

«АО» Медицинский Университет Астана
Кафедра внутренних болезней по интернатуре
Руководитель: Кожемжарова Малика Канатовна
Подготовила: Раимбекова Асель Абитаевна группа: 7/106 ВБ

Клинический разбор пациента

Основное заболевания: Е 05.2 Диффузно токсический зоб. II ст. Тиреотоксикоз тяжелой степени тяжести.

Эндокринная офтальмопатия 3 ст. I 43.1

Дисметаболическая кардиомиопатия. ХСН ФК III.

Тиреотоксическая надпочечная недостаточность.

Сопутствующие заболевания: К 86.1 Хронический

панкреатит, ремиссия. К 81.1 Хр.некалькулезный

холецистит, ремиссия. Холестериновые полипы желчного пузыря. Кальцинат печени. Y 52.1 Миопия слабой

степени тяжести. Н 31.9 Ангиопатия сетчатки. J 44ХОБЛ типа В, ремиссия. ДН 0

Паспортная часть:

- Ф.И.О: Аскарров Сембай Султанбекович
- Дата рождения, возраст: 05.01.1963 (52)
- Адрес, место жительства: г.Астана р-н Сарыарка. Кеменгерулы 2-4
- Образование: среднее
- Место работы, должность: ЦДБ- водитель
- Дата поступления: 17.10.2016г 11:00 ч
- Дата выписки: 25.10.2016г 12:00ч

Жалобы при поступлении:

Дрожь в руках, инспираторная одышка при незначительной нагрузке (500м.), потливость, чувство «перебоев в работе сердца», увеличение в объеме глаз, ухудшение остроты зрения, похудение на 10 кг в течение месяца, несмотря на повышенный аппетит, общая слабость и раздражительность.

Анамнез заболевания:

- Считает себя больным с 2013 года, когда появились жалобы на увеличение в объеме глаз, перебои в сердце и на общую слабость. При обследовании выявлено повышение тиреоидных гормонов, находился на стационарном лечении в ГБ №1 с диагнозом: ДТЗ I ст. Тиреотоксикоз средней степени тяжести. Эндокринная офтальмопатия 2 степени, с начала заболевания получает тиреостатики. В 2014г. в связи прогрессированием офтальмопатии ретробульбарно вводились ГКС с положительным эффектом. С 2016 года беспокоит мелкая дрожь в руках, с мая 2016 года получает терапию по схеме «блокируй – замещай» - тирозол 5мг, эутирокс 25 мг. Настоящее ухудшение в течение месяца на фоне полного благополучия, когда появились вышеперечисленные жалобы.

Анамнез жизни:

- Родился в 1963 г. в городе Шалкар. Рос и развивался соответственно возрасту. Образование среднее техническое. Работает водителем в ЦДБ. Бытовой анамнез и характер питания удовлетворительные. **В армии служил, Женат, двое детей**
- Алкогольными напитками не злоупотребляет, курит в течение 32 лет (за день 2 пачки сигарет). Употребление наркотических веществ отрицает.
- Вирусный гепатит, сахарный диабет, кожно-венерологические заболевания отрицает. Операций не было, травмы отрицает. Гемотрансфузии нет, донором не был. Из перенесенных заболеваний: Туберкулез в 2013 году, с учета снят. В сентябре 2016 года госпитализирован с диагнозом: Двусторонняя очаговая пневмония в нижних долях, средней степени тяжести. ХОБЛ типа В. Неполная ремиссия. Наследственность не отягощен. На учете состоит у эндокринолога с диагнозом: ДТЗ I ст. Тиреотоксикоз средней степени тяжести. Эндокринная офтальмопатия 2 степени.
- *Аллергологический анамнез: цефтриаксон в виде крапивницы.*



Объективно:

