ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ.

  2Фамилия 0: x

  2Имя: 0 x

  2Отчество: 0 x

  2Возраст: 0 61 год

  2Профессия: 0 пенсионерка

  2Дом. адрес: 0

  2Дата поступления: 0 26.01.97г.

 ЖАЛОБЫ.

  \_ 5На момент поступления:

 на неприятные ощущения в области передней поверхности нижней трети

 шеи

 на тянущие боли в области шеи, периодически самостоятельно проходящие

 на аппатию,беспричинную слабость, потерю интереса к жизни

 на бессоницу: больная не может заснуть и плохо спит

 на периодическое снижение артериального давления до 100/60 мм рт ст

 на прибавку в весе: за три месяца поправилась на 2 кг

 на чувство тяжести в желудке после еды независимо от количества

принятой пищи

 на частые запоры, сопровождающиеся метеоризмом

 Жалоб со стороны других органов и систем нет.

  \_ 5На момент осмотра: . 0 жалобы те же.

 АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ.

 Больной себя считает с 1985 года, когда впервые при обследовании

в поликлинике был пальпаторно выявлен узел в правой доле щитовидной

железы. В 1995 году было сделано УЗИ, подтвердившее наличие узла.

Больная чувствовала себя хорошо, нигде не обследовалась и не лечилась.

 Осенью 1997г. возникли неприятные ощущения в области передней по-

верхности нижней трети шеи и тянущие боли в области шеи, периодически

самостоятельно проходящие. Появились беспричинная слабость, аппатия,

потеря интереса к жизни, бессоница. Артериальное давление стало сни-

жаться до 100/60 мм рт ст. Одновременно больная стала обращать внима-

ние на частые запоры, сопровождающиеся метеоризмом, не проходящие на

фоне диеты. Больная сделала УЗИ: узел увеличился с 1995 г. в два раза.

26.01.97г. поступила в клинику СПбГМА по направлению для обследования

и лечения.

.

 - 3 -

 АНАМНЕЗ ЖИЗНИ.

 Родилась в 1937г. в Новгороде в многодетной семье.Отклонений в

физическом и интеллектуальном развитии не было. Закончила 10 классов ,

институт. Работала педагогом в школе. Замужем, имеет сына. С

1967г. живет в Санкт-Петербурге, с 1997г. не работает. Питание в семье

регулярное, достаточное, сбалансированное. Психо-эмоциональная сфера

не страдает. Больная ведёт здоровый образ жизни, работает на приуса-

дебном участке. Особой диеты не придерживается.

Перенесённые заболевания.

 ОРЗ болеет редко.

 В 1967г. - очаговая пневмония.

 В мае 1997г. - левосторонняя пневмония.

Наследственность.

 Со слов больной, родители и близкие родственники сходных по

клинике и этиологии заболеваний не имеют. Наследственных, онкологичес-

ких заболеваний в семье не наблюдала.

Гинекологический анамнез.

 Б-3, А-2, Р-1. В менопаузе с 50 лет.

Вредные привычки. Отрицает.

Аллергологический анамнез.

 Аллергические реакции в виде кожной сыпи,приступов удушья и

отёков отрицает. Непереносимость лекарственных препаратов отрицает.

Эпидемиологический анамнез.

 Гепатитом, туберкулёзом и другими инфекционными, в том числе

венерическими, заболеваниями не болела. ВИЧ не инфицирована. Контакт с

ВИЧ инфицированными и инфекционными больными отрицает. С больными жи-

вотными контакт отрицает.

 В течении жизни гемотрансфузий не проводилось. За последние 6 ме-

сяцев инъекций не делалось. Последние 6 месяцев за пределы области не

выезжала.

 Имеется склонность к запорам. Каловые массы обычного цвета,

без патологических примесей.

Страховой анамнез.

 В листке нетрудоспособности не нуждается.

.

 - 4 -

 ОБЩИЙ ОСМОТР.

 Состояние удовлетворительное,сознание ясное, положение активное.

Температура тела нормальная.

 Телосложение правильное. Рост 160 см, вес 74 кг, нормостениче-

ский тип конституции.

 Выражение лица печальное, мимика скудная. Работоспособность резко

снижена. Речь медленная, монотонная.Аппетит нормальный.

 Блеск глаз отсутствует. Глазные симптомы Мебиуса и Грефе отрица-

тельные.

 Слизистые рта и мягкого нёба розового цвета, чистые, влажные. Зу-

бы здоровые, белого цвета, нижние шестёрки имеют кариозную пигмента-

цию. Язык розовый, влажный, у корня обложен белым налётом.

 Кожные покровы желтовато-бледные, сухие, неэластичные, шелушатся.

Отёков нет.

 Оволосение скудное. Волосы тусклые, ломкие.Ногти бледно-розового

цвета, ломкие.

 Подкожножировая клетчатка выражена умеренно. (Толжина кожной

складки около пупка 3см).

 Миндалины не увеличены, розовые, влажные. Периферические лимфати-

ческие узлы (подчелюстные, ярёмные, шейные, затылочные, подмышечные,

локтевые, паховые) не увеличены, безболезненные, эластичные, с окружа-

ющими тканями и между собой не спаянные.

 Мышечная система: развитие удовлетворительное, тонус ослаблен, бо-

лезненности при ощупывании нет, гипертрофии/атрофии отдельных групп

мышц нет.

 Деформации костей и суставов не наблюдается. Суставы подвижные,

безболезненные. Движения сохранены в полном объёме. Осанка ровная.

 Исследование сердечно-сосудистой системы.

 Грудная клетка в области сердца не изменена. Усиление пульсации

сонных артерий не наблюдается. Набухание и пульсация шейных вен от-

сутствует. Верхушечный толчок пальпируется в V межреберье на 1.5см

кнутри от l.medioclavicularis, площадью 1см, средней силы. Сердечный

толчок не пальпируется. Эпигастральной пульсации нет. "Кошачье мурлы-

канье" на аорте и верхушке сердца не пальпируется.

