Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского

Кафедра пропедевтики внутренних болезней

История болезни

Возраст: 54 года (26.11.1956)

Дата поступления: 24.01.2011

Клинический диагноз: Основное заболевание: Сахарный диабет II типа, средней степени тяжести, стадия субкомпенсации.

Куратор: студент Морозов Евгений Александрович

Преподаватель: Полищук Т.Ф.

Симферополь, 2011 год.

I. Паспортные данные

Пол: женский

Возраст: 54 года

Национальность: русская

Образование: высшее

Профессия: Бухгалтер на ткацкой фабрике, в данный момент находится на инвалидности.

Дата поступления в стационар: 24.01.2011

II. Жалобы больного (Molestia aegroti)

При поступлении в отделение больная предъявляла жалобы на беспокоящие ее жажду, сухость во рту, увеличение количества выделяемой мочи, зуд кожи. Из общей симптоматики больная указывала общую слабость, быструю утомляемость. Из жалоб диспепсического характера предъявляла жалобы на наличие запоров, урчания в животе. При дополнительном опросе установлено, что пациентку беспокоят тремор рук, головокружения и периодические головные боли, умеренно выраженные, исчезающие после принятия гипотензивных препаратов и сопровождающиеся повышением артериального давления до 200/120 мм рт. На момент курации состояние больной удовлетворительное, жалуется на покалывание в области левой голени и онемение пальцев левой ступни.

III. История настоящего заболевания (Anamnesis morbi)

Считает себя больной с 2004 года, когда во время профилактического обследования в поликлинике обнаружено повышение уровня сахара до 6,1 ммоль/л. Участковым терапевтом были даны рекомендации по диете, медикаментозное лечение назначено не было. Какой-либо симптоматики самой больной в этот период не отмечалось. В 2005 году при обследовании в поликлинике был выявлен уровень сахара 12,4 ммоль/л., после этого была сделана коррекция диеты, назначены медикаменты.

IV. История жизни (Anamnesis vitae)

Родилась 26 ноября 1956 года. недоношенной, вес при рождении составлял 2200. Во время родов перенесла внутриутробную асфиксию. Воспитывалась в семье с благоприятными социально-бытовыми условиями. Вскармливание естественное. В детстве переболела паротитом. Период полового созревания протекал без особенностей, задержки или ускорения полового развития не наблюдалось. Менструации установились с 17 лет, безболезненные. В августе 2010 был перелом плеча, в результате был повреждён плечевой бугорок и треснула ключица. 3 месяца проходила с гипсом.

Операции: в 1980 году прооперирована по поводу гангренозного аппендицита. Респираторными заболеваниями болела 1-2 раза в год. Роды были одни, один ребенок умер в раннем возрасте, число абортов не уточнено.

Не курит, алкоголем не злоупотребляет, наркотики не принимает. Имеется тяга к солёному, кислому и луку. Психические, венерические заболевания, гепатит отрицает. Гемотрансфузий не проводилось.

Социально-бытовой анамнез. Больная относится к социализированной группе населения. Материальная обеспеченность достаточная. Проживает в частном доме, помещение хорошо проветривается, освещенность нормальная. Питание полноценное, невегетарианское. Одежда соответствует климато-погодным условиям и социальному статусу больной. Вредными привычками социального характера не страдает.

Профессионально-производственный анамнез. Пациентка имеет высшее образование. В настоящий момент уже 7 лет находится на инвалидности. Окончила Крымский государственный аграрный университет по специальности овощевод. Через 10 лет получила дополнительное образование - бухгалтер. Всю жизнь проработала на ткацкой фабрике. В ночные смены не работала. Режим работы не приводил к нарушению режима питания пациентки. Производственных вредностей не было.

Семейный анамнез, наследственность. В семье наследственными заболеваниями являются: гипертоническая болезнь, диффузный бронхит. Информации о состоянии здоровья других кровных родственников не имеет. Данных о возможности влияний семейных инфекций на пациентку (сифилис, туберкулез, нервно-психические заболевания, алкоголизм, болезни обмена веществ, рак) нет.

. Объективное состояние больной в настоящее время (Status praesens objectivus)

Общее состояние больной: удовлетворительное

Сознание: ясное

Тип конституции: гиперстенический

Подвижность, походка: ограничены, передвигается с помощью костылей

Положение пациента: активное

Поведение, характер: контактна, адекватна

Выражение лица: обычное

Покровы и подкожно-жировая клетчатка. Кожа бледного цвета, эластичная. Тургор снижен. Влажность достаточная. Усиления кожного рисунка, извилистости и расширения поверхностных вен не отмечено. Слизистые бледно-розового цвета, высыпаний и изъязвлений нет. Склеры нормальной окраски. Подкожная жировая клетчатка развита избыточно, распределена равномерно. Пастозности, отеков нет. Патологического локального скопления жира не найдено. Волосы: оволосение по женскому типу, ломкости и выпадения нет. Перхоти нет. Педикулеза не выявлено. Нарушений роста волос в виде чрезмерного роста на теле или облысения не обнаружено. Ногти гладкие, блестящие, без поперечной исчерченности.

