**Дата поступления:**  16 декабря 1999 г. по направлению эндокринологического диспансера

**Возраст**: 41

**Вес**: 62 кг

**Рост**: 160 см

**Семейное положение**: разведена, имеет двух сыновей 20 и 15 лет

**Профессия и место работы**: инженер

**Место жительства**:

**Диагноз клинический**:

* *Основное заболевание:* Подострый тиреоидит, пролонгированное течение. Ятрогенный гиперкортизолизм.
* *Осложнения:* Обменно-эндокринная кардиопатия.

**II . Анамнез данного заболевания.**

( anamnesis morbi ):

***1. Жалобы при поступлении:***

* Слабость, утомляемость.
* Раздражительность
* Сердцебиение
* Боль малой интенсивности в области передней поверхности шеи, усиливающаяся при глотании, кашле
* Субфебрильная температура

2. ***Начало и дальнейшее развитие заболевания:***

Зимой 1999 г. у пациентки появился кашель и она стала самостоятельно лечиться гомеопатическими препаратами (афлубин, антигриппин, мумие) и закаливаться в проруби, после чего произошло обострение мастопатии. В мае 1999 г. она впервые обратилась к маммологу, который прописал лечение (кламин, поливит, алфит);одновременно больная стала отмечать раздражительность, повышенную лабильность настроения. 20 июня у больной возникла апоплексия правого яичника, с чем она была по скорой помощи доставлена в ОКБ и прооперирована. После операции отмечала плохое самочувствие — слабость,сердцебиение, рвоту, повышенную потребность в жидкости (до 3 л\сут), онемение в руках, а уровень глюкозы в крови был 7,8 ммоль\л, что побудило пациентку в конце июля обратиться в поликлинику к эндокринологу и сдать анализы на толерантность к глюкозе, уровень ТТГ и антител к тиреоглобулину. Результаты анализов показали легко повышенный уровень ТТГ (3,2 мкМЕ\ мл при норме до 2,9), а сахарный диабет не был выявлен. 28 августа после поездки за город больная почувствовала резкую слабость, сердцебиение, АД = 150\60 мм.рт.ст. (обычное АД = 100\60 мм.рт.ст), дважды вызывала бригаду скорой медицинской помощи, которая произвела ей инъекцию папаверина с дибазолом. 29 августа на дом пришел участковый терапевт и выписал направление к невропатологу в железнодорожную больницу на дневной стационар, где пациентке сняли ЭЭГ и ЭхоЭГ, а также она получила курс лечения кламином и пирацетамом ; при выписке отметила оставшуюся тяжесть в голове. В сентябре появилась боль в горле при глотании, однако гиперемии миндалин не наблюдалось, поэтому пациентка обратилась к эндокринологу, который назначил ей L- тироксин. В октябре общее состояние не улучшилось, боль в горле осталась, больная ощущала разбитость, ежедневно к вечеру температура тела поднималась до 37,2 С. По направлению терапевта пациентка вновь обратилась к эндокринологу, анализ крови выявил повышенную СОЭ (58 мм\ч) и 6 октября 1999 г. больная была госпитализирована в клиники СГМУ, где получала курс преднизолона, местно — индометациновая мазь на область щитовидной железы. После выписки ощущала временное улучшение состояния, наблюдалась в эндокринологическом диспансере, однако в начале декабря состояние вновь стало ухудшаться и 16 декабря больная была повторно госпитализирована в эндокринологическое отделение клиник СГМУ, где в настоящее время проходит курс назначенной терапии. 29 и 30 декабря на фоне проводимой терапии у пациентки зафиксирован рецидив заболевания — повышение температуры до38.0 С, боли в области шеи, увеличение СОЭ до 56 мм\ч.

**III. Анамнез жизни**

 ( anamnesis vitae )**:**

Пациентка родилась 4 ребенком в семье ( через 1 год после предыдущих родов матери), беременность и роды проходили без осложнений. Возраст матери на момент родов — 33 года, отца — 25 лет. Росла и развивалась нормально, от сверстников не отставала. Из детских инфекций перенесла корь, паротит, ветрянку, коклюш ; отмечает частые заболевания ОРВИ в детстве.

