**Паспортная часть.**

**Ф.И.О.:** \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

**Дата рождения:** 1962 год

**Место работы:** воинская часть, главный техник.

**Адрес:** г. Колпашево,

**Дата поступления:** 10 марта 2005 г.

**Дата выписки:** 18 марта 2005 г.

**Диагноз поступления:** узловой зоб левой доли щитовидной железы

**Клинический диагноз:**

1. **Основное заболевание:** диффузно-узловой токсический зоб III степени. Гипертиреоз(Struma nodosodiffusa tocsicosaIII.Hyperthureosis).
2. **Сопутствующие заболевания:** нет
3. **Осложнения основного заболевания:**  нет

**Операция:** субтотальная резекция щитовидной железы

**Дата операции:** 11 марта 2005 года

**Анестезия:** общая анастезия

**Послеоперационные осложнения:** нет

**Анамнез развития заболевания**

**Жалобы на момент поступления и курации:**

При поступлении больная предъявляла следующие жалобы:

* Ощущение давления в области шеи при наклонах головы
* Чуство «неловкости» в области шеи
* затруднения при глотании
* боли в области сердца, колющего характера, возникают при физической нагрузке и в покое
* сердцебиение
* бессоница, плохой сон с частыми пробуждениями
* беспокойство, раздражительность, быстрая утомляемость, плаксивость
* повышение потоотделения
* одышка, возникающая при физической нагрузке
* боли в локтевых, лучезапястных и коленных суставах
* нарушение менструального цикла

**Жалоб со стороны других органов и систем нет.**

**Анамнез заболевания.**

Пациентка считает себя больной с 1994 года, когда впервые обнаружила появление неприятных ощущений в области шеи. По причине этого в 1994г. больная обратилась в Областную Клиническую больницу, где была поставлена на учет у эндокринолога. После всех проведенных исследований был поставлен диагноз: «Диффузный узловой зоб I-II степени, узел левой доли».На основании поставленного диагноза была назначена терапия и даны рекомендации. Назначенное лечение принесло облегчение состоянию пациентки.В течение последующих 10 лет жалоб со стороны щитовидной железы пациентка не предъявляла.

В ноябре 2004 года пациентка вновь обратила внимание на неприятные ощущения в области шеи.Чувство дискомфорта постепенно увеличивалось, пациентка стала отмечать быструю утомляемость, слабость, беспокойство, раздражительность, нарушение сна, плаксивость, потливость. Помимо этого появились боли в локтевых, лучезапястных, коленных суставах. \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*также стала отмечать возникновение одышки при физической нагрузке и боли в области сердца. В связи с этим она вновь обратилась к эндокринологу ОКБ, где после повторных исследований был поставлен следующий диагноз: «диффузный узловой зоб, II степени». Пациентке было назначено лечение на дому препаратами: Мерказолил по 2т.\*3р., Конкор по 1т.\*3р., Новопассит 1т\*2 р..Назначенное лечение облегчения не принесло и поэтому 10 марта 2005 года Елесина С.В в плановом порядке поступила в отделение факультетской хирургии ОКБ. Были собраны жалобы, анамнез, проведены необходимые исследования и поставлен диагноз: «Диффузный узловой токсический зоб III степени. Гипертиреоз». На основании данного диагноза, с учетом всех показаний и противопоказаний было назначено оперативное лечение: « субтотальная резекция щитовидной железы».

**Анамнез жизни**

**Период роста, направленность развития:** больная развивалась соответственно возрасту, в умственном и физическом развитии не отставала от сверстников.

**Гинекологический анамнез:** Mensis с 12 лет, регулярные, безболезненные. 2 беременности в возрасте 24 и 29 лет закончились родами без осложнений.

**Перенесенные заболевания:** в детстве переболела корью, ветрянкой. Травм не было. В 1983 году - операция по поводу фиброаденомы левой молочной железы. Гепатитом, туберкулезом, венерическими заболеваниями не болела.

**Влияние внешней среды**: проживает с мужем в благоустроенной квартире с централизованными канализацией, отоплением и водоснабжением. Вредного влияния внешней среды не отмечает.

