Уровень интеллекта соответствует образованию. Речь правильная. Настроение ровное. Поведение во время осмотра адекватное. Признаков расстройство двигательных, чувствительных функций нет. Со стороны вегетативной системы отклонение не выявлено.

Органы чувств

Зрение снижено. Близорукость. Слух, обоняние, вкус и осязание не нарушены.

4. Status localis

Эндокринная система

Со стороны половых органов отклонений не найдено. Вторичные признаки и распределение волос соответствует женскому полу.

В области шеи имеется опухолевидное образование. Определяется визуально.

Щитовидная железа равномерно, диффузно увеличена. Пальпируется на боковых поверхностях шеи, эластической консистенции, с ровной поверхностью, без узлов, безболезненная. Перешеек выражен, пальпируется в форме валика. Кожа над щитовидной железой обычной окраски, не отёчна, имеется местное повышение температуры. Лимфатические узлы шеи не пальпируются, кожа над ними не изменена. Подвижность и состояние глазных яблок не нарушены. Энофтальма и экзофтальма не выявлено. Симптомы Грефе, Мебиуса, Штельвага и Мари отрицательные.

5. Данные лабораторных и инструментальных метод исследования

План исследования

1. Анализ крови клинический
2. Анализ мочи
3. Кровь на сахар
4. Анализ на электролиты
5. Коагулологическое исследование
6. Кал на яйца глистов
7. Электрокардиограмма
8. Анализ крови клинический (23.03.12)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Полученные результаты | Норма для здорового человека (ж) |
| Эритроциты | 4,2 х 10 /л | 3,4 – 5,0 х 10 /л |
| Гемоглобин | 136 г/л | 120 – 160г/л |
| Цветной показатель | 0,9 | 0,86-1,0 |
| Тромбоциты | 3000 х 10 /л | 180 – 320 х 10 /л |
| Лейкоциты: | 4,4 х 10 /л | 3,2 – 10,2 х 10 /л |
| Эозинофилы | 2% | 0,5 – 5% |
| Палочкоядерные нейтрофилы | 2% | 1 – 6% |
| Сегментоядерные нейтрофилы | 58% | 47 – 72% |
| Моноциты | 4% | 3 – 11% |
| Лимфоциты | 34% | 19 – 37% |
| СОЭ | 8 мм/ч | 2 – 20мм/ч |
| Гематокрит |  | 36 – 42% |

2. Анализ мочи (31.12.2009)

Цвет - светло-желтый

Прозрачность – прозрачная

Реакция – слабокислая

Удельный вес – 1,015

Белок – нет

Лейкоциты – 2 – 3 в п/з

Эритроциты – 1 – 2 в п/з

3. Кровь на сахар (24.03.12).

Сахар крови – 3,7 ммоль/л

4. Анализ на электролиты (19.03.12)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Результат | Референтные значения |
| Калий | 4,2 ммоль/л | 3,5 – 5,1 ммоль/л |
| Натрий | 139 ммоль/л | 136 – 145 ммоль/л |
| Хлор | 105 ммоль/л | 98 – 107 ммоль/л |

5. Коагулологическое исследование (19.03.12)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Название | Результат | Референтные значения |
| Протромбин по Квику | 113,073; | 80-120% |
| МНО | 0,905 | 0,8-1,15 |
| Протромбиновое время | 17,300 сек | 11,8-17,6 сек |
| Фибриноген | 2,539 г/л | 2,0-4,0 г/л |
| АЧТВ | 27,900 сек | 24,0-35,0 сек |
| Антитромбин III | 87,716% | 70-120% |

6. Кал на яйца глистов.

Яйца гельминтов не обнаружены.

1. Электрокардиограмма (23.03.12)

Ритм синусный. Частота сердечных сокращений 81 в минуту. Тахикардия.

1. Дифференциальный диагноз

Диффузный токсический зоб следует дифференцировать с другими заболеваниями щитовидной железы, при которых имеется ее увеличение и проявления тиреотоксикоза: одноузловой токсический зоб, токсическая аденома, тиреоидиты, рак щитовидной железы. Также с другими заболеваниями, имеющими сходные симптомы: опухоли гипоталамо-гипофизарной области, нейроциркуляторная дистония, неврастения. Для уточнения диагноза проведение ультразвукового исследования щитовидной железы. Исследование Т3, Т4, тироидного гормона в сыворотке крови является решающим в постановке диагноза. В настоящего времени имеются серьезные затруднения в дифференциальном диагнозе между диффузным токсическим зобом и гипертиреоидной фазой аутоиммунного тиреоидита (зоба Хашимото). В этом случае обращают внимание на консистенцию щитовидной железы. При диффузном токсическом зобе она отличается мягко-эластической консистенцией, в то время как при аутоиммунном тиреоидите - значительно более плотная. Диагностическое значение для аутоиммунного тиреоидита имеет также высокий титр антител к йодпероксидазе щитовидной железы.

При дифференцировке диффузного токсического зоба от одноузлового токсического зоба обращают внимание на характер тахикардии. При диффузном токсическом зобе она будет постоянная, а при узловом периодическая. При пальпации обращают внимание на консистенцию и наличие единичных узелков.

1. Обоснование клинического диагноза

На основании лабораторных данных, дополнительных, специфических и функциональных методов исследования:

· данных ЭКГ: синусовая тахикардия;

· увеличения содержания тироидных гормонов – как связанных с белками крови, так и свободных форм, депрессия тиротропина;

· в плазме крови повышено содержание белковосвязанного йода, трийодтиронина;

· при пальпации выявлено увеличение размеров щитовидной железы, отсутствие узлов.

можно поставить клинический диагноз: диффузно-токсический зоб III средней тяжести в стадии декомпенсации.

1. Этиология и патогенез заболевания

Диффузный токсический зоб является мультифакторным заболеванием, при котором генетические особенности иммунного реагирования реализуются на фоне действия факторов окружающей среды. Эмоциональные стрессорные и экзогенные факторы, такие как курение, неправильное питание, могут способствовать развитию диффузного токсического зоба.

Наследственная предрасположенность → наличие ЛАТС → стимулирующее действие ЛАТС → увеличение образования цАМФ и активация биосинтеза и освобождения тироидных гормонов + наличие тироидных гормонов – стимулирующих антител → лимфоидная инфильтрация щитовидной железы + дефект в системе иммунологического контроля → чрезмерное образование органоспецифических антитироидных антител → образование комплекса антиген – антитело – комплемент на мембране тироцита → деструкция клетки → вторичные антитела + комплекс с рецептором тироидных гормонов → стимулирующее влияние на функцию щитовидной железы.

1. Общие принципы лечения заболевания

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 тироидного гормона.

· 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, детский, подростковый возраст, зоб у беременных в І и ІІ триместрах беременности.

3. Лечение радиоактивным йодом при диффузном токсическом зобе среднего и тяжёлого течения с низкой эффективностью медикаментозного лечения; тяжёлых, висцеропатических формах; рецидивах после хирургического лечения; наличии сопутствующих аффективных психических расстройствах и др.

Лечение данной больной:

Тиотриозолин – 4,0 в/м – 1 раз в день 10 дней.

Витамин В12 – 0,5 в/м - 1 раз в день 10 дней.

Панангин - 10,0 развести физиологическим раствором 100мл - в/в через день – 5 раз.

Предуктал MR 1,0 по 1т. 2 раза в день.

Тирозол по 2т. 3 раза в день.

Персен по 1т. 3 раза в день.

Ливонорм по 1т. 1 раз в день.

Пирозол по 1т. 4 раза в день.

Проведение плановой операции «субтотальная резекция щитовидной железы».

1. Протокол операции

30.03.12 предоперационное заключение

У больной в результате клинических исследований установлен диагноз диффузный токсический зоб 3степени. Показана плановая операция, объем которой будет определен после ревизии щитовидной железы. Тиреотоксикоз компенсирован. Согласие больной на операцию получено. Планируется общее обезболивание. О возможных осложнениях предупреждена.

Челябинская государственная клиническая больница №1

Плановое хирургическое отделение.

Дата 30.03.12

Протокол операции № 318

Время операции 9/15 – 9/55

Фамилия, имя, отчество больного(ой)

Диагноз Диффузный токсический зоб 3 степени

Операция «Субтотальная резекция щитовидной железы»

Под эндотрахеальным наркозом, полуовальным разрезом на шеи с разведением коротких мышц шеи обнажена щитовидная железа, при ревизии установлено, что правая и левая доли щитовидной железы размерами 6х5х4 см, псевдоузловатые плотной консистенции. Прилежащие лимфоузлы не увеличены. Произведена субтотальная резекция щитовидной железы, с оставлением на боковой поверхности трахеи слева до 1,0 гр, справа до 1,5 гр щитовидной железы. В ложе щитовидной железы установлен дренаж. Операционная рана послойно ушита до дренажа. Йод, асептическая повязка.

Препарат: обе доли щитовидной железы состоят из однородной серовато-розовой ткани.

11. Дневник

29.03.12

Общее состояние удовлетворительное. Температура 36,6. Кожные покровы бледно-розовые, чистые. Жалоб не предъявляет. Сердечная деятельность ритмичная, тоны ясные, посторонние шумы не выслушиваются. Пульс 78, артериальное давление 120/80. Дыхание свободное через нос. На всем протяжении лёгких везикулярное дыхание, хрипов нет. Частота дыхания 18. Живот не увеличен, мягкий, безболезненный, печень у края рёберной дуги. Поколачивание в поясничной области безболезненно. Стул и диурез в норме. Аппетит нормальный.

Щитовидная железа равномерно, диффузно увеличена до III степени, пальпируется на боковых поверхностях шеи: эластичной консистенции, с ровной поверхностью, безболезненная. Кожа над щитовидной железой не изменена, имеет местное повышение температуры. Лимфатические узлы шеи не пальпируются. Кожа над ними не изменена.

03.04.12

Общее состояние удовлетворительное. Температура 37,1. Жалуется на головную боль. Кожные покровы бледно-розовые, чистые. Сердечная деятельность ритмичная, тоны ясные посторонние шумы не выслушиваются. Пульс 80, артериальное давление 110/70. на всем протяжении лёгких везикулярное дыхание, хрипов нет. Частота дыхания 18. Живот мягкий, безболезненный, печень у края рёберной дуги. Стул и диурез в норме.

Наложенные швы состоятельны, кожа вокруг гиперемирована. При надавливании болезненные ощущения в области щитовидной железы. Глотание свободное, безболезненное.

12.Эпикриз

ФИО 42 лет, с 28.03.12 по 05.04.12 года находилась в эндокринологическом отделении ГБ № 1 на стационарном лечении. Поступила на плановую госпитализацию в связи с ухудшением состояния, с жалобами на рост опухолевидного образования в области щитовидной железы, на увеличение частоты сердечных сокращений.

Состояние при поступлении удовлетворительное, сознание ясное. Кожные покровы обычной окраски, тёплые, влажные на ощупь. Пульс повышенного напряжения и наполнения частота сердечных сокращений – 80 ударов в минуту. Артериальное давление 110/60 мм рт. ст, частота пульса и показатели артериальное давление при изменении положения тела не меняются. Щитовидная железа равномерно, диффузно увеличена до III степени, пальпируется на боковых поверхностях шеи, эластической консистенции, с ровной поверхностью, безболезненная.

На основании жалоб, анамнеза, объективных данных и дополнительных методов исследования был поставлен клинический диагноз: Диффузно-токсический зоб III средней тяжести в стадии декомпенсации.

Больной были выполнены следующие методы исследования: анализ крови клинический, анализ мочи, сахар крови, , кал на яйца глистов, ЭКГ.

Была проведена в плановом порядке операция Субтотальная резекция щитовидной железы»

13. Литература

1. Балаболкин М.И. Эндокринология: Учебное пособие. – М.: Медицина, 1989.

2. Эндокринология/ За ред.. П.М. Боднара. – К.: Здоров’я, 2002.

3. Клиническая эндокринология / За ред.. В.М. Хворостінки. – К.: Медицина, 2009.

4. Машковский М.Д. Лекарственные средства. В 2-х т. – Харьков: Торсинг, 1997.

5. Методические разработки кафедры.

6. Эндокринология. Учебник/ Под ред. П.М. Боднара. – Винница: Новая Книга, 2007.