Опорно-двигательный аппарат Костная система сформирована правильно. Деформаций черепа, грудной клетки, таза и трубчатых костей нет. Опухолевидные образования отсутствуют. Плоскостопия нет. Пальпация и перкуссия костей безболезненная. Все суставы не увеличены, не имеют ограничений пассивных и активных движений, болезненности при движениях, хруста, изменений конфигурации, гиперемии и отечности близлежащих мягких тканей. Мышцы конечностей и туловища развиты удовлетворительно, тонус и сила снижены, болезненности нет. Парезов и параличей не обнаружено.

Шея правильной формы. Щитовидная железа не пальпируется. Пульсация сонных артерий прощупывается с обеих сторон. Набухания и пульсации яремных вен нет.

Органы дыхания и грудная клетка. Осмотр носа: Нос нормальной формы. Дыхательные пути проходимы, патологического секрета нет. Выдыхаемый воздух без патологического запаха. Носоглотка правильной формы. Пальпация гортани безболезненна, форма правильная, положение нормальное, подвижность не изменена. Гортань не изменена.

Осмотр грудной клетки: Грудная клетка гиперстенической конфигурации, ключицы расположены на одном уровне. Над - и подключичные ямки слабо выражены, плечи прямые, широкие. Межреберные промежутки узкие, слабо выражены. Ребра располагаются почти горизонтально. Надчревный угол тупой. Лопатки симметричны, двигаются синхронно в такт дыхания. Тип дыхания смешанный. Дыхание ритмичное 17 в минуту. Правая и левая половины грудной клетки двигаются синхронно. Вспомогательная мускулатура в акте дыхания не участвует

Пальпация грудной клетки: Грудная клетка резистентна, целостность ребер не нарушена. Болезненности при пальпации нет. Межреберные промежутки не расширены. Усиления голосового дрожания нет.

Перкуссия грудной клетки. Сравнительная перкуссия: Над легочными полями выслушивается ясный легочный звук.

Топографическая перкуссия:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Линии | Левое | Правое |
| Окологрудинная | 5-ое межреберье | 5-ое межреберье |
| Среднеключичная | 6-ое межреберье | 6-ое межреберье |
| Передняя подмышечная | 7 ребро | 7 ребро |
| Средняя подмышечная | 8 ребро | 8 ребро |
| Задняя подмышечная | 9 ребро | 9 ребро |
| Лопаточная | 10 ребро | 10 ребро |
| Околопозвоночная | На уровне остистого отростка седьмого шейного позвонка | На уровне остистого отростка седьмого шейного позвонка |

Высота стояния верхушек легких:

|  |  |
| --- | --- |
| Спереди | 3,5 см выше ключицы |
| Сзади | остистый отросток VII шейного позвонка |

### Аускультация лёгких. Над симметричными участками лёгких выслушивается везикулярное дыхание. Бронхиальное дыхание выслушивается над гортанью, трахеей и крупными бронхами. Бронховезикулярное дыхание не выслушивается. Хрипов, крепитации нет. Усиления бронхофонии нет.

Сердечно-сосудистая система Пульс 82 уд/мин., симметричен на обеих руках, величина кровенаполнеия на лучевых артериях правой и левой рук одинакова. Скорость нормальная, напряжение нормальное, пульс ритмичный, наполнение нормальное. Осмотр области сердцаСердечный толчок не определяется, грудная клетка в месте проекции сердца не изменена, верхушечный толчок визуально не определяется, патологических пульсаций нет.

Пальпация Верхушечный толчок локализуется в V межреберье по левой среднеключичной линии на 1,5 см кнутри от среднеключичной линии слева, площадь нормальная. Высота средняя, сила средняя. «Кошачье мурлыканье» отсутствует.

Граница относительной тупости сердца определяется:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Правая | По правому краю грудины в IV межреберье | (образована правым предсердием). |
| Верхняя | В III межреберье | (левым предсердием). |
| Левая | Левая среднеключичная линия в V межреберье | (образована левым желудочком). |

Граница абсолютной тупости сердца определяется:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Правая | По левому краю грудины в IV межреберье, | (образована правым предсердием). |
| Верхняя | В IV межреберье | (левым предсердием). |
| Левая | В V межреберье на 1,5 см кнутри от левой среднеключичной линии. | (образована левым желудочком). |

Аускультация сердца. Тоны сердца приглушеные, ритмичные. Выслушивается два тона, две паузы. Частота сердечных сокращений 82 уд./мин. В I и IV точках аускультации отчетливей выслушивается I тон. По характеру первый тон более продолжительный и низкий. Во II, III, V точках аускультации отчетливей выслушивается II тон, более высокий и короткий.