**Условия питания:** питается регулярно, сбалансировано, полноценно, диеты не соблюдает.

**Профессиональный анамнез:** \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*с 8 лет пошла в школу.После окончания 10 классов общеобразовательной школы в 1980г. поступила в Политехнический Университет. Закончила его в 1985г. , работала на кафедре технического обслуживания. После была переведена в воинскую часть по специальности главный техник, где и работает в настоящее время. Вредных условий в работе не отмечает.

**Семейный анамнез:** Пациентка родилась 4 декабря 1962г.,является первым ребенком в семье, имеет младшую сестру. Замуж вышла в возрасте 24 лет. Отец умер в 1992г., причина смерти не известна. Мать предъявляет жалобы на щитовидную железу. О заболеваниях сестры не знает. Муж и дети здоровы. Близкие родственники сходных заболеваний не имели. Наличие в семье наследственных, психических заболеваний, туберкулеза отрицает.

**Аллергологичекий анамнез:**не отягощен.

**Объективное исследование**

**Общее состояние:** удовлетворительное

**Положение:** активное

**Температура:** 36,8 С

**Пульс:** 83 уд\мин

**Давление:** 130\85 мм.рт.ст

**Дыхание:** 16 дв\мин

**Телосложение:** нормостеническое

**Рост:** 163 см

**Вес:** 65 кг

**Исследование кожи:** кожные покровы нормального цвета, кожа влажная, эластичная, не шелушится. Волосы гладкие, блестящие.

**Слизистые оболочки:** слизистые рта и мягкого неба розовые, чистые, влажные. Миндалины не выходят за пределы небных дужек.

**Подкожная клетчатка:** выражена умеренно

**Лимфатические узлы:** Периферические лимфатические узлы не увеличены, безболезненные, эластичные, с окружающими тканями и между собой не спаяны.

**Мышечная система:** развитие удовлетворительное, симметричное, тонус мышц сохранен, болезненности при прощупывании нет, гипертрофии\атрофии отдельных групп мышц нет.

**Костная система:** развита удовлетворительно, деформации костей, периоститов нет.

**Суставы:** симметричны, подвижны, болезненны при движениях, движения сохранены в полном объеме.

**Голова, лицо:** выражение лица без особенностей, мимика сохранена. Глаза блестящие (симптом Крауса), глазные симптомы Мебиуса и Грефе отрицательные.

**Ротовая полость:** видимые слизистые рта, мягкого неба, десна розового цвета, чистые, влажные. Язык обычных размеров, розовый, влажный, сосочки выражены, налета и наложений нет. Зубы белого цвета, здоровые, на верхних и нижних молярах участки кариозной пигментации.

**Шея:** при осмотре области шеи определяется утолщение в проекции щитовидной железы. Шейные лимфоузлы пальпаторно не увеличены, сосуды шеи без видимой пульсации, не набухшие. Щитовидная железа определяется пальпаторно, несколько увеличена, при пальпации безболезненна, умеренно подвижная, консистенция эластичная, слева определяется небольшой участок уплотнения.

**Грудная клетка:** правильной формы, симметричная, обе половины равномерно активно участвуют в акте дыхания.

**Межреберья, над- и подключичные пространства:** надключичные и подключичные ямки симметричны, хорошо выражены. Межреберные промежутки хорошо контурированы, эластичные, безболезненные.

**Симметричность дыхательных движений:** симметричны

**Подвижность легочного края:** подвижность легочного края по средней аксиллярной линии составляет справа и слева 6 см.

**Перкуссия легких:** при сравнительной перкуссии над симметричными участками легких перкуторный звук легочный, одинаковый. Топографическая перкуссия:

***Границы правого лёгкого :***

- l. parasternalis: верхний край 6-го ребра.

- l. medioclavicularis: нижний край 6-го ребра

- l. axillaris anterior: 7-е ребро

- l. axillaris media: 8-е ребро

- l. axillaris posterior: 9-е ребро

***Границы левого лёгкого :***

- l. axillaris anterior: 7-е ребро

- l. axillaris media: 8-е ребро

- l. axillaris posterior: 9-е ребро

Верхушки обоих легких спереди отстоят на 3 см выше ключицы.