 Патологической пульсации нет. 2Пульс 0 одинаковый на обеих руках,

ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения, обычной формы.

Частота -- 80 уд/мин. Сосудистая стенка вне пульсовой волны не пальпи-

руется.

 Границы 2  0относительной сердечной тупости:

  1Правая 0:IV межреберье- правый край грудины.

 III межреберье - 1.5 см кнаружи от правого края грудины.

  1Верхняя 0: III ребро между l.sternalis и l.parasternalis.

  1Левая 0: V межреберье - 2 см кнутри от l. medioclavicularis sinistra.

 IV межреберье - 1.5 см кнутри от l.medioclavicularis

 III межреберье - l.parasternalis

 Границы абсолютной сердечной тупости:

  1Правая 0: IV межреберье - левый край грудины

  1Верхняя 0: IV ребро у края грудины

  1Левая 0: V межреберье - 2 см кнутри от левой границы относительной

сердечной тупости.

 Сосудистый пучок не выходит за пределы грудины в I-м и II-м меж-

реберьях.

 При 2  0аускультации: 2  0 тоны сердца ясные, ритмичные. Шумов, патологи-

ческих ритмов нет.

 Артериальное давление: 110/70 мм рт ст.

.

 - 5 -

 Исследование дыхательной системы.

 Грудная клетка правильной формы, симметричная, обе половины рав-

номерно активно участвуют в акте дыхания. Надключичные и подключичные

ямки симметричные, хорошо выраженные. Межрёберные промежутки хорошо

контурируются, эластичные, безболезненные.

 Нос не деформирован. 2Дыхание 0 свободное, ровное, нормальной глуби-

ны, ритмичное. Частота дыхательных движений -- 18 раз в минуту.

 Пальпация 2  0грудной клетки безболезненная. Грудная клетка эластич-

ная. Голосовое дрожание одинаковое с обеих сторон в симметричных

участках.

 При 2  0 топографической перкуссии:

  1Границы правого лёгкого 0:

 - 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

 - l. scapularis: 10-е ребро

 - l. paravertebralis: остистый отросток XI грудного позвонка

  1Границы левого лёгкого 0:

 - l. axillaris anterior: 7-е ребро

 - l. axillaris media: 9-е ребро

 - l. axillaris posterior: 9-е ребро

 - l. scapularis: 10-е ребро

 - l. paravertebralis: остистый отросток XI грудного позвонка

 Верхушки обоих лёгких спереди на 3 см выше ключиц, сзади -- на

уровне VII шейного позвонка.

 Подвижность нижнего края обоих лёгких по l.axillaris media сос-

тавляет 6 см.

 Ширина перешейков полей Кренинга -- 7 см справа и слева.

 Симптом Штернберга и Потенжера отрицательный.

 При 2  0сравнительной перкуссии над всей поверхностью лёгких опреде-

ляется ясный лёгочный звук, одинаковый в симметричных участках грудной

клетки.

 При 2  0аускультации над всей поверхностью лёгких выслушивается вези-

кулярное дыхание. Побочных дыхательных шумов нет.

 Исследование пищеварительной системы.

 Слизистые рта и мягкого нёба розовые, чистые, влажные. Зубы здо-

ровые, белого цвета, нижние шестёрки с участками кариозной пигмента-

ции. Язык розовый, влажный, у корня обложен белым налётом.

 Живот правильной формы, активно участвует в акте дыхания. Пупок

не выпуклый, вены не расширены.

 При 2  0поверхностной пальпации: живот мягкий, безболезненный.

 При глубокой пальпации: в левой повздошной области определяется

 1сигмовидная кишка 0 плотно-эластической консистенции; безболезненная,

подвижная, с ровной поверхностью, неурчащая.

 в правой повздошной области пальпируется

 1слепая кишка 0: безболезненная, подвижная, слегка урчащая.

  1поперечно-ободочная кишка 0 обычной кон-

систенции, пальпируется на уровне пупка, безболнзненная.

  1большая кривизна желудка 0 пальпируется в

виде валика с ровной поверхностью, расположенного на 2 см выше пупка

по обе стороны от средней линии тела

.

 - 6 -

  1привратник 0 не пальпируется

  1нижний край печени 0 не выступает из под

рёберной дуги. Размеры печени по Курлову - 9:8:7 см.

  1селезёнка 0 не пальпируется. Перкуторно

определяется по l. axillaris media с 9-го ребра.

 Исследование мочевыводительной системы.

 Кожные покровы в поясничной области не изменены. Почки не пальпи-

руются. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

 ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС.

 Щитовидная железа пальпаторно несколько увеличена, мягко-эласти-

ческой консистенции, безболезненная, с участком небольшого уплотнения

справа.

 ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ.

 На основании  2жалоб 0:

- на неприятные ощущения в области передней поверхности нижней

 трети шеи

- на тянущие боли в области шеи, периодически самостоятельно проходящие

- на аппатию,беспричинную слабость, потерю интереса к жизни

- на бессоницу: больная не может заснуть и плохо спит

- на периодическое снижение артериального давления до 100/60 мм рт ст

- на прибавку в весе: за три месяца поправилась на 2 кг

- на частые запоры, сопровождающиеся метеоризмом

  2данных анамнеза: 0

- в 1985г. при обследовании в поликлинике был обнаружен узел в

 правой доле щитовидной железы

- по данным УЗИ с 1992 по 1997г. узел увеличился в два раза

  2объективных данных 0:

- выражение лица печальное, мимика скудная. Работоспособность

 резкоснижена. Речь медленная, монотонная

- блеск глаз отсутствует. Глазные симптомы Мебиуса и Грефе

 отрицательные

- кожные покровы желтовато-бледные, сухие, неэластичные, шелушатся

- оволосение скудное. Волосы тусклые, ломкие. Ногти бледно-розового

 цвета, ломкие -щитовидная железа пальпаторно несколько увеличена,

 мягко-эластической консистенции, безболезненная, с участком неболь-

 шого уплотнения справа

 можно сформулировать \_ предварительный диагноз .: 2

  2Узловой зоб I 0  2степени (узел в правой доле). Гипотиреоз.

.

 - 7 -

 ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ.

 1. Клинический анализ крови.

 2. Общий анализ мочи.

 3. Биохимический анализ крови.

 4. Кровь по Сухареву.

 5. Протромбиновый индекс.

 6. RW.

 7. Форма N 50.

 8. ФЛГ.

 9. Бактериологическое исследование кала на дизентерийную и тифо-

 паратифозную группы.

 10. Анализ кала на я/глист.

 11. ЭКГ.

 12. ФГС.

 13. Консультация эндокринолога.

 14. УЗИ.

 15. Сцинтиграфия щитовидной железы

 16. Радиоизотопное исследование функции щитовидной железы

 17. Определение Т 43, 0 Т 44, 0 АКТГ, ТТГ.

 РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ И ЗАКЛЮЧЕНИЯ КОНСУЛЬТАНТОВ.

 1. Клинический анализ крови.

 Hb - 170 г/л

 Эритроциты - 5.3 \*10 512 0 г/л

 Цветной показатель - 0.96

 Лейкоциты - 6.4 \* 10 59 0 г/л

 Палочки - 4%

 Сегменты - 58%

 Эозинофилы - 0%

 Лимфоциты - 33%

 Моноциты - 5%

 СОЭ - 5 мм/час

 2. Общий анализ мочи 2.

 Количество - 100 мл

 Цвет - светло-жёлтый

 Прозрачность - прозрачная

 Удельный вес - 1024

 Белок - нет

 Сахар - нет

 Лейцоциты - ед. в поле зрения

 3. Биохимический анализ крови.

 Общий белок - 70.7 г/л

 Амилаза - 5.2 г/л/ч

 СОЭ - 6.0 мм/час

 АЛГ - 0.5

 АСТ - 0.4

 Общий биллирубин - 10.3 мкмоль/л

 Сахар - 5.2 ммоль/л

 Мочевина - 5.1 ммоль/л

 Креатинин - 0.08 ммоль/л

 Холестерин общий - 5.2 ммоль/л

 Фибриноген - 3 г/л

 Белок - 70 г/л

.

 - 8 -

 4. 2  0RW отрицательна.

 5. 2  0Форма N 50. ВИЧ не инфицирована.

 6. 2 ФЛГ.

 Органы грудной клетки без патологии.

 7. 2  0Бактериологическое исследование кала на дизентерийную и тифо-

 паратифозные группы - не обнаружено.

 8. Анализ кала на я/глист - не обнаружено.

 9. 2  0Электрокардиография.

 Ритм синусовый.  \_Заключение .: нарушение метаболизма

 RR - 0.70" миокарда перегородочных и нижне-

 RQ - 0.16" боковых отделов.

 QRS - 0.08"

 QT - 0.36"

 ЧСС - 80 уд/мин

 10. 2  0Эзофагогастроскопия.

 При осмотре пищевода отмечается  2неполное смыкание кардиального

 2жома. 0 Слизистая пищевода обычного цвета.

 В желудке -- умеренное количество светлой жидкости. Складки мяг-

кие,легко расправляются воздухом. Слизистая обычного цвета с участками

бледно-розового.

 Перистальтика активная. Луковица двенадцатиперстной кишки пра-

вильной формы. Слизистая кишки гиперемированная.

  \_Заключение .: 2 недостаточность кардии. Атрофический гастрит. Дуоденит 0.

 11. Эхография щитовидной железы.

 Правая доля - 1.6 \* 2.1 \* 5.0 см

 Перешеек - 0.3 см

 Левая доля - 1.5 \* 1.7 \* 1.3 см

 В правой доле в средней трети -- гипоэхогенный "узел" 0.8 \* 0.5 \*

0.2 см с ровными контурами.Остальная ткань щитовидной железы однородная.

 12. Сцинтиграфия щитовидной железы.

 Изображение железы обычного расположения. Контуры чёткие, форма

не изменена. Накопление препарата удовлетворительное. Распределение

равномерное.

.

 - 9 -

 13. Радиоизотопное исследование функции щитовидной железы

 50 +---+---+---+-------+---------+---------+---

 ¦ ¦ ¦ ¦ ¦ ¦ ¦

 40 +---+---+---+-------+---------+---------+---

 ¦ ¦ ¦ ¦ ¦ ¦ ¦

 30 +---+---+---+-------+---------+---------+---

 ¦ ¦ ¦ ¦ ¦ ¦ ¦

 20 +---+---+---+-------+---------+---------+---

 ¦ ¦ ¦ ¦ ¦ ¦ ¦

 10 +---+---+---+-------+---------+---------+---

 ¦ ¦ ¦ ¦ ¦ ¦ ¦

 0 L---+---+---+-------+---------+---------+---

 2ч 4ч 6ч 24ч 48ч 72ч

  \_Заключение .: Функция захвата 5 131 0I умеренно повышена.

 2ч - 16%

 4ч - 25%

 24ч - 45%

 ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

 В целях определения тактики лечения необходимо дифференцировать

узловой нетоксический зоб с хроническими воспалительными заболеваниями

щитовидной железы, исключить злокачественное новообразование щитовидной

железы. При исключении названных заболеваний ставят диагноз узловой зоб

и дифференцируют нетоксический зоб от токсической аденомы.

 T=============================T==========================

 ¦ узловой нетоксический ¦ узловой токсический ¦

 ¦ зоб ¦ зоб ¦

----------------+=============================¦=========================¦

¦ Пальпация ¦ Пальпаторно в ткани щитовидной железы определяется¦

¦ железы ¦ узел плотной или эластической консистенции, безболез-¦

¦ ¦ ненный, смещаемый, подвижный при глотании. ¦

¦---------------+-----------------------------T-------------------------+

¦ Жалобы, ¦ жалобы связаны с объемным ¦ жалобы связаны с токси- ¦

¦ наличие ¦ образованием на шее - не- ¦ ческим воздействием на ¦

¦ явлений ¦ удобства движений, косме- ¦ организм тиреоидных гор-¦

¦ тиреток- ¦ тические неудобства, или ¦ монов - тиреотоксические¦

¦ сикоза ¦ состояния, связанные со ¦ реакции, усиливающиеся ¦

¦ ¦ сдавлением окружающих ¦ по мере роста узла ¦

¦ ¦ тканей при значительных ¦ ¦

¦ ¦ размерах зоба, ¦ ¦

¦ ¦ отсутствие тиреотоксикоза ¦ ¦

+---------------+-----------------------------+-------------------------+

¦ ¦ ¦ ¦

¦ Исследование ¦ захват радиоактивного йода ¦ захват радиоактивного ¦

¦ функции ¦ 20-40 %, максимум поглоще- ¦ иода превышает 50 %, ¦

¦ радиоактивным¦ ния - 24-72 часа ¦ ускоренное накопление ¦

¦ йодом-131 ¦ ¦ первые 6-24 ч, затем ¦

¦ ¦ ¦ быстрый спад кривой ¦

¦---------------+-----------------------------+-------------------------+

.

.

 - 10 -

 -----------------------T-------------------------¬

 ¦ нетоксический зоб ¦ токсический зоб ¦

-----------------------+----------------------+-------------------------+

¦ Проба на подавление ¦ захват снижен ¦ захват сохраняется ¦

¦ захвата рад. иода ¦ после 8 дней приема тиреоидина ¦

¦ тиреоидином ¦ ¦ ¦

¦ ¦ ¦ ¦

+----------------------+----------------------+-------------------------+

¦ Определение уровня ¦ Норма ¦ Повышение Трииодтиронина¦

¦ гормонов сыворотки ¦ ¦ Повышение Тирозина ¦

¦ крови ¦ ¦ Снижение ТТГ ¦

+----------------------+----------------------+-------------------------+

¦ ¦ ¦ ¦

¦ Скеннирование ¦ "холодный" очаг ¦ "горячий" очаг ¦

¦ щитовидной железы ¦ ¦ ¦

¦ ¦ ¦ ¦

L+---------------------+----------------------+--------------------------

 Аутоиммунный тиреоидит Хашимото по клинической картине напоминает

узловой нетоксический зоб, в ткани железы пальпируется безболезненный

плотный узел (или увеличение всей железы), результаты ультразвукового

и радиологических исследований аналогичны таковым при узловом нетокси-

ческом зобе. Диагноз тиреоидита Хашимота ставят на основании наличия

аутоантител к клеткам щитовидной железы в сыворотке крови обследуемого.

 На всех этапах обследования больного по поводу нетоксического зоба

следует помнить о раке щитовидной железы, риск обнаружения которого

особенно высок в случаях одиночных узлов железы,

 T=============================T=========================¬

 ¦ узловой нетоксический ¦ рак ¦

 ¦ зоб ¦ щитовидной железы ¦

----------------+=============================+=========================¦

¦ Пальпация ¦Узел плотной или эластической¦Узел очень плотной кон- ¦

¦ ¦консистенции, безболезненный,¦систенции, подвижность ¦

¦ ¦ смещаемый, подвижный при ¦и смещаемость могут ¦

¦ ¦ глотании ¦быть ограничены ¦

+---------------+-----------------------------+-------------------------+

¦ Динамика ¦ Медленный / быстрый рост ¦ Быстрый / стремительный¦

¦ ¦ отсутствие динамики в ¦ рост образование ¦

¦ ¦ течение лет ¦ ¦

+---------------+-----------------------------+-------------------------+

¦ Регионарные ¦ Интактны ¦ Увеличены ¦

¦ лимфатические ¦ ¦ ¦

¦ узлы ¦ ¦ ¦

+---------------+-----------------------------+-------------------------+

¦ ¦ ¦ ¦

¦ Отношение к ¦ При рентгенологическом ¦ Может иметь место про- ¦

¦ окружающим ¦ исследовании может быть ¦ растание стенки трахеи,¦

¦ органам ¦ выявлено смещение трахеи, ¦ смещение пищевода ¦

¦ ¦ прорастаний стенки нет ¦ ¦

+---------------+-----------------------------+-------------------------+

¦ На разрезе ¦ гомогенная ткань, отличная ¦плотная гомогенная струк-¦

¦ ¦ от ткани железы,угнетение ¦тура или пестрый рисунок,¦

¦ ¦ ткани вокруг узла, четкие ¦отсутствие четких ¦

¦ ¦ границы, собственная кап- ¦границ и собственной кап-¦

¦ ¦ сула, раздвигающий харак- ¦сулы, прорастание капсулы¦

¦ ¦ тер роста, никогда не ¦железы ¦

¦ ¦ врастает в капсулу железы ¦ ¦

¦ ¦ ¦ ¦

L---------------+-----------------------------+--------------------------

.

 - 11 -

 ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ.

 На основании  2жалоб 0:

- на неприятные ощущения в области передней поверхности нижней трети шеи

- на тянущие боли в области шеи, периодически самостоятельно проходящие

- на аппатию,беспричинную слабость, потерю интереса к жизни

- на бессоницу: больная не может заснуть и плохо спит

- на периодическое снижение артериального давления до 100/60 мм рт ст

- на прибавку в весе: за три месяца поправилась на 2 кг

- на частые запоры, сопровождающиеся метеоризмом

  2данных анамнеза: 0

- в 1985г. при обследовании в поликлинике был обнаружен узел в правой

 доле щитовидной железы

- по данным УЗИ с 1992 по 1997г. узел увеличился в два раза

  2объективных данных 0:

- выражение лица печальное, мимика скудная. Работоспособность

резкоснижена. Речь медленная, монотонная

- блеск глаз отсутствует. Глазные симптомы Мебиуса и Грефе отрицательные

- кожные покровы желтовато-бледные, сухие, неэластичные, шелушатся

- оволосение скудное. Волосы тусклые, ломкие. Ногти бледно-розового

 цвета, ломкие

-щитовидная железа пальпаторно несколько увеличена, мягко-эластической

 консистенции, безболезненная, с участком небольшого уплотнения справа

  2данных дополнительного исследования: 0

- эхография:

 Правая доля - 1.6 \* 2.1 \* 5.0 см

 Перешеек - 0.3 см

 Левая доля - 1.5 \* 1.7 \* 1.3 см

 В правой доле в средней трети -- гипоэхогенный "узел" 0.8 \* 0.5 \*

0.2 см с ровными контурами.Остальная ткань щитовидной железы однородная.

 можно сформулировать \_ окончательный диагноз . 2:

 основное заболевание - Узловой зоб I степени (узел в

правой доле). Гипотиреоз.

 сопутствующие заболевания - Атрофический гастрит.

 осложнения - нет.

.

 - 12 -

 АНАТОМИЯ И ТОПОГРАФИЯ ОРГАНА.

 Щитовидная железа расположена на передней поверхности шеи и прик-

репляется к трахее, щитовидному и перстневидному хрящям связками и

рыхлой соединительной тканью, смещается вместе с гортанью при вверх и

вниз при глотании, изменяет положение при поворотах головы. Нижний по-

люс железы достигает V-VI трахеального кольца.

 Щитовидная железа состоит из двух боковых долей и соединяющего их

перешейка, может иметь дополнительную пирамидальную долю и/или задний

отросток, отходящий от внутренней поверхности заднего края боковой до-

ли. Нередко находят аберрантные доли и островки тиреоидной ткани лате-

рально от боковых долей.

 Снаружи железа покрыта плотной фиброзной тканью, интимно связан-

ной с тканью железы.От фиброзной капсулы внутрь отходят соединительно-

тканные тяжи, делящие железу на дольки. Над этой внутренней собствен-

ной капсулой находится наружная капсула, представляющая собой висце-

ральный листок fascia endocervicalis. Дольки железы состоят из фолли-

кулов, стенки которых выстланы однослойным кубическим эпителием.

 Кровоснабжение щитовидной железы осуществляется 4-5 основными ар-

териями, образующими богатую сеть анастомозов между собой и артериями

глотки, пищевода и близлежащих мышц. При этом в толще железы крупные

сосуды отсутствуют: основные артерии (две верхние, две нижние и непар-

ная щитовидные) делятся на ветви 1-го порядка вне железы, ветви 2-го

порядка располагаются на капсуле, мелкие артериальные веточки отходят

вглубь. Для вен щитовидной железы характерна широкая сеть анастомозов,

отсутствие клапанов и значительно больший, чем у одноименных артерий

калибр.

 Под капсулой щитовидной железы располагается сеть поверхностных

лимфатических сосудов, регионарными лимфатическими узлами для железы

являются все глубокие шейные по ходу сосудистого пучка шеи, околотра-

хеальные, предгортанные, претрахеальные, лимфатические узлы переднего

средостения.

 ДАННЫЕ ОБ ОСНОВНОМ ЗАБОЛЕВАНИИ.

 Под  1зобом 0 понимают стойкое увеличение щитовидной железы невоспа-

лительного и незлокачественного характера. Очаговое увеличение железы

при зобе называют узлом, при наличии единичного узла в ткани железы

определяют узловой зоб, при наличии нескольких - полинодозный зоб. По

происхождению различают эндемический и спорадический зоб.В зависимости

от функционального состояния щитовидной железы различают гипертиреоид-

ный, гипотиреоидный и эутиреоидный зоб.

 Происхождение узлов в щитовидной железе связано как с нарушением

гормонального равновесия в системе гипофиз-щитовидная железа, так и с

местными процессами в в отдельных участках ткани щитовидной железы.

Патологоанатомически различают очаговую гиперплазию и аденому, однако

клинически дифференциация затруднена и не имеет практического значения,

.

 - 13 -

что обусловливает целесообразность определения клинического диагноза

"узловой зоб" независимо от морфологического строения узла. Проводить

гистологическое исследование операционного препарата необходимо с

целью исключить рак, риск обнаружения которого особенно высок в оди-

ночных узлах.

 В клиническом и прогностическом плане в отношении нетоксического

зоба решающее значение имеет размер узла и его локализация. Узел

небольших размеров больной не замечает, узел значительных размеров вы-

зывает ассиметрию шеи и ощущение неловкости. В зависимости от локали-

зации и объема узел в щитовидной железе может оказывать давление на

окружающие ткани и органы, раздвигая и сдавливая их в процессе роста.

Имеет значение также динамика увеличения узла: быстрорастущий узел

заставляет заподозрить рак, внезапное его увеличение указывает на кро-

воизлияние и/или воспалительный процесс внутри узла, уменьшение или

"исчезновение" узла указывает на дегенеративные изменения в нем и не

означает выздоровления.

 Согласно классификации увеличения щитовидной железы ВОЗ различают

3 группы: Iгруппа - железа определяется пальпаторно; IIгруппа - железа

видна; IIIгруппа - очень большой зоб.

 Осложнения основного заболевания.

 Нередко в узле возникают кровоизлияния и воспалительные явления,

сопровождающиеся клиническими проявлениями, аналогичными острому стру-

миту, и последующими дегенеративными явлениями - склерозирование, кис-

тообразование, отложения солей кальция и даже истинное костеобразова-

ние. Обызвествления увеличивают плотность узла и могут навести врача

на мысль о раке.

 Затруднение дыхания вследствие механической компрессии трахеи,

или связанное с поражением возвратных гортанных нервов и аддукционным

параличом голосовых связок.

 Малигнификация узла возможна.

 Своевременное хирургическое лечение является единственным и дос-

таточным методом профилактики указанных осложнений. Удаленный препарат

во всех случаях подлежит гистологическому исследованию.

 ДИАГНОСТИКА

 Ведущими диагностическими методами для узлового зоба являются

пальпация и ультразвуковое исследование щитовидной железы. Дополни-

тельным диагностическим методом является скеннирование железы. Для

оценки функции используются метод определения уровня гормонов щито-

видной железы и тиреотропного гормона в сыворотке крови, изучение

кривой поглощения йода-131. При компрессионных явлениях используют

рентгенографию шеи, при подозрении на рак применяют артерио- и лимфо-

графию.

.

 - 14 -

 Диагноз узлового нетоксического зоба ставится при наличии образо-

вания плотной консистенции в области щитовидной железы, смещающегося

при глотании.

 ЛЕЧЕНИЕ ОСНОВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ.

А. Консервативное.

 Медикаментозная терапия занимает скромное место в лечении неток-

сического неэндемического зоба. Гормоны щитовидной железы применяют при

рецидивном зобе, когда операция нежелательна, а рецидив вероятнее всего

возник в результате викарной гипертрофии оставшихся участков ткани.

Б. Инвазивное.

 Узловой нетоксический зоб является прямым показанием к хирургичес-

кому лечению. Обьем резекции определяется размерами узла и локализаци-

ей его. Чаще выполняют резекцию доли/перешейка, реже - удаление доли и

операцию энуклеации узла.

 Противопоказания: тиреотоксикоз, тяжелые сопутствующие заболева-

ния в стадии декомпенсации, острые гнойные заболевания и острые инфек-

ции, хронический тонзиллит, психические заболевания.

 Предоперационная подготовка и выбор обезболивания.

 Предоперационная подготовка включает в себя обеспечение физичес-

кого и психического покоя, назначение полноценной диеты, санацию по-

лости рта и носоглотки, применение эффективных мероприятий для компен-

сации сопутствующих заболеваний.

 Больные с тиреотоксическим зобом требуют специальных мер для сня-

тия явлений тиреотоксикоза. Гипотиреоидное состояние не является про-

тивопоказанием для операций на щитовидной железе.

 Особое значение имеет нормализация свертывающей системы крови,

ввиду интенсивного кровоснабжения щитовидной железы. Профилактикой

повышенной кровоточивости является назначение раствора Люголя, спо-

собствующее уплотнению железы и уменьшению ее васкуляризации. Показано

применение раствора Люголя больным, длительно или в предоперационном

периоде применявшим тиреоидные гормоны. Для повышения свертываемости

крови в предоперационном периоде назначают витамин К.

 Нейролептаналгезия в сочетании с местной анестезией является ме-

тодом выбора. По показаниям применяют эндотрахеальный наркоз.

 Ход операции.

Положение больного по , подставка Е.С.Драчинской.

Обработка операционного поля спиртом.

Уровень и размеры разреза кожи в зависимости от формы и толщины шеи,

развития подкожной клетчатки и претрахеальных мышц, величины зоба,

глубины залегания и уровня расположения всей щитовидной железы:

.

 - 15 -

возможны разрез кожи по нижней складке шеи, воротниковый по Кохеру,

от 5 до 15 см длиной. Разрез платизмы. Выделяют яремные вены, рассека-

ют между зажимами. Гемостаз. Вводят новокаин в область грудинно-ключич-

но-сосцевидных мышц и в верхний край раны между грудинно-подъязычной

мышцей и второй фасцией шеи, Надсекают наружный листок третьей фасции

шеи. Тупо отслаивают кожно-подкожно-фасциальный лоскут вместе с фасци-

ей и яремными венами на 3-5 см. Операционное поле расширяют за счет

пересечения мышц,рассечением фасции вдоль по средней линии шеи. Вводят

новокаин между листками четвертой фасции шеи и рассекают ее по средней

линии. Проводят тщательное обследование щитовидной железы. Железу под-

тягивают в рану и фиксируют с помощью специальных щипцов или нитей-

держалок, осуществляют субфасциальное выделение удаляемого участка и

отсечение ткани на зажимах. Исследуют оставшуюся тиреоидную ткань,

проверяют гемостаз, устанавливают дренаж и выводят по средней линии.

Сшивают пересеченные мышцы матрацными швами, внутренние края разведен-

ных мышц узловыми швами. Переводят голову в согнутое кпереди положение

и накладывают 3-4 шва на платизму. Косметический шов кожи.

 Осложнения во время и после операции, профилактика.

  1Поражение гортанных нервов 3  0.

  1Возвратный гортанный нерв 0 входит в гортань у нижнего рога щито-

видного хряща, однако нередко проходит в толще трахеощитовидной связ-

ки и может быть травмирован во время ее натяжения. Существенной явля-

ется взаимосвязь возвратного нерва с нижней щитовидной артерией: при

прохождении нерва впереди от артерии неизбежно его натяжение во время

подтягивания боковой доли, нерв может обхватывать ветвями или обвивать

артерию.