Исследования магистральных сосудов. Пульсации сонных артерий (пляска каротид) нет, видимая пульсация шейных вен не определяется. Венный пульс отрицательный. На периферических артериях стопы пульсация резко ослабевает.

Исследование артериального пульса. Пульс одинаковый на обеих лучевых артериях: частота 82 уд \ мин., частый, полный, напряженный, большой, быстрый, регулярный. Дефицит пульса не определяется. Сосудистая стенка уплотнена. Артериальное давление 200/120.

Система пищеварения. Осмотр полости рта. Слизистая оболочка полости рта и глотки розовая, чистая, суховатая. Язык влажный со светлым налетом, вкусовые сосочки хорошо выражены. Углы губ без трещин. Миндалины не выступают из-за небных дужек, лакуны не глубокие, без отделяемого.

## Осмотр живота. Форма правильная, обе половины симметричны. Слабо участвует в акте дыхания. При осмотре живота участков гиперпигментации, перистальтики, сыпи, рубцов. Грыж, венозных коллатералей, расчесов, кровоизлияний нет.

### Поверхностно ориентировочная пальпация живота по Образцову-Стражеско. При пальпации напряженности и болезненности мышц нет, брюшной пресс развит умеренно, расхождение прямых мышц живота отсутствует, пупочное кольцо не увеличено, симптом флюктуации отсутствует. Поверхностная ориентировочная пальпация: безболезненна. Живот мягкий. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный.

Глубокая, скользящая, методическая, топографическая пальпация по методу Образцова - Стражеско: сигмовидная кишка безболезненна, цилиндрической формы, гладкая, плотная, диаметром до 2 см, не урчащая. Слепая кишка безболезненная, плотная, гладкая, диаметром до 2.5 см, не урчащая. Терминальный отдел подвздошной кишки пальпируется в виде плотного гладкого тяжа, диаметром до 3 см. аппендикс не пальпируется. Поперечно-ободочная кишка не пальпируется. Восходящий отдел толстого кишечника пальпируется в виде безболезненного гладкого тяжа, умеренной плотности. Диаметром до 2 см. нисходящий отдел толстого кишечника безболезненный, гладкий, умеренной плотности, не урчащий, цилиндрической формы. Печеночный и селезеночный углы толстого кишечника не пальпируются. Желудок не пальпируется. Печень при пальпации безболезненна, поверхность гладкая, нижний край ровный, увеличения размеров нет.

Уплотнения отсутствуют. Желчный пузырь не пальпируется. При перкуссии живота отмечается притупление перкуторного звука в эпигастральной области. Шум трения брюшины не определяется. Выявляются звуки перистальтики кишечника в виде урчания.

Поджелудочная железа. Не пальпируется. Симптом Савощенко отрицательный.

Исследование печени. Осмотр: Выбухания в правом подреберье и эпигастральной области отсутствуют, расширения кожных вен и анастомозов, телеангиоэктазии отсутствуют.

Пальпация: Нижний край печени закругленный, ровный, эластичной консистенции. Выступает из-под края реберной дуги, несколько болезнена.

Перкуссия: Верхняя граница определяется по

|  |  |
| --- | --- |
| Правой окологрудинной | VI м/р |
| Среднеключичной | VI м/р |
| Передней подмышечной линии на уровне | VI ребра. |

Нижний край по правой среднеключичной линии на уровне нижнего края реберной дуги, по передней серединной линии на 5 см выше пупка.

Размеры печени 11х9х8 см.

Исследование желчного пузыря. При осмотре области проекции желчного пузыря на правое подреберье в фазе вдоха выпячиваний и фиксации этой области не обнаружено. Желчный пузырь не прощупывается.

Исследование селезёнки. Селезенка не пальпируется. Перкуторно ее размеры - около 7×5 см.

Органы мочевыделения. При бимануальной пальпации в горизонтальном и вертикальном положении почки не определяются. Симптом поколачивания положительный с обеих сторон. При перкуссии мочевой пузырь находится на 1.5 см выше лобковой кости. Аускультативно шумы над почечными артериями отсутствуют. Имеется полиурия.

Нервно-психическая сфера**.** Сознание ясное, интеллект нормальный. Сон не глубокий, Расстройств речи нет. Координация движений нормальная, походка свободная. Рефлексы сохранены, судороги и параличи не обнаружены. Взаимоотношения на работе и дома нормальные. Считает себя общительным человеком.

