**История болезни**

**Сахарный диабет впервые выявленный, декомпенсация**

**1. Жалобы больного**

При поступлении: на жажду, сухость во рту, повышенное выделение мочи, плохое заживление ран, снижение зрения; на повышенное АД (до 220 мм. рт. ст.), небольшое головокружение; на одышку при выполнении привычной физической нагрузки, при подъёме на 1 этаж, на давящие боли за грудиной в области сердца при значительной физической нагрузке, которые снимаются приемом одной таблетки нитроглицерина; на боли в суставах, наличие тофусов (в области коленных суставов, пяточных, локтевых, лучезапястных), ограничение движений в коленных суставах, деформацию мизинца правой кисти.

**2. Анамнез болезни**

Считает себя больным с конца февраля 2016 г., когда постепенно появились жалобы на жажду, сухость во рту, полиурию, плохое заживление ран, снижение зрения. 13.03.16 г. по рекомендации дочери обратился к дежурному врачу приёмного покоя ГКБ им. Н.И. Пирогова по поводу повышенного АД, сопровождавшегося выраженным ознобом. При обследовании выявлен уровень глюкозы крови 25 ммоль/л. Был поставлен диагноз: Сахарный диабет, впервые выявленный. Экстренно госпитализирован во 2 ТО ГКБ им. Н.И. Пирогова.

**3. Данные объективного исследования**

сахарный больной диабет

**Общий осмотр**

Сознание ясное, состояние больного удовлетворительное, положение в постели активное. Кожа чистая, телесной окраски, сухая, видимые слизистые оболочки не гиперемированы. Подкожная жировая клетчатка развита избыточно, распределена равномерно. Доступные пальпации лимфатические узлы не увеличены, округлые, мягкие не спаянные между собой и с подлежащими тканями.

**Опорно-двигательная система**

Мускулатура развита симметрично, в умеренной степени, нормотонична, сила симметричных групп мышц конечностей сохранена и одинакова. Болезненности при активных и пассивных движениях нет. Параличей, парезов, судорог нет.

Телосложение правильное. Осанка правильная. Половины тела симметричны. Деформаций грудной клетки нет. Позвоночник: физиологические изгибы выражены в достаточной мере, патологических изгибов нет. Изменений размеров и формы костей туловища при осмотре не выявлено. Болезненность при поколачивании по костям отсутствует.

Суставы правильной формы, симметричные, движения в них в полном объеме, безболезненные, за исключением обоих коленных суставов: ограничено сгибание до 80°. Деформация мизинца правой кисти. При пальпации болезненности в суставах не отмечается. В области обоих коленных суставов, локтевых, пяточных, лучезапястных, 4-го межфалангового дистального сустава правой стопы и 4-го межфалангового дистального сустава левой кисти пальпируются тофусы - безболезненные, подкожные, не спаянные с кожей узлы, при вскрытии которых выделяется мелоподобное содержимое.

**Сердечнососудистая система**

Пульс 64 удара в минуту, симметричный на обеих руках, ритмичный, напряженный, хорошего наполнения.

Пальпация сосудов конечностей и шеи: пульс на магистральных артериях верхних и нижних конечностей (на плечевой, бедренной, подколенной, а также на шее (наружная сонная артерия) и головы (височная артерия) не ослаблен. АД 130/80 мм. рт. ст.

Пальпация области сердца: верхушечный толчок слева на 1,5 см кнутри от среднеключичной линии в пятом межреберье, локализованный, 2 см2.

Перкуссия сердца:

Границы относительной сердечной тупости

|  |  |
| --- | --- |
| граница | местонахождение |
| правая | на 2 см кнаружи от правого края грудины в 4 межреберье |
| верхняя | в 3-м межреберье по l.parasternalis |
| левая | на 3,5 см кнаружи от среднеключичной линии в 5 межреберье |

Заключение: границы относительной сердечной тупости расширены слева и справа на 1 см.

Перкуторные границы абсолютной сердечной тупости

|  |  |
| --- | --- |
| граница | местонахождение |
| правая | у левого края грудины в 4 межреберье |
| верхняя | у левого края грудины на 4 ребре |
| левая | на 2 см кнутри от среднеключичной линии в 5 межреберье |

Аускультация сердца: тоны сердца ритмичные, приглушенные.