  1Нижний гортанный нерв  0может быть включен в ткань щитовидной желе-

зы, часто оказывается заключенным между растущими узлами.

  1Наружная ветвь верхнего гортанного нерва 0 идет близко от верхней

щитовидной артерии и часто находится у самого верхнего полюса боковой

доли, кнутри от нее и может быть поражена при операциях на щитовидной

железе.

 Поражение гортанных нервов проявляется нарушениями фонации, дыха-

ния и, в меньшей степени, глотания. В большинстве случаев поражения

гортанных нервов проходят незаметно для больных и могут быть установ-

лены только при ларингоскопическом исследовании. В случае, когда хи-

рург во время операции обнаружил перерезанные им концы гортанного нер-

ва, их следует сшить. Повторной операции, как правило, не выполняют,

наступивший парез гортанных нервов лечат консервативно. Применяют про-

зерин, восходящие дозы стрихнина, витамины комплекса В, голосовые уп-

ражнения, физиотерапию и вибрационный массаж.

.

 - 16 -

  1Гипопаратиреоз 2.

  1Околощитовидные железы, 2  0 регулирующие обмен фосфора и кальция, в

количестве четырех расположены на задней поверхности щитовидной желе-

зы, отделены от нее собственной капсулой и наружной капсулой щитовид-

ной железы. Различают верхние и нижние околощитовидные железы, размер

каждой из них: длина - 3-7 мм, ширина - 2 мм, толщина - 1-5 мм. Около-

щитовидные железы имеют овальную, дисковидную или почкообразную форму,

гладкую, блестящую поверхность, цвет может быть розоватым, коричнева-

тым, желтоватым или серым. Околощитовидные железы могут напоминать ко-

мочки жира, добавочные щитовидные железы или лимфатические узлы, что,

вкупе с относительно непостоянным местоположением затрудняет дифферен-

циацию их при выполнении хирургических вмешательств.

  1Кровотечения.

 Щитовидная железа - самый богатый кровью орган, в зобно изменен-

ной щитовидной железе количество и калибр сосудов значительно увеличи-

ваются. Положение усугубляется "теснотой" операционного поля, хруп-

костью сосудов, отсутствием клапанов в венах. Кровотечение происходит

в результате повреждения сосуда при рассечении тканей, разрыва сосуда

при натяжении доли железы, соскальзывания наложенных зажимов или лига-

тур. Хорошая экспозиция и "сухое" операционное поле являются необходи-

мыми как для профилактики, так и для остановки кровотечений. Следует

применять только доброкачественные и, по возможности, легкие зажимы,

оставлять при отсечении сосуда над зажимом более длинную культю, тща-

тельно завязывать лигатуры, на артериальные ветви накладывать две ли-

гатуры, крупные вены прошивать над наложенной лигатурой.

 Особого внимания заслуживают венозные кровотечения. В момент ра-

нения вены она может быть в спавшемся состоянии. Для профилактики пос-

леоперационного кровотечения перед зашиванием следует тщательно осмат-

ривать все операционное поле, осторожно удалять сгустки крови, вызвать

у больного кашлевой рефлекс, чтобы поднять давление в венах.

 Наиболее опасным периодом в плане возникновения вторичного крово-

течения являются первые 10-12 часов после операции. Провоцировать кро-

вотечение могут кашель, рвота, судорожные сокращения в области шеи при

выходе из наркоза. Дежурный персонал должен быть знаком с клиникой

кровотечения: беспокойство, жалобы на одышку, давление в области шеи,

лицо больного синюшное, на передней поверхности шеи определяется плот-

ное образование, которое на глазах увеличивается. Кровотечение являет-

ся показанием к немедленному оперативному вмешательству.

 Чрезвычайно редко описывают  2  1воздушную эмболию, трахеомаляцию,

 1повреждение трахеи и пищевода, 3  1 пневмоторакс 0. Эти осложнения связаны с

случайными повреждениями соседних органов и тканей, патологическими

рефлексами, инфекцией раны, обусловлены техникой выполнения и несоблю-

дением правил антисептики. С целью профилактики 2  1инфицирования 0 применя-

ется дренирование раны, кроме того, не рекомендуется проводить хирур-

гическое вмешательство на щитовидной железе после перенесенной инфек-

ции ЛОР-органов.

.

 - 17 -

  1Косметические дефекты шеи 3  0обусловлены свойствами рубца. При необ-

ходимости длительно дренировать рану может остаться 2  1келлоидный рубец 2,

подлежащий иссечению. Во всех случаях выполняется минимальный разрез,

накладываются косметические швы, дренаж оставляют не более, чем на

сутки, по возможности избегают разведения краев инфированной раны в

послеоперационном периоде.

 Послеоперационное ведение больного.

 После операции больной в лежачем положении с приподнятой головой

и опущенным подбородком доставляется в палату. Оперированного помещают

на функциональную кровать, головной конец которой поднимают; больному

не рекомендуют резких движений, кашель. Через 1-2 часа после операции

больной получает послеоперационный стол, а затем назначается общий

стол. Вставать разрешается на второй день после операции.

 Смена ватно-марлевой повязки повязки производится на следующее

утро после операции, прилежащие к ране салфетки в норме слегка смочены

кровянисто-серозным отделяемым. При перевязке удаляют дренажи, затяги-

вают провизорные швы и вновь накладывают ватно-марлевую повязку. Швы

снимают через 72 часа, провизорные швы - на 4-й день, скобки снимают

на 3-5 день послеоперационного периода. Больного выписывают из стацио-

нара на 6-й день или в зависимости от общего состояния.

.