### Эндокринная система. Щитовидная железа не пальпируется. Симптомы гипертиреоза и гипотиреоза отсутствуют. Изменений лица и конечностей, характерные для акромегалии отсутствуют. Первичные и вторичные половые признаки соответствуют полу и возрасту. Части тела пропорциональны, щитовидная железа не пальпируется. Экзофтальм, энофтальм не наблюдаются. Пигментаций кожных покровов, характерных для аддисоновой болезни не обнаружено. Волосяной покров развит нормально, выпадения волос нет. Имеется трофическая язва на левой голени.

#### Органы чувств. Обоняние, осязание, слух и вкус не нарушены.

IV. Локальное состояние (Status localis)

Нижние конечности отёчны. Пальцы стоп прохладны, при пальпации больная не чувствует прикосновение на пальцах и стопах (парастезия). Пульсация наблюдается на тыльной артерии стопы и на подколенных артериях. Волосяной покров на нижних конечностях уменьшен. Кожа сухая, шелушится.

V. Лабораторные исследования

сахарный диабет клинический лечение

Общий анализ крови:

Гемоглобин - 138.9 г/л

Эритроциты - 4.5 10/л

Цветовой показатель - 0,9

СОЭ - 10 мм/ч

Лейкоциты - 6.1 10/л

Палочкоядерные - 2 %

Сегментоядерные - 65 %

Эозинофилы - 2 %

Лимфоциты - 28 %

Моноциты - 3 %

Заключение: без изменений.

Биохимический анализ крови

|  |  |
| --- | --- |
| Общий белок | 86,6 |
| Билирубин | 13,1 мкмоль/л. |
| Мочевина | 7.7 Ммоль/л |
| Креатинин | 84 мкмоль / л |
| Холестерин | 5.0 ммоль / л |
| Триглицериды | 1,27 г/.л |
| B - липопретеины | 5,6 г/л |
| АЛТ | 0,3 ммоль . ч /л |
| АСТ | 0,15 ммоль.ч /л |
| Глюкоза | 15,0 ммоль/л |

Общий анализ мочи:

Цвет мочи - соломенно-желтый

Прозрачная

Относительная плотность - 1025

Белок отр.

Глюкоза - 1%

Лейкоциты 1-2 в п/зр..

Заключение: изменений нет.

Кровь на ВИЧ-инфекцию - отрицательно.

Реакция Вассермана (RW) - отрицательно.

Кал на я/глистов - отрицательно.

Флюорография без видимых патологий

ЭКГ: Ритм синусовый. ЧСС - 86 уд. мин.

VI. Предварительный диагноз

Основное заболевание: Сахарный диабет II типа средней степени тяжести. Стадия субкомпенсации.

Сопутствующее заболевание: Гипертоническая болезнь.

Осложнения: Нет.

VII. Обоснование клинического диагноза

При обследовании данной больной общеклиническими методами были выявлены следующие симптомы:

При расспросе: жалобы на общую слабость, повышенную утомляемость, снижение работоспособности. Больную беспокоит жажда, головные боли.

По данным анамнеза: Долгое время больная испытывала сильную жажду (выпивала до 5 литров жидкости в сутки), сухость во рту, выраженную слабость, резкое похудание, учащенное мочеиспускание. По этому поводу обратилась к врачу. Был выявлен повышенный сахар крови. В дальнейшем отмечает ухудшение самочувствия, появились онемение конечностей по типу "перчаток и носков", снижение памяти, головные боли и шум в ушах.

Кроме того у данной больной имеется сопутствующее заболевание:

Гипертоническая болезнь (данные анамнеза, объективного исследования, расспроса по органам и системам).

VIII. Лечение

. Диета No 9.

Прием пищи 5 - 6 раз в день. Из питания исключить продукты, богатые холестерином и легкоусвояемыми углеводами. Вместо сахара необходимо применять сорбит или ксилит. Также необходимо использовать растительные жиры.

.Режим стационарный.

.Медикаментозная терапия

Insulini Lispro 3 ml (100EД - 1 мл).t.d. №10. Ac. Acetylsalicili 0.5 №30.S. 1 таб. Внутрь 3 р/д после еды

Tab. Enalaprili по 2,5 мг утром и вечером.

Антигипертензивный препарат. .Pentoxyphillini 2% 5 ml в/в капельно в 200 мл изотонического раствора

Улучшает микроциркуляцию.

Caps.’’Vitrum’’ по 1 капсуле 1 раз в день.

Витаминный препарат, повышает устойчивость организма, усиливает рост и регенерацию тканей, имеет антиоксидантные свойства.