**Система органов дыхания**

Форма грудной клетки правильная, обе половины равномерно участвуют в дыхании. Дыхание ритмичное. Частота дыхания 18 в минуту.

Пальпация грудной клетки: безболезненна.

Перкуссия легких: при сравнительной перкуссии легких над всей поверхностью легочных полей определяется ясный легочный звук.

Топографическая перкуссия легких

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| линия | справа | слева |
| l.parasternalis | 5 ребро | - |
| l.medioclavicularis | 6 ребро | - |
| l.axillaris anterior | 7 ребро | 7 ребро |
| l.axillaris media | 8 ребро | 9 ребро |
| l.axillaris posterior | 9 ребро | 9 ребро |
| l. scapulars | 10 межреберье | 10 межреберье |
| l.paravertebralis | на уровне остистого отростка 11 грудного позвонка | на уровне остистого оростка 11 грудного позвонка |

Высота стояния верхушек легких

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | слева | справа |
| спереди | 5 см | 5 см |
| сзади | на уровне остистого отростка 7 шейного позвонка | на уровне остистого отростка 7 шейного позвонка |

Подвижность легочных краев средней подмышечной линии

|  |  |
| --- | --- |
| справа | 7 см |
| слева | 7 см |

Аускультация легких: дыхание везикулярное над всей поверхностью легких.

**Система органов пищеварения**

Осмотр ротовой полости: губы влажные, язык влажный, обложен белым налётом. Десны розовые, без воспалительных явлений. Миндалины за небные дужки не выступают. Слизистая глотки влажная, розовая, чистая.

Осмотр живота: живот симметричный с обеих сторон, брюшная стенка участвует в акте дыхания. При поверхностной пальпации брюшная стенка мягкая, безболезненная, ненапряженная.

Глубокая пальпация затруднена из-за выраженной ПЖК. При ориентировочной перкуссии свободный газ и жидкость в брюшной полости не определяются. Аускультация: перистальтика кишечника обычная.

Печень и желчный пузырь. Нижний край печени из под реберной дуги не выходит. Размеры печени по Курлову 10; 9; 8.

Селезенка не пальпируется, перкуторные границы селезенки: верхняя в 9 и нижняя в 11 межреберьях по средней подмышечной линии, размеры 6х4 см.

Стул регулярный, оформленный 1 раз в день.

**Мочевыделительная система**

Почки: симптом Пастернацкого с обеих сторон отрицательный. Мочеиспускание регулярное, примерно 5 раз в сутки. Со слов больного моча с/ж цвета. Отеков на лице нет.

**Эндокринная система**

Щитовидная железа не увеличена. Подкожно-жировая клетчатка развита избыточно, распределена равномерно.

**Нервная система**

Сознание ясное, речь внятная. Больной ориентирован в пространстве и времени. Сон и память сохранены. Со стороны двигательной и чувствительных сфер патологии не выявлено. Сухожильные рефлексы без патологии. Зрачки не расширены, реагируют на свет.

**4. Анализы, специальные исследования и консультации**

Иммунохимический анализ крови 11.03.16 г.

ТТГ 2,49

Т3 2,04

Т4 21,32

ОАК 13.03.16 г.

Лей. 9,1

лимф. 28,5

мон. 7,3

нейт. 60,3

эоз. 3,7

баз. 0,2

Эр. 4,83

Нв 143

Тр. 250

БАК 13.03.16 г.

Глю 25 ммоль/л - гипергликемия

ЭКГ 15.03.16 г.

Заключение: ритм синусовый, горизонтальная ЭОС, А-В блокада I cт., нарушение внутрипредсердной проводимости, субэндокардиальная ишемия на передней стенке ЛЖ, рубцовые изменения миокарда.

БАК 14.03.16 г.

Общ. белок 76,3

Мочевина 8,7

Креатинин 161

Общ. билирубин 10,2

АЛАТ 20

АСАТ 17

Холестерин 6,1

ТАГ 6,43

ЛПВП 0,96

ЛПНП 2,71

Заключение: гиперхолестеринемия, гипертриацилглицеридемия.