- *Объективно:* Общее состояние средней степени тяжести за счет выраженности явлений тиреотоксикоза. Сознание ясное, на вопросы отвечает адекватно. Эмоционально лабилен, обидчивость и неустойчивость настроения. Суевлив.
- Положение активное.
- Астенического телосложения. Рост – 178 см. Масса тела – 59 кг. ИМТ – 19 (норма)кг/м². Температура тела 36.5 °С.
- Глаза: Глазные симптомы положительные.
- Кожа: кожные покровы горячие на ощупь, влажные, бархатистые. Депигментация кожи (меланодермия). Тургор кожи сохранен. Видимые слизистые обычной окраски.
- Рост волос не нарушен. Тип оволосения мужской
- Ногти: утолщение ногтей с I по IV фалангов левой кисти. Серо- желтой окраской.
- Подкожная клетчатка: умеренная (толщина кожной складки на животе на уровне пупка – 2,0см), подкожный жировой слой распределен равномерно.
- Лимфатические узлы: безболезненные, подвижные, неспаянный с окружающими тканями.
- Мышцы: развита удов.тонус снижен.
- Костно-суставная система: При пальпации безболезненный, кожа над суставами не изменена. В суставах свободное активное и пассивное движение.
- Кости: без изменений.

Дыхательная система:

- При осмотре: носовая перегородка не изменена. Носовое дыхание свободное, через обе половины носа. Голос не изменён. Тип дыхания смешанный, преимущественно брюшной. Обе половины грудной клетки участвуют в акте дыхания одинаково, симметричные. Вспомогательные дыхательные мышцы в акте дыхания не участвуют. Частота дыхательных движений — 18 в минуту.
- Ритм дыхания — правильный.
- При пальпации грудная клетка безболезненная, эластичная. Голосовое дрожание ощущается в симметричных участках грудной клетки с одинаковой силой
- В легких при перкуссии — над всей поверхностью звук с коробочным оттенком.
- Аускультативно - жесткое дыхание проводится по всем полям, хрипов нет.
- Бронхофония не изменена, одинаковая с обеих сторон.

Сердечно-сосудистая система:

- При осмотре: сердечный толчок не определяется, патологических пульсации не выявлено. Грудная клетка в области сердца не изменена.
- При пальпации верхушечный толчок пальпируется в пятом межреберье на 2,5 см кнутри от левой среднеключичной линии, ограниченный, низкий, неусиленный, нерезистентный (смещено на лево на 1 с).
- Границы относительной тупости сердца: правая – по правому краю грудины в четвертом межреберье; левая – 2,5 см кнутри от левой среднеключичной линии в пятом межреберье; верхняя – на уровне III ребра.
- Правая и левая границы сосудистого пучка располагаются во втором межреберье по соответствующим краям грудины. Поперечник сосудистого пучка - 5 см.
- Аускультативно короткий систолический шум на верхушке. АД 120/80. Пульс на правой и левой лучевых артериях одинаковый, ритмичный, симметричный 120 ударов в минуту. мм.рт.ст. хорошего наполнения, нормальной величины и формы.

Система органов пищеварения:

- При осмотре: Язык: розового цвета, нормальной величины и формы, влажный, чистый. Сосочковый слой сохранен. Налета, трещин, изъязвлений нет
- Десны, мягкое и твердое небо и слизистые ротовой полости розовой окраски; налетов, геморрагий, язв нет. Карезных зубов нет.
- Живот овальной формы, симметричный, активно участвует в акте дыхания, видимой перистальтики желудка и кишечника не выявляется. Венозных коллатералей нет.

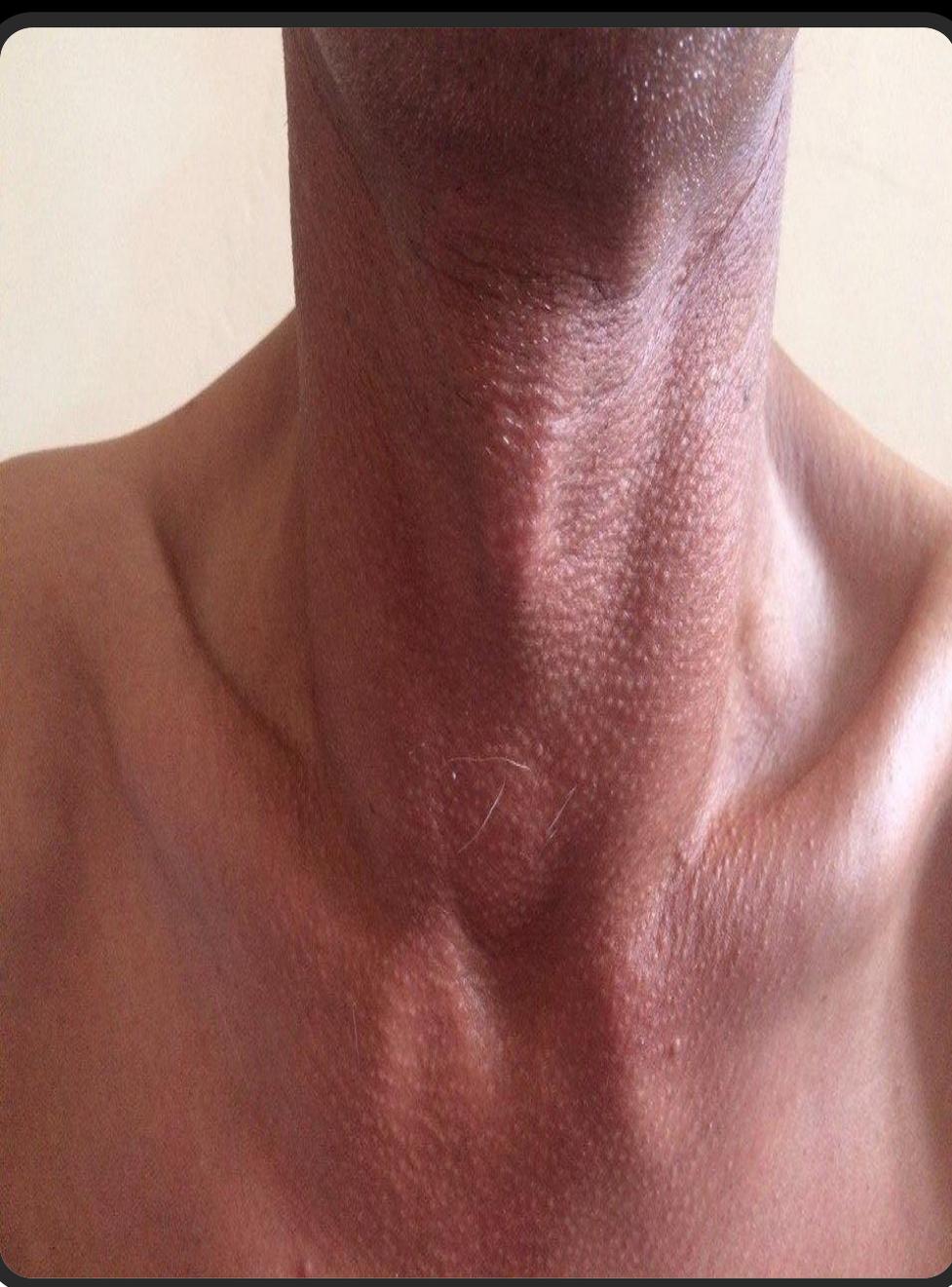
Система органов пищеварения:

- Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Расхождения прямых мышц живота, грыжи белой линии, пупочной грыжи не выявляется. Симптом Щеткина-Блюмба отрицательный. Опухолевидных образований в животе не пальпируется.
- При глубокой пальпаций патологических изменений не выявлено.
- Печень: Пальпируется на уровне края рёберной дуги. Край мягкий, острый, болезненный. Размеры по Курлову: 9*8*7 см.

Система органов пищеварения:

- Размеры селезеночной тупости: поперечник- 4 см, длинник- 6 см.
- Селезенка не пальпируется.
- см.
- Жёлчный пузырь: не пальпируется. Точка жёлчного пузыря безболезненна, симптомы Ортнера, Образцова-Мёрфи, Мюсси-Георгиевского, зоны кожной гипералгезии не выявлены.
- Поджелудочная железа: не пальпируется. На проекции поджелудочной железы в точке Мейо-Робсона и в зоне Шоффара, Дежардена болезненности нет.

- - Визуально значительное увеличение ЩЖ
- При пальпаций щитовидной железы:
 - - равномерное увеличение обеих долей и перешейка щитовидной железы
 - - плотновато-эластичной консистенций
 - - безболезненно
 - - не спаяна с кожей
 - - определяется сосудистая пульсация
 - - гиперплазия 4 степени.



СИСТЕМА МОЧЕОТДЕЛЕНИЯ

- При осмотре поясничной области припухлости, выбухания не выявлено. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное (со слов).

НЕРВНАЯ СИСТЕМА И ОРГАНЫ ЧУВСТВ

- Сознание ясное. Больной контактен, адекватен, ориентирован в пространстве, времени и собственной личности. Нарушений восприятия, мышления, речи не выявлено. Эмоционально лабилен, обидчивость и неустойчивость настроения. Суевлив. Головных болей, головокружения, обмороков нет. Сон глубокий, ровный. Продолжительность сна – 7-8 часов. Самочувствие после пробуждения удовлетворительное. Дрожь в руках.



- Эндокринная офтальмопатия:
- - Экзофтальм, расширение глазной щели, что создает впечатление удивительного глаза
- - блеск глаз, светобоязнь
- -нарушение смыкания век
- Положительные симптомы:
- Симптом Штельвага (редкое мигание)
- Симптом Мебиуса (нарушение движений глазных яблок, конвергенция)
- Симптом Грефе (белая полоска склеры между радужной оболочкой и верхним веком при взгляде вниз)
- Симптом Кохера (белая полоска склеры между радужной оболочкой и верхним веком при взгляде вверх)
- Симптом Дельримпля или симптом широкой глазной щели (белая полоска склеры между радужной оболочкой и верхним веком при взгляде прямо)

Предварительный диагноз:

- E05.2 Диффузно токсический зоб II ст.
Тиреотоксикоз тяжелой степени,
декомпенсированный. Эндокринная
офтальмопатия 3 ст. I 43.1
Дисметаболическая кардиомиопатия. ХСН
ФК III. Тиреотоксическая надпочечная
недостаточность.
- Сопутствующие заболевания: J 44ХОБЛ
типа В, ремиссия.

План обследования:

- ОАК
- ОАМ
- БАК (общий белок, альбумин, глюкоза, мочеви́на, креатинин, глюкоза, АлАТ, АсАТ, ЩФ, ГГТП, триглицериды, холестерин, общий билирубин, прямой билирубин)
- Кал на я/г, микрореакция
- Анализ на гормоны ЩЖ (ТТГ, Т3св. Т4св, АТТП, АТ-р ТТГ.)

Результаты обследования:

ОАК: WBC 7.01 x10/л, RBC 5.02 x10/л, HGB 133 г/л, PLT 204 x10/л, LYM% 24, NEUT % 67, СОЭ 16

Заключение: ускорение СОЭ.

ОАМ: цвет: соломенно-желтый, рН 5.0, относительная плотность 1020.

Белок отр, плоский эпителий ед в п/з. лейкоциты ед.в п/з.

Заключение: (без изменений)

БХ: Общий белок 57.9 г\л понижено, Альбумин 32.1 г\л понижено, Мочевина 4.8ммоль\л, Креатинин 69 ммоль\л, Глюкоза 5.8 ммоль\л, АЛАТ 28ед\л, АсаТ 25 ед\л, Общ.билирубин 7.6 ммоль\л, Холестерин 2.9 ммоль\л, Триглицериды 1.2 ммоль/л, ЩФ 440 ед/л повышено, ГГТП 67 ед/л повышено.

Заключение: Гипопротеинемия, гипоальбуминемия, повышение ЩФ, ГГТП.

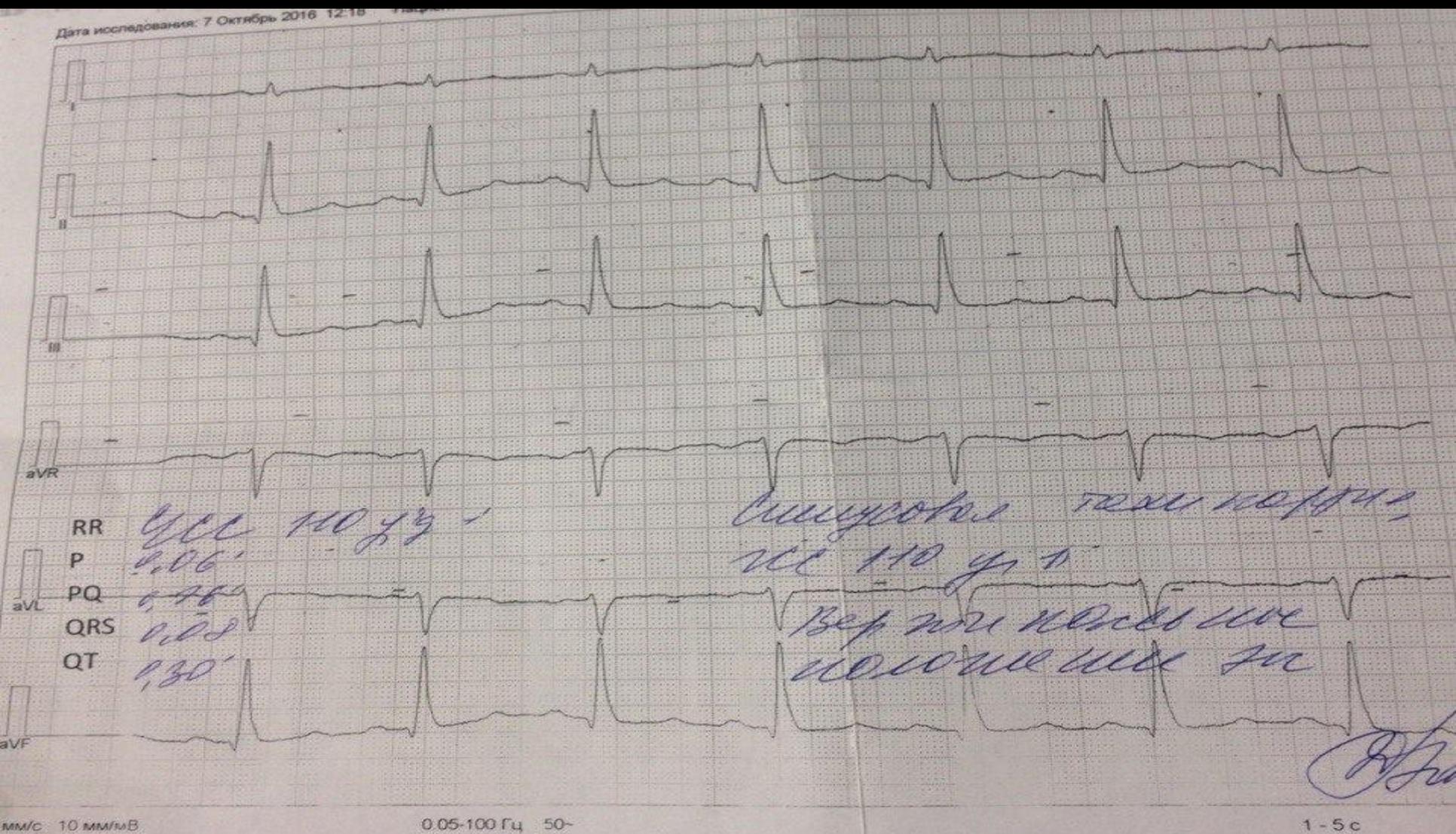
Микрореакция: отрицательная

Результаты обследования:

- **УЗИ ОБП: Печень 147x75мм.** Контуры четкие, ровные, структура неоднородная, **эхогенность повышена, умеренно.** Сосудистый рисунок обычный. Диаметр сосудов не расширен. ВВ-9мм. Внутри и внепеченочные протоки не расширены. **Выявлено во SII кальцинат 2.2 мм.**
- **Желчный пузырь** длина 91мм, ширина 81мм, **форма имеет перегиб.** Стенка утолщена до 3.3мм, пристеночные **эхоплотные образование** по передней стенке 3.8 мм, по задней стенке 2.7 мм (полипы)..
- **Холедох 5.1мм, свободен.**
- **Поджелудочная железа 24.5x14.8x23.7мм.** Контуры четкие, ровные. Структура однородная. **Эхогенность значительно повышена.**
- **Селезенка 127x59мм.** Контуры четкие, ровные. Структура однородная. СВ-7.1мм.

Заключение: Диффузные изменения печени. Кальцинат печени. Хр. панкреатит. Хр.холецистит. Холестериновые полипы желчного пузыря. Спленомегалия.

ЭКГ: Синусовая тахикардия, ЧСС 110 ударов в минуту. Вертикальное положение ЭОС.



ЭХКГ:

Қазақстан Республикасы
 Ұбымның атауы
 Наименование организации
 ФАО « ЖГМК - Центральная дорожная
 больница» Диагностическое отделение

Бұйрығыменбектілген №212/е нысанды
 медициналық құжаттама
 Медицинская документация форма №212/у
 Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения
 Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

ЭХОКАРДИОГРАФИЯ

Дата исследования с.к. 16
 Ф.И.О. Асқаров С.С. Возраст 1963
 АО 30 см С.Вальс. 38 Восх.от. 35 см ФВ 75 %
 ЛП 33 см КДО 109 мл
 МЖП 70 см КСО 207 мл
 ЗСЛЖ 68 см УО 125 мл
 КДР 478 см А.к 137 м/с PG 46 мм.рт.ст. LVOT _____ м/с
 КСР 2.99 см М.к Ve 122 Va 498 м/с PG _____ мм.рт.ст.
 ПЖ 52 см Тр. к Ve 945 Va 039 м/с PG _____ мм.рт.ст.
 ПП 34x35 см Л.а.к. V _____ м/с PG _____ мм.рт.ст.

Описание исследования гипертрофический кардиосиндром

Допплерография гипертрофический кардиосиндром
патологии не выявлено

Заключение гипертрофический кардиосиндром
и умеренная
гипертрофия левого предсердия
патологии не выявлено

УЗИ ЩЖ: Заключение: Гиперплазия
железы IV ст. Диффузно-неоднородные
изменения паренхимы. Тиреоидит.

Результаты офтальмолога: Миопия слабой
степени тяжести. Эндокринная
офтальмопатия. Ангиопатия сетчатки

Анализ на гормоны ЩЖ:

20.10.2016г: ТТГ-1: 0.02 мкМе/мл (понижено), Т3св.: 7.0,(норма)
Т4св.(норма): 25.1 пмоль/л, АТТПО: 65,7 Ед/мл (повышено).

Заключение: Понижение ТТГ, повышение АТТПО.

04.10.2016г: ТТГ-1: 0.08 мкМе/мл (понижено), Т3св.: 5.1,(норма)
Т4св.(норма): 16.3 пмоль/л, АТТПО: 39.1 Ед/мл (повышено).

Заключение: Понижение ТТГ, повышение АТТПО

16.07.2014г: ТТГ-1: 0.38 мкМе/мл (норма), Т3св.: 8.7,(повышено)
Т4св.: 19.7 пмоль/л .(норма).

Заключение: повышение Т3 св.

Обоснование клинического диагноза:

- **Астено- вегетативный синдром** (общая слабость)
- **Аритмический синдром** (тахикардия 120 уд.в мин)
- **Синдром тиреотоксикоза** (экзофтальм, тахикардия, похудение на 10 кг в течение месяца, при пальпаций щитовидной железы: увеличение обеих долей и перешейка щитовидной железы- гиперплазия 4 степени)
- **Синдром поражения сердечно-сосудистой системы** (чувство перебоев в сердца, тахикардия, одышка. При пальпации и перкуссии левая граница сердца смещено на лево на 1 см. Аускультативно короткий систолический шум на верхушке)
- **Синдром поражения надпочечника** (пигментация кожи (меланодермия), бархатистая кожа, похудение, общая слабость)
- **Синдром поражения глаз** (блеск глаз, увеличение в объеме глаз, ухудшение остроты зрения. Миопия средней степени тяжести. Эндокринная офтальмопатия. Ангиопатия сетчатки. Положительные глазные симптомы).
- **Синдром поражения центральной нервной системы:** (дрожь в руках, эмоционально лабилен, раздражительный)
- **Синдром повышенной воздушности легочной ткани** (В легких при перкуссии – звук с коробочным оттенком)
- **Бронхитический синдром** (Аускультативно - жесткое дыхание проводится по всем полям)

Ведущий синдром:

- Синдром тиреотоксикоза так как обуславливает тяжесть состояния и госпитализацию пациента
- **Дифференциальная диагностика:**
- - Токсическая аденома щитовидной железы (болезнь Плуэммера)
- - Ятрогенный тиреотоксикоз
- - Диффузно токсический зоб
- - Аутоиммунный тиреодит

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА:

Токсическая аденома щитовидной железы (болезнь Плюммера)

Характерно	Не характерно
<ul style="list-style-type: none">- Дрожь в руках, одышка при незначительной нагрузке (500м), потливость, чувство перебоев в сердца. Похудение на 10 кг в течение месяца несмотря на повышенный аппетит. На общую слабость и раздражительность. (все клинические проявления)- Анализ гормонов ЩЖ: характерно снижение ТТГ	<ul style="list-style-type: none">- У пациента с аденомой щитовидной железы отсутствует офтальмопатия- При пальпаций определяется плотный узел с четкими контурами, что не характерно у нашего пациента- Анализ гормонов ЩЖ: повышение Т3 у пациентов с аденомой щитовидной железы- УЗИ ЩЖ: определяется узел что не характерно у нашего пациента

Заключение: Токсическая аденома щитовидной железы (болезнь Плюммера) исключен. Для подтверждения радиоизотопное сканирование ЩЖ выявляет «горячий узел», активно поглощающий радиоактивный йод, и низкое и полное отсутствие поглощение йода остальными участками железа

Ятрогенный тиреотоксикоз

Характерно	Не характерно
<ul style="list-style-type: none">- Пациент принимал в течение 6 месяцев этирокс- по клинике характерны все клинические проявления	<ul style="list-style-type: none">- Однако у пациента с ятрогенным тиреотоксикозом не будет офтальмопатий и при пальпации не увеличены в размерах ЩЖ- Анализ гормонов ЩЖ не определяется повышение Т3 свТ4св что характерно у пациентов ятрогенным тиреотоксикозом

Заключение: Ятрогенный тиреотоксикоз исключен. Для подтверждения УЗИ ЩЖ нет признаков гиперплазий щитовидной железы.

Аутоиммунный тиреодит

Характерно	Не характерно
<p>Жалобы : общая слабость, раздражительность, похудение и чувство перебоев в сердца, увеличение в объеме глаз</p> <p>Объективно: визуально увеличение щитовидной железы, офтальмопатия.</p> <p>Лаб.диагностика: ОАК: ускорение СОЭ, Анализы гормонов ЩЗ: повышение АТТПО, снижение ТТГ, нормальные показатели Т3 св. Тсв.4</p>	<p>У пациента нет жалоб на затруднение при глотаний и чувство сдавления шеи. При пальпации не определяется: бугристость, симптом качания (при пальпаций одной доли качается другая доля) что характерно у пациентов с аутоиммунным тиреодитом.</p> <p>УЗИ ЩЖ: характерно для аутоиммунного тиреодита не равномерность структур с наличием гипоэхогенных участков или узлов без капсулы.,</p>

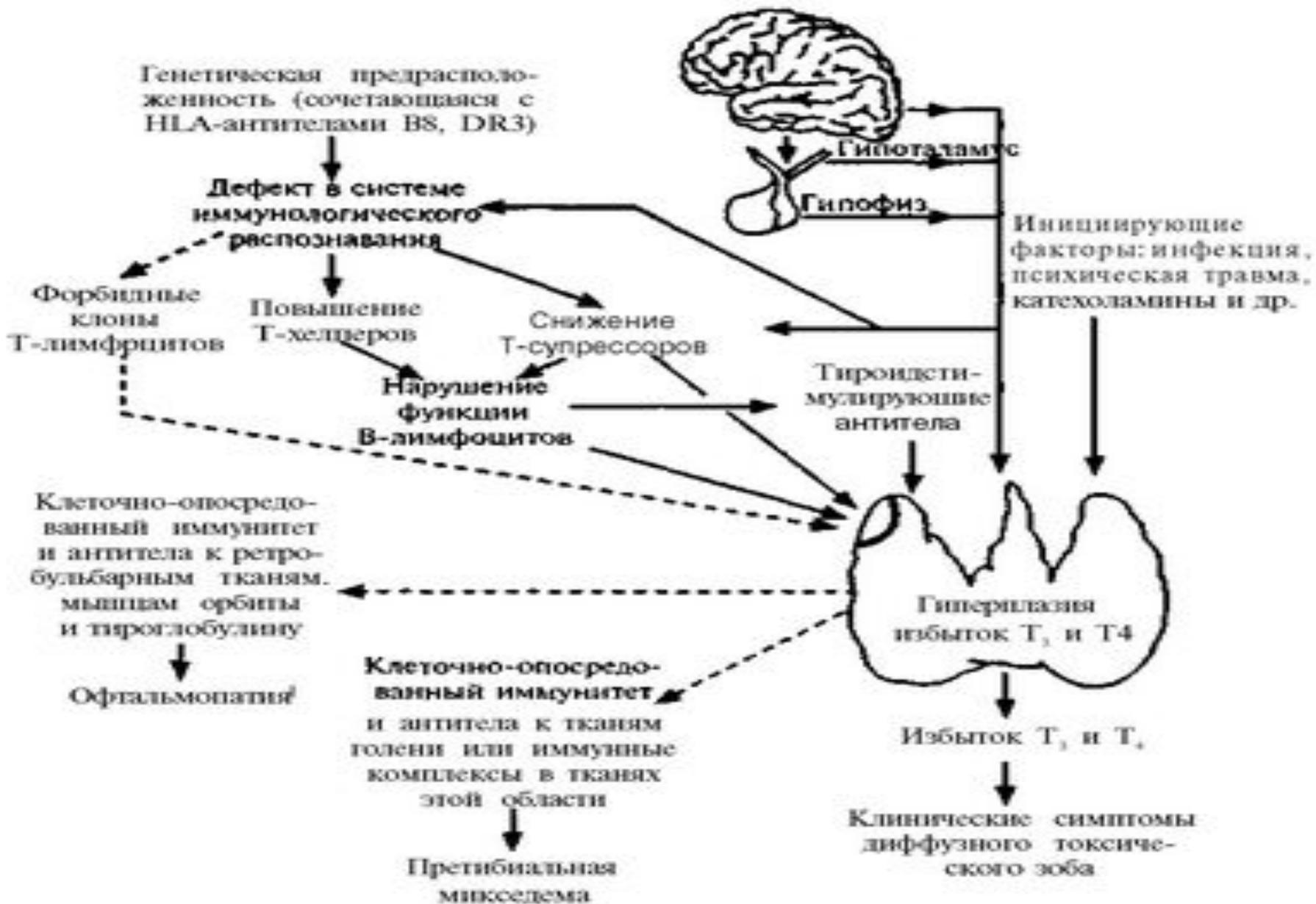
Заключение: Аутоиммунный тиреодит исключен. Для подтверждения УЗИ ЩЖ, тонкоигольная биопсия ЩЖ определяется оксифильные клетки Ашкенази-Грютеле (большие эпителиальные оксифильные клетки)

Диффузно токсический зоб

Характерно	Не характерно
<ul style="list-style-type: none">- Все клинические проявления- Объективно- Результаты обследования	<ul style="list-style-type: none">- Анализы гормонов ЩЖ нет- Повышение Т3 св. Т4св. Выраженными клиническими проявлениями тиреотоксического синдрома. Что не характерно у пациента ДТЗ

Заключение: Диффузно токсический зоб вероятен. Для подтверждения пересдача анализа гормонов ЩЖ

Патогенез



- Выставляется клинический диагноз:
- **Основное заболевания: Е 05.2** Диффузно токсический зоб. II ст. Тиреотоксикоз тяжелой степени тяжести. Эндокринная офтальмопатия 3 ст. I 43.1 Дисметаболическая кардиомиопатия. ХСН ФК III. Тиреотоксическая надпочечная недостаточность.
- **Сопутствующие заболевания:** К 86.1 Хронический панкреатит, ремиссия. К 81.1 Хр.некалькулезный холецистит, ремиссия. Холестериновые полипы желчного пузыря. Кальцинат печени. Y 52.1 Миопия слабой степени тяжести. H 31.9 Ангиопатия сетчатки. J 44ХОБЛ типа B, ремиссия. ДН 0.