Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого МЗ России

Кафедра и клиника хирургических болезней им.проф.А.М.Дыхно с курсом эндоскопии и эндохирругии ПО

Зав.кафедрой:Черданцев Д.В.

Преподаватель: Коваленко Альберт Александрович

**История болезни**

Больная N, 48 лет

Клинический диагноз: Узловой токсический зоб 1 ст. Медикаментозный субклинический тиреотоксикоз.

Куратор: студент 502 группы

лечебного факультета Гришин В.М.

Дата курации:

18.10.19-25.10.19

Красноярск, 2019

**Паспортные данные**

1. ФИО: больная N
2. Пол: женский
3. Возраст: 48 лет
4. Национальность: русская
5. Место работы: не работает
6. Адрес постоянного места жительства:г.Красноярск
7. Дата поступления: 18.10.2019
8. Направлена: поликлиника ККБ

**Жалобы**

**Жалобы на момент поступления:** испытывает трудности при глотании, дискомфорт в области шеи, в лежачем положении чувство нехватки воздуха, на наличие опухолевидного образования на передней поверхности шеи, на значительную потливость, учащенное сердцебиение, слабость, повышенную утомляемость при умеренных физических нагрузках.

**Anamnesis morbi**

Впервые узловой зоб был выявлен в 2015 году. С тех пор постоянно наблюдалась у эндокринолога, получала лечение. В 2015 году был выявлен тиреотоксикоз. Больная принимала тиреостатики в течение 2 лет. Произошел в сентябре 2019 рецидив тиеротоксикоза. На данный момент принимает пропицил 50 мг в сутки. Был достигнут медикаметнтозный эутиреоз. Больная была обследована в поликлинике ККБ, после чего пациентка была госпитализирована для дальнейшего оперативного лечения.

**Anamnesis vitae**

Родилась в г. Красноярске 12.11.1970. Росла и развивалась соотвественно возрасту и полу, в умственном и физическом развитии от сверстников не отставала. Окончила среднюю школу. Обучалась в университете. Социально-бытовые условия были хорошие. В настоящее время проживает в г.Красноярск в благоустроенной квартире, социально-бытовые условия хорошие. Не работает. Питание регулярное, полноценное. Гепатит, туберкулез, ВИЧ, венерические заболевания, сахарный диабет, онкологические заболевания, наследственные заболевания у себя и у ближайших родственников отрицает. Гемотрансфузии отрицает.Аллергический анамнез - медикаменты флюканазол.

**Status praesents**

Общее состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное, питание удовлетворительное.

Телосложение нормостеническое. Рост 168 см, вес 58 кг, ИМТ=20,55 кг/м2.

Кожные покровы обычной окраски, чистые, сыпи, шелушения, расчесов нет, умеренно влажные, тургор тканей и эластичность кожи снижены. Волосы без патологических изменений, ногти правильной формы.

Слизистые губ, носа, рта - бледно-розовые, влажные, высыпаний нет, склеры не изменены.

Подкожно-жировая клетчатка выражена.Затылочные, окололунные, подбородочке, подчелюстные, шейные, подмышечные, поднакдлючиные и надключичные, локтевые лимфоузлы не пальпируются.

Мышцы развиты хорошо, тонус средний, болезненность при пальпации отсутсвует, уплотнений в мышцах нет.

Исследование движений: боли при движении, ограничений движений нет.

**Органы дыхания:**

Жалоб нет.

Дыхание через нос свободное. Ощущения сухости в носу нет. выделений из носа не наблюдается. носовые кровотечения отсутствуют, обоняние сохранено. Болей у корня носа, на местах проекции лобных и гайморовых пазух не отмечается. Голос громкий, чистый.

Осмотр грудной клетки: грудная клетка цилиндрической формы. Левая и правая половина грудной клетки симметричны, вырубании и нападений нет, ключицы и лопатки расположены на одном уровне, Обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыханий. Вспомогательные мышцы не принимают участие в акте дыхания. Надключичиные и подключичиные ямки выражены одинаково хорошо с обеих сторон.лопатки плотно прилегают к грудной клетке. Эпигастральный угол составляет 90 градусов. Тип дыхания грудной. ЧДД 16/мин. Ритм дыхания правильный. Нормостеническая форма грудной клетки, обе половины симметричные.

При пальпации грудная клетка безболезненная,подкожных патологических образований не обнаружено;голосовое дрожание на симметричных участках определяется; резистентность грудной клетки сохранена.