ОАМ 14.03.16 г.

Цвет: светло-жёлтый

Уд. вес 1014

Белок, ацетон отр.

Сахар +

Лейк. 3-0

Заключение: глюкозурия

Гликемический профиль 14.03.16 г.

Глюкоза крови: 08:00 - 13,8 ммоль/л

:00 - 14,2 ммоль/л

:00 - 17,5 ммоль/л

:00 - 13,2 ммоль/л

:00 - 11,1 ммоль/л

УЗИ органов брюшной полости 17.03.16 г.

Заключение: Гепатоспленомегалия. Выраженные диффузные изменения печени, поджелудочной железы (по типу жировой инфильтрации). МКБ. Камень правой почки.

Гликемический профиль 18.03.16 г.

Глюкоза крови: 08:00 - 5,7 ммоль/л

:00 - 7,7 ммоль/л

:00 - 7,2 ммоль/л

:00 - 5,8 ммоль/л

:00 - 5,6 ммоль/л

**5. Клинический диагноз**

а) Основное заболевание: Сахарный диабет впервые выявленный, декомпенсация (целевой уровень HbA1c < 7,5%).

б) Сопутствующие заболевания: Артериальная гипертония III ст., 3 ст. ОВР. Кризовое течение.

ИБС. Стенокардия напряжения, ФК II. ПИКС (ОИМ - 2007 г.). Сердечная недостаточность IIа ст., ФК II.

Подагра. Хроническая тофусная форма. Хронический подагрический полиартрит. Активность 2. Нарушение функции суставов.

МКБ. Камень правой почки.

Ожирение III ст. (ИМТ 42).

Заболевание предстательной железы. Состояние после ПХТ.

в) Осложнения заболевания: -

**6. Обоснование диагноза и дифференциальный диагноз**

Диагноз:

) Сахарный диабет, впервые выявленный - поставлен на основании: жалоб больного (на сухость во рту, жажду, частое и обильное мочеиспускание по 6-7 раз в день); данных анамнеза (вышеуказанные жалобы появились в конце февраля, повышенный уровень глюкозы крови впервые выявлен 13.03.16 г.); данных лабораторного исследования (уровень глюкозы в крови 25 ммоль/л);

в стадии декомпенсации - на основании гликемия натощак выше 6,5 ммоль/л (13,8 ммоль/л), проспранд. гликемия выше 9,0 ммоль/л (14,2 ммоль/л), гликемия перед сном выше 7,5 ммоль/л (11,5 ммоль/л).

) Артериальная гипертония - на основании жалоб: на подъем АД до 160/100 мм. рт. ст. (МАХ до 240/110 мм. рт. ст.), а также на головную боль в затылочной области, головокружение, нарушение сна; на основании анамнестических данных: с 2000 г. отмечает повышение артериального давления до 180 мм. рт. ст, которое сопровождалось головными болями.

III стадии - на основании жалоб: головные боли, расстройство сна; анамнестических данных: явления сердечной недостаточности (острый инфаркт миокарда от 2007 г.), на основания объективных данных: границы относительной сердечной тупости расширены слева и справа на 1 см.

III степени - на основании жалоб: АД 160-170/100 мм. рт. ст. (МАХ 240/110 мм.рт. ст.); анамнестических данных: с 2000 г. отмечает повышение артериального давления до 180 мм. рт. ст

ОВР - на основании анамнеза: перенесённый ОИМ в 2007 г.

кризовое течение - на основании: анамнеза (АД до 240/110 мм.рт. ст.), данных объективного обследования (при поступлении АД 220/100 мм. рт. ст.)

) ИБС - на основании жалоб больного: на одышку при привычной физической нагрузке, подъёма на 1 этаж; на основании анамнестических данных: перенёс в 2007 г. ОИМ; данных ЭКГ: субэндокардиальная ишемия на передней стенке ЛЖ, рубцовые изменения миокарда.

стенокардия напряжения - на основании жалоб больного: на давящие боли за грудиной в области сердца при значительