Министерство здравоохранения

Санкт-Петербургский Государственный Медицинский Университет

имени академика И. П. Павлова.

Кафедра факультетской терапии.

Заведующий кафедрой: член-корр. РАМН, д.м.н., профессор Е. В. Шляхто.

*КЛИНИЧЕСКАЯ ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ.*

### ФИО: Максимова Валентина Кузьминична

1937г. р.(70лет)

Клинический диагноз:

 *Основной диагноз:* Токсическая аденома правой доли щитовидной железы.

*Сопутствующие д-зы*:

Срок курации: 6.04-12.04

Куратор: Семак М.В.гр.618

Преподаватель: проф. А.Г. Залесская.

Место курации: ГБ №2,

Санкт-Петербург

2007 год

**Жалобы:**

При поступлении больная предъявляла жалобы на:

 - незначительную слабость,

 - сердцебиение,

 - раздражительность,

 - потливость.

На момент осмотра активных жалоб не предъявляет.

**Анамнез заболевания:**

Считает себя больной в течение двух лет, когда впервые отметила наличие образования в области передней поверхности шеи. Отмечала появление сердцебиения, слабости, заметила, что стала более раздражительной.

Длительное время к врачу не обращалась. Поводом для обращения в поликлинику в апреле2006года, стало заметное увеличение образования в объеме. Пациентка была направлена на консультацию к эндокринологу, где был поставлен диагноз узловой токсический зоб. В связи с наличием тиреотоксического синдрома, получала антитиреоидные препараты (мерказолил). Поднимался вопрос об оперативном лечении заболевания, от которого пациентка категорически отказывалась.

Данная госпитализация произведена для подготовки больной к оперативному лечению.

**Анамнез жизни:**

Родилась в Ленинградской области. Росла и развивалась нормально. Условия жизни в детстве удовлетворительные. Работала швеей. Профессиональных вредностей не имела. Питание регулярное.

 *Перенесенные заболевания*

В детстве перенесла ветряную оспу, краснуху, паротит.

Во взрослом возрасте: ОРВИ, грипп.

 *Аллергологический анамнез*

Аллергию на лекарственные препараты, пищевые, бытовые аллергены- отрицает.

*Наследственность*

Наследственный анамнез не отягощен.

*Вредные привычки*

Не курит. Употребление спиртных напитков, наркотических препаратов отрицает.

*Эпидемиологический анамнез*

Туберкулез, малярию, гепатит, венерические заболевания – отрицает. За последние 6 месяцев за пределы Санкт-Петербурга и Ленинградской области не выезжала. Гемотрансфузий, инъекций не было. Контакты с инфекционными больными отрицает.

*Гинекологический анамнез.*

Месячные с 12 лет, по 3-5 дней, умеренные, безболезненные, цикл 28 дней. Менопауза наступила в 57 лет.

Беременностей 3 (2 родов, мед. аборт).

Гинекологические заболевания отрицает.

*Социально бытовой анамнез*

В настоящее время проживает в отдельной квартире. Бытовые условия удовлетворительные.

*Страховой анамнез.*

Находится на пенсии по возрасту, в больничном листе не нуждается.

**Объективный осмотр:**

Общее состояние удовлетворительное. Положение в постели активное. Сознание ясное. Возраст по внешнему виду соответствует паспортному, память сохранена. Эмоционально несколько возбуждена. Телосложение правильное, астеническое

Подкожно-жировая клетчатка развита недостаточно. Кожные покровы обычной окраски. Кожа и видимые слизистые чистые. Эластичность кожи и влажность в норме, волосяной покров развит по женскому типу.

Лимфатические узлы за углами нижней челюсти, шейные, локтевые, подмышечные, паховые не увеличены, безболезненные.

Мышечная система развита удовлетворительно, видимых атрофий нет. Суставы не деформированы, движения в суставах в полном объеме, безболезненные. Видимых деформаций костей нет.

Щитовидная железа увеличена за счет правой доли, в области которой пальпируется узловое образование эластической консистенции, безболезненна при пальпации. Очаговой неврологической симптоматики не выявлено. Симптом Кернига отрицательный. Ригидности затылочных мышц не выявлено.