Окончила школу, затем ТИСИ — в 1985 г. После окончания института 5 лет работала в войсковой части, затем устроилась в “Томлесстрой”. Часто приходиться работать на открытом воздухе. Ежегодно в осенне-зимний период пациентка проходит курс физиотерапии по поводу обострения ларинго-трахеита.

Вышла замуж в возрасте 20 лет, имеет двух сыновей 15 и 20 лет.

В настоящее время с мужем разведена, воспитывает детей одна.

 **Социально-бытовой:**

Пациентка материально обеспечена, длительное время проживает в благоустроенном жилье, однако отмечает повышенную влажность в квартире (1 этаж) и наличие плесени. Питается не регулярно, без злоупотребления отдельными видами продуктов. Вредных привычек – нет.

 **Семейный:**

Двоюродному брату боьной по материнской линии в 1998 г. и тете матери произведена экстирпация щитовидной железы. У трех родных сестер имеется мастопатия.

 **Аллергологический анамнез:**

У больной отмечаются аллергические реакции на клубнику по типу рвоты, аллергический ринит на бумажную пыль.

**IV. ОБЪЕКТИВНЫЕ ДАННЫЕ.**

Status praesens.

**Рост -** 160см

**Вес -** 62 кг

**Температура тела** - 36.4 С

**Положение** – активное.

**Телосложение -** нормостеническое

**Общее состояние** – удовлетворительное.

**Состояние кожи -** бледного цвета, умеренной влажности, пастозность лица

**Подкожная клетчатка -** выражена умеренно с перераспределением по “буйволиному типу” (шея, спина, лицо)

**Состояние слизистых оболочек** – чистые, бледно-розовые без патологических образований. Окраска склер — белая

**Зев -** спокоен

**Миндалины -** увеличение I ст.

**Лимфатические узлы** - не увеличены

**Щитовидная железа -** расположена в типичном месте, не увеличена, движется вместе с гортанью, при пальпации умеренно болезненна, в правой доле пальпируется узел 0,3 х 0,6 см с ребристой поверхностью

**Череп** - деформаций нет

**Суставы** - без деформаций, безболезненны при пальпации и движениях, объем движений сохранен

**Ногти -** прозрачные, прочные

**Мышечная система** - развита умеренно, тонус - удовлетворительный, мышцы при ощупывании безболезненны.

СИСТЕМА ДЫХАНИЯ.

Состояние носа, носовых путей — без деформаций, носовое ды-

 хание — свободное

Частота дыхания - 15 движ\мин

*Топографическая перкуссия легких:*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| нижняя граница: | левая | правая |
| парастернальная линия |  —  | 5 межреберье |
| срединноключичная |  —  | 6 ребро |
| передняя подмышечная | 7 | 7 |
| средняя подмышечная | 8 | 8 |
| задняяя подмышечная | 9 | 9 |
| лопаточная | 10 | 10 |
| околопозвоночная | 11 | 11 грудной позвонок |

Подвижность легочного края - слева: 7см справа: 8см

Аускультация легких: дыхание везикулярное, хрипов не выявлено

СЕРДЕЧНО - СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА.

*Перкуссия сердца:*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **границы** |  **относительной тупости** | **абсолютной тупости** |
| **левая** | 0.5 см кнаружи от левой ср.ключичной линии |  —  |
| **правая** | 1 см не дойдя правого края грудины | левый край грудины |
| **верхняя** | 3 ребро по левой парастернальной линии | 4 ребро по левой парастернальной линии |
| **высота правого атриовазального угла** | 3 реберный хрящ справа |  —  |
| **ширина сосуд. пучка** |  —  | 6 см |

Аускультация сердца:

1. Тоны приглушены, ритмичные, соотношение сохранено, тахисистолия

Аорта и сосуды: видимой пульсации аорты, расширения вен — не обнару жено

Пульс : на лучевой артерии — ритмичный, частота — 95 уд\ мин, умеренного напряжения и наполнения, одинаковый на обеих руках, стенка сосуда эластичная.

Артериальное кровяное давление: 110 / 70 мм.рт.ст

ПИЩЕВАРИТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА.

Дефекации безболезненны.

Живот при пальпации безболезненный.

Размеры печени по М.Г.Курлову:

 - от верхней границы по срединноключичной линии до нижней 9.5см

 - от основания мечевидного отростка до нижней границы по срединной линии 9 см

 - от основания мечевидного отростка до левой границы 8 см

МОЧЕ - ПОЛОВАЯ СИСТЕМА.

Симптом Пастернацкого ( поколачивания ) - отрицательный

Мочеиспускание — не учащено, безболезненное

**ПСИХО-НЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС**

Настроение - психо-эмоциональная лабильность

Ширина глазных щелей - одинаковая

Зрачки - правильной формы, реакция на свет сохранена

Расстройство поверхностных видов чувствительности — не выявлено

Органы чувств: слух, обоняние - без отклонений, зрение - удовлетворительное

Головокружение - не отмечено

Речь - внятная, удовлетворительной скорости

Координация движений - сохранена

В позе Ромберга - устойчива

Рефлекторная сфера - рефлексы на руках, коленные, ахилловы равномерны, не усилены.

**ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ**

 **Общий анализ крови:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **17 .12.1999** | **24.12.1999** | **6.01.2000** | **11.01.2000** | **н о р м а** |
| **Гемоглобин** | 118 | 122 | 116 | 128 | 130-160 г\л |
| **Эритроциты** | 3,83 | —  | 3,65 | 4,04 | 4-5\*1012 в1л |
| **ЦП** | 0,9 | —  | 0,9 | 0,9 | 0,9 -1 |
| **СОЭ** | 4 | 4 | 56 | 43 | 2-10 мм\ч |
| **Лейкоциты** | 6,0 | 8,0 | 9,0 | 4,7 | 4 -9\*109 в 1л |
| **П\Я** | —  | —  | 4 | 1 | 2 -5 % |
| **Сегм\Я** | 44 | 60 | 61 | 58 | 47-72 % |
| **Эозинофилы** | 2 | —  | 1 | 2 | 0,5-5 % |
| **Базофилы** | —  | —  | —  | 1 | 0 - 1% |
| **Лимфоциты** | 52 | 37 | 26 | 28 | 19-37 % |
| **Моноциты** | 2 | 3 | 8 | 10 | 3-11 % |

**Биохимический анализ крови:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **17.12.1999** | **21.12.1999** | **6.01.2000** | **н о р м а** |
| **Билирубин общ** | 9,9 \ отр | — \ —  | —  | 8,5-20,5 мкмоль\л |
| **Белок общ.** | 67,6 | 73,9 | 77,1 | 65 -85 г\л |
| **Тимол.**  | 1,7 | —  | —  | 0 -4 ЕД |
| **АСТ**  | —  | 26,1 | —  | до31,0 мккат\л |
| **АЛТ** | —  | 7,89 | —  | до31,0 мккат\л |
| **а-амилаза сыв.** | —  | 70,7 | —  | до100 г\(ч\*л) |
| **мочевина** | 6,4 | —  | —  | 1,7 -7,5 ммоль\л |
| **креатин** | 79,2 | —  | —  | 40 -80 мкмоль\л |
| **Na+**  | 144 | —  | —  | 130 -156ммоль\л |
| **K+**  | 5,1 | —  | —  | 3,4- 5,3 ммоль\л |

**RW** отриц

Заключение: все показатели в пределах нормы.

