

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«ГОМЕЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

Кафедра внутренних болезней № 2 с курсом эндокринологии

М. П. КАПЛИЕВА

СХЕМА ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ
БОЛЬНОГО С ЭНДОКРИННОЙ
ПАТОЛОГИЕЙ

Учебно-методическое пособие
для студентов 4–6 курсов медицинских вузов,
врачей-стажеров, клинических ординаторов

Гомель
ГоГМУ
2008

УДК 616.43
ББК 54.15
К 20

Рецензент:

заведующий кафедрой поликлинической терапии
и общеврачебной практики с курсом дерматовенерологии,
кандидат медицинских наук, доцент Гомельского государственного
медицинского университета *Э. Н. Платошкин*

Каплиева, М. П.

К 20 Схема истории болезни больного с эндокринной патологией: учеб-
метод. пособие для студентов 4–6 курсов медицинских университетов,
врачей-стажеров, клинических ординаторов / М. П. Каплиева. — Гомель:
УО «Гомельский государственный медицинский университет», 2008. — 28 с.

ISBN 978-985-506-190-9

Представлены схемы описания истории болезни больных с эндокринной патологией: сахарным диабетом, тиротоксикозом, гипотирозом, гиперкортицизмом, гипокортицизмом, акромегалией.

Предназначено для студентов старших курсов медицинских вузов, врачей-стажеров, клинических ординаторов.

Утверждено и рекомендовано к изданию Центральным учебным научно-методическим советом УО «Гомельский государственный медицинский университет» 30 июня 2008 г., протокол № 8.

**УДК 616.43
ББК 54.15**

ISBN 978-985-506-190-9

© Учреждение образования
«Гомельский государственный
медицинский университет», 2008

ВВЕДЕНИЕ

Эндокринология — общеприкладная и общемедицинская наука о железах внутренней секреции, инкретируемых ими гормонах, а также заболеваниях, возникающих вследствие дисфункций эндокринных органов. Гормоны — это биологически высокоактивные вещества, образующиеся в железах внутренней секреции, поступающие в кровь и оказывающие регулирующее влияние на функции удаленных от места их секреции органов и систем организма.

Основной функцией гормонов является сохранение физиологического постоянства внутренней среды организма — гомеостаза.

Функциональная регуляция деятельности периферических эндокринных желез осуществляется через гипофиз, гипоталамус, центральную нервную систему, а также через биогенные амины и другие вещества, вырабатываемые в различных клетках организма.

Эндокринные заболевания сопровождаются специфическими изменениями в различных тканях и внутренних органах, которые могут быть обнаружены при внешнем осмотре. Например, *strii rubeorum*, диспластическое ожирение при гиперкортицизме, укрупнение черт лица при акромегалии, карликовый рост при гипофизарном нанизме и т. д. Но большинство эндокринных заболеваний сопровождаются симптомами, которые необходимо дифференцировать с другими заболеваниями: диабетическую нефропатию от гломерулонефрита; несахарный диабет от заболеваний, сопровождающихся полиурией; первичный гиперальдостеронизм и феохромоцитому от других видов артериальной гипертензии.

Распознавание и диагностика заболеваний является наиважнейшей задачей в работе врача. Данное учебно-методическое пособие будет полезно студентам медицинских университетов в написании учебной истории болезни при изучении эндокринологии, а также врачам-стажерам и клиническим ординаторам терапевтического профиля.

ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ НАПИСАНИЯ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ БОЛЬНЫХ С ЭНДОКРИННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

I. Общие сведения о больном.

Ф.И.О., дата рождения, возраст, пол, место работы, должность, домашний адрес, дата поступления в клинику.

Клинический диагноз:

- а) основное заболевание;
- б) осложнения основного заболевания;
- в) сопутствующие заболевания.

II. Анамнез.

1. Жалобы больного при поступлении.
2. История настоящего заболевания.
3. Активный расспрос о функции отдельных систем и органов.
4. История жизни.

III. Объективное (физикальное) обследование.

1. Общий осмотр.
2. Состояние кожи, подкожной клетчатки.
3. Щитовидная железа.
4. Состояние мышечной и костно-суставной системы.
5. Сердечно-сосудистая система.
6. Система дыхания.
7. Пищеварительная система.
8. Мочеполовая система.
9. Органы чувств и нервная система.
10. Другие органы.

IV. Предварительный диагноз.

V. План обследования больного.

VI. Дифференциальный диагноз.

VII. Окончательный диагноз.

VIII. Лечебные мероприятия.

СХЕМА ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ БОЛЬНОГО САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Сахарный диабет — это состояние хронической гипергликемии, обусловленное абсолютным или относительным дефицитом инсулина в организме и приводящее к патологическим изменениям в различных органах и системах организма.

В классификации сахарного диабета выделяют:

1. Сахарный диабет типа 1.
2. Сахарный диабет типа 2.
3. Специфические типы сахарного диабета.
4. Гестационный диабет.

Поэтому, в клинической работе важно определить тип сахарного диабета.

I. Общие сведения о больном.

Отметить возраст, пол, характер выполняемой работы, связана ли она с психоэмоциональным или физическим напряжением, с движущимися механизмами, командировками, возможностью приема пищи на работе (те же сведения у учащихся).

II. Анамнез.

1. Подробно опросить жалобы (общее самочувствие, имеется ли жажда, сколько жидкости выпивает и выделяет в сутки, динамика массы тела, аппетит). Также необходимо выяснить состояние зубов, имеются ли жалобы на зуд кожи и слизистых, наличие элементов поражения кожи. Жалобы на снижение зрения, на боли в нижних конечностях, кардиальные жалобы, физиологические отправления.

2. История настоящего заболевания. С какого возраста болеет, стаж заболевания. Первые признаки заболевания, как скоро был установлен диагноз. Выяснить особенности питания (склонность к перееданию, наличие ожирения, соблюдает ли диету и т. д.). Какое лечение получает: инсулин (схема введения); таблетированные сахароснижающие препараты или комбинированное лечение. Обучался ли в школе сахарного диабета самоконтролю и самокоррекции. Соблюдает ли диету? Физическая активность (занимается физкультурой, спортом или нет). Как переносит лечение, имелись ли симптомы кетоацидоза или гипогликемии, комы до поступления в клинику. С чем связана настоящая госпитализация.

3. Активный расспрос о функции отдельных систем и органов: подробно выяснить жалобы со стороны различных органов и систем, чтобы определить связаны они с сахарным диабетом или являются проявлением сопутствующих заболеваний.

4. История жизни. Для больных молодого возраста уточнить массу тела при рождении, какие перенес в детстве инфекции, травмы, операции. У женщин фертильного возраста описать менструальную функцию (возраст менархе, дли-

тельность цикла и менструальных выделений, регулярность, были ли беременности, с каким весом рождались дети, была ли во время беременности повышена гликемия). У мужчин — опросить о либидо и потенции. Есть ли среди родственников больные сахарным диабетом и другими эндокринными заболеваниями. Склонность к ОРВИ. Вредные привычки. Имеет ли группу инвалидности.

III. Объективное обследование.

1. *Общее состояние больного.* Рост, вес, индекс массы тела. Психическое состояние больного, контактен, правильны ли его ответы на вопросы, память.

2. *Кожа.* Имеется ли диабетический румянец на лице, цвет ладоней. Наличие фурункулеза, ксантоматоза, трофических язв, липоидного некробиоза (папула, склеродермоподобные бляшки, изъязвления, пигментация с дефектом поверхности кожи), следы расчесов. Эластичность кожи. Состояние слизистой полости рта (сухая, влажная), запах ацетона.

Подкожная клетчатка. Имеется ли избыток массы тела, ожирение (степень). Тип жировоголожения. Места введения инсулина (наличие липодистрофии). Есть ли отеки, с указанием локализации.

3. *Щитовидная железа.* Пальпаторное исследование (консистенция, структура, подвижность, болезненность), определение степени увеличения по классификации ВОЗ. Клиническая оценка функции щитовидной железы, состояние шейных лимфоузлов. Сформулировать заключение. Например: Зоб I степени, клинический эутироз.

4. *Мышечная система.* Общий мышечный тонус, плотные или дряблые мышцы конечностей, болезненность при осмотре, есть ли гипотрофия мышц голени, бедер, наличие контрактур (типа Дюпюитрена) сгибателей пальцев кисти.

Костная система. Наличие артропатий, увеличение суставов, их болезненность, нарушение функции.

5. *Сердечно-сосудистая система.* Определить во время осмотра, имеются ли проявления ИБС. В каком возрасте появились первые признаки этого заболевания. Изменены ли границы сердца. Состояние сердечных тонов. Систолическое и диастолическое АД (при наличии артериальной гипертензии указать до каких цифр наблюдались подъемы АД, факторы риска). ЧСС (склонность к тахикардии, брадикардии, нарушениям ритма). Изменяется ли частота сердечных сокращений после задержки дыхания, после перемены положения тела для диагностики диабетической автономной полинейропатии сердца.

6. *Система дыхания.* Имеется ли хронический ринит, фарингит, ларингит, тонзиллит, бронхит. Имеется ли предрасположенность к пневмониям. Данные о флюорографии.

7. *Пищеварительная система.* Состояние зубов (расшатывание, выпадение, гингивит, пародонтоз). Язык (цвет, влажность, налеты). Имеются ли симптомы гастрита, язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки, дуоденита. Перкуссия границ печени по Курлову, пальпация печени. Пузырные симптомы. Имеются ли запоры, поносы, нарушение переваривания пищи.

8. *Мочеполовая система.* Имеются ли дизурические расстройства (недержание мочи, болезненное мочеиспускание), зуд наружных гениталий. Проверить симптом поколачивания. Определить, имеются ли клинические признаки сопутствующего хронического пиелонефрита, автономной нейропатии мочевого пузыря, признаки ХПН (отеки, интоксикация, высокое АД).

Имеются ли нарушения половой системы (оволосение, развитие вторичных половых признаков по формуле Таннера, состояние гонад).

9. *Органы зрения.* Уточнить, как часто осматривается офтальмологом, были ранее какие-то изменения органа зрения. Осмотр и заключение офтальмолога.

10. *Состояние стопы.* «Диабетическая стопа». Выявить степень диабетической микроангиопатии и полинейропатии нижних конечностей. Цвет кожи стоп и голеней, имеются ли трофические язвы, трещины, инфицированные раны, мозоли, натоптыши, признаки гангрены. Состояние трофики кожных придатков (волос и ногтей). Определение чувствительности (температурной, тактильной, болевой). При отсутствии чувствительности указать уровень поражения. Оценить пульсацию артерий тыла обеих стоп.

IV. Предварительный диагноз. Проанализировав жалобы, анамнез, данные осмотра, необходимо обосновать и сформулировать диагноз. Указать тип диабета, наличие осложнений (ретинопатия, нефропатия, ангиопатия нижних конечностей, полинейропатия (или можно говорить о синдроме диабетической стопы), а также наличие автономной полинейропатии различных органов. Сопутствующие заболевания.

V. План обследования больного. Что необходимо определить у данного больного для уточнения диагноза, его осложнений, дифференциального диагноза, а также для контроля компенсации заболевания. Вписывать результаты обследований курируемого больного. По каждому обследованию нужно сделать заключение.

1. Общий анализ мочи (возможно наличие кетоновых тел, белка, изменение мочевого осадка, удельного веса).

2. Общий анализ крови (повышение гемоглобина и гематокрита).

3. Биохимический анализ крови (написать, какие показатели интересуют): липиды сыворотки крови, содержание мочевины, креатинина, печеночные пробы, электролиты, белковые фракции и т. д.

4. Гликемический профиль при поступлении в клинику и на фоне проводимого лечения.

5. Определение скорости клубочковой фильтрации.

6. Тест на микроальбуминурию или суточная экскреция белка.

7. Гликированный гемоглобин, фруктозамин.

8. ЭКГ.

9. УЗИ внутренних органов (указать каких).

10. Контроль массы тела 1 раз в неделю (если необходимо).

11. Заключение офтальмолога, если необходимо — других специалистов с указанием цели.

12. Денситометрия.

13. При необходимости других исследований (ФГС, состояние щитовидной железы) указать с какой целью.

VI. Дифференциальный диагноз. Необходимо указать общие признаки дифференцируемых заболеваний с сахарным диабетом, а также различия:

- 1) с ренальной глюкозурией;
- 2) с почечным диабетом вследствие генетических дефектов почечных ферментов, участвующих в реабсорбции глюкозы;
- 3) с несхарным диабетом;
- 4) со стероидным диабетом.

VII. Сформулировать окончательный диагноз с указанием типа сахарного диабета и состояния на момент поступления (компенсации, субкомпенсаций, декомпенсации).

Осложнения сахарного диабета (с указанием стадии). Сопутствующие заболевания (если есть).

Примеры: I. Сахарный диабет тип 1, состояние декомпенсации, кетоацидоз I. Диабетическая препролиферативная ретинопатия. Диабетическая нефропатия 3 ст. Дистальная диабетическая полинейропатия 2 ст. Диабетическая микроангиопатия нижних конечностей 2 ст.

II. Сахарный диабет тип 2, состояние субкомпенсации. Диабетическая микроангиопатия конечностей 2 ст. Дистальная диабетическая полинейропатия 1 ст.

VIII. Лечебные мероприятия.

1. Диетотерапия: рассчитать суточный калораж пищи, распределить его по приемам пищи, назначить количество хлебных единиц (ХЕ) на каждый прием пищи.

2. Сахароснижающие препараты:

1) обосновать при инсулинотерапии, рассчитать суточную дозу, кратность введения, виды инсулинов, рекомендованные больному, суточная схема введения;

2) показания для назначения таблетированных сахароснижающих препаратов, указать, препараты каких групп, механизм действия, название препарата и доза. Суточная схема приема.

3. Симптоматическое лечение (если необходимо).

4. Режим физических нагрузок (ЛФК или другие виды).

СХЕМА ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ БОЛЬНОГО С ТИРОТОКСИКОЗОМ

Тиротоксикоз — это состояние, обусловленное избытком тироидных гормонов в организме и токсическим действием их на ткани.

В синдроме тиротоксикоза наиболее часто встречаются следующие заболевания:

- Диффузный токсический зоб (Болезнь Грейвса-Базедова).
- Токсическая аденома щитовидной железы (Болезнь Пламмера).
- Тиротоксикоз является проявлением повышенной функциональной активности щитовидной железы и сопровождается характерными клиническими симптомами.

I. Общие сведения о больном.

Отметить стиль жизни и характер выполняемой работы, связаны ли они со стрессами, профессиональными вредностями, приемом лекарственных веществ, переменой климата и другими особенностями.

II. Анамнез.

1. Опросить больного о психо-эмоциональном состоянии (раздражительность, плаксивость, эмоциональная лабильность, конфликтность):

— о работоспособности (быстрая утомляемость, тремор пальцев рук, невозможность сосредоточения);

— об изменениях массы тела (характерна потеря массы тела при хорошем аппетите);

— наличие потливости, повышение температуры тела;

— о жалобах со стороны сердечно-сосудистой системы (постоянное сердцебиение, боли в области сердца, наличие аритмии);

—изменился ли стул (частота в сутки и его характер).

2. История настоящего заболевания. Когда появились первые признаки заболевания, с чем связана его манифестация (перенесенные вирусные инфекции, стрессовые ситуации, перемена климата, травмы и т. д.). Какое лечение получал больной до поступления в стационар.

3. Активный расспрос о функции отдельных систем и органов. Подробно выяснить об изменениях со стороны органа зрения (ощущение рези «песка в глазах», боли в глазных яблоках — офтальмопатия), о тяжести или болях в области печени, менструальной функции у женщин. У пожилых больных выяснить, имеются ли признаки сердечной недостаточности (одышка при ходьбе, отеки).

4. История жизни. Выяснить наследственный анамнез, имеются ли у больного другие заболевания аутоиммунной природы, вредные привычки.

III. Объективное обследование.

1. *Внешний осмотр.* Рост, вес, ИМТ (изменился ли вес тела в последние месяцы). Температура тела.

Психо-эмоциональное состояние (контактность, суетливость, лабильность настроения, тревожность, плаксивость, раздражительность). Расстройство сна.

2. *Кожа и ее придатки.* На ощупь теплая, влажная, бархатистая. Отметить потливость, симптом «простыни», оценить состояние ладоней. Имеется ли гиперпигментация кожи. Оценить степень жиротложения, осмотреть переднюю поверхность голени (может быть претибальная микседема — аутоиммунное поражение клетчатки этой локализации). Выпадение волос и истончение ногтей.

3. *Щитовидная железа.* Увеличена или нормальных размеров. Консистенция щитовидной железы при пальпации (диффузная, плотная, бугристая, пальпируются ли узлы), болезненность, подвижность при глотании. Состояние регионарных лимфоузлов.

4. *Опорно-двигательный аппарат.* Оценить силу мышц, особенно в проксимальных отделах конечностей, изменение их тонуса (в течение заболевания), боли при ходьбе.

5. *Сердечно-сосудистая система.* Измерить частоту пульса и уровень АД. Определить границы сердца. При аускультации отметить громкость сердечных тонов, наличие шумов, аритмии, дефицит пульса. Признаки сердечной недостаточности, особенно у больных пожилого возраста (одышка при обычной физической нагрузке или в покое, гидростатические отеки, застойное увеличение печени).

6. *Система дыхания.* Если есть особенности, то указать какие.

7. *Пищеварительная система.* Аппетит. Наличие диспептических явлений: рвота, усиление перистальтики, частый разжиженный стул. Размеры печени (определить ординаты по Курлову), пальпация печени (болезненность, состояние края печени), пузырьные симптомы (Ортнера, Мэрфи, Кера и др.).

8. *Мочеполовая система.* Состояние менструальной функции у женщин, (возможны нерегулярность менструаций или аменорея), течение беременности, родов. Состояние половой функции у мужчин. Отметить обратимость нарушений в процессе лечения.

9. *Нервная система и органы чувств.* Симптом «телеграфного столба», судорожные подергивания, мелкокоразмашистый тремор пальцев вытянутых рук (симптом Мари). Периодические параличи.

10. *Аутоимунная офтальмопатия* (слезотечение, светобоязнь, инъекция склер, изъязвление роговицы), экзофтальм. Глазные симптомы:

- пигментация век (симптом Елинека);
- отек век (симптом Гифферда);
- увеличение ширины глазной щели (симптом Дальримпля);
- тремор век (симптом Розенбаха);
- неполное смыкание век;
- белая полоска склеры при взгляде вверх и вниз (симптомы Грефе и Кохера);
- нарушение конвергенции (симптом Мебиуса);
- блеск глаз (симптом Крауса);
- редкое мигание (симптом Штельвага).

IV. Предварительный диагноз. Проанализировав жалобы, анамнез, данные осмотра, необходимо обосновать и сформулировать диагноз.

Указать: Зоб диффузный или другой по структуре (по пальпации), по функции токсический (обосновать почему), степень тяжести тиротоксикоза. Наличие осложнений.

Сопутствующие заболевания. (Атеросклероз, ИБС).

V. План обследования больного. Какие методы исследования необходимы для уточнения диагноза, его осложнений, дифференциального диагноза и назначения лечения. Вписывать результаты обследований курируемого больного (какие имеются). По каждому анализу сделать заключение.

1. Общий анализ крови может быть (анемия, тромбоцитопения, лейкопения).
2. Биохимический анализ крови (написать какие показатели интересуют: билирубин, тимоловая проба, активность АСТ, АЛТ, холестерин, общий белок, его фракции и т. д.).
3. Гликемия (ГТТ).
4. ЭКГ (с описание характерных изменений).
5. Уровень тиреоидных гормонов в крови (T_4 св; ТТГ), а также титры органоспецифических антител.
6. УЗИ щитовидной железы (описание структуры и заключение).
7. Денситометрия.
8. Радиоизотопное сканирование щитовидной железы (если нужно).
9. Иммунограмма (если необходимо).
10. Контроль массы тела 1 раз в неделю (если нужно).
11. УЗИ печени.
12. Осмотр офтальмолога (аутоиммунная офтальмопатия).
13. При необходимости других исследований (осмотр невропатолога, исследований функции надпочечников, биопсия щитовидной железы) указать с какой целью.

VI. Дифференциальный диагноз. В дифференциальном диагнозе необходимо указать общие признаки с дифференцируемым заболеванием, а затем отличные симптомы:

- 1) с токсической аденомой щитовидной железы;
- 2) с многоузловым токсическим зобом;
- 3) с соматоформной вегетативной дисфункцией сердечно-сосудистой системы;
- 4) с миокардитом.

VII. Сформулировать окончательный диагноз основного заболевания, его осложнений (аутоиммунная офтальмопатия, токсическая миокардиодистрофия, недостаточность кровообращения, токсическая гепатопатия и т. д.).

Сопутствующие заболевания (если есть).

Примеры:

1. Диффузный токсический зоб, тиротоксикоз средней тяжести, состояние декомпенсации (аутоиммунная офтальмопатия 2 степени).
2. Диффузный токсический зоб, тиротоксикоз тяжелой степени, состояние декомпенсации. Токсическая миокардиодистрофия, Н2А.
3. Многоузловой токсический зоб, тиротоксикоз легкой степени, состояние субкомпенсации.

VIII. Лечебные мероприятия.

1. Тиростатические препараты. Необходимо обоснование назначения препаратов каждой группы, подгруппы (перечислить их, механизм действия). Выбрать один препарат, указать дозу для курируемого больного.

2. В-адреноблокаторы (механизм их действия, чем обусловлена необходимость их применения при тиротоксикозе). Написать препарат и дозу для курируемого больного.

3. Другие препараты (глюкокортикоиды, седативные, гепатопротекторы, сердечные гликозиды), если показаны, то указать с какой целью и в какой дозе.

4. Препараты тиреоидных гормонов (если нужно).

5. Указать есть ли показания к хирургическому лечению или лечению радиоактивным йодом.

СХЕМА ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ БОЛЬНОГО С ГИПОТИРОЗОМ

Гипотироз — это состояние, обусловленное дефицитом тиреоидных гормонов в организме.

Гипотироз бывает первичным (вследствие патологического процесса в щитовидной железе), **вторичным** (вследствие поражения гипофиза) и **третичным** (вследствие поражения гипоталамуса).

Первичный гипотироз чаще всего обусловлен тиреоидэктомией, аутоиммунным тиреоидитом, а также дефектом синтеза тиреоидных гормонов или дефицитом и нарушением поступления йода в щитовидную железу. Вторичный и третичный гипотироз связаны с травмами, опухолями и воспалительными заболеваниями гипоталамо-гипофизарной области.

Дефицит тиреоидных гормонов в организме сопровождается нарушением обмена веществ и различными клиническими симптомами.

I. Общие сведения о больном (паспортные данные).

II. Анамнез.

1. Опросить жалобы больного, обращая внимание на контактность, плохую память, эмоциональную обедненность, речевые затруднения, вялость, медлительность, зябкость, сонливость, изменение массы тела (характерна беспричинная прибавка массы тела).

Жалобы со стороны сердечно-сосудистой системы (боли и чувство тяжести в области сердца).

Частота стула (имеется склонность к запорам).

2. История настоящего заболевания. Когда появились признаки заболевания, выяснить о возможных причинах (аутоиммунный тиреоидит, тиреоидэктомия и т. д.). Спросить, какие получал препараты. С чем связана госпитализация.

3. Активный расспрос о функции отдельных систем и органов. Подробно выяснить об изменениях памяти, работоспособности, аппетита, расстройстве сна, о наличии отеков, склонности к респираторным заболеваниям. Изменилась ли частота сердечных сокращений, артериальное давление, менструальная функция, характер стула.

4. История жизни. Выяснить наследственный анамнез, эндемичность местожительства больного. У женщин — о репродуктивной функции (беременности, роды).

III. Объективное обследование.

1. *Внешний осмотр.* Рост, вес (изменился ли вес в последний месяц). Выражение лица больного (безразличное, с бедной мимикой), расстройства сна.

2. *Кожа и ее придатки.* Кожа на ощупь толстая, не берется в складку, сухая с шелушением, холодная на конечностях. Лицо отечное, желтовато-бледное, глазные щели узкие, веки отечные. Волосы тусклые, сухие, ломкие, ногти утолщенные, ломкие.

3. *Щитовидная железа.* Оценить щитовидную железу пальпаторно, если пальпируется указать консистенцию, степень увеличения.

4. *Опорно-двигательный аппарат.* Мышечный тонус, сила мышц, боли в суставах, в позвоночнике.

5. *Сердечно-сосудистая система.* Границы сердца, звучность тонов, частота сердечных сокращений, уровень артериального давления. Наличие недостаточности кровообращения.

6. *Система дыхания.* Изменение голоса (осиплость голоса, кашель, глубина дыхания, ЧД, физикальные данные).

7. *Пищеварительная система.* Аппетит. Состояние языка (большой, отечный с отпечатками зубов). Проявления гастрита, дискинезии желчевыводящих путей. Размеры печени (определить ординаты по Курлову). Частота стула.

8. *Мочеполовая система.* Состояние полового оволосения. Состояние менструальной функции у женщин (нерегулярность менструаций или аменорея), возможна галакторея. Маточные кровотечения. Состояние половой функции у мужчин.

9. *Нервная система и органы чувств.* Снижение интеллекта, психозы. Могут наблюдаться судороги, боли типа ишалгии, фуникулярные нарушения. Замедление сухожильных рефлексов. Нарушения слуха (глухота).

IV. Предварительный диагноз. Проанализировав жалобы, анамнез, данные осмотра, необходимо обосновать и сформулировать диагноз: Гипотироз, степень тяжести. Наличие осложнений. Сопутствующие заболевания.

V. План обследования больного. Какие методы исследования необходимы для уточнения диагноза, его осложнений, дифференцированного диагноза и назначения лечения. Вписывать результаты обследований курируемого больного (какие имеются). По каждому анализу сделать заключение.

1. Общий анализ крови (анемия, ускоренная СОЭ).

2. Биохимический анализ крови (написать какие показатели интересуют: общий белок, белковые фракции, холестерин, билирубин, АСТ, АЛТ, натрий, калий).

3. Гликемия.

4. ЭКГ (с описанием характерных изменений).

5. Уровень тиреоидных гормонов в крови (T_4 св; ТТГ), титр органоспецифических антител.

6. УЗИ щитовидной железы.

7. Денситометрия.

8. Контроль массы тела.

9. Рентгенография грудной клетки.

10. Рентгенография черепа (если нужно).

11. При необходимости других исследований (ФГС, УЗИ внутренних органов), консультаций смежных специалистов (невропатолога, офтальмолога) указать с какой целью.

VI. Дифференциальный диагноз. В дифференциальном диагнозе необходимо указать общие признаки с дифференцируемым заболеванием, а затем отличные симптомы:

- 1) с аутоиммунным тиреоидитом;
- 2) с симптомом Шерешевского-Тернера;
- 3) с хроническим нефритом;
- 4) с перикардитом.

VII. Сформулировать окончательный диагноз основного заболевания, его осложнений (гидроперикард, миокардиодистрофия, энцефалопатия, анемия). Сопутствующие заболевания (если есть).

Примеры:

1. Первичный гипотироз, средней тяжести, состояние декомпенсации. АИТ, атрофическая форма.

2. Первичный гипотироз, тяжелой степени, состояние субкомпенсации. Состояние после субтотальной тироектомии по поводу ДТЗ в 2007 году.

VIII. Лечебные мероприятия.

1. Заместительная терапия препаратами тиреоидных гормонов (перечислить). Выбрать один препарат, указать дозу для курируемого больного.

2. Симптоматическое лечение (витамины, мочегонные, препараты улучшающие церебральное кровообращение).

СХЕМА ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ БОЛЬНОГО С ГИПЕРКОРТИЦИЗМОМ

Гиперкортицизм — это состояние обусловленное избытком гормонов коры надпочечников в организме. Чаще под гиперкортицизмом понимают избыток глюкокортикоидов. Различают **первичный** и **вторичный** гиперкортицизм.

Первичный гиперкортицизм (синдром Иценко-Кушинга) связан с гиперпродукцией глюкокортикоидных гормонов в надпочечниках и обусловлен кортикостеромой или гиперплазией коры надпочечников. Медикаментозный гиперкортицизм проявляется сходной симптоматикой на фоне экзогенного введения препаратов глюкокортикоидных гормонов (при других состояниях и заболеваниях).

Вторичный гиперкортицизм (или болезнь Иценко-Кушинга) обусловлен нарушением гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковых отношений с гиперпродукцией кортиколиберина и кортикотропина, стимулирующих избыточную функцию коры надпочечников. Выделяют также эктопический АКТГ-синдром, связанный с продукцией АКТГ клетками других тканей.

I. Общие сведения о больном.

Отметить стиль жизни и характер выполняемой работы (или наличие группы инвалидности).

II. Анамнез.

1. Опробить больного о работоспособности, психоэмоциональном состоянии (контактен, раздражителен, настроение). Какие предъявляет жалобы (головная боль; боли в конечностях, позвоночнике; появление избыточной массы тела).

2. История настоящего заболевания. Когда появились первые признаки заболевания (пубертат, послеродовой период, климакс), и с чем их связывает больной (с перенесенной нейроинфекцией, травмой головы или другими причинами). Госпитализирован впервые или ранее получал лечение по поводу данного заболевания.

3. Активный опрос о функции отдельных систем и органов. Подробно выяснить, изменился ли цвет лица. Изменилось ли АД, изменился ли рост, боли в позвоночнике, других костях. Имеются ли нарушения менструальной функции у женщин, нарушения потенции у мужчин.

4. История жизни. Имеются ли профессиональные вредности, вредные привычки. Наследственный анамнез. Травмы, оперативные вмешательства.

III. Объективное обследование.

1. *Общее состояние больного.* Рост, вес, ИМТ. Нарушение сна, памяти.

2. *Кожа* цианотичная, на лице багрово-красная (плетора). На животе, спине, ягодицах, бедрах, в подмышечных впадинах багрово-синюшные полосы (*striae rubearum*). Наличие *acnae vulgaris*, фурункулеза, петехий, экхимозов. Проявление гирсутизма у женщин, потливость.

Подкожная клетчатка. Избыток массы тела, избирательное отложение жира на лице, шее, груди, животе, что характеризует диспластический тип ожирения. Климактерический горбик (отложение жира над VII шейным позвонком). Тонкие конечности.

3. *Щитовидная железа.* Пальпаторные исследования с оценкой ее размеров и функционального состояния.

4. *Мышечная система.* Оценить мышечный тонус и силу мышц.

5. *Костная система.* Деформация костей (кифоз позвоночника), наличие остеопороза позвоночника, черепа, ребер, костей стоп, кистей.

6. *Сердечно-сосудистая система.* Расширение границ сердца влево при перкуссии. При аускультации тахикардия, систолический шум на верхушке, нарушение ритма. Артериальная гипертензия. Признаки недостаточности кровообращения.

7. *Система дыхания.* Наличие сопутствующих заболеваний бронхолегочной системы.

8. *Пищеварительная система.* Аппетит. Наличие гиперацидного гастрита, гастродуоденальной язвы (возможны кровотечения).

9. *Мочеполовая система.* Имеются ли инфекции мочевыводящих путей, мочекаменная болезнь. На фоне артериальной гипертензии возможно развитие нефросклероза с нарушением функции почек.

Наличие атрофии молочных желез и яичников у женщин с нарушениями менструального цикла, снижение либидо и потенции у мужчин.

10. *Нервная система и органы чувств.* Разнообразие психопатологической симптоматики (психозы, чувство страха, бред, галлюцинации, суицидальные тенденции).

11. *Другие органы.* Возможно появление симптомов стероидного сахарного диабета (сухость во рту, жажда, полиурия).

IV. Предварительный диагноз. Проанализировав жалобы, анамнез, данные осмотра, необходимо обосновать и сформулировать диагноз: Гиперкортицизм. Наличие осложнений. Сопутствующие заболевания.

V. План обследования больного. Какие методы исследования необходимы для уточнения диагноза, его осложнений, дифференцированного диагноза и назначения лечения. Вписывать результаты обследований курируемого больного (какие имеются). По каждому анализу сделать заключение.

1. Общий анализ крови (лимфоцитоз, эозинопения).
2. Биохимический анализ крови (общий белок, белковые фракции, креатинин, мочевины, натрий, калий, кальций общий и ионизированный, общие липиды, фракции липидов).
3. Гликемия, ГТТ, гликемический профиль.
4. ЭКГ (с описанием характерных изменений).
5. R-графия турецкого седла.
6. УЗИ надпочечников (но чаще этим методом надпочечники не визуализируются).
7. Компьютерная томография (КТ) надпочечников.
8. МРТ по программе «гипофиз-гипоталамус» (при необходимости с контрастированием).
9. Денситометрия.
10. Уровень кортизола и АКТГ в сыворотке крови.
11. Осмотр окулиста (глазное дно, поля зрения).
12. ЭФГДС.
13. Диагностические пробы (с дексаметазоном).
14. При необходимости других исследований и консультаций смежных специалистов указать с какой целью.

VI. Дифференциальный диагноз. В дифференциальном диагнозе необходимо указать общие признаки с дифференцируемым заболеванием, а затем симптомы различия:

- 1) с пубертатным юношеским диспитуитаризмом;
- 2) с экзогенно-конституциональным ожирением;
- 3) с адипозо-генитальной дистрофией;
- 4) первичный и вторичный гиперкортицизм.

VII. Сформулировать окончательный диагноз основного заболевания, его осложнений (спонтанные переломы, недостаточность кровообращения, энцефалопатия, стероидный сахарный диабет и т. д.). Сопутствующие заболевания.

Примеры:

1. Вторичный гиперкортицизм (болезнь Иценко-Кушинга), состояние декомпенсации. Компрессионные переломы позвоночника (T₁₂; L₁₋₂). Артериальная гипертензия 2, риск 4, Н₁. Аменорея II.

2. Первичный гиперкортицизм (кортикостерома левого надпочечника). Стероидный сахарный диабет, состояние субкомпенсации. Язвенная болезнь желудка, обострение.

VIII. Лечебные мероприятия (конкретно для курируемого больного).

1. Лучевая терапия (при вторичном гиперкортицизме). Указать метод (телегамматерапия, протонотерапия), показания.

2. Хирургическое лечение (гипофизэктомия, адреналэктомия), показания.

3. Ингибиторы стероидогенеза (маммомит, метопирон, ориметен, низорал), показания, доза, длительность лечения.

4. Симптоматическое лечение.

СХЕМА ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ БОЛЬНОГО С ГИПОКОРТИЦИЗМОМ

Гипокортицизм — это состояние, обусловленное дефицитом глюкокортикоидов в организме, но иногда в сочетании с минералокортикоидной недостаточностью.

Гипокортицизм (надпочечниковая недостаточность) бывает первичным и вторичным, острым и хроническим. Первичный хронический гипокортицизм связан с нарушением выработки гормонов непосредственно в надпочечниках, вследствие их гипоплазии, аутоиммунного поражения, туберкулеза и т. д. Первичный острый гипокортицизм развивается вследствие апоплексии надпочечников. Вторичный гипокортицизм обусловлен нарушением инкреции АКТГ и кортиколиберина, вследствие повреждения гипоталамо-гипофизарной зоны.

I. Общие сведения о больном.

Отметить характер выполняемой работы (или наличие группы инвалидности).

II. Анамнез.

1. Опросить больного о психоэмоциональном состоянии (угнетенность, депрессия), работоспособности, повышенной утомляемости, мышечной слабости, наличии диспептических жалоб (отсутствие аппетита, тошнота, рвота, боли в животе, жидкий стул).

2. История настоящего заболевания. Когда появились предъявляемые жалобы. Есть ли туберкулез у курируемого больного или среди близких родственников, а также другие хронические инфекционные или аутоиммунные заболевания. Госпитализирован впервые или ранее получал лечение по поводу данного заболевания.

3. Активный расспрос о функции отдельных систем и органов. Подробно выяснить, изменился ли цвет кожи, загорал ли на солнце, пристрастие к поваренной соли, изменилась ли масса тела, АД. Имеются ли нарушения половой функции.

4. История жизни. Имеются ли профессиональные вредности, вредные привычки. Наследственный и аллергологический анамнез. Травмы, оперативные вмешательства. У женщин выяснить течение беременности и родов.

III. Объективное обследование.

1. *Общее состояние больного.* Рост, вес, ИМТ, динамика веса в последние месяцы. Самочувствие, настроение, двигательная активность.

2. *Кожа и подкожная клетчатка.* Наличие гиперпигментации всей кожи (загорелая) или участков ее (лицо, ладонные складки, подмышечные и паховые области, локти, колени, поясница, слизистая ротовой полости). Оценить тургор. Подкожная клетчатка, степень ее выраженности.

3. *Щитовидная железа.* Пальпаторное исследование с оценкой ее размеров и функционального состояния. Помнить, что может быть наличие АИТа (как проявление аутоиммунного полиэндокринного синдрома).

4. *Мышечная система.* Снижение мышечной силы, атрофические изменения мускулатуры.

5. *Костная система.* Боли в позвоночнике и других костях, как проявление остеопороза.

6. *Сердечно-сосудистая система.* Границы сердца, ЧСС, АД (склонность к гипотонии), ортостатическая гипотония.

7. *Система дыхания.* Склонность к бронхолегочным заболеваниям, затяжное их течение. Туберкулез (данные флюорографии).

8. *Пищеварительная система.* Аппетит. Приступы болей в животе, тошнота, рвота, жидкий стул. Наличие гастритов, изъязвлений желудка и кишечника.

9. *Мочеполовая система.* Диурез. Состояние менструальной функции у женщин; либидо, потенции у мужчин.

10. *Нервная система и органы чувств.* Бессонница, депрессия, нарушение памяти, галлюцинации. Могут быть парестезии, судороги.

11. *Другие органы.* Возможны проявления аутоиммунного сахарного диабета (сухость во рту, жажда, полиурия).

IV. Предварительный диагноз. Проанализировав жалобы, анамнез, данные осмотра, необходимо обосновать и сформулировать диагноз:

Хронический гипокортицизм (первичный или вторичный), степень тяжести. Наличие осложнений (аддисонический криз, аменорея II. судорожный синдром и т. д.). Сопутствующие заболевания.

V. План обследования больного. Какие методы исследования необходимы для уточнения диагноза, его осложнений, дифференцированного диагноза и назначения лечения. Вписывать результаты обследований курируемого больного (какие имеются). По каждому анализу сделать заключение.

1. Общий анализ крови (эозинофилия).
2. Биохимический анализ крови (общий белок, его фракции, общие липиды, холестерин, калий, натрий, хлор, кальций общий и ионизированный).
3. Гликемия, гликемический профиль, ГТТ.
4. ЭКГ (с описанием характерных изменений).
5. R-графия грудной клетки.
6. R-графия турецкого седла (МРТ гипоталамо-гипофизарной зоны).
7. Уровень кортизола и АКТГ в сыворотке крови (суточный профиль).
8. Визуализация надпочечников (КТ).
9. ФГДС.
10. Осмотр фтизиатра.
11. При необходимости других исследований и консультаций смежных специалистов указать с какой целью.

VI. Дифференциальный диагноз. В дифференциальном диагнозе необходимо указать общие признаки с дифференцируемым заболеванием, а затем симптомы различия:

- 1) с системной склеродермией;
- 2) с хроническими отравлениями свинцом, ртутью, мышьяком;
- 3) с пигментной формой токсического зоба;
- 4) с гемохроматозом.

VII. Сформулировать окончательный диагноз основного заболевания, его осложнений. Указать сопутствующие заболевания.

Примеры:

1. Первичный хронический гипокортицизм (болезнь Аддисона), тяжелая форма, состояние декомпенсации. Вторичный системный остеопороз.

2. Аутоиммунный полиэндокринный синдром: Первичный хронический гипокортицизм, средней тяжести, состояние декомпенсации. Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма, субклинический гипотироз.

VIII. Лечебные мероприятия (конкретно для курируемого больного).

1. Диета (с увеличением содержания в рационе поваренной соли до 10 г в день).
2. Заместительное лечение препаратами глюкокортикоидов (показания, препарат, доза, путь введения, длительность). Поддерживающая заместительная терапия (препарат, доза).
3. Минералокортикоиды (показания, препарат, доза, путь введения, длительность). Поддерживающая терапия (если необходимо), препарат, доза.
4. Регидратация, коррекция электролитов (если необходимо).
5. Этиотропное и симптоматическое лечение (противотуберкулезные препараты, антибиотики и т. д.).

СХЕМА ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ БОЛЬНОГО С АКРОМЕГАЛИЕЙ

Акромегалия — это состояние, обусловленное избытком гормона роста (ГР). В период открытых зон роста избыточная продукция ГР приводит к гигантизму, а в период закрытых зон роста - к акромегалии.

1. Общие сведения о больном.

Возраст. Характер выполняемой работы (или имеет группу инвалидности).

II. Анамнез.

1. Подробно опросить жалобы. Наличие головных болей, болей в конечностях. Изменение внешности (укрупнение черт лица), увеличение размера обуви у взрослых. Ухудшение памяти, зрения.

2. История настоящего заболевания.

Перенесенные острые инфекции с нейротоксикозом, травмы головы, стрессы. С какого возраста появились первые признаки заболевания. Госпитализирован впервые или получал лечение (какое).

3. Активный расспрос о функции отдельных систем и органов. Как переносит физическую нагрузку. Беспокоят ли жалобы со стороны сердца. Выяснить состояние половой функции (менструальной у женщин, потенции — у мужчин).

4. История жизни. Наличие наследственных заболеваний в семье. Перенесенные черепно-мозговые травмы. Имеются ли профессиональные вредности, вредные привычки. Есть ли другие заболевания. Какие употреблял лекарственные средства. У женщин течение беременности, родов.

III. Объективное обследование.

1. *Общее состояние больного.* Рост, вес (для детей кривая роста). Самочувствие, настроение, двигательная активность, повышенная потливость.

2. *Кожа.* Утолщена, влажная и жирная на ощупь. Могут быть участки гиперпигментации. Температура в обеих подмышечных впадинах. Подкожная жировая клетчатка, степень ее выраженности и равномерность распределения.

3. *Щитовидная железа.* Пальпаторное исследование с оценкой ее размеров и функционального состояния.

4. *Мышечная система.* Гипотрофия скелетных мышц, особенно в проксимальных отделах, снижение мышечной силы.

5. *Костно-хрящевая система.* Увеличение надбровных дуг, скуловых костей, ушных раковин, носа, губ, прогнатия, диастема, тремы. Увеличение кистей и стоп, расширение межреберных промежутков. Кифоз, сколиоз.

6. *Сердечно-сосудистая система.* Перкуторно расширение границ сердца. ЧСС, глухость тонов, наличие систолического шума. АД, его колебания. Наличие признаков сердечной недостаточности.

7. *Система дыхания.* Отметить, есть ли особенности.

8. *Пищеварительная система.* Увеличение языка. Размеры печени, селезенки (висцеромегалия). Наличие хронического гастрита, холецистита, ЖКБ.

9. *Мочеполовая система.* У детей задержка полового развития. Наличие гинекомастии у мужчин; галактореи и аменореи у женщин.

10. *Нервная система и органы чувств.* Симптомы повышения внутричерепного давления (головная боль, тошнота, рвота), акропарестезии, патологические симптомы ЧМН, судороги мышц (из-за компрессии лучевого и срединного нервов). Ухудшение зрения.

11. *Другие органы.* Возможны проявления сахарного диабета, гипокортицизма, нарушение функции щитовидной железы.

IV. Предварительный диагноз. Проанализировав жалобы, анамнез, данные осмотра, необходимо обосновать и сформулировать диагноз: Акромегалия. Аденома гипофиза. Осложнения (сахарный диабет, артериальная гипертензия 2 степень риска, недостаточность кровообращения и т. д.). Сопутствующие заболевания.

V. План обследования больного. Какие методы исследования необходимы для уточнения диагноза, его осложнений, дифференциального диагноза и назначения лечения. Вписывать результаты обследования курируемого больного (какие имеются). По каждому анализу сделать заключение.

1. Общий анализ крови (снижение гемоглобина, эозинофилия).
2. Биохимический анализ крови (общий белок, белковые фракции, общие липиды, холестерин, Na, K, C1).
3. Гликемия, ГТТ, гликемический профиль.
4. ЭКГ (с описанием характерных изменений).
5. R-графия турецкого седла.
6. УЗИ внутренних органов (висцеромегалия).
7. Денситометрия.
8. Исследование полей зрения, глазного дна.
9. МРТ гипоталамо-гипофизарной области.
10. Осмотр невролога.
11. Определение уровня ГР (суточный профиль).
12. Определение тиреоидных гормонов, кортизола, АКГТ и половых гормонов (если необходимо).
13. При необходимости других исследований и консультаций смежных специалистов указать с какой целью.

VI. Дифференциальный диагноз. В дифференциальном диагнозе необходимо указать общие признаки с дифференцируемым заболеванием, а затем симптомы различия.

Акромегалию следует дифференцировать:

- 1) с болезнью Педжета;
- 2) с климактерическим остеопорозом;
- 3) с гипотирозом.

VII. Сформулировать окончательный диагноз. Указать стадию (начальная, прогрессирование, стабилизация, регресс), осложнения, сопутствующие заболевания.

Примеры:

1. Акромегалия, состояние после оперативного лечения аденомы гипофиза, стадия стабилизации. АГ 2, риск 4.

2. Акромегалия. Аденома гипофиза, стадия прогрессирования. Сахарный диабет, специфический тип, состояние субкомпенсации.

VIII. Лечебные мероприятия (конкретно для курируемого больного).

1. Хирургическое лечение (показания).

2. Дофаминергические препараты (парлодел, бромокриптин), показания, доза, длительность лечения.

3. Соматостатины (показания).

4. Симптоматическое лечение (дегидратационная, гипотензивная, антидиабетическая терапия).

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	3
Общие принципы написания истории болезни больных с эндокринной патологией	4
Схема истории болезни больного сахарным диабетом	5
Схема истории болезни больного с тиротоксикозом	9
Схема истории болезни больного с гипотирозом	13
Схема истории болезни больного с гиперкортицизмом	15
Схема истории болезни больного с гипокортицизмом	18
Схема истории болезни больного с акромегалией	21

Учебное издание

Каплиева Марина Петровна

**СХЕМА ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ БОЛЬНОГО
С ЭНДОКРИННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ**

**Учебно-методическое пособие
для студентов 4–6 курсов медицинских вузов,
врачей-стажеров, клинических ординаторов**

Редактор *Т. Ф. Рулинская*

Компьютерная верстка *А. М. Елисеева*

Подписано в печать 15. 09. 2008

Формат 60×84¹/₁₆. Бумага офсетная 65 г/м². Гарнитура «Таймс»

Усл. печ. л. 1,4. Уч.-изд. л. 1,5. Тираж 100 экз. Заказ № 307

Издатель и полиграфическое исполнение

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

246000, г. Гомель, ул. Ланге, 5

ЛИ № 02330/0133072 от 30. 04. 2004