Сердечно-сосудистая система:

Пульс на обеих руках симметричен, 82 уд. в мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения, ненапряжен, средней величины, стенка артерий вне пульсовой волны не пальпируется. АД на правой и левой руке 140/95мм. рт. ст.. Пульсация на a.dorsalis pedis et a.tibialis posterior с обеих сторон сохранена Патологических периферических пульсаций не наблюдается.

Сердечный горб, видимые верхушечный и сердечный толчок не выявлены. Верхушечный толчок определяется на l.medioclavicularis sinistra в 5 м/р, усилен, шириной 2см. Сердечный толчок, эпигастральная и ретростернальная пульсации отсутствуют.

Границы относительной сердечной тупости:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | справа | слева |
| 1 | L. sternalis dextra | L. sternalis sinistra |
| 2 | 0,5см. кнаружи от L. sternalis dextra | 0,5см кнаружи от L. sternalis sinistra |
| 3 | 1,5см кнаружи от L. sternalis dextra | L.parasternalis sinistra |
| 4 | 2см кнаружи от L. sternalis dextra | 1,5 кнутри от L.mediaclav. sinistra |
| 5 | Относительная печеночная тупость. | 1,5 кнутри отL.mediaclav. sinistra |

Границы относительной сердечной тупости не расширены Границы абсолютной сердечной тупости:

|  |  |
| --- | --- |
| Верхняя | Нижний край 4 ребра. |
| Левая | L.parasternalis sinistra |
| Правая | L. sternalis sinistra |

Границы абсолютной сердечной тупости соответствуют норме.

Тоны сердца ясные, 1 и 2 тон не изменен. На верхушке сердца выслушивается систолический шум, не проводящийся в другие области.

Дыхательная система:

Дыхание ритмичное с частотой 17 в мин. Грудная клетка правильной формы, равномерно участвует в акте дыхания. Симптомы Штернберга и Потенджера справа и слева отрицательные. При сравнительной перкуссии ясный перкуторный звук, без локальных изменений.

Данные топографической перкуссии:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | справа | Слева |
| Поля Кренига | 7см. справа | 7см |
| Высота стояния верхушек |  |  |
| А) спереди | На 3 см. выше ключицы | На 3 см. выше ключицы |
| Б) сзади | На уровне 7 ш. позвонка | На уровне 7 ш. позвонка |

Нижние границы легких:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Слева | справа |
| L.parasternalis | Верхний край 6 ребра | Нижний край 4 ребра |
| L. mediaclavicularis | Нижний край 6 ребра | Нижний край 6 ребра |
| L. ax. anterior | 7ребро | 7ребро |
| L.ax. media | 8 ребро | 8 ребро |
| L.ax. posterior | 9 ребро | 9 ребро |
| L. scapularis | 10 ребро. | 10 ребро. |

Подвижность нижнего легочного края 6 см. по L.ax. posterior. Дыхание жесткое. Хрипов, шума трения плевры нет.

Система органов пищеварения:

 Язык симметричный, нормальных размеров, сосочки умеренно выражены, влажный. Воспалительных изменений на деснах нет. Миндалины не увеличены.

Живот обычной формы, не увеличен, активно участвует в дыхании. При пальпации мягкий, безболезненный.

Сигмовидная кишка мягкая, безболезненная, диаметром 2,5 см.

Слепая кишка мягкая, безболезненная, диаметром 2 см.

Поперечно-ободочная кишка мягкая, безболезненная, диаметром 3 см., пальпируется на уровне пупка.

Верхняя граница относительной печеночной тупости на уровне 5 межреберья. Край печени не выступает из-под края реберной дуги, слегка закруглен, мягкий, ровный, безболезненный при пальпации.

Селезенка не пальпируется.

Перитонеальные симптомы отрицательны.

 Физиологические отправления в норме.

Мочевыделительная система:

Почки не пальпируются. Мочевой пузырь не пальпируется. Симптом поколачивания с обеих сторон отрицательный. Болевые точки безболезненны.

**Представление о больной:**

Больная пожилого возраста длительно страдает узловым зобом. Учитывая наличие жалоб на тахикардию, повышенную потливость, утомляемость, можно заподозрить у пациентки наличие тиреотоксического синдрома. Причиной данной патологии может быть болезнь Грейвса, токсическая аденома или тиреоидит (тиреотоксикоз утечки). Пожилой возраст больной, отсутствие инфильтративной офтальмопатии, дермопатии свидетельствуют против болезни Грейвса. Отсутствие болевого синдрома в области шеи, безболезненность пальпации щитовидной железы, неравномерное увеличение долей (наличие узла), против наличия тиреоидита. Однако, для уточнения диагноза ,больной необходимо произвести ряд исследований:

- УЗИ щитовидной железы, для определения локализации узла, его размеров;

- сцинтиграфия щитовидной железы, для определения функциональной активности образования, для диф.диагноза между токсической аденомой и тиреоидитом утечки;

- определение концентрации ТТГ, Т3 и Т4, также для диф.диагноза между этими двумя патологиями (если ТТГ повышен, а Т3 и Т4 снижены – тиреоидит, если наоборот – токсическая аденома)

- ЭКГ, для исключения наличия фибрилляции предсердий, как частого осложнения тиреотоксикоза;

- рентген пищевода с глотком бария, для исключения сдавления пищевода зобом и нарушения глотания, что является показанием к оперативному лечению;

- тонкоигольная аспирационная биопсия узла – для исключения злокачественности процесса.

Учитывая наличие большого узла, отсутствие противопоказаний, больную желательно лечить оперативным способом, после устранения тиреотоксикоза антитиреоидными препаратами. Больная может лечиться консервативно (антитиреоидные препараты, β-блокаторы), однако риск рецидива заболевания, а также развития мерцательной аритмии достаточно велик.

**Данные необходимых исследований.**

1. УЗИ щитовидной железы.

 Перешеек 2,1 мм. Правая доля V=19,3 см. Контуры неровные, нечеткие. Всю долю занимает гетерогенный узел 15 на 27мм, с участком кистозной дегенерации. Левая доля V=1,4мм.

Таким образом, у пациентки действительно имеется гиперплазия ЩЖ за счет правой доли, узел правой доли.

1. ЭКГ

 Синусовая тахикардия 92 в мин. Нормальное положение Эл. оси. Местные нарушения внутрижелудочковой проводимости. Гипертрофия левого желудочка.

У пациентки отсутствует аритмия, что является хорошим прогностическим признаком.

 3. ТТГ, Т3, Т4.

21.04.06г.: ТТГ – 0,005 мМЕ/л; Т4 – 21,64 мМЕ/л.

21.02.07г.: ТТГ – 0,010мМЕ/л; Т4 – 10,3мМЕ/л; Т3 – 4,7мМЕ/л.

Таким образом, данные этого анализа подтверждают наличие у больной токсической аденомы ЩЖ, так как ТТГ снижен практически до 0, а Т4 резко повышен. На фоне лечения больной антитиреоидными препаратами отмечается явная положительная динамика. Последние анализы практически в норме, что свидетельствует о состоянии эутиреза у больной в настоящее время.

4.Сцинтиграфия.

 Интенсивное поглощение пр-та, зоной, соответствующей правой доле щитовидной железы. Размеры доли значительно увеличены. Таким образом, можно говорить о наличие у больной «горячего узла», что еще раз подтверждает наличие токсической аденомы.

 5. Rg пищевода с глотком бария:

Контрастирующее вещество свободно проходит. Положение пищевода правильное, без отклонений. Контуры ровные, стенки эластические.

 Таким образом, зоб не сдавливает пищевод и не мешает акту глотания.

1. ТАБ.

Кровь, островки коллоида, фолликулярные структуры различных размеров и небольшие однослойные пласты мономорфного фолликулярного эпителия, без атипии.

Таким образом, данных за злокачественность зоба нет.