**Суточные колебания уровня глюкозы в крови ( 18.03.99)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **время** | **17. 12. 1999** | **18.12.1999** |
| **8.00** | 3,2 ммоль\л | 3,3 -- |
| **13.00** | 2,7 -- | 4,3 -- |
| **18.00** |  | 4,3 -- |
| **22.00** |  | 7,7 -- |

**Электрофоретические фракции белков:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **21.12.1999** | **1.01.2000** |  **н о р м а** |
| **Альбумины,%** | 56,5 | 43,3 | 50-60 |
| **а1 - глобулины** | 5,0 | 6,8 | 1,6-5,8 |
| **а2 - глобулины** | 12,2 | 15,3 | 5,9-11 |
| **b - глобулины** | 13,0 | 16,5 | 7,9-14 |
| **гамма-глобулины** | 13,3 | 18,1 | 11-18 |
| **белковый коэфф** | 1,29 | 0,76 | 0,92-1,56 |

**Общий анализ мочи:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **6.01.2000** | **17.01.2000** |
| **Цвет** | соломенно-желтый | соломенно-желтый |
| **Прозрачность** | прозрачная | прозрачная |
| **Уд. вес** | 1019 | 1021 |
| **Эритроциты** | отр | отр |
| **Белок** | отр | отр |
| **Глюкоза** | отр | отр |
| **Оксалаты** |  |  + |
| **Микроскопия** | единичные лейкоциты в п\ зр, плоский эпителий |  единичные лейкоциты в п\ зр, плоский эпителий, слизь ++ |

**Суточная моча на белок и сахар (20.12.1999):** отрицательна

**Проба Нечипоренко (17.12.1999):**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Результат** |  **н о р м а**  |
| **Лейкоциты** | 750 | до 4000 |
| **Эритроциты** | 1500 | до 1000 |

***Заключение*:** микрогематурия

**Эхокардиография 27.12.1999**

 ***Заключение:*** аорта не расширена; аортальные, трикуспидальные и легочные створки — без особенностей; пролапс митрального клапана Iст с незначительной регургитацией. Толщина стенок миокарда — нормальная, общая систолическая и диастолическая функции левого желудочка — удовлетворительная.

**ЭКГ**

 **17.12.1999**

***Заключение:*** угол а = +400 , нормальное положение электрической оси сердца, ритм синусовый 78 уд\ мин,признаки повышенной нагрузки на левый желудочек и его гипертрофия.

 **6.01.2000**

***Заключение:*** по сравнению с ЭКГ от 17.12.1999 ЧСС =100 уд\мин. В остальном — ЭКГ без динамики.

**УЗИ щитовидной железы**

 **23.12.1999. *Заключение:*** диффузные изменения щитовидной железы

 **29.12.1999. *Заключение:*** УЗ-признаки тиреоидита, Уз-данных за подострый тиреоидит не выявлено.

**ОБОСНОВАНИЕ ОСНОВНОГО ДИАГНОЗА**

На основании жалоб пациентки, объективных и параклинических данных поставлен

**Диагноз клинический**:

* *Основное заболевание:* Подострый тиреоидит, пролонгированное течение. Ятрогенный гиперкортизолизм.
* *Осложнения:* Обменно-эндокринная кардиопатия.

Подострый тиреоидит, пролонгированное течение.

 1. Из анамнеза — ежегодные частые ОРВИ вполне могли стать причиной подострого тиреоидита, а купание в проруби — вызвать срыв иммунной защиты.

 2.Субъективно — жалобы на сердцебиение,раздражительность, болезненность в области щитовидной железы, боль при глотании

 3. Объективно — увеличение щитовидной железы I ст

 4. Параклинически в период обострения — повышенное СОЭ (56 мм\ч), лимфоцитоз до 52% при норме — до37%, увеличено содержание а2-глобулинов до 15% при норме — до 11%, а альбуминов снижено до 43.3% при норме — 50-60%

Ятрогенный гиперкортизолизм.

 Поставлен основываясь на ярко выраженном объективном симптоме — распределение подкожно-жировой клетчатки преимущественно на лице, шее, спине (“буйволиный тип” распределения)

Обменно-эндокринная кардиопатия.

 Диагноз поставлен с учетом данных объективного исследования — глухость сердечных тонов и смещение левой границы сердца на 0,5 см кнаружи от срединноключичной линии, а так же параклинических данных — ЭКГ: признаки перегрузки левого желудочка и его гипертрофия.

**ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА.**

**Лечение основного заболевания** —подострого тиреоидита.

Лечение проводится по следующей программе:

**1. Глюкокортикоидные препараты** — для подавления вторичного аутоиммунного воспаления (подавление лимфо- и плазмоцитов)

 - преднизолон 30 мг\сут (20мг в первую половину дня); при непереносимости или его отсутствии:

 *- дексаметазон* 2- 4мг

 - возможны инъекции в щитовидную железу препарата*кеналог* 10 -30 мг. 1 раз в неделю

**2. НПВС —** противовоспалительный эффект

 *- индометацин* (сильное противовосп.действие) в таблетках 0.025 3 раза в день после еды или этот препарат пролонгированного действия — *метиндоретард* 0.075 1- 2раза в день после еды

 - *диклофенак* (сильное обезболивающее действие) в таблетках 0.025 3 раза в день

**3. Метронидазол** (трихопол) — в таблетках 0.25 4 раза в день после еды в течение 2 недель для профилактики бактериального поражения щитовидной железы на фоне ее воспаления.

**4. Тиреоидные препараты —** у данной пациентки для рассасывания уплотнений вщитовидной железе

 *- три йод тиронин* таблетки 20 -40 мкг\ сут или

 *- тиреотон* по 1 таблетке в день или

 *- L- тироксин* в таблетках по 50 - 100 мкг\ сут — от 1 до 1,5 мес

**5. Иммуномодулирующая терапия**

 **-** *тимолин* по 20 мг внутримышечно в течение 5 дней или

 - *Т-активин* по 100 мкг внутримышечно 1 раз в день в течение 5 дней

 *- натрий нуклеиновокислый* 0.1 3 раза в день внутрь 15 -30 дней.

Возможно применение *экстракта элеутерококка* ( нормализует количество Т-лимфоцитов, преимущественно Т-супрессоров, В-лимфоцитов, О-клеток и стимулирует выработку эндогенного интерферона) по 2 мл за 30 мин до еды 3 раза в день в течение 3-4 недель

**6. Местное лечение**

 **-** на область щитовидной железы апликации *индометациновой, бутадионовой мазей* или *гель диклофенака натрия*. Наносить вечером на срок от 15 до 60 минут в зависимости от переносимости препаратов.

**7. Лечение симптоматического тиреотоксикоза**

- b-адреноблокаторы для устранения тахикардии — анаприлин 100 -120 мг\сут на протяжении гипертиреоидной фазы.

**Расчет примерной диеты** для больной весом 62 кг с учетом, что ее работа относится к физически легкой.

Суточная энерг. потребность = 62 кг \*25 ккал + (62\*25)\3 =~ 2000 ккал. Энергозатраты на 60% должны покрываться углеводами (1200 ккал)\4=300 г

 на 24% жирами (480 ккал)\9=53 г

 на 16% белками (320 ккал)\4=80 г

По таблице каллорийности продуктов составляем рацион:

Второй завтрак:

хлеб белый — 25 г

творог — 100 г

Завтрак:

хлеб черный — 25 г

каша манная — 60 г

творог — 100 г

яйцо — 1 шт

масло сливочное — 15 г

салат из помидоров — 200 г

молоко — 100 г

Обед:

Полдник:

хлеб белый — 50 г

фрукты — 100 г

молоко — 200 г

Ужин:

хлеб белый — 25г

каша пшеная — 60г

творог — 100 г

мясо — 100 г

салат морковный — 200 г

кефир — 200 г

хлеб черный — 25 г

мясо — 100 г

сметана — 20 г

картофель — 150 г

растит.масло — 30 г

салат из капусты — 200 г

фрукты — 200 г

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:**

1. В.В.Потемкин “Эндокринология” Издательство “Медицина” Москва 1986г

2. А.Н.Окороков; Лечение болезней внутренних органов в 3-х томах (том 2, книга 1), Издательство “Вышейшая школа” Минск 1997

3. М.Д.Машковский; Лекарственные средства, Издательство “Медицина” Москва 1988