Маглевич Ярослава Теодоровича.

*Клінічний діагноз:*

Гостра первинна правобічна нижньодольова пневмонія нез’ясованолї етіології**.**

**Загальні відомості про хворого(Praefacio) .**

Прізвище, ім'я, по батькові – Шегда Марія Михайлівна.

Вік-17 років. Професія та місце роботи – учениця 11 класу СШ №16.

Місце проживання – м. Тернопіль, вулиця Пилипа Орлика, 4/112

Дата госпіталізації - 27. 02. 2001 року.

Ким направлений - поліклініка №2, дільничий лікар-терапевт.

Діагноз закладу, що направляє хворого – вірусний гепатит А.

Клінічний остаточний діагноз –Вірусний гепатит А, жовтянична форма, гострий перебіг, легкого ступеня важкості.

**Скарги хворого на день курації.**

Хвора скаржиться на загальне виснаження, втрату зацікавленості до життя, відсутність сил, загальну слабість, зниження пам’яті, сонливість мерзлякуватість, відразу до їжі, непостійну нудоту, закрепи, дуже сильне схуднення, неможливість фізичної роботи та ходьби через надмірну втому.

## **Історія розвитку теперішньої хвороби.**

Перші ознаки хвороби з'явились 6 років тому через 1,5 міс після пологів: зникло молоко в грудях, не відновився менструальний цикл. Протягом наступних 6-ти міс наступило різке схуднення (на 19 кг), зник статевий потяг, прогресивно наростали загальна слабкість, втомлюваність, втрата фізичної працездатності; зменшилися в розмірах молочні залози, зникло волосся в пахвинній ділянці, шкіра втратила еластичність, набула жовтуватого відтінку. Із даного приводу хвора була госпіталізована до Тернопільської міської лікарні №2, де на основі клінічного, лабораторно-інстументального обстеження та результатів радіоімунологічного визначення вмісту адренокортикотропного, тиреотропного, соматотропного гормонів в крові (Львівський обласний діагностичний центр, 1995) - різке зниження їх вмісту, було поставлено діагноз післяродового пангіпопітуїтаризму і призначено постійне замісне лікування, ефективність котрого була помірною (слабкість та втомлюваність зменшилися, зросла рухова активність, проте маса тіла збільшилася лише на 4 кг, менструальний цикл та статевий потяг не відновилися). Після виписки хвора приймала ліки нерегулярно (при покращенні стану припиняла прийом). Стан періодично погіршувався, що співпадало з застудами, психоемоційними стресами; госпіталізувалася протягом вказаного часу хвороби 4 рази (ще 3 рази – до ТМЛ №2 та один раз – до ТОКЛ).

Теперішній госпіталізації передувало припинення прийому ліків протягом 13 днів; наступило різке погіршення стану: повністю зник апетит, через надмірну втому стало неможливим самообслуговування. Зранку 18.05.2001 хвора доставлена до ТМЛ №2.

**Анамнез життя хворого.**

Хвора народився 3.10.1972 р. в місті Тернополі в сім’ї робітників. В дитинстві розвивалася нормально, в задовільних матеріально-побутових умовах. У 7 років пішла у середню школу №16, після закінчення якої навчалася на курсах перукарів. Менструальна функція – з 12 років; цикл із початку був регулярний, до пологів загальна його тривалість – 28 днів, тривалість кровотечі – 5 днів, кількість кров'янистих виділень 140 мл, загальних та місцевих розладів, пов'язаних із оваріально-менструальним циклом, не відмічалося. Остання менструальна кровотеча мала місце літом 1994 року. Хвора перенесла 1 вагітність, котра перебігала без ускладнень. Під час вагітності перебувала на спостереженні в жіночій консультації, дородові патронажі проводилися вчасно. Пологи відбулися в терміні 39-40 тиж в задньому виді потиличного передлежання, їх загальна тривалість 9 год, тривалість безводного періоду – 1,5 год. Нороджений хлопчик без ознак асфіксії та вад розвитку. Ускладнень в пологах не було, загальний об’єм крововтрати 200 мл. Післяпологова інволюція статевих органів – згідно норми. Лактація – достатня з 3-го дня після народження дитини, припинилася різко в терміні 1,5 міс після пологів. Хвора проживає в задовільних житлово–побутових умовах, харчується нерегулярно (через відсутність апетиту).

У період із 4 до 9 років перенесла кір, вітрянку, що перебігали типово, без ускладнень. Контакт із туберкуьозними, інфекційними хворими заперечує. Фактори ризику СНІДу заперечує. Оперативні втручання, гемотрансфузії хворій не проводилися. Статеві зносини востаннє в 1995 році. Спадковий та алергологічний анамнез не обтяжливий.

##### Об’єктивне обстеження хворого.

**Загальний огляд.** Загальний стан хворої важкий, хвора апатична, контакту доступна формально, займає пасивне положеня в ліжку. Будова тіла нормостенічна, стан живлення вкрай незадовільний - кахексія. Зріст-166 см, вага – 38 кг. Температура тіла - 36,0С°.

**Обличя** зморшкувате, вираз страждальницький, очні яблука займають правильне положення, впалі, ретробульбарна жирова клітковина відсутня, повіки без патологічних змін, очні щілини симетричні, відкриті, ізокорія, акомодація та конвергенція збережені, проте сповільнені, пряма та співдружня реакція зіниць на світло не порушені, диплопія відсутня; кон'юнктиви вологі, кільце Кайзер-Флейшера (навколорайдужковий жовто-зелений обідок - патогномонічний симптом гепатоцеребральної дегенерації Коновалова-Wilson) відсутнє. Ніс звичайної величини, правильної форми. Дихання через ніс вільне. При пальпації і перкусії кореня носа, ділянок проекції гайморових і лобних пазух болючість не спостерігається .

**Вуха:** чисті, виділення із зовнішніх слухових ходів відсутні, при натискуванні на tragus та соскоподібний відросток болючості немає. Слух на шепітну та голосну мову не порушений.

**Шкірні покриви:** шкіра на тілі суха, зморщена, блідо-жовтого воскового забарвлення, еластичність її втрачена; крововиливів, розчухів, пролежнів, інших первинних та вторинних елементів висипу не виявлено. Волосся на голові дуже рідке, ламке, сухе, брови майже відсутні; волосяний покрив в пахвинній ділянці відсутній. Нігті тьмяні, крихкі, помітна поздовжня посмугованість. Слизові оболонки губ, ротової порожнини помірно вологі, без висипань .

Підшкірно-жирова клітковина рівномірно відсутня на всьому тілі. Набряки, ущільнення шкіри відсутні.

Периферичні лімфатичні вузли не пальпуються вжодній із анатомічнох ділянок.

Молочні залози – атрофовані, ареоли, навколососкові ділянки, шкіра залоз – без візуальних та пальпаторних відхилень. Ущільнення в залозах не виявлені.

М’язи розвинені вкрай слабко, при пальпації не болючі, без ущільнень. М’язевий тонус майже відсутній. Кістки симетричні, форма черепа нормальна, без наявності кісткових дефектів та шрамів. Патологічні викривлення хребта відсутні, пальці із формою “барабанних паличок” не спостерігається . Грудна клітка, таз, кінцівки нормальної форми. Болючість при пальпації і перкусії кісток не спостерігається. Окістя без нерівностей і потовщень. Суглоби нормальної конфігурації, болючість при пальпації і рухах відсутня. Об’єм активних і пасивних рухів у суглобах у повному обсязі.

**Дихальна система**. Дихання через ніс вільне, виділення з нього відсутнє, кашель не спостерігається. Голос тихий, за тембром близький до шепітного, пальпація гортані неболюча. Грудна клітка нормостенічпого типу (надчеревний кут 90°), над- і під ключичні ямки через відсутність підшкірно-жирової клітковини виражені надмірно, лопатки займають крилоподібне положення (симптом атрофії м’язів плечового поясу). Міжреберні проміжки звичайної ширини, хребет без паталогічних викривлень. Розширення поверхневих вен в ділянці грудної клітки не спостерігається. Обидві половини грудної клітки симетрично буруть участь в акті дихання, тип дихання змішаний, частота дихальних рухів – 19/хв. Дихання ритмічне, середньої глибини. При пальпації болючість в ділянці грудної відсутня, грудна клітка еластична. Шум тертя плеври не відчувається. Голосове тремтіння симетричне. При порівняльній перкусії над легенями – ясний легеневий звук на всьому протязі, над простором Траубе збережений тимпанічний звук. При топографічній перкусії верхівки легень знаходяться на 3 см вище ключиць спереду та на рівні СVII  ззаду; поля Креніга шириною 6 см . Нижня межа легень за даними топографічної перкусії:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Топографічні лінії | Справа | Зліва |
| Пригрудинна лінія | П’яте міжребер’я | П’яте міжребер'я |
| Середньоключична лінія | Шосте ребро | Шосте міжребер'я |
| Передня пахвова лінія | Сьоме ребро | Сьоме міжребер'я |
| Середня пахвова лінія | Восьме ребро | Восьме міжребер'я |
| Задня пахвова лінія | Дев'яте ребро | Дев'яте міжребер'я |
| Лопаткова лінія | Десяте ребро | Десяте міжребер'я |
| Прихребцева лінія | Остистий відросток XI грудного хребця | Остистий відросток XI грудного хребця |

Активна екскурсія легень по задній пахвинній лінії справа – 6 см, зліва – 6 см . При аускультації над легенями підсилене везикулярне дихання. Шум тертя плеври не вислуховується, бронхофонія симетрична.

**Серцево-судинна система**. Пульс симетричний на обох променевих артеріях, частота 58 за хвилину; ритмічний, зниженого напруження і наповнення, малий. Видима пульсація передньої черевної стінки. Артеріальний тиск систолічний 70 мм. рт. ст., діастолічний 40 мм. рт. ст. Варикозно розширені вени на шиї, грудній клітці, передній черевній стінці відсутні. Проби Троянова-Тренделенбурга, Претта, Дельбе-Пертеса негативні. Ущільнень і болючості по ходу вен нижніх кінцівок немає, видима венозна пульсація не спостерігається. В ділянці серця серцевий горб та інші деформації відсутні. Верхівковий поштовх локалізується у лівому міжребер’ї на 1, 5 см медіальніше середньо-ключичної лінії, позитивний, займає зменшену площу (до 1 см2), слабкорезистентний, зниженої величини.

Перкуторно межі відносної серцевої тупості:

|  |  |
| --- | --- |
| Права | На 1см вправо від зовнішнього краю грудини |
| Ліва | На рівні п’ятого міжребер’я медіальніше на 1см від лівої середньо-ключичної лінії |
| Верхня | Верхній край третього лівого ребра по парастернальній лінії. |

Межі абсолютної серцевої тупості:

|  |  |
| --- | --- |
| Права  | Лівий край грудини |
| Ліва | На 2 см вправо від лівої середньо-ключичної лінії |
| Верхня | Четверте ліве ребро по лівій парастернальній лінії |

Ширина судинного пучка складає 5 см, його межі відповідають правому і лівому краю грудини.

При аускультації діяльність серця ритмічна, частота серцевих скорочень 58 за хвилину. Вислуховується два тони. Перший тон глухий, найкраще прослуховується на верхівці серця. Другий тон найкраще вислуховується на основі серця, різко приглушений, симетричний з обох сторін, розщеплення та роздвоєння тонів не спостерігається; шуми серця, шум тертя перикарду та плевроперикардіальний шум відсутні.

**Органи травлення**. Рот відкриває вільно, тризм відсутній, запаху із рота немає, губи вологі, рожеві. Язик вологий, сосочки звичайно виражені, виразок та тріщин немає. Ясна рожевого забарвлення, не кровоточать, гнійних виділень не спостерігається. Слизова оболонка м’якого піднебіння і зіва рожева, волога, без наявності тріщин та ерозій. Піднебінні мигдалики рожеві, нормальної величини, лежать в межах дужок. Ковтання вільне.

Живіт впалий, пупок нормальний, вип'ячування в ділянці слабких місць черевної стінки (пахова та стегнова ділянки, пупок та біла лінія живота, спігелієва лінія, трикутник Пті з обидвох сторін), розширення підшкірних вен в ділянці живота не спостерігається. Видима на око перестальтика відсутня, рубці, висипання, гіперпігментація шкірних покривів ділянки живота відсутня. Передня черевна стінка рівномірно бере участь в акті дихання. При поверхневій пальпації болючість, напруження м’язів передньої черевної стінки не виявлено. Симптоми подразнення очеревини негативні. Розходження прямих м’язів живота, опухи передньої черевної стінки не спостерігаються.

При глибокій пальпації за Образцовим і Стражеско сигмовидна кишка промацується у вигляді щільного, гладкого циліндра товщиною 2 см, не болючого, який легко зміщується і не бурчить, рідко перистальтує. Сліпа кишка пальпується у правій здухвинній ділянці, щільноеластична, у вигляді циліндра, розширеного донизу діаметром 2-3 см, не болюча, слаборухома, бурчить. Хробакоподібний паросток не пальпується. Кінцевий відділ клубової кишки пальпаторно виявляється у вигляді м’якого, легко перистальтуючого, пасивно рухомого циліндра товщиною в мізинець. Висхідна, поперечна і низхідна ободова кишка пальпується у вигляді неболючих, рухомих циліндрів помірної щільності, які не бурчать і помірно перистальтують, товщиною 2,5-3 см. Пальпаторно нижня межа шлунка визначається на 2-3 см вище пупка по обидва боки від серединної лінії. В ділянці передньої стінки шлунка, великої та малої кривизни ущільнень, пухлин не виявлено. Воротар знаходиться справа від серединної лінії, на 3 см вище пупка, у вигляді тяжа, який перистальтує, не болючий.

Селезінка та підшлункова залоза пальпаторно не знайдені.

Видиме збільшення печінки і її пульсація не спостерігається. При пальпації нижній край правої долі печінки не виступає з-під нижнього краю правої реберної дуги, край печінки заокруглений, м’який, неболючий, поверхня органу гладка.

Розміри печінки за даними перкусії по Курлову: середньоключична лінія - 8 см, передня серединна лінія – 7 см., ліва реберна дуга – 6 см.

Жовчний міхур не пальпується, ділянка проекції не болюча. Симптоми Курвуазьє, Ортнера, Менделя, Кера, Яновера діафрагмальний симптом Георгієвського-Мюссі негативні.

Випорожнення: частота – 1 раз на 3-4 доби, сформовані, без домішок крові та слизу.

**Сечовидільна система.** Частота сечопуску 3 рази на добу, дизуричні явища відсутні. Вибухання ділянок нирок, гіперемія шкірних покривів в цій області, болючість відсутні. Нирки – вдалося пропальпувати нижні полюси обидвох нирок, вони нерухомі, неболючі. Симптом Пастернацького негативний з обох сторін. Сечовий міхур за даними перкусії не виступає над лобковим симфізом.

**Ендокринна система.** Щитовидна залоза не пальпується, екзофтальм відсутній. Вторинні статеві ознаки відсутні. Менструальна функція відсутня.

**Нервова система і органи чуття.** Розумовий розвиток нормальний, пам'ять знижена. Хвора контакту досяжна формально, при обстеженні пасивна, розмовляє неохоче. Больова, температурна, тактильна чутливість збережена, корнеальний, глотковий, біципітальний, колінний, ахіловий, черевні рефлекси збережені, симетрично знижені; паралічі, парези відсутні. Сон – добова тривалість 14-16 год. Координація рухів у нормі. Менінгеальні симптоми, симптоми Бабінського, Гордона, Опенгейма, Россоллімо негативні. Нюх, смак, зір, слух збережені.

**Попередній діагноз.**

Враховуючи:

- скарги хворої на загальне виснаження, втрату зацікавленості до життя, відсутність сил, загальну слабість, зниження пам’яті, сонливість мерзлякуватість, відразу до їжі, непостійну нудоту, закрепи, дуже сильне схуднення, неможливість фізичної роботи та ходьби через надмірну втому;

- анамнез хвороби: Перші ознаки хвороби з'явились 6 років тому через 1,5 міс після пологів: зникло молоко в грудях, не відновився менструальний цикл. Протягом наступних 6-ти міс наступило різке схуднення (на 19 кг), зник статевий потяг, прогресивно наростали загальна слабкість, втомлюваність, втрата фізичної працездатності; зменшилися в розмірах молочні залози, зникло волосся в пахвинній ділянці, шкіра втратила еластичність, набула жовтуватого відтінку. Із даного приводу хвора була госпіталізована до Тернопільської міської лікарні №2, де на основі клінічного, лабораторно-інстументального обстеження та результатів радіоімунологічного визначення вмісту адренокортикотропного, тиреотропного, соматотропного гормонів в крові (Львівський обласний діагностичний центр, 1995) - різке зниження їх вмісту, було поставлено діагноз післяродового пангіпопітуїтаризму і призначено постійне замісне лікування, ефективність котрого була помірною (слабкість та втомлюваність зменшилися, зросла рухова активність, проте маса тіла збільшилася лише на 4 кг, менструальний цикл та статевий потяг не відновилися). Після виписки хвора приймала ліки нерегулярно (при покращенні стану припиняла прийом). Стан періодично погіршувався, що співпадало з застудами, психоемоційними стресами; госпіталізувалася протягом вказаного часу хвороби 4 рази (ще 3 рази – до ТМЛ №2 та один раз – до ТОКЛ). Теперішній госпіталізації передувало припинення прийому ліків протягом 13 днів; наступило різке погіршення стану: повністю зник апетит, через надмірну втому стало неможливим самообслуговування, зранку 18.05.2001 хвора доставлена до ТМЛ №2;

- результати об'єктивного обстеження: **з**агальний стан хворої важкий, хвора апатична, контакту доступна формально, займає пасивне положеня в ліжку; будова тіла нормостенічна, стан живлення вкрай незадовільний – кахексія, зріст-166 см, вага – 38 кг, температура тіла - 36,0С°, обличязморшкувате, вираз страждальницький, очні яблука займають правильне положення, впалі, ретробульбарна жирова клітковина відсутня, повіки без патологічних змін, очні щілини симетричні, відкриті, ізокорія, акомодація та конвергенція збережені, проте сповільнені, шкіра на тілі суха, зморщена, блідо-жовтого воскового забарвлення, еластичність її втрачена, волосся на голові дуже рідке, ламке, сухе, брови майже відсутні; волосяний покрив в пахвинній ділянці відсутній; нігті тьмяні, крихкі, помітна поздовжня посмугованість; підшкірно-жирова клітковина рівномірно відсутня на всьому тілі; молочні залози – атрофовані, м’язи розвинені вкрай слабко, м’язевий тонус майже відсутній; голос тихий, за тембром близький до шепітного, над- і під ключичні ямки через відсутність підшкірно-жирової клітковини виражені надмірно, лопатки займають крилоподібне положення (симптом атрофії м’язів плечового поясу, частота дихальних рухів – 19/хв, при порівняльній перкусії над легенями – ясний легеневий звук на всьому протязі, при аускультації над легенями підсилене везикулярне дихання; пульс симетричний на обох променевих артеріях, частота 58 за хвилину; ритмічний, зниженого напруження і наповнення, малий, артеріальний тиск систолічний 70 мм. рт. ст., діастолічний 40 мм. рт. ст, верхівковий поштовх локалізується у лівому міжребер’ї на 1, 5 см медіальніше середньо-ключичної лінії, позитивний, займає зменшену площу (до 1 см2), слабкорезистентний, зниженої величини; при аускультації діяльність серця ритмічна, частота серцевих скорочень 58 за хвилину, тони приглушені, розщеплення та роздвоєння тонів не спостерігається; шуми серця, шум тертя перикарду та плевроперикардіальний шум відсутні; язик вологий, ковтання вільне, живіт впалий, при глибокій пальпації за Образцовим і Стражеско частини травного тракту локалізуються ортотопічно, задовільний властивостей, без патологічних симптомів та відхилень; нижній край правої долі печінки не виступає з-під нижнього краю правої реберної дуги, випорожнення: частота – 1 раз на 3-4 доби, сформовані, без домішок крові та слизу; частота сечопуску 3 рази на добу, щитовидна залоза не пальпується, вторинні статеві ознаки та менструальна функція відсутні; пам'ять знижена. хвора контакту досяжна формально, при обстеженні пасивна, розмовляє неохоче, корнеальний, глотковий, біципітальний, колінний, ахіловий, черевні рефлекси збережені, симетрично знижені; сон – добова тривалість 14-16 год;

 можна сформулювати попередній діагноз:

**пангіпопітуїтаризм (післяродовий) важкого ступеня**

**з випадінням кортикотропної (наднирникова недостатність важкого ступеня), тіреотропної (гіпотиреоз важкого ступеня) та гонадотропної (вторинна аменорея) функцій гіпофіза.**

**План обстеження.**

1. Загальний аналіз крові.

2. Загальний аналіз сечі.

3. Аналіз калу на яйця глистів.

4. Біохімічний аналіз крові: білірубін загальний, АлТ, білок загальний та по фракціях; глюкоза; натрій, калій, хлориди, сечовина, креатинін, холестерин .

5. Дослідження гормонального статусу: визначення вмісту в крові соматотропного гормону, тиротропіну, кортикотропіну, пролактину, гонадотропінів, естрадіолу, тироксину та трийодтироніну, кортизолу.

1. УЗД щитовидної залози, органів живота та заочеревинного простору, органів малого тазу.
2. Комп’ютерна томографія головного мозку.
3. Магніто-резонансна томографія головного мозку.
4. Нейроофтальмологічне дослідження: визначення гостроти зору, полей зору, офтальмоскопія.
5. Імунограма: 0-клітини, Т-загальні, Т-хелпери. Т-супресори, D-клітини, В-лімфоцити, IgM, IgG, IgА, ЦІК, лізоцим, С3-фракція комплементу.
6. Реакція Вассермана.
7. Консультація гінеколога, уролога.
8. Виявлення антитіл до ВІЛ-1 та ВІЛ-2 в сироватці крові.
9. Аналіз крові на групову і Rh-належність.

**Результати лабораторних та інструментальних методів дослідження.**

*Загальний аналіз крові від 18.04.2001.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  *Показник* | *Значення* | *Норма* |
| Hb, г/л | 68  | 120-150  |
| Еритроцити, Т/л | 2,98  | 3, 7-4, 7  |
| Колірний показник | 0, 87 | 0, 85-1, 10 |
| ШОЕ, мм/год | 18  | 2-10  |
| Лейкоцити, Г/л | 4,2 | 4,0-9,0  |
| Паличкоядерні, % | 2 | 1-6 |
| Сегментоядерні, % | 50 | 47-72 |
| Лімфоцити, % | 44 | 19-37 |
| Моноцити, % | 4 | 3-11 |

 Відхилення: анемія важкого ступеня, підвищена ШОЕ, лімфоцитоз.

*2. Загальний аналіз сечі від 28.02.2001.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Показник* | *Значення* | *Норма* |
| Кількість | 100 мл | достатня для аналізу |
| Питма вага | 1012 | 1010-1026 |
| Колір | світло-жовтий | світло-жовтий |
| Прозорість | прозора | прозора |
| Цукор | немає | немає |
| Ацетон | немає | немає |
| Уробілін | немає | немає |
| Білок | немає | немає |
| Осад | немає | немає |
| Еритроцити | 1-2 в полі зору | 0-2 в полі зору |
| Лейкоцити | 1-2 в полі зору | 0-3 в полі зору |
| Епітелій | 1-3 в полі зору | плоский, 1-3 в п. зору |
| Кристали сечової к-ти | немає | немає |

Відхилення: не виявлено.

*3.* *Аналіз калу на яйця гельмінтів та цисти найпростіших від 28.02.2001.* Яйця гельмінтів та цист найпростіших не знайдено.

1. *Біохімічний аналіз крові від 28.02.2001:*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показники | Значення  | Норма  |
| Глюкоза, ммоль/л | 4,3 | 3, 3-5, 5  |
| Білірубін загальний, мкмоль/л | 16 | 1, 7-20, 5  |
| Білірубін непрямий, мкмоль/л | 14 | до 16,5 |
| Білірубін прямий, мкмоль/л | 2 | 0-5,1 |
| Сечовина, ммоль/л | 3, 9 | 3, 23-6, 46  |
| Білок загальний, г/л | 67, 2  | 65-85  |
| Альфа-глобуліни, г/л | 8, 5 | 3, 5-9, 5  |
| Бета-глобуліни, г/л | 8, 8 | 4, 0-9, 2  |
| Холестерин, ммоль/л | 5, 1 | 3, 74-6, 50  |
| АлТ, мкмоль/год\*мл | 1, 12 | 0, 68-0, 1  |

Відхилення: не виявлено.

1. *УЗД органів черевної породнини від 9.11.2000.* Печінка в розмірах не збільшена, ехогенність її звичайна, структура однорідна; жовчевий міхур не збільшений, конкрементів не містить, підшлункова залоза не збільшена, тканина без ознак набряку; розміри та структура селезінки, нирок та чашечково-мискового апарату – не порушені.

.

1. *Коагулограма від 28.02.2001.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показники | Значення  | Норма  |
| Протротромбінова активність, % | 94, 1 | 80-100  |
| Тромботест, ступінь | IV | IV-VI |
| Фібриноген, г/л | 3, 2 | 2-4  |
| Рекальцифікація, сек | 90” | 60”-120” |

Відхилень не виявлено.

*7. ЕКГ.* Ритм синусовий, ЧСС 58/хв, вольтаж знижений. Висновок: дисметаболічна міокардіопатія.

**Диференційний діагноз.**

Провідним синдромом у курованої хворої, за яким і слід проводити диференційний діагноз, є гіпопітуїтарний синдром, що маніфестує ознаками недостатності щитовидної, надниркових та статевих залоз. Проте вкзана симптоматика може мати місце і при так званому **неповному синдромі Schmidt-ІІ** – недостатність щитовидної, статевих та наднирковаих залоз внаслідок аутоімунного враження вказаних залоз при непорушеній функції гіпофіза. Клінічно і гіпопітуїтаризм, і синдром Schmidt-ІІ проявляються астенією, адинамією, гіпотензією, аменореєю та ін. Однак при даному синдромі (особливо на початкових стадіях) можуть мати місце місцеві зміни з боку вражених залоз, що виявляються пальпаторно (збільшена ущільнена болюча щитовидна залоз) чи за допомогою узд, КТГ (та ж щитовидна залоза, наднирники, яєчники). Цього немає у нашої хворої. Найголовніше в дифдіагностиці – визначення вмісту в периферичній крові гіпофізарних тропних гормонів (АКТГ, СТГ, гонадотропінів): він різко зменшений при гіпопітуїтаризмі (і у нашої хворої) та різко збільшений (внаслідок спрацьовування механізму зворотньої петлі) при синдромі Schmidt-ІІ.

Схуднення, змарніння та астенізація, наявні у нашої хворої, можуть також мати місце і у випадку **неврогенної анорексії (НА)** та **кахексії при злоякісних новоутворах (КЗН)**.

В анамнезі для **НА** характерним є психоемоційний стрес, тоді як при гіпопітуїтаризмі (як і у нашому випадку) – зв’язок із пологами; жіноча стать характерна для обидвох захворювань, так само, як і молодий вік хворих. Проте при НА вторинні статеві ознаки, статевий розвиток та потяг не порушені, тоді як при гіпопітуїтаризмі вторинні статеві ознаки та статевий потягзникають, статеві органи гіпоплазовані. Аменорея характерна для обидвох захворювань. Найціннішим в дифдіагностиці є: хронологія появи основних симптомів (при НА зниження апетиту та відраза до їжі з’являються першими і на кілька років випереджують аменорею, схуднення; останні симптоми з’являються першими при гіпопітуїтаризмі, при якому в пізніх стадіях приєднуються сниження апетиту та анорексія); визначення вмісту гіпофізарних гормонів в крові: при НА – норма, при пангіпопітуїтаризмі – різке зниженння (як і у нашому випадку).

**Кахексія при ракових захворюваннях** з’являється в пізніх стадіях на фоні симптомів враження основного органу переважно у хворих старечого та старшого віку, інволюція статевих органів, ступінь вираженості вторинних статевих ознак зпомірно знижений, проте ніколо не сягає такого рівня, як при гіпопітуїтаризмі (типове для даної хвороби і наявне у нашої хворої). Похудіння при раковій кахексії на кілька місяців випереджує гіпоплазію статевих органів, тоді як при гіпопітуїтаризмі (як і у нашому випадку) вказані ознаки з’являються одночасно. Зниження вмісту гіпофізарних гормонів в сироватці крові є типовим для гіпопітуїтаризму (наявне у нашому випадку) і ніколи не спостерігається при раковій кахексії.

Обов’язковим в даному випадку є проведення дифдіагностики післяродового гіпопітуїтаризу (

Щоденник.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата-4. 04. 2000р | Стан хворого.  | Призначення.  |
| Загальний стан хворого середньої важкості, положення в ліжку активне, сон з перервами. Апетит знижений, температура тіла 37, 4С. Пульс ритмічний, задовільних параметрів, частота -–88 за хвилину. Артеріальний тиск систолічний 135мм. рт. ст. і діастолічний 80мм. рт. ст. Обличчя дещо гіпремійоване. Дихання поверхневе, частота дихальних рухів 25 за хвилину. Голосове тремтіння не змінене. При перкусії грудної клітки в нижніх відділах справа притуплення перкуторного звуку, при аускультації в даній ділянці вислуховуються дрібнопухирчасті вологі хрипи. Аускультативно над легенями послаблене везикулярне дихання, в нижніх відділах правої половини грудної клітки вислуховується бронхіальне дихання. Діяльність серця ритмічна, тони звучні, шуми відсутні. Живіт м’який, не болючий, рівномірно приймає участь в акті дихання. Симптом Пастернацького негативний з обох сторін. Набряки відсутні. Фізіологічні відправлення в нормі.  | 1)Режим палатний2)Дієта-стіл №15, збагачена вітаміном С. 3) Rp:Analgini 1. 0  D. t. d. N 10  S. Розвести вмііст флакону в 5 мл 0. 5 %розчину новокаїну, вводити в/м кожні 6 год. 4 рази на день. 4) Rp: Tab. Aetasoli0. 5 N 20  D. S. По одній таблетці 4рази в день після їди. 5) Rp : Tab. Bromhexini 0. 5N 20  D. S. По одній таблетці 3 рази в день. 6) Rp : Sol. Levamizoli 0. 05 N 20  D. S. По одній таблеті в день7) Rp :Sol. Sulfocamphocaini 10 % -2ml D. t. d. N 10in amp.  S. Вводити підшкірно по 2 ml зронку і ввечері.  8) Rp: Dragee Ac. Ascorbinici 0. 05N 100 D. S. По одному драже 2 рази в день. 9) Rp: Tab. Calcii gluconatis 0. 5 N20  D. S. По одній таблетці 3 рази в день. 10) Rp: Tab. Euphylini0. 15 N20  D. S. По одній таблетці 3 рази в день.  11)Лікувальна фізкультура 12)Інгаляції з евкаліптом.  13)Провести загальний аналіз крові.  14)Провести спірогрфію.  |

Щоденник.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата-13. 04. 2000р | Стан хворого.  | Призначення.  |
| Загальний стан хворого задовільний, положення в ліжку активне, сон без перерв. Апетит нормальний, температура тіла 36, 7С. Пульс ритмічний, задовільного напруження, наповнення, величини, частота–88 за хвилину. Артеріальний тиск систолічний 130мм. рт. ст. і діастолічний 70мм. рт. ст. Шкірні покриви обличчя блідорожевого забарвлення. Дихання нормальне, частота дихальних рухів 22 за хвилину. Голосове тремтіння не змінене. При перкусії грудної клітки в нижніх відділах справа незначне притуплення перкуторного звуку, при аускультації в даній ділянці невелика кількість дрібнопухирчастих вологих хрипів. Аускультативно послаблене везикулярне дихання, в нижніх відділах правої половини грудної клітки вислуховується бронхіальне дихання. Діяльність серця ритмічна, тони звучні, шуми відсутні. Живіт м’який, неболючий, рівномірно приймає участь в акті дихання. Симптом Пастернацького негативний з обох сторін. Сечопуск вільний, не болючий. Набряки відсутні. Фізіологічні відправлення в нормі.  | 1)Режим палатний2)Дієта-стіл №15, збагачена вітаміном С. 3) Rp:Analgini 1. 0  D. t. d. N 10  S. Розвести вмііст флакону в 5 мл 0. 5 %розчину новокаїну, вводити в/м кожні 6 год. 4 рази на день. 4) Rp: Tab. Aetasoli0. 5 N 20  D. S. По одній таблетці 4рази в день після їди. 5) Rp : Tab. Bromhexini 0. 5N 20  D. S. По одній таблетці 3 рази в день. 6) Rp : Sol. Levamizoli 0. 05 N 20  D. S. По одній таблеті в день7) Rp :Sol. Sulfocamphocaini 10 % -2ml D. t. d. N 10in amp.  S. Вводити підшкірно по 2 ml зронку і ввечері.  8) Rp: Dragee Ac. Ascorbinici 0. 05N 100 D. S. По одному драже 2 рази в день. 9) Rp: Tab. Calcii gluconatis 0. 5 N20  D. S. По одній таблетці 3 рази в день. 10) Rp: Tab. Euphylini0. 15 N20  D. S. По одній таблетці 3 рази в день.  11)Лікувальна фізкультура 12)Інгаляції з евкаліптом.  13)Провести загальний аналіз крові.  14)Гірчичники на грудну клітку.  |

**Клінічний діагноз(Diagnosis terminalis).**

I)На основі скарг хворого на :

 1)Високу температуру до 38, 8С(гарячка)-типовий паталогічний процес під впливом пірогенів, який характеризується перебудовою центра терморегуляції і підвищенням температури тіла незалежно від температури навколишнього середовища. За етіологією лихоманки бувають інфекційні і неінфекційні. В механізмі розвитку лихоманок ведуча роль належить пірогенам, які поділяють на ендогенні та екзогенні. Останні виділяються в процесі життєдіяльності і розпаду мікроорганізмів. Ведучим серед них є ліпоїд А, який стимулює виділення макрофагами інтерлейкіну-1. Іл-ендогенний піроген, здатний безпосередньо впливати на ценр терморегуляції, а також зумовлює синтез ростагландинів в ендотелії судин, які володіють пірогенною активністю. Лихоманка, згідно Н. Р. Палєєвої, в більшості випадків є основним симптомом початку гострої пневмонії. В даного хворого температурна крива постійного типу(febris continua), тобто коливання між ранішньою і вечірньою температурою не перевищують 1С. Згідно досліджень професора Гутової лихоманка даного характеру зустрічається в 30-35% людей із захворюваннями дихальної системи.

 2)Періодичний гавкаючий кашель з виділенням незначної кількості в’язкого, слизистого харкотиння, який виникає без видимої причини і зменшується при вживанні теплого пиття. Кашель(tussis) – cкладний рефлекторний акт, який виникає як захисна реакція при накопиченні в дихальних шляхах-гортані, трахеї, бронхах, -слизу, мокроти, і являє собою раптовий, мимовільний чи немимовільний різкий форсований звучний видих. При запальних процесах в гілках бронхів спостерігаються рефлексогенні зони, подразнення яких ексудатом чи харкотинням зумовлює кашель.

 3)Задишку(dyspnoe), періодичну, з утрудненим вдохом, яка виникає при фізичному навантаженні і зникає в спокої. Згідно В. Х. Василенко і професора Коносової, задишка є частим симптомом при захворюванні органів дихання. Воа відображає порушення функції зовнішнього дихання, характеризується порушенням частоти, глибини і ритму дихання, підвищенням роботи дихальних м’язів і супроводжується суб’єктивним відчуттям(затрудненим диханням. )Поява у хворих задишки, згідно В. Х. Василенко, свідчить про бронхіальну непрохідність. Суб’єктивне відчуття задишки виникає, коли надмірне збудження дихального центру передається у вищі відділи головного мозку.

 4)На біль в правій половині грудної клітки, в її нижніх відділах, який посилюється при глибокому диханні і лежанні на правому боці. Дані характеристики, згідно професора Коносової, притаманні для вогнищевої пневмонії. Болі в грудній клітці можуть бути поверхневими і глибокими. Болі, пов'язані із ураженням легень носять глибокий характер, посилюються при глибокому диханні, кашлі, місце їх локалізації точно вказується хворим.

 5)Загальну слабкість, нічну пітливість, недомагання, головний біль, швидку втомлюваність. Згідно професора Путової, дані ознаки є результатом інтоксикації організму токсичними сполуками, що утворюються в результаті запального процесу в легеневій тканині, в тому числі і при вогнищевій пневмонії.

II)На основі анамнезу захворювання:

Захворювання почалося гостро з появою високої температури близько 38. 0 С. Причиною хвороби вважає загальне переохолодження за два дні до появи температури. Через день з’явився періодичний сухий помірний кашель, біль в правій частині грудної клітки в її нижніх відділах колючого характеру, який посилювався при глибокому диханні. Хворому було зроблено ренгенівське дослідження органів грудної порожнини, на якому було виявлено посилений легеневий малюнок з елементами переваскулярної інфільтрації в нижньому відділі правого легеневого поля, затемнення цієї ділянки.

Переохолодження на фоні весняного гіповітамінозу та зниження резистентності організму є провокуючим фактором для розвитку запальних інфекційних процесів(вогнищевої пневмонії зокрема).

III)Згідно даних об’єктивного обстеження:

 1)Гіпермійована шкіра на обличчі хворого свідчить про надмірне наповнення шкірних судин кров'ю, що може бути, згідно професора Коносової, результатом лихоманки при захворюваннях дихальної системи, зокрема при пневмонії.

 2)Знижена дихальна екскурсія легнь справа, що вказує на ураження легеневої тканини.

 3)Задишка на фоні збільшеної частоти дихальних рухів(тахіпное) – згідно В. Х. Василенко дане явище спостерігається при звуженні просвіту дрібних бронхів внаслідок їх спазму, дифузного запалення слизової оболонки, що перешкоджає надходженню повітря в альвеоли. Це явище спостерігається при бронхопневмонії. В даному випадку має місце також зменшення дихальної поверхні легень внаслідок втягнення в запальний процес паренхіми легень.

 4)Притуплення перкуторного звуку в нижніх відділах правої половини грудної клітки є однією з ознак гострої пневмонії. Притуплення пояснюється тим, що в даній ділянці легень(в її паренхімі та альвеолах) накопичується ексудат(рідина), який погано проводить звукові коливання.

 5)Послаблене везикулярне дихання над легенями зумовлене зменшенням загальної кількості альвеол, які вентилюються, в результаті атрофії, руйнуванні міжальвеолярних перегородок і утворенні більш крупних пухирів, які не здатні до розтягнення при вдосі.

 7)Посилена бронхофонія і голосове тремтіння.

IV)Даних лабораторних та інструментальних методів досліджень.

 1)Ренгеноскопія органів грудної порожнини:

Виявлено чіткі множинні вогнища затемнення в нижньому поверсі правого легеневого поля на фоні підсиленого легеневого малюнка. Корені правої легені розширені, синуси вільні.

 2)Загальний аналіз крові:

Виражений лейкоцитоз – 15, 0Г/л. Зсув лейкоцитарної формули вліво, значна кількість(9%) паличкоядерних нейтрофілів.

Можна поставити заключний діагноз:

**Гостра вогнищева правобічна сублобарна пневмонія з локалізацією в нижній долі не з’ясованої етіології. Дихальна недостатність 1-го ступеня.**

Bronchopneumonia acuta sublobaris dextra in lobo inferio.

**Лікування даної хвороби.**

У лікувальну програму пр гіпопітуїтаризмі входить:1

1. Етіологічне лікування – у випадку інфекційно-запального (1) та пухлинного (2) враження гіпофізу (1 – протизапальна, розсмоктувальна, дегідратаційна терапія; 2 – хірургічне лікування).
2. Лікувальне харчування – висококалорійна дієта із високим вмістом тваринного білка, жирів, вуглеводів, вітамінів, мікроелементів; харчування повинно бути дробним (хворі не можуть прийняти багато їжі на раз), частим. Доцільно також проводити парентеральне харчування (в/в введення препаратів амінокислот, нативної плазми, альбуміну, жирових емульсій – інтраліпіду, ліпофундину).
3. Замісна гормональна терапія - застосовують препарати, що містять гормонищитовидної залози, наднирнрикі та статеві гормони. Досягається нормалізація (штучне створення) менструального циклу (циклічним призначенням естрогенів та гестагенів), компенсується наднирникова (кортизон, преднізолон, кортинеф) та недостатність щитовидної залози (тироксин, трийодтиронін, тиреоїдин, тиреокомб, ін.).
4. Лікування анаболічними засобами – вони сприяють синтезу білка, збвльшення м’язевої та загальної маси тіла. Застосовують ретаболіл, неробол, ін.
5. Симптоматичне лікування – включає лікування міокардіодистрофії (рибоксин, фосфаден, АТФ, кокарбоксилаза, піридоксальфосфат), порушень функціональної здатності печінки (есенціале, катерген, карсил), порушень секреторної здатності шлунка та підшлункової залози – травні ферменти (панзинорм, креон, фестал, ін.), лікування порушень неврологічної сфери (пірацетам, ноотропіл, пікамілон, церебролізин).

Нашій хворій призначаємо:

Rp.: Tab. Prednisoloni 0,005 N.100

D.S. Приймати по схемі: 3 табл о 700, 2 табл. о 1000, 1 табл. о 1300 одночасно або після прийняття їжі .

Rp.: Tab. L-Thyroxini 0,000025 N.50

D.S.По по 1 табл. в день (через 5 днів після початку прийому преднізолону).

Rp.: Tab.Microfollini 0,00001

D.S.По по 1/2 табл. протягом 20 днів (із наступним прийомом туриналу).

Rp.: Tab. Turinali 0,005 N.50

D.S.По по 1 табл. 3р./день протягом 6 днів (після прийому мікрофолліну).

Rp.: Sol Retabolili oleosae 5% - 1 ml

D.t.d.N. 4 in ampull.

S. Вводити дом’язево по 1 мл в 2 тиж, курс – 4 ін’єкції.

Rp.: Dragee Festali N.50

D.S.По по 1 драже під час прийняття їжі.

Rp.: Essentiale forte N. 50 in caps.

 D. t.d.N. 10 in ampull.

 S. По 2 капсули 3 рази на добу під час їжі.

Rp.: Sol. Riboxyni 2% - 10 ml

 D. t.d.N. 10 in ampull.

 S. Вводити довенно повільно 10 мл 1 раз в день.

Rp.: Cocarboxylasi 0,05

 D. t.d.N. 10 in ampull.

 S. Вміст ампули розчинити в 2 мл розчинника, вводити довенно повільно

 2 мл в день.

**Епікриз .**

Хворий – Маглевич Ярослав Теодорович, Дата госпіталізації - 31. 03. 2000року . На момент поступлення хворий скаржиться на підвищену температуру 38, 8С°, постійний вологий кашель) з виділенням невеликої кількості в’язкого слизистого харкотиння;на колючого характеру в нижніх відділах грудної клітки справа, який посилюється при глибокому диханні і лежанні на правому боці;періодичну задишку з утрудненим вдохом, яка виникає при фізичному навантаженні і зникає в cпокої, на слабкість, в’яліть, недомагання, нічну пітливість. Об’єктивно на момент поступлення у хворого гіпермійоване обличчя, часте поверхневе дихання-24 дихальних рухів за хвилину(тахіпное), періодичний кашель з виділенням незначної кількості в’язкого слизистого харкотиння, при перкусії притуплення перкуторного звуку в нижніх відділах правої половини грудної клітки, аускультативно-послаблене везикулярне дихання, в нижніх відділах грудної клітки справа дрібнопухирчасті вологі хрипи, посилене бронхіальне дихання і бронхофонія, пальпаторно-посилене голосове тремтіння в цій ділянці .