Окружность грудной клетки на уровне лопаток сзади и IV ребер спереди: при спокойном дыхании - 95 см, на высоте максимального вдоха - 100 см, на высоте максимального выдоха - 90 см, максимальная дыхательная экскурсия грудной клетки - 10 см.

При сравнительной перкуссии легких: на симметричных участках грудной клетки определяется ясный легочный перкуторный звук.

Топографическая перкуссия:

Высота стояния верхушки легких:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **справа** | **слева** |
| **спереди** | 3 см выше уровня ключицы | 3 см выше уровня ключицы |
| **сзади** | на уровне костистого отростка VII шейного позвонка | На уровне остистого отростка VII шейного позвонока |

Ширина полей Кренига:

|  |  |
| --- | --- |
| **справа** | **слева** |
| 5 см | 5 см |

Определение нижних границ легких в вертикальном положении:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **линия** | **справа** | **слева** |
| L. parasternalis | V м/р верхний край VI ребра | - |
| L. mediaclavicularis | VI ребро | - |
| L. axillaris anterior | VII ребро | VII ребро |
| L. axillaris media | VIII ребро | VIII ребро |
| L. axillaris posterior | IX ребро | IX ребро |
| L. scapularis | X ребро | X ребро |
| L.paravertebralis | остистый отросток XI грудного позвонка | остистый отросток XI грудного позвонка |

Подвижность нижнего края легких

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **справа** | **слева** | **сумма** |
|  | **вдох** | **выдох** |
| L. mediaclavicularis | 3 см | 3 см | 6 см |
| L. axillaris media | 3 см | 3 см | 6 см |
| L. scapularis | 3 см | 3 см | 6 см |

Аускультация легких:

При аускультации над всей поверхностью легких определяется везикулярное дыхание; побочные дыхательные шумы (хрипы, крепитация, шум трения плевры) не выслушиваются.

**Сердечно-сосудистая система:**

Грудная клетка над сердцем не деформирована. Верхушечный толчок визуально не определяется, сердечного горба нет. Пульсация в эпигастральной области, в области сонных артерий и яремной ямки не визуализируется.

Пальпация сердца и крупных сосудов: верхушечной толчок пальпируемая в пятом межреберное на 1 см кнутри от левой среднключичиной линии, ограниченный, низкий, не усиленный. Пульсация в эпигастральной области умеренная.

При проведении перкуссии определены:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **относительная тупость сердца** | **абсолютная тупость сердца** |
| **справа** | В IV м/р, 1 см кнаружи от правого края грудины | В IV м/р по левому края грудины |
| **слева** | В V м/р 1,5 см кнутри от левой среднеключичной линии | В V м/р, 2 см кнутри от левой среднеключичной линии |
| **вверху** | В III м/р, 1 см от левого края грудины | В IV м/р, 1 см от левого края грудины |

Поперечник сердечной тупости- 4+8=12 см.

Нормальная конфигурация сердца. Ширина сосудистого пучка- 5 см.

При аускультации:

Тоны сердца ритмичные, ясные, тембр не изменен во всех точках выслушивания; шумы не определяются. ЧСС 60 уд/мин. патологические шумов не вслушивается.Шум трения плевры и перикарда отсутствует.

Тоны сердца не изменены.

При аускультации артерий патологических изменений не обнаружено; АД на левой 130/80 мм. рт. ст., на правой 130/80 мм. рт. ст.

Исследования сосудов: пульсация сонных, подключичиных, плечевых, бедренных, подкаленных и задних большеберцовый артерии сохранена. При пальцами стенки мягкие и эластичные.

Пульс 72 уд/мин, симметричный на правой и левой лучевых артериях, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения, ровный, большой величины.Дефицит пульса отсутствует.

**Органы мочевыделения:**

Мочеиспускание свободное, умеренно болезненное, учащенное, струя адекватна, ноктурии нет, мочеиспускание более 8 раз в день. .Припухлостей в поясничных областях нет. Симптом XII ребра слабо положительный справа. Почки не пальпируются. При перкуссии мочевой пузырь не выступает над лонным сочленением. Дизурических расстройств нет.

**Органы пищеварения:**

Аппетит сохранен. Вкусовые ощущения не изменены. Стул ежедневный, оформленной консистенции, коричневого цвета. Запах изо рта не отмечается, язык чистый, видимые слизистые ротовой полости без патологии. Зубы с желтоватым налетом, неподвижные. Миндалины розового цвета, за пределы небных дужек не выступают.

Живот симметричен, увеличен, грыжевых выпячиваний нет, видимая перистальтика не отмечается, брюшная стенка участвует в дыхательных движениях. Подкожная венозная сеть не видна.

При поверхностной пальпации: брюшная стенка безболезненная, не напряжена, наличие свободной жидкости не определяется, расхождение прямых мышц живота отсутствует.

При глубокой пальпации живота по Образцову-Стражеско:

В левой подвздошной области пальпируется сигмовидная кишка в виде плотного, подвижного, безболезненного цилиндра, не урчащего, диаметр 3 см.

В правой подвздошной области пальпируется слепая кишка в виде плотного, подвижного, безболезненного цилиндра, урчит, диаметр 3 см.

В мезогастральной области справа пальпируется восходящая ободочная кишка в виде плотного, подвижного, безболезненного цилиндра, не урчащего, диаметр 3 см.

В мезогастральной области слева пальпируется восходящая ободочная кишка в виде плотного, подвижного, безболезненного цилиндра, не урчащего, диаметр 2 см.

В эпигастрии желудок пальпируется в виде плотного, безболезненного валика, размер 1,5 см.

Поперечная ободочная кишка не пальпируется.

Привратник пальпируется в виде плотного безболезненного цилиндра, диаметр 1 см., урчит.

Аускультативно:

Перистальтика кишечника активная, без патологий.

Размеры печени по Курлову:

|  |  |
| --- | --- |
| **линия** | **размер** |
| Правая среднеключичная линия | 11 см. |
| Срединная линия | 9 см. |
| Левая косая линия | 7 см. |

При пальпации печени : безболезнена, нижний край печени выступает из-под края реберной дуги на 2 см, гладкий, безболезенный, ровный, закругленный.

Желчный пузырь не пальпируется.

Селезенка. Болей в левом подреберье нет, в положении на спине и на правом боку не пальпируется. Перкуторно размеры селезёнки: поперечник - 5 см, длинник - 7 см (по X ребру).

Локальный статус:

Кожные покровы передней поверхности шеи обычной окраски, теплые и влажные на ощупь. Контуры передней поверхности шеи деформированы за счет увеличенной левой доли щитовидной железы.Щитовидная железа увеличена, плотная, бугристая. При пальпации левой и правой доли щитовидной железы четко дополнительных образований не пальпируется. Нижние полюса долей пальпируются. Шейные лимфоузлы не пальпируются.

**План обследования:**

1. Общий анализ крови
2. Биохимический анализ крови
3. Общий анализ мочи
4. ЭКГ
5. УЗИ щитовидной железы
6. Цитологическое исследование щитовидной железы
7. Гормональные исследования
8. Осмотр гинеколога
9. Осмотр терапевта

**ЛАБОРАТОРНО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ  ДАННЫЕ**

**1. Общий анализ крови от 19.10.19:**

Эритроциты 4,66\*1012/л;

Гемоглобин- 120г/л;

Лейкоциты: 7,3\*109/л;

Средний обьем эритроцитов (MCV) 91,9 fL

Среднее содержание Hb в 1 эритроците (MCH) 30,9 pg

Средняя концентрация Hb в 1 эритроците (MCHC) 336.0 г/л

Гематокрит **42,8 %**

Тромбоциты 242**\***109/л

Тромбокрит 0.240%

Лимфоциты 22,10%

Нейтрофилы **70.7%**

Эозинофилы 1.90%

Базофилы 0.40%

Моноциты 4.90%

**2. Биохимический анализ крови от 19.10.19:**

Общий белок 73,4 г/л

Амилаза 45 ед/л

Щелочная фосфатаза 60 ед/л

Кетоновые тела в крови 0,5 ммоль/л

АЛТ 18,4 ед/л

АСТ 15,8 ед/л

Триглицериды 0.6 ммоль/л

Мочевина 5.2 ммоль/л;

Креатинин 94 мкмоль/л;

Холестерин общий 3,77 ммоль/л

Холестерин ЛПВП 1,63 ммоль/л

Холестерин ЛПОНП 0,28 ммоль/л

Холестерин ЛПНП 1,86 ммоль/л

Общий билирубин 15,6 мкмоль/л

Прямой билирубин 2,9 мкмоль/л

Непрямой билирубин 12,7 мкмоль/л

Na 144 ммоль/л

К 4.74 ммоль/л

Cl 105 ммоль/л

Заключение: показатели в пределах нормальных значений

**3. Общий анализ мочи от 20.10.19:**

Цвет – светло-желтый,прозрачность – прозрачная, удельный вес(относительная плотность) - 1010 мг/мл, рН реакция – 5.0 , белок – не обнаружено, эпителий плоский в п-зр - единичный, лейкоциты в п-зр- единичные

**4. ЭКГ от 18.10.19**

1)Ритм синусовый

2)ЧСС 74

3)Левограмма

4)Патологический зубец Q в отведениях - нет

Заключение: вариант нормы

**5. УЗИ щитовидной железы от 21.10.2019**

Заключение: эхоструктурные изменения ткани щитовидной железы. Очаговое образование левой доли щитовидной железы, не исключается мелкоочаговые образования правой доли. Обьем 8,4 мл, правая доля 3,5 мл, левая доля 4,9 мл. В левой доле визуализируется гиперэхогенное образование размером 19 на 10 мм.

**6. Цитологическое исследование щитовидной железы от 18.10.19:**

Заключение: Учитывая результаты исследования (В представленном материале кровь, немногочисленные фрагменты коллоида, комплексы клеток фолликулярного эпителия, отдельные из них с пролиферацией.) возможна фолликулярная опухоль, вероятно, аденома Б-4.

**Цитологическое исследование щитовидной железы от 21.10.19:**

Цитологическое заключение: Правая доля: представленный материл характерен для умеренно пролиферирующего зоба с лимфоматозным струмитом. Левая доля: представленный материал характерен для кистозного пролиферирующего узлового зоба с регрессивными изменениями и признаками струмита.

**7. Гормональные исследования** : ТТГ 0,005, FT4 12,09,Т31,47

**Диагноз и его обоснование**

На основании жалоб больной (на трудности при глотании, дискомфорт в области шеи, в лежачем положении чувство нехватки воздуха, на наличие опухолевидного образования на передней поверхности шеи, на значительную потливость, учащенное сердцебиение, слабость, повышенную утомляемость при умеренных физических нагрузках), анамнез (Впервые узловой зоб был выявлен в 2015 году. С тех пор постоянно наблюдалась у эндокринолога, получала лечение. В 2015 году был выявлен тиреотоксикоз. Больная принимала тиреостатики в течение 2 лет. Произошел в сентябре 2019 рецидив тиеротоксикоза. На данный момент принимает пропицил 50 мг в сутки. Был достигнут медикаметнтозный эутиреоз.), данных объективного исследования : Кожные покровы передней поверхности шеи обычной окраски, теплые и влажные на ощупь. Контуры передней поверхности шеи деформированы за счет увеличенной левой доли щитовидной железы.Щитовидная железа увеличена, плотная, бугристая. При пальпации левой и правой доли щитовидной железы четко дополнительных образований не пальпируется. Нижние полюса долей пальпируются. Шейные лимфоузлы не пальпируются), данных инструментальной и лабораторной диагностики( УЗИ щитовидной железы от 21.10.2019 Заключение: эхоструктурные изменения ткани щитовидной железы. Очаговое образование левой доли щитовидной железы, не исключается мелкоочаговые образования правой доли., Цитологическое заключение: Правая доля: представленный материл характерен для умеренно пролиферирующего зоба с лимфоматозным струмитом. Левая доля: представленный материал характерен для кистозного пролиферирующего узлового зоба с регрессивными изменениями и признаками струмита), цитологического исследования (Правая доля: представленный материл характерен для умеренно пролиферирующего зоба с лимфоматозным струмитом. Левая доля: представленный материал характерен для кистозного пролиферирующего узлового зоба с регрессивными изменениями и признаками струмита) можно поставить диагноз: Узловой токсический зоб 1 ст. Медикаментозный субклинический тиреотоксикоз.

**Дифференциальная диагностика**   
  
Дифференциальная диагностика проводится с хроническими воспалительными заболеваниями щитовидной железы, со злокачественным новообразованием щитовидной железы.При исключении названных заболеваний ставят диагноз узловой зоб и дифференцируют нетоксический зоб от токсической аденомы.

**ПРЕДОПЕРАЦИОННЫЙ ЭПИКРИЗ**

На операцию 21.10.2019 года подготовлена больная N,48 лет, с диагнозом: Узловой токсический зоб 1 ст. Медикаментозный субклинический тиреотоксикоз. Диагноз поставлен на основании:

-жалоб больной на трудности при глотании, дискомфорт в области шеи, в лежачем положении чувство нехватки воздуха, на наличие опухолевидного образования на передней поверхности шеи, на значительную потливость, учащенное сердцебиение, слабость, повышенную утомляемость при умеренных физических нагрузках

-данных анамнеза: Впервые узловой зоб был выявлен в 2015 году. С тех пор постоянно наблюдалась у эндокринолога, получала лечение. В 2015 году был выявлен тиреотоксикоз. Больная принимала тиреостатики в течение 2 лет. Произошел в сентябре 2019 рецидив тиеротоксикоза. На данный момент принимает пропицил 50 мг в сутки. Был достигнут медикаметнтозный эутиреоз.

-данных объективного исследования : Кожные покровы передней поверхности шеи обычной окраски, теплые и влажные на ощупь. Контуры передней поверхности шеи деформированы за счет увеличенной левой доли щитовидной железы.Щитовидная железа увеличена, плотная, бугристая. При пальпации левой и правой доли щитовидной железы четко дополнительных образований не пальпируется. Нижние полюса долей пальпируются. Шейные лимфоузлы не пальпируются.

-данных инструментальной и лабораторной диагностики: УЗИ щитовидной железы от 21.10.2019 Заключение: эхоструктурные изменения ткани щитовидной железы. Очаговое образование левой доли щитовидной железы, не исключается мелкоочаговые образования правой доли., Цитологическое заключение: Правая доля: представленный материл характерен для умеренно пролиферирующего зоба с лимфоматозным струмитом. Левая доля: представленный материал характерен для кистозного пролиферирующего узлового зоба с регрессивными изменениями и признаками струмита.

Поставленный диагноз - показание к оперативному лечению в плановом порядке.

Сопутствующих заболеваний не отмечено.

Планируется под общей анестезией выполнить эпифасциальную тиреоидэктомию,ревизию центральной клетчатки шеи.

Степень риска операции и анестезии - II. Группа крови B(II I) Rh(+).

**Протокол операции:**

Дата: 21.10.19

Время: 13:05-14:05

Операция:эпифасциальная тиреоидэктомия,ревизия центральной клетчатки шеи.

Под общей анастезией разрезом на шее до 7 см послойно с пересечением мышц с обеих сторон выделена щитовидная железа. При ревизии левая доля до 50 мл, представлена тканью ДТЗ и аденоматозным узлом размером до 2 см, правая доля до 10 мл, также представлена тканью ДТЗ. При выделении долей отмечается рыхлость и кровоточивость тканей. С техническими трудностями, учитывая деформации трахеопищеводных складок, выраженную кровоточивость тканей, после выделения обоих нижних возвратных нервов, паращитовидных желез произведена - эпифасциальная тиреоидэктомия. Учитывая данные предоперационного цитологического исследования (подозрение в отношении фолликулярной опухоли) выполнена тщательная ревизия центральной клетчатки шеи. Выполнение превентивной диссекции центральной клетчатки шеи не требуется. Тщательный гемостаз. Кровопотеря до 100 мл. Вакуумный дренаж. Послойно швы на рану. Кожа ушита по Холстеду. Давящая повязка. Асептическая повязка.

Препарат для исследования: ткань ДТЗ с аденоматозным узлом.

|  |  |
| --- | --- |
| **ДНЕВНИК** | **НАЗНАЧЕНИЯ** |
| Дата: 21.10.2019  Жалобы:на незначительные боли в области п/о раны, ранний п/о период.Состояние удовлетворительное. Температура 36,8.Кожные покровы чистые, нормальной окраски,влажности  Дыхательная система: ЧДД 18 в мин, перкуторно ясный легочный звук,аскультативно везикулярное дыхание ССС: ЧСС 76 уд. В мин, АД 120/80 мм.рт.ст, тоны сердца ясные, ритмичные, шум не определяется  ЖКТ: живот при пальпации мягкий, Физиологические отправления в норме. Печень при пальпации не увеличена.  Отеков нет.  Перевязка повязка сухая, по активному дренажу до 39 мл геморрагического отделяемого. | 1)Стол № 10  2)Режим палатный  3)Rp.: Ciplofloxacini 400 mg 2 раза в день  в/в капельно  4)Rp: Tab. Levothyroxini 0,0001  D.t.d: №50 in tab.  S: По 1 таблетке в день за 20-30 минут до еды принимать постоянно. |

|  |  |
| --- | --- |
| **ДНЕВНИК** | **НАЗНАЧЕНИЯ** |
| Дата: 22.10.2019  Жалобы:на незначительные боли в области п/о раны, слабость.Состояние соответствует срокам и тяжести оперативного вмешательства.. Температура 36,8.Кожные покровы чистые, нормальной окраски,влажности  Дыхательная система: ЧДД 18 в мин,,аскультативно жесткое дыхание ССС: ЧСС 72 уд. В мин, АД 120/80 мм.рт.ст, тоны сердца приглушены ЖКТ: живот при пальпации мягкий, Физиологические отправления в норме. Печень при пальпации не увеличена.  Отеков нет.  Перевязка: повязка сухая, по активному дренажу до 80 мл отделяемого. Послеоперационный шов: без отека и гиперемии.Удален вакуум дренаж.Туалет раны.Асептическая повязка.  Симптомы гипокальциемии отрицательные.Голос не изменен. | 1)Стол № 10  2)Режим палатный  3)Rp.: Ciplofloxacini 400 mg 2 раза в день  в/в капельно  4)Rp: Tab. Levothyroxini 0,0001  D.t.d: №50 in tab.  S: По 1 таблетке в день за 20-30 минут до еды принимать постоянно. |

|  |  |
| --- | --- |
| **ДНЕВНИК** | **НАЗНАЧЕНИЯ** |
| Дата: 23.10.2019  Жалобы:на слабые боли в области  п/о раны.Общее состояние соответствует срокам и тяжести оперативного вмешательства.Температура 36,8.Кожные покровы чистые, нормальной окраски,влажности  Дыхательная система: ЧДД 18 в мин,,аскультативно жесткое дыхание ССС: ЧСС 68 уд. В мин, АД 130/90 мм.рт.ст, тоны сердца приглушены ЖКТ: живот при пальпации мягкий, Физиологические отправления в норме. Печень при пальпации не увеличена.  Отеков нет.  Перевязка.Послеоперационный шов: без отека и гиперемии.Туалет раны.Асептическая повязка.  Симптомы гипокальциемии отрицательные.Голос не изменен. | 1)Стол № 10  2)Режим палатный  3)Rp.: Ciplofloxacini 400 mg 2 раза в день  в/в капельно  4)Rp: Tab. Levothyroxini 0,0001  D.t.d: №50 in tab.  S: По 1 таблетке в день за 20-30 минут до еды принимать постоянно. |

**Этапный эпикриз**

Пациентка N находится на лечении в хирургическом отделении ККБ с 18.10.19 с клиническим диагнозом: Узловой токсический зоб 1 ст.Медикаментозный субклинический тиреотоксикоз

Поступила с **жалобами** на трудности при глотании, дискомфорт в области шеи, в лежачем положении чувство нехватки воздуха, на наличие опухолевидного образования на передней поверхности шеи, на значительную потливость, учащенное сердцебиение, слабость, повышенную утомляемость при умеренных физических нагрузках.

**Из анамнеза:** Впервые узловой зоб был выявлен в 2015 году. С тех пор постоянно наблюдалась у эндокринолога, получала лечение. В 2015 году был выявлен тиреотоксикоз. Больная принимала тиреостатики в течение 2 лет. Произошел в сентябре 2019 рецидив тиеротоксикоза. На данный момент принимает пропицил 50 мг в сутки. Был достигнут медикаметнтозный эутиреоз. Больная была обследована в поликлинике ККБ, после чего пациентка была госпитализирована для дальнейшего оперативного лечения

При **поступлении** в отделение состояние удовлетворительное. ЧДД - 16 в мин, Границы сердца не изменены. АД 120/70 мм рт ст. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 70 уд в мин.Сознание ясное, выражение лица спокойное, положение активное. ИМТ - 26,1. Кожные покровы нормальной окраски и влажности. Периферические лимфоузлы не увеличены. Отеки отсуствуют. Пульсация ног сохранена. Вибрационная, температурная, тактильная чувствительность сохранена. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Симптом XII ребра отрицательный с обеих сторон.

Кожные покровы передней поверхности шеи обычной окраски, теплые и влажные на ощупь. Контуры передней поверхности шеи деформированы за счет увеличенной левой доли щитовидной железы.Щитовидная железа увеличена, плотная, бугристая. При пальпации левой и правой доли щитовидной железы четко дополнительных образований не пальпируется. Нижние полюса долей пальпируются. Шейные лимфоузлы не пальпируются.

23.10.2019 больной произведена операция: эпифасциальная тиреоидэктомия,ревизия центральной клетчатки шеи.

**Проводится лечение**:

1. Диета - стол №10
2. Режим палатный

3. Антибиотикотерапия

4. Заместительная гормональная терапия гормонами щитовидной железы

Рекомендовано: дальнейшее лечение до полного выздоровления.