**Обоснование лечения.**

1. Мерказолил 20 мг/сутки. Данный препарат является антитиреоидным. Данной больной необходим для нивелирования тиреотоксикоза, так как это является необходимым условием для оперативного вмешательства.
2. т. Метапролол 50мг/сут. Данный препарат является кардиоселективным β-блокатором. Данной пациентке он нужен для профилактики мерцательной аритмии, являющейся частым осложнением тиреотоксикоза.
3. После подготовки, больной показано оперативное лечение, для которого имеются относительные показания – высокий риск рецидива тиреотоксикоза при консервативном лечении, риск развития мерцательной аритмии. Абсолютные противопоказания к операции отсутствуют. Операцией выбора в данном случае является гемитиреоидэктомия.

**Этапный эпикриз:**

Больная Максимова Валентина Кузьминична, 70 лет, поступила в стационар 3.04. для подготовки и дальнейшему проведению оперативного лечения, в связи с наличием токсической аденомы щитовидной железы, которой она страдает приблизительно в течение двух лет. В настоящий момент, на фоне лечения антитиреоидными препаратами (мерказолил), признаков тиреотоксикоза, за исключением повышенной возбудимости, нет.

В правой доле щитовидной железы пальпируется узел эластической консистенции, по данным УЗИ размерами 15 на 27 мм, горячий, согласно данным сцинтиграфии. В анализах, отражающих концентрацию ТТГ, Т3 и Т4, на фоне лечения отмечается положительная динамика, в данный момент концентрация гормонов в норме (в анализе от 21.04.06г ТТГ близок к нулю, Т3 значительно повышен.

Значимых сопутствующих заболеваний больная не имеет. Абсолютных противопоказаний к оперативному лечению нет.

Прогноз в случае адекватного оперативного лечения благоприятен.

**Дневник ежедневного наблюдения.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 06.04.07 гt-36,8 | Активных жалоб не предъявляет. Состояние удовлетворительное. Ps – 84 уд. в мин, ритмичный, ненапряжен, удовлетворительного наполнения, средней величины, обычной формы.АД-135/85мм.рт.ст. Тоны сердца ясные, 1, 2 тон не изменен, выслушивается систолический шум на верхушке, не проводящийся в другие области..Дыхание жесткое. Хрипов нет.Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме. Пальпация ЩЖ безболезненна, в правой доле определяется образование эластической консистенции.  | Режим3Стол№15T. Mercazolili 0,05 по 2 т. 2 раза в день.T. Methoprololi 0,5 по 1т. в день.Консультация хирурга |
| 09.04.07t-36,5 | Жалоб нет.Состояние удовлетворительное. Ps – 85/мин, симметричный, ритмичный, ненапряжен, удовлетворительного наполнения, средней величины, обычной формы.АД-140/90мм.рт.стОбъективные данные без изменений.Физиологические отправления в норме. | Режим3Стол№15T. Mercazolili 0,05 по 2 т. 2 раза в день.T. Methoprololi 0,5 по 1т. в день. |
| 10.04.07t-36,7 | Жалоб нет.. Состояние удовлетворительноеАД-135/90мм.рт.ст.Ps–90/мин, частый, симметричный ритмичный, ненапряжен,, удовлетворительного наполнения, средней величины, обычной формы. Объективные данные без измененийФизиологические отправления в норме. | Режим3Стол№15T. Mercazolili 0,05 по 2 т. 2 раза в день.T. Methoprololi 0,5 по 1т. в день. |
| 11.04.07t-36,6 | Жалоб нет.Состояние удовлетворительное. Ps –89/мин,, ненапряжен, ритмичный, удовл. наполнения, средней величины, обычной формы.АД-135/85.рт.ст Объективные данные без изменений.Физиологические отправления в норме.  | Режим3Стол№15T. Mercazolili 0,05 по 2 т. 2 раза в день.T. Methoprololi 0,5 по 1т. в день. |
| 12.04.07t- 36,5 | Жалоб нет.Состояние удовлетворительное. Ps – 85/мин, симметричный, ритмичный, ненапряжен, удовлетворительного наполнения, средней величины, обычной формы.АД-140/90мм.рт.стОбъективные данные без изменений.Физиологические отправления в норме.После консультации хирурга, решено перевести пациентку в хирургическое отделение для оперативного лечения. | Режим3Стол№15T. Mercazolili 0,05 по 2 т. 2 раза в день.T. Methoprololi 0,5 по 1т. в день. |

 **з**