**Аускультация легких:** при аускультации над всеми отделами легких выслушивается везикулярное дыхание, побочных дыхательных шумов нет.

**Осмотр области сердца:** грудная клетка в области сердца не изменена, видимой пульсации нет

**Пальпация:** верхушечный толчок пальпируется в 5 межреберье, на 1.5 см кнутри от среднеключичной линии, не разлитой, не усилен, диаметром 2 см.

**Перкуссия:**

***Границы относительной тупости:***

- правая: IV межреберье 1,5 см от правого края грудины

- левая: кнутри от среднеключичной линии

- верхняя: расположена на III ребре слева

***Границы абсолютной тупости сердца:***

- верхняя: IV ребро

- правая: левый край грудины

**Аускультация:** тоны сердца громкие, ритмичные, патологических шумов нет

**Пульс, его характеристики:** пульс одинаков на обеих руках, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения, обычной формы. Частота пульса 83 уд\мин.

**Осмотр живота:** живот правильной формы, не увеличен, симметричный, участвует в акте дыхания, вены не расширены.

**Пальпация живота:** при поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. ***Глубокая пальпация:***

- слепая кишка: расположена правильно, диаметром 3 см, эластичная, стенка гладкая, ровная, безболезненная, подвижность достаточная. урчание не определяется.

- сигмовидная кишка: расположена правильно. диаметром 2 см, эластичная, подвижность достаточная, стенка ровная, гладкая, безболезненная, урчание не определяется.

- поперечная ободочная кишка: расположена правильно, диаметром 2 см, эластичная, подвижность достаточная, стенка гладкая. ровная, болезненна, урчание не определяется.

- восходящая, нисходящая ободочная кишка: расположена правильно, подвижность достаточная, диаметром 2 см, эластичная, стенка ровная, гладкая, безболезненная, урчание не определяется.

**Мочеполовая система:** кожные покровы в поясничной области не изменены, почки не пальпируются. Симптом поколачивания в поясничной области отрицательный.

**Состояние психики и нервной системы:** сознание ясное, речь не изменена. Чувствительность не изменена. Больная ориентирована во времени и пространстве, охотно идет на контакт. К своему заболеванию относится критически.

**Осмотр заболевшего участка ( status localis morbi)**

При осмотре щитовидной железы определяется равномерное утолщение в ее проекции. Видимых изменений кожи в проекции щитовидной железы не отмечается: кожа эластичная, гладкая, гиперемии нет. При пальпации шейные лимфоузлы не увеличены, сосуды шеи без видимой пульсации, не набухшие. Щитовидная железа при пальпации несколько увеличена, безболезненна, умеренно подвижная, эластичной консистенции, небольшой участок уплотнения определяется слева.

**Лабораторные и инструментальные исследования**

1. **Общий анализ крови (от 28.02.2005г.)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатель | Полученные данные | Нормальные величины |
| Гемоглобин, г/л  Эритроциты, 1012/л  Цветной показатель  Лейкоциты, 109/л  СОЭ, мм/час  Нейтрофилы п/я, %  Нейтрофилы с/я, %  Лимфоциты, %  Моноциты, % | 121  4,50  0,8  4,4  14  2  57  30  5 | 115 – 145  3,7 – 4,7  0,85 – 1,05  4,78 – 7,68  2-15  0 – 6  47 – 72  19 – 37  3 – 11 |

Заключение:анализ крови без видимых изменений.

1. **Общий анализ мочи (от 28.02.2005г.)**

|  |  |
| --- | --- |
| Показатель | Полученные данные |
| Цвет  Прозрачность  Удельный вес  Белок  Микроскопия осадка | светло-желтый  прозрачная  1010  отрицательный  единичные клетки плоского эпителия в полях зрения, лейкоциты 1-2 в поле зрения. |

Заключение: анализ мочи без отклонений.

1. **Биохимический анализ крови (от 28.02.2005г.)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатель | Полученные данные | Норма |
| Глюкоза, ммоль\л  α-амилаза сыворотки, ед  Мочевина, ммоль\л  Общий белок, г\л | 5,4  38,0  3,5  64,8 | 3,5-7,5  до 95,0  2,5-8,3  65-85 |

Заключение: биохимический анализ крови без особенностей

1. **Показатели свертываемости крови (от 28.02.2005г.)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатель | Полученные данные | Нормальные величины |
| Протромбиновый, %  АЧТВ, сек  Фибриноген общий, г/л  Фибриноген В, г/л | 89,0  31,5  2,5  отр. | 80 – 105  25 – 35  2,5 – 3,5  отр. |

Заключение: анализ свертывающей системы крови без особенностей.

1. **RW (от 28.02.2005г.)**

отрицателен

1. **УЗИ щитовидной железы** (от 28.02.2005г.)

Расположена обычно, симметрично, контуры нечеткие. Снижение эхогенности. Перешеек: 6 мм

Правая доля: 17·40·19 мм

Левая доля: 22·46·28 мм

Практически всю левую долю выполняет узел размером 18\*22\*27 с четкими контурами. В узле жидкостной компонент размером 13\*6 мм.

Заключение: диффузный узловой зоб. Нарушение питания в узле.

1. **Гормональный статус**(от 23.11.2004г).

ТТГ 0,29(0,23-3,4)

Т4 25(10,2-23,2)

АТ-мф 0(больше 30)

Заключение: повышение уровня общего тироксина в крови

1. **Гормональный статус**(от 25.01.05г).

ТТГ 2,002(0,23-3,4).

Т4 14,06(10,2-23,2).

1. **ЭКГ (от 28.02.2005г):** ритм синусовый 83 в минуту. ЭОС отклонена вправо. Ускорение атриовентрикулярной проводимости.

**Обоснование диагноза**

Диагноздиффузно-узлового токсического зоба III степени,гипертиреоз ставится на основании:

*Жалоб больной:*

* Чуство «неловкости» в области шеи
* Ощущение давления в области шеи при наклонах головы
* затруднения при глотании
* боли в области сердца, колющего характера, возникают при физической нагрузке и в покое
* сердцебиение
* бессоница, плохой сон с частыми пробуждениями
* беспокойство, раздражительность, быстрая утомляемость, плаксивость
* повышение потоотделения
* одышка, возникающая при физической нагрузке
* боли в локтевых, лучезапястных и коленных суставах
* нарушение менструального цикла

1. *Данных анамнеза*

*Неоднократные обращения к эндокринологу по поводу щитовидной железы и усугубление симптоматики с ее стороны.*

1. *Данных объективного исследования:*
   * кожа влажная, эластичная.
   * Глаза блестящие (симптом Крауса), глазные симптомы Мебиуса и Грефе отрицательные.
   * При осмотре щитовидной железы определяется равномерное утолщение в ее проекции. Видимых изменений кожи в проекции щитовидной железы не отмечается: кожа эластичная, гладкая, гиперемии нет. При пальпации шейные лимфоузлы не увеличены, сосуды шеи без видимой пульсации, не набухшие. Щитовидная железа при пальпации несколько увеличена, безболезненна, умеренно подвижная, эластичной консистенции, небольшой участок уплотнения определяется слева.
2. *Данных параклинических исследований:*
   * УЗИ щитовидной железы (от 28.02.2005г). заключение: диффузный узловой зоб. Нарушение питания в узле.
   * Гормональный статус: увеличение общего тироксина в крови.

***Окончательный диагноз:***

1. **Основное заболевание:** Struma nodosodiffusa tocsicosaIII.Hyperthureosis.
2. **Сопутствующие заболевания:** нет
3. **Осложнения основного заболевания:**  нет

**Дифференциальный диагноз**

Дифференциальный диагноз диффузно-узлового зоба необходимо провести со следующими патологиями:

* аутоиммунный тиреоидит
* злокачественные опухоли щитовидной железы
* острый тиреоидит
* хронический лимфоматозный тиреоидит Хашимото
* хронический фиброзный тиреоидит Риделя
  1. **Аутоиммунный тиреоидит**

***Сходство:*** при АИТ отмечают увеличение щитовидной железы, при сильном увеличении могут отмечаться жалобы на затруднение глотания и косметический дефект. Увеличение щитовидной железы как правило двустороннее и равномерное.

