

Федеральное государственное бюджетное общеобразовательное учреждение  
высшего образования

«Волгоградский государственный медицинский университет»

Министерство здравоохранения Российской Федерации

Кафедра хирургических болезней педиатрического и стоматологического  
факультетов



Научно-исследовательская работа на тему:

«Особенности ухода за больными оперированными на щитовидной железе.»

Работу принял преподаватель

Голуб Владимир Алексеевич

23.06.18



дата

подпись

Исполнитель :

Студент 7 группы, 1 курса,  
педиатрического факультета ,

Анашко Д.Д.

Волгоград 2018

Содержание :

1. Введение
2. Разновидности заболеваний и их симптомы
3. Патогенез
4. Клиническая картина
5. Сестринский уход
6. Уход за больным после операции на щитовидной железе.
7. Диспансеризация
8. Заключение

## **Введение**

Щитовидная железа представляет собой самый крупный орган эндокринной системы человека. Вырабатываемые в ней гормоны – трийодтиронин (Т<sub>3</sub>), тироксин (Т<sub>4</sub>), кальцитонин – играют большую роль в регуляции различных обменных процессов в организме (прежде всего окислительных), влияя также на функции других систем – сердечно-сосудистой, пищеварительной и т.д.

Различные заболевания щитовидной железы (диффузный токсический зоб, эндемический зоб, гипотиреоз, тиреоидиты, опухоли и др.) встречаются достаточно часто. В их диагностике широко используют общеклинические методы исследования (например, увеличение щитовидной железы, которое носит название зоба, или струмы, хорошо определяются при ощупывании или становится заметным при осмотре): радиоиммунные методы определения содержания тиреоидных гормонов в крови; исследование функциональной активности щитовидной железы с помощью определения поглощения щитовидной железой радиоактивного йода, изучение структуры органа с помощью ультразвукового исследования, термография, биопсия щитовидной железы и т.д.

## **Разновидности заболеваний и их симптомы**

Заболевания щитовидной железы нередко протекают тяжело, обуславливая, помимо специфического лечения, и необходимость проведения различных мероприятий по уходу. Часто при заболеваниях щитовидной железы страдает нервно-психическое состояние больных. Так, пациенты с диффузным токсическим зобом (заболевание, протекающее с повышением функции щитовидной железы), бывают раздражительными, вспыльчивыми, легко возбудимыми; при гипотиреозе (снижение функции щитовидной железы), напротив, они обычно становятся вялыми, апатичными, сонливыми, теряют интерес к окружающему. В связи с этим от медицинского персонала требуется спокойное, ровное, терпеливое отношение к таким больным.

При нарушениях обмена веществ у больных с заболеваниями щитовидной железы нередко наблюдаются изменения массы тела. При диффузном токсическом зобе часто отмечают прогрессирующее похудание; при гипотиреозе, наоборот, отложение подкожного жирового слоя увеличивается. Регулярное взвешивание больных позволяет судить о динамике массы тела, что в свою очередь нередко отражает тяжесть течения заболевания и эффективность проводимого лечения.

В результате нарушений обмена веществ, сопровождающихся повышением или, напротив, снижением основного обмена, у больных с заболеваниями щитовидной железы изменяется температура тела: при диффузном токсическом зобе она повышается, при гипотиреозе – снижается. Поскольку

температура тела при этом нередко отражает тяжесть течения болезни, термометрию целесообразно проводить несколько раз в день, фиксируя полученные данные в температурном листе. Так как у больных с диффузным токсическим зобом постоянно отмечаются чувство жара, повышенная потливость, привычка легко одеваться, необходимо, с одной стороны, следить за температурой окружающей среды, не допуская перегревания больных, а с другой стороны, оберегать пациентов от сквозняков, способных привести к простудным заболеваниям.

При уходе за больными с гипотиреозом, часто зябнущими, следует, наоборот, следить за тем, чтобы температура окружающей среды не была слишком низкой (пользоваться грелкой).