 - 18 -

 ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОЙ

 В связи с тем, что узел щитовидной железы приносит больной ощуще-

ние дискомфорта, и на данный момент не существует эффективного консер-

вативного метода лечения нетоксического зоба, с учетом динамики забо-

левания - увеличение узла вдвое за последние 2 года, - больной реко-

мендовано хирургическое лечение: резекция правой доли, окончательный

объем операции будет определен при интраоперационном исследовании тка-

ни железы. Немаловажным обстоятельством в пользу оперативной тактики

является возраст больной, оттягивать хирургическое вмешательство неже-

лательно. Имеет некоторое значение тот факт, что при единичном узле в

ткани железы операция означает полное выздоровление, рецидивирование

маловероятно, риск операционных осложнений минимальный.

--------------------------------------T--------------------------------¬

¦  \_ПРОТИВ хирургического лечения . ¦  \_ ЗА хирургическое лечение  . ¦

¦ ¦ ¦

¦ единичный узел небольшого размера; ¦ жалобы больной на ощущение ¦

¦ ¦ дискомфорта в области ниж- ¦

¦ гипотиреоз требует заместительной ¦ ней трети шеи; ¦

¦ терапии тиреоидными гормонами, на ¦ динамика узла непредсказуема, ¦

¦ их фоне возможна стабилизация ¦ возраст больной - оттягивать ¦

¦ процесса; ¦ операцию нежелательно, ¦

¦ ¦ гипотиреоз не является проти- ¦

¦ ¦ вопоказанием для выполнения ¦

¦ ¦ хирургического вмешательства; ¦

L-------------------------------------+---------------------------------

 Коррекцию гипотиреоза лучше провести после хирургического вмеша-

тельства, влияние которого на функцию щитовидной железы неизбежно.

 ПРОГНОЗ

Прогноз для жизни - благоприятный. Хирургическое лечение узла обеспе-

чивает выздоровление. Рецидивирование в данном случае маловероятно.

Гипотиреоз требует пожизненной заместительной терапии и наблюдения у

эндокринолога.

.

 - 19 -

 ЭПИКРИЗ.

 Больная x, 61 год, поступила в клинику хи-

рургических болезней N1 имени В.А.Оппеля в плановом порядке с жалобами

на неприятные ощущения в области передней поверхности нижней трети шеи,

на тянущие боли в области шеи, периодически самостоятельно проходящие,

на аппатию,беспричинную слабость, потерю интереса к жизни, в анамнезе

обследование по поводу узлового нетоксического зоба без последующего

лечения ввиду отсутствия на тот момент жалоб, которые появились около

месяца назад. В стационарных условиях проведены ультразвуковое, лабо-

раторное и радиологическое исследования, поставлен окончательный диаг-

ноз -

основное заболевание - Узловой зоб (узел в правой доле) I-ой степени.

 Гипотиреоз.

сопутствующие заболевания - Атрофический гастрит.

 Больной рекомендовано хирургическое лечение - операция резекции

правой доли. Показание для выполнения резекции доли щитовидной железы -

узловой нетоксический зоб. Больная на операцию согласна.

Временное противопоказание - ОРВИ(грипп). Сроки повторной госпитализа-

ции для выполнения хирургического лечения будут выбраны по согласова-

нию с терапевтом.

После хирургического вмешательства больную рекомендовано направить к

эндокринологу для детального определения функциональной недостаточ-

ности железы и назначения оптимальной коррекции.

Больная отпущена из стационара в состоянии средней тяжести, рекомендо-

вано лечения ОРВИ в домашних условиях, явка на консультацию через

10 дней.

 ДНЕВНИК КУРАЦИИ.

 30.01.98г.

 Состояние удовлетворительная, самочувствие удовлетворительное,

температура тела нормальная.

 Жалобы на слабость, аппатию, плохое настроение.

 Кожные покровы бледно-розового цвета, сухие, неэластичные. Сли-

зистые розовые, влажные, чистые.

 Пульс 70 уд/мин, удовлетворительного наполнения и напряжения,

обычной формы, симметричный, ритмичный. АД - 110/65 мм рт ст. Тоны

сердца ясные.

 Живот мягкий, безболезненный.

 Физиологические отправления в норме.

 Назначения: - ФГС, натощак!

 - кровь на определение уровня гормонов

.

 - 20 -

 02.02.98г.

 Состояние удовлетворительное. Жалобы на чувство дискомфорта в

эпигастральной области после еды, на ощущение тяжести.

 Кожные покровы и видимые слизистые чистые.

 Пульс 80 уд/мин, ритмичный. Тоны сердца ясные. АД - 100/60 мм рт

ст.

 Живот мягкий, безболезненный. Стула нет.

 #

 03.02.98г.

 Состояние удовлетворительное. Жалобы на сильную слабость, упадок

сил.

 Кожные покровы бледно-розового цвета, сухие, неэластичные. Сли-

зистые розовые, влажные, чистые.

 Пульс 70 уд/мин, удовлетворительного наполнения и напряжения,

обычной формы, симметричный, ритмичный. АД - 110/65 мм рт ст. Тоны

сердца ясные.

 Живот мягкий, безболезненный.

 Стула нет.

 Назначения: - УЗИ щитовидной железы

 - Очистительная клизма

 #

 04.02.98г.

 Состояние средней тяжести. Жалобы на озноб, головокружение,

слабость, отсутствие аппетита, незначительные выделения из носовых

ходов.

Кожные покровы чистые, бледные, с желтоватым оттенком, сухие.

Склеры белые. Отёков нет. Слизистые розовые, влажные.

 АД - 95 /70 мм рт ст. Тоны сердца ясные, шумов нет.

Пульс 90 уд/мин, ритмичный. В лёгких везикулярное дыхание, хрипов

нет.

 Живот мягкий, безболезненный.

 Назначения: больную отпустить домой для лечения ОРВИ в домаш-

 них условиях, разрешение зав. отделением получено.