***Отличия:*** при диффузно-узловом зобе в крови могут отсутствовать

антитериоидные антитела.

Так как данных о исследовании биопсийного материала щитовидной железы нет, то диагноз аутоиммунный тиреоидит полностью исключить нельзяДля подтверждения диагноза гипертиреоидного зоба необходимо провести цитологическое исследование удаленной на операции ткани щитовидной железы.

* 1. **Опухоли щитовидной железы**

***Сходство:*** больные могут предъявлять сходные жалобы (наличие опухолевидного образования в проекции железы, затруднения при глотании и наклонах головы). В зависимости от вида опухоли и функционального состояния железы также возможны жалобы на сердцебиение, бессонницу, «+» симптом Крауса. Характерная картина при УЗИ-исследовании - наличие узловых образований в ткани щитовидной железы.

***Отличие:*** для опухолей щитовидной железы характерен узел плотной консистенции, при прорастании - несмещаемый, спаянный с окружающими тканями. Возможно увеличение регионарных лимфоузлов при метастазировании. Данных симптомов у больной не отмечается. В пунктате должны отсутствовать

атипичные и малодифференцированные клетки. Это позволяет исключить диагноз злокачественной опухоли щитовидной железы(в данном случае не проводилось).

* 1. **Острый тиреоидит**

***Сходство:*** при остром тиреоидите наблюдаются увеличение щитовидной железы, затруднения при глотании, боли при наклоне и поворотах головы.

***Отличие:*** для острого тиреоидита характерно быстрое начало на фоне предшествующей инфекции (чаще всего - воспалительные заболевания верхних дыхательных путей), чего больная не отмечает. Боли при остром тиреоидите обычно носят интенсивный характер и иррадиируют в затылочную область или ухо. Характерны признаки воспаления: повышение температуры, слабость, недомогание. В крови отсутствуют характерные признаки воспаления (увеличение СОЭ, серомукоидов, СРБ, лейкоцитоз).

Эти данные позволяют исключить диагноз острого тиреоидита.

* 1. **Хронический лимфоматозный тиреоидит Хашимото**

***Сходство:*** для лимфоматозного тиреоидита Хашимото характерно длительное и постепенное развитие заболевания, чаще у женщин в возрасте старше 50 лет. На протяжении длительного времени единственная жалоба - увеличение щитовидной железы и косметический дефект. Позже могут присоединяться жалобы от сдавления увеличенной железой соседних органов (затруднение при глотании).

***Отличие:*** при лимфоматозном тиреоидите Хашимото через 1-4 года от начала заболевания присоединяются призанки гипотиреоза, которые отсутствуют у данной больной. В крови обнаруживаются антитериоидные антитела. Для исключения диагноза необходимо определение в крови антитиреоидных аутоантител.

* 1. **Хронический фиброзный тиреоидит Риделя**

***Сходство:*** отмечаются сходные жалобы на увеличение щитовидной железы, затруднения при глотании, наклонах головы.

***Отличие:*** при фиброзном тиреоидите Риделя пальпаторно железа плотной консистенции, часто спаянная с окружающими тканями, чего не наблюдается у данной пациентки. На поздних стадиях появляются признаки гипотиреоза, которые также отсутствуют. При пункционной биопсии щитовидной железы диагноз также не подтверждается.

**На основании приведенного дифференциального ряда можно подтвердить диагноз: диффузно-узловой токсический зоб III степени. Гипертиреоз.**

**Этиология:** Раньше самой частой причиной заболевания был дефицит йода (т. е. дефицит субстрата для синтеза тиреоидных гормонов). В настоящее время зоб все чаще всего обусловлен генетическими дефектами системы синтеза, секреции и периферического метаболизма тиреоидных гормонов. Снижение уровней T4 и T3 по принципу отрицательной обратной связи усиливает секрецию ТТГ в аденогипофизе. ТТГ стимулирует не только синтез T4 и T3, но и пролиферацию тироцитов, что приводит к развитию зоба. Пока этот компенсаторный механизм обеспечивает достаточный уровень T4 и T3, у больного сохраняется эутиреоз. При неполной компенсации развивается гипотиреоз, а при тяжелом течении заболевания — гипотиреоидная форма кретинизма.Эндемический зоб встречается в местах с недостатком йода в воде и пище. Дефицит йода — самая распространенная причина зоба. У здоровых людей потребность в йоде составляет 120—300 мкг/сут; а экскреция йода с мочой равна 100—200 мкг/сут. При потреблении йода < 100 мкг/сут возникает зоб (компенсаторное увеличение щитовидной железы). Экскреция йода в пределах 25—50 мкг/сут свидетельствует об умеренном дефиците йода; экскреция йода < 25 мкг/сут — признак тяжелого дефицита йода. Добавление йода к пищевым продуктам позволило полностью ликвидировать эндемию зоба во многих районах. У больных с леченным диффузным токсическим зобом или многоузловым токсическим зобом, живущих в местах с недостатком йода в воде и пище, нередко наблюдается вызванный йодом тиреотоксикоз (феномен йод-Базедов). Дело в том, что у таких больных имеется дефицит йода, поэтому тиреотоксикоз не проявляется, пока больные не получают йодные добавки. Для жителей районов с недостатком йода в воде и пище характерен также тиреотоксикоз после приема [амиодарона](http://www.medicum.nnov.ru/doctor/library/drugs/dr0043.php).

**Патогенез:**

Недостаточность йода приводит к понижению продукции тиреоидных гормонов и уменьшению их концентрации в крови. Низкий уровень тиреоидных гормонов в сыворотке крови под влиянием регулирующего механизма обратной связи между щитовидной железой и гипофизом вызывает чрезмерную секрецию тиреотропного гормона гипофизом. Ввиду того, что недостаток йода постоянный, то и тиреотропная гипофизарная стимуляция является стойкой и вызывает не только активацию функции щитовидной железы, но и гиперплазию тиреоидной паренхимы, а это выражается образованием зоба. Посредством компенсаторной гиперплазии щитовидной железы увеличивается продукция тиреоидных гормонов, пока не наступит нормализация функции железы и равновесие между щитовидной железой и гипофизом. Помимо корреляции между щитовидной железой и гипофизом существует зависимость между функцией щитовидной железы и корой головного мозга. От интерорецепторов патологически измененной паренхимы железы в кору головного мозга непрерывно поступают патологические импульсы, в которой они создают доминантный очаг возбуждения. Из этого очага по центробежному пути в щитовидную железу посылаются импульсы, которые могут вызвать в самой паренхиме железы усиленные гиперпластические и дистрофические изменения. Взаимоотношения между корой головного мозга и щитовидной железой у больных эндемическим зобом играют существенную роль в генезе зоба. Различная иннервация щитовидной железы, обусловливающая различное функциональное состояние отдельных участков ее, как и измененная трофическая функция, позволяют объяснить возникновение узловых форм эндемического зоба и развитие дегенеративных изменений в нем. У взрослых индивидов преобладают узловатые формы зоба

**Классическое лечение заболевания:**

Лечение йодом оказывает благоприятный лечебный эффект только при применении низких доз йода 1-2 мг в день. Применяют калия йодид, антиструмин, раствор Люголя. Лечение проводится в течение 5 дней подряд, без повышения дозировки, затем делают перерыв на два дня, или же в течение 20 дней с перерывами в 10 дней, на протяжении 6—12 месяцев. Йодная терапия, применяемая в микродозах, безопасное и наиболее эффективное лечение диффузного зоба в детском и юношеском возрасте.

Применение органических соединений йода дает более хорошие и более скорые результаты. Чаще всего применяется препарат тиреоидин. Начинают лечение низкими дозами—-0,02—0,05 в зависимости от возраста. Через 10—15 дней постепенно увеличивают дозы, достигая 0,20 г в день. Лечение обычно проводят 20 дней, а затем делают перерыв на 10 дней.

Также назначают антитиреоидные средства, бета-адреноблокаторы, транквилизаторы и седативные средства.

**Лечение у данного больного:**

Внутримышечно:

Сибазон 2,0

Димедрол 1,0

Анальгин 2,0\*3р

Димедрол 1,0\*3р

Ортофен 3,0\*1р

Фенобарбитал 1т\*2р

Сибазон - бензодиазепиновый транквилизатор, действует успокаивающе, снимает эмоциональное напряжение, уменьшает чувство тревоги, страха, беспокойства, оказывает миорелаксантное, противосудорожное и умеренно снотворное действие, усиливает действие снотворных средств. Применяют при нервно психических заболеваниях и купировании психомоторного возбуждения.

Димедрол- противогистаминный препарат, оказывает местное анастезирующее действие, расслабляет гладкую мускулатуру в результате непосредственного спазмолитического действия, блокируют холинорецепторы вегетативных нервных узлов, оказывает седативное действие. Применяют для лечений заболеваний аллергического генеза.

Анальгин - анальгезирующее противовоспалительное и жаропонижающее, применяют при болях различного происхождения: головная, невралгия, радикулит и миозит, лихорадочных состояниях, гриппе, ревматизме и холере.

Ортофен - оказывает противовоспалительное, анальгезирующее и жаропонижающее действие.

Фенобарбитал- применяется как снотворное средство, а в малых дозах как успокаивающее.

**Показания к операции:**

* **Абсолютные показания**:
  + прогрессирующее увеличение щитовидной железы
  + сдавление увеличенной железой окружающих органов и тканей
  + **Относительные показания**:
  + косметический дефект
  + возможность малигнизации узлов

**Противопоказания к операции:**

1. Абсолютные противопоказания: нет
2. Относительные противопоказания:нет

**Подготовка к операции:**

* гигиеническая ванна
* смена нательного и постельного белья
* очистительная клизма утром и вечером
* голод с 18.00 накануне операции
* на ночь Tab. Sibazoni 0,005
* за 30 минут до операции Sol. Promedoii 2% -1 ml подкожно

**Ход операции**

**Начало операции:**09.00

**Конец операции:** 10.00

**Обработка операционного поля:** операционное поле обработано спиртовым раствором йода

**Анестезия:** общая

**Ход операции:**

Разрезом Кохера без пересечения претрахеальных мышц выделена щитовидная железа.

При ревизии: правая доля мягкая, узлы, размер доли 17·40·19 мм; левая доля 22·46·28 мм, пальпируется узел 18·22·27 мм в нижнем полюсе левой доли. Регионарные л\у без особенностей. После перевязки щитовидных артерий проведена субтотальная резекция обеих долей щитовидной железы с оставлением ткани в верхних полюсах.

Контроль на гемостаз. Рана ушита послойно с оставлением резиновых выпускников. Швы на коже, асептическая повязка.

**Возможные осложнения**:

1. Интраоперационные:
   * повреждение возвратных нервов
   * кровотечение
   * повреждение паращитовидных желез
   * судороги
   * воздушная эмболия
2. Постоперационные:

* гематома
* нагноение раны
* асфиксия в следствии повреждения возвратных нервов
* потеря голоса при повреждении возвратных нервов

**Выписной эпикриз**

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\* 1962 г.р.поступила в плановом порядке в отделение факультетской хирургии ОКБ 10 марта 2005г. При поступлении больная жаловалась на:

* Ощущение давления в области шеи при наклонах головы
* затруднения при глотании
* боли в области сердца, колющего характера, возникают при физической нагрузке и в покое
* сердцебиение
* бессоница, плохой сон с частыми пробуждениями
* беспокойство, раздражительность, быстрая утомляемость, плаксивость
* повышение потоотделения
* одышка, возникающая при физической нагрузке
* боли в локтевых, лучезапястных и коленных суставах
* нарушение менструального цикла

Больной были проведены следующие исследования: ОАК, ОАМ (без отклонений), биохимический анализ крови (без отклонений), анализ свертывающей системы крови (без отклонений), анализ на RW (отрицательный), ЭКГ. При осмотре щитовидной железы определяется равномерное утолщение в ее проекции. Видимых изменений кожи в проекции щитовидной железы не отмечается: кожа эластичная, гладкая, гиперемии нет. При пальпации шейные лимфоузлы не увеличены, сосуды шеи без видимой пульсации, не набухшие. Щитовидная железа при пальпации несколько увеличена, безболезненна, умеренно подвижная, эластичной консистенции, небольшой участок уплотнения определяется слева.