Необходимо тщательно ухаживать за кожными покровами больных с гипотиреозом. Кожа у них становится грубой, утолщенной, легко шелушится, что требует применения специальных смягчающих и питательных кремов.

У больных диффузным токсическим зобом отмечаются расширение глазной щели, блеск глаз, пучеглазие и др. Прогрессирующее пучеглазие в ряде случаев может привести к патологическим изменениям конъюнктивы и роговицы. Необходимо регулярно промывать глаза раствором фурацилина, закапывать глазные капли с антибиотиками и витаминами, закладывать за веки глазную мазь.

При заболеваниях щитовидной железы нередко страдает сердечно-сосудистая система: при диффузном токсическом зобе наблюдаются тахикардия, артериальная гипертензия, различные нарушения ритма, иногда развивается сердечная недостаточность. У больных гипотиреозом, напротив, обнаруживают снижение артериального давления и урежение частоты сердечных сокращений. Поэтому необходимо регулярно следить за частотой пульса, измерять артериальное давление.

Лечение больных диффузным токсическим зобом заключается в назначении диеты с повышенным содержанием белков и витаминов, применении антитиреодных средств: пропилтиоурацила, препаратов йода и др. При значительном увеличении щитовидной железы, выраженных симптомах повышенной функции щитовидной железы, безуспешности консервативной терапии применяют оперативное лечение. Больные с гипотиреозом нуждаются в проведении заместительной терапии, систематическом приеме тиреодных препаратов (L – тироксина и др.).

Серьезным осложнением диффузного токсического зоба является *тиреотоксический криз*, который может быть спровоцирован психической травмой, оперативным вмешательством, снижением дозы или

отменой препаратов. При тиреотоксическом кризе отмечаются резкое психическое возбуждение, повышение температуры тела до 39-41 °С, учащение пульса до 150-200 уд /мин, иногда с развитием мерцательной аритмии, боли в животе, тошнота, рвота, понос. Прогрессирование тиреотоксического криза может привести к потере сознания, развитию острой сердечно-сосудистой недостаточности. При появлении признаков тиреотоксического криза применяют кортикостероидные средства, препараты йода, сердечные гликозиды.

### **Патогенез**

В основе патогенеза заболевания лежит нарушение иммунного контроля со стороны генетически дефектных Т-супрессоров, приводящее к образованию аутоантител к тканям щитовидной железы. Тиреоидные гормоны увеличивают потребление кислорода тканями, повышая образование тепла и энергетический обмен. Повышается чувствительность тканей к катехоламинам и симпатической стимуляции.

Увеличивается превращение андрогенов в эстрогены в тканях и возрастает содержание циркулирующего глобулина, связывающего половые гормоны, что повышает соотношение эстрогенов к андрогенам. Эти гормональные изменения могут вызвать гинекомастию у мужчин.

Быстрое разрушение кортизола под влиянием тиреоидных гормонов обуславливает клиническую картину гипокортицизма (обратимая надпочечниковая недостаточность).

Избыточный синтез гормонов приводит к увеличению захвата железом йода, выделению в кровь больших количеств тироксина и трийодтиронина, усилению их действия на клеточном и субклеточном уровне (тиреотоксикоз). Происходит нарушение синтеза белков, развивается дистрофия тканей, которая приводит к прогрессирующему нарушению деятельности сердца, печени, почек и других органов.

Факторы риска:

- отягощённый семейный анамнез;
- женский пол;
- аутоиммунные заболевания

### **Клиническая картина**

Изменения метаболизма. Наблюдают повышение основного обмена и снижение веса, несмотря на хороший аппетит и достаточный приём пищи.

Потливость и непереносимость тепла отражают наличие повышенного теплообразования. Нередко -- обратимая гипергликемия.

Увеличение щитовидной железы. При диффузном токсическом зобе увеличение равномерное, над железой может выслушиваться сосудистый шум.

При узловом токсическом зобе обычно выявляют один или несколько узелков. Различают 5 степеней увеличения щитовидной железы:

I -- железа не визуализируется при осмотре, пальпируется перешеек;

II -- железа визуализируется при глотании, пальпируются боковые доли;

III -- железа визуализируется при осмотре;

IV -- визуализируется зоб, изменена конфигурация шеи;

V -- зоб гигантских размеров.

Сначала исследование щитовидной железы проводится стоя, лицом к больному. При пальпации железа умеренной плотности, с окружающими тканями не спаяна, пульсирует.

Скользящими движениями больших пальцев определяются обе доли и перешеек, оцениваются консистенция, плотность, подвижность, наличие узлов. Затем исследование повторяется в положении стоя позади больного.

Перешеек пальпируется при глотании. Если грудинно-ключично-сосцевидная мышца сильно развита, больному следует предложить наклониться вперед. При расслаблении мышцы пальпируются обе доли. При низком расположении щитовидная железа исследуется во время глотания или в положении больного лежа на спине с вытянутой шеей. Следует учитывать, что степень увеличения щитовидной железы не определяет тяжести течения токсического зоба.

Сердечно-сосудистые эффекты. ЧСС увеличивается, возникает стойкая синусовая тахикардия с частотой 120 в мин и более (не исчезающая во время сна и плохо поддающаяся лечению сердечными гликозидами) -- больной ощущает сердцебиения в области шеи, головы и живота. Другие аритмии вследствие увеличения возбудимости миокарда, например, мерцание и трепетание предсердий. Тенденция к повышению систолического АД и снижению диастолического АД (большое пульсовое давление). Симптомы хронической сердечной недостаточности.

Симптомы со стороны ЖКТ:

- повышенный аппетит;

- запоры или диарея;
- приступы болей в животе;
- возможна рвота;
- в тяжёлых случаях -- обратимое поражение печени (увеличение размеров, болезненность, возможна желтуха).

Изменения кожи и волос. Кожа тёплая и влажная вследствие вазодилатации периферических сосудов и повышенного потоотделения. Характерны тонкие, шелковистые волосы, возможна ранняя седина.

Воздействие на ЦНС. Эмоциональная лабильность, беспокойство и мелкоразмашистый тремор.

Расстройства половой сферы:

- у женщин -- нарушение менструального цикла (вплоть до аменореи);
- у мужчин -- снижение потенции, возможна гинекомастия.

Мышечная слабость и утомляемость (вследствие сопутствующего гипокортицизма).

Офтальмопатия -- аутоиммунное поражение глаз (как правило, двустороннее), обусловленное образованием специфических иммуноглобулинов и характеризующееся отёком пери-орбитальных тканей. Гневный взгляда отставание века (т.е. медленное закрытие верхнего века при движении глаз вниз с обнажением склеры между веком и роговицей) отмечают при любой форме гипертиреоза. Истинный тиреотоксический экзофтальм наблюдают только при диффузном токсическом зобе (примерно в 50% случаев) как следствие мукоидной и клеточной инфильтрации внеглазных мышц.

Отмечают конъюнктивит и воспаление окружающих тканей. Больной может предъявлять жалобы на слезотечение, раздражение глаз, боль и удвоение предметов.

Претибальная микседема (в 3-4% случаев) -- одно- или двустороннее чётко очерченное уплотнение багрово-синюшного цвета на переднемедиальных поверхностях голеней.

Лабораторная диагностика гипертиреоза:

1. Повышение концентрации в сыворотке общих Т4 и Т3.
2. Увеличение поглощения Т3 и радиоактивного йода щитовидной железой (снижение при подостром тиреоидите и синдроме йод-базедов).

3. Уровень ТТГ сыворотки низкий (высокий при гипотиреозном происхождении гипертиреоза).

4. Гипохолестеринемия. Умеренная гипергликемия.

### **Сестринский уход**

Сестринский процесс состоит из основных этапов.