а икеобыредства., бета-адренобиков области шеиНа основании жалоб предъявленных больной, данных обьективного осмотра, инструментальных и параклинических исследований был поставлен диагноз: диффузно-узловой токсический зоб III степени. Гипертиреоз.

11.03.2005г. была проведена операция: субтотальная резекция щитовидной железы, под общей анестезией. Во время операции и в постоперационном периоде осложнений не возникло. Швы были сняты на 7 сутки. Рана зажила первичным натяжением. Больная выписана 18.03.2005г. в удовлетворительном состоянии, рекомендовано наблюдение у эндокринолога.

**Дневник курациисле перевязки щитовидных артерий проведена субтотальная резекция левой доли щитовидной железы с оставлением ткани в нижне**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 10.03.2005  АД=130\85 пульс=83 t=36,8 | Жалобы на: Ощущение давления в области шеи при наклонах головы,  затруднения при глотании,  боли в области сердца, колющего характера, возникают при физической нагрузке и в покое,  сердцебиение,бессоница, плохой сон с частыми пробуждениями,  беспокойство, раздражительность, быстрая утомляемость, плаксивость,  повышение потоотделения,одышка, возникающая при физической нагрузке,боли в локтевых, лучезапястных и коленных суставах,  нарушение менструального цикла.  Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Кожа нормального цвета, влажная. Видимые слизистые чистые, влажные. Дыхание везикулярное. Тоны сердца четкие, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Аппетит нормальный. Физиологические отправления в норме. | УЗИ щитовидной железы,ОАК, ОАМ, RW, биохимический анализ крови, свертываемость крови Диета №3 |
| 11.03.2005  АД=140\95 пульс=83 t=37,0 | Операция. Начало 09.00, конец 10.00 .  После операции жалобы на слабость, головокружения, головную боль, тошноту. Состояние удовлетворительное, сознание ясное. Физиологические отправления в норме. Повязка сухая, рана умеренно болезненна. | Премедикация: Sol.Promedoli  Обезболивание: Sol.Promedoli+Sol.Dimedroli  При повышении АД Tab.Clofellini под язык  Антибиотикопрофилактика, постельный режим. |
| 12.03.2005  АД=120\80 пульс=85 t=36,8 | Жалобы на незначительные тянущие боли в области операционной раны. Положение активное. Состояние удовлетворительное, сознание ясное. Физиологические отправления в норме. Операционный шов умеренно болезненен, припухлый, не гиперемирован, отделяемого нет. | Обезболивание, постельный режим отменить. |

**Рекомендации:**

Рекомендуется соблюдать все предписания врача, диету, применять назначенные лекарственные средства, регулярно наблюдаться у врача эндокринолога. Рекомендуется санаторно-курортное лечение.

**Прогноз:**

При соблюдении всех рекомендаций и предписаний врача прогноз благоприятный.

**Список литературы**

1. Е.А. Валдина «Заболевания щитовидной железы (хирургические аспекты)». М: 1993г
2. Бомаш Н.Ю. «Морфологическая диагностика заболеваний щитовидной железы.» М: «Медицина», 1981 г.
3. Островерхов Е.Г. «Оперативная хирургия и топографическая анатомия» М: «Литера», 1996г.
4. Дедов И.И. «Диагностика, лечение и профилактика узловых форм заболеваний щитовидной железы», 1999г.
5. М.И. Кузин «Хирургические болезни», 2-е издание, М:Медицина, 1995г.
6. В.И. Бородулин «Справочник практического врача»; том 1,2 М: «Рипол классик», 2001г.
7. Баев Б.Н. «Хирургия на щитовидной железе»,/Санкт-Петербург, 1999г., стр. 32-154
8. Вернер С. «Щитовидная железа - патология и клиника», М: 1997г., стр, 102 - 200