1. Сестринское обследование - сбор информации о состоянии здоровья пациента, который может носить субъективный и объективный характер.
2. Установление проблем пациента и формулировка сестринского диагноза. Проблемы пациента подразделяются на существующие и потенциальные. Существующие проблемы - это те проблемы, которые беспокоят пациента в настоящее время. Потенциальные - те, которые еще не существуют, но могут возникнуть с течением времени. Сестра определяет факторы, способствующие или вызывающие развитие этих проблем, выявляет также сильные стороны пациента, которые он может противопоставить проблемам.
3. Определение целей сестринского ухода и планирование сестринской деятельности. План сестринского ухода должен включать оперативные и тактические цели, направленные на достижение определенных результатов долгосрочного или краткосрочного характера.
4. Реализация планируемых действий. Этот этап включает меры, которые принимает медицинская сестра для профилактики заболеваний, обследования, лечения, реабилитации пациентов.
5. Оценка эффективности сестринского процесса:
  1. рекомендации по режиму труда и отдыха
  2. рекомендации по питанию - включение в диету продуктов богатых белком и витаминами
  3. психологическая поддержка пациентов.
  4. регулярные прогулки перед сном, проветривание помещения.
  5. осуществлять контроль частоты пульса, артериального давления, массы тела
  6. обучить пациента правилам ухода за кожей.
  7. смена нательного и постельного белья
  8. при экзофтальме рекомендовать носить в солнечные дни темные очки
  9. провести беседу с пациентом о необходимости приема тиреостатических препаратов



10. обучить родственников созданию психологического климата в семье
11. обучить родственников правилам подсчёта частоты пульса, ЧДД, измерению АД, взвешиванию, термометрии
12. внутривенное капельное вливание

### **Уход за больным после операции на щитовидной железе.**

Больные, оперированные по поводу тиреотоксического зоба, особенно неуравновешенные, и в послеоперационный период им нужно обеспечить отсутствие психоэмоционального напряжения. Наиболее удобным положением после операции на щитовидной железе является полусидячее с несколько наклоненной вперед головой. Дежурная сестра наблюдает за общим состоянием больного, цветом кожных покровов, частотой, наполнением и ритмом пульса, показателями артериального давления, состоянием повязки. Сестра, которая ухаживает за пациентом, прооперированном по поводу тиреотоксического зоба, должна иметь наготове прокипяченные шприцы и необходимые медикаменты: камфору, кордиамин, строфантин, глюкозу, гидрокортизон, стерильную систему для внутривенного и подкожного введения препаратов, переливания крови, баллон с кислородом. Кожа больных тиреотоксическом зобом нежная, тонкая, и нередко после операции возникает раздражение ее от смазывания йодом, клеолом. В таких случаях хорошо смазывать кожу вазелином и другими индифферентными мазями.

В ближайшие часы после операции у больного может развиваться состояние острого тиреотоксикоза, что выражается нарастающим беспокойством, покраснением лица, усилением дрожания рук, тела, частым пульсом, иногда аритмией, повышением температуры. Сестра немедленно сообщает об этом врачу и активно включается в оказание помощи. Иногда у таких больных после операции возникают болезненные судороги конечностей, лица. Они появляются в результате травмы или удаления паращитовидных желез, которые регулируют обмен кальция. Назначают внутривенное введение хлористого кальция (10 мл 10 % раствора 2-3 раза в день). Одновременно назначают раствор хлористого кальция внутрь по столовой ложке 3-4 раза в день. Важно обратить внимание на звучность голоса: осиплость – признак операционной травмы возвратного нерва.

### **Диспансеризация:**

- Наблюдение у эндокринолога (контрольная явка по назначению врача-эндокринолога)

- Осмотр окулиста 1 раз в полгода
- Контроль ЭКГ 1 раз в полгода
- Клинический анализ крови
- Кровь на сахар.
- Контроль за АД, частотой пульса.

### **Заключение**

Основные выводы по работе:

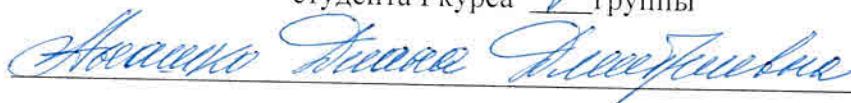
1. Важное значение в развитии базедовой болезни придают наследственной предрасположенности. Это подтверждается тем, что у 15% больных ДТЗ есть родственники с тем же заболеванием и около 50% родственников имеют циркулирующие тиреоидные аутоантитела. Чаще всего ДТЗ сочетается с носительством антигенов гистосовместимости HLA-B8, HLA-Dw3, HLA-DR3 и HLA-DQ1.
2. Преобладание женщин среди больных ДТЗ связано с частыми нейроэндокринными перестройками женского организма (беременность, лактация, менструальный период, менопауза). Предрасполагающими факторами считают также пубертатный период, невротическую конституцию, нейроциркуляторную дистонию, протекающую с выраженными вегетативными проявлениями.
3. При базедовой болезни сестринский процесс включает следующие действия:
  - Создание физического и психического покоя, рекомендации по диете. Также организуется наблюдение за пульсом, АД, ЧДД, физиологическими отправлениями, весом, диетой, режимом, состоянием кожных покровов, взвешивание.
  - Организация консультации диетолога, по психотерапии, ЛФК.
  - Забор биологического материала на лабораторное исследование, подготовка к исследованиям и консультациям, своевременная раздача лекарств и введение лекарственных средств, быстрое выполнение всех назначений врача, профилактика возможных осложнений.

Список использованной литературы:

1. <https://studfiles.net/preview/3293239/page:4/>
2. [https://revolution.allbest.ru/medicine/00231518\\_0.html](https://revolution.allbest.ru/medicine/00231518_0.html)
3. <https://megaobuchalka.ru/1/20351.html>
4. <https://megalektsii.ru/s18567t8.html>
5. <http://www.medchitalka.ru/surgery/illness/gullet/24741.html>
6. [https://revolution.allbest.ru/medicine/00387499\\_0.html](https://revolution.allbest.ru/medicine/00387499_0.html)

## Рецензия

на научно-исследовательскую работу, предусмотренную программой практики «Производственная практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности (помощник младшего медицинского персонала, научно-исследовательская работа)» на кафедре хирургических болезней педиатрического и стоматологического факультетов по специальности 31.05.02 Педиатрия студента I курса А группы



Работа выполнена на соответствующем требованиям программы практики методологическом уровне. Автором поставлена конкретная, достижимая к выполнению цель исследования. Задачи позволяют полностью достичь поставленной цели. Стиль изложения материала логичен. Автором проанализированы основные источники литературы по данной теме.

В ходе проведенного анализа недостатков не выявлено.

Все разделы логично и последовательно отражают все вопросы по решению задач, поставленных в работе.

Автор демонстрирует хорошее знание современного состояния изучаемой проблемы, последовательно изложены все разделы.

Обзор литературы основан на анализе основных литературных источников, отражает актуальные проблемы изучаемой области медицины.

Объем и глубина литературного обзора указывают на удовлетворительное знание автора об исследуемой проблеме.

Последовательность изложения соответствует поставленным задачам. В обсуждении результатов исследования подведены итоги работы, дан удовлетворительный анализ. Сформулированные выводы логично вытекают из имеющихся данных. Работа написана простым литературным языком, автор не использовал сложных синтаксических конструкций, материалы изложены связно и последовательно. В целом работа заслуживает положительной оценки.

Фактический материал достаточен для решения поставленных задач, статистически грамотно обработан и проанализирован.

Выводы соответствуют полученным результатам, логически вытекают из анализа представленного материала.

Работа представляет собой завершённое научное исследование.

Руководитель практики,  
доцент кафедры хирургических  
болезней педиатрического и  
стоматологического факультетов, к.м.н.



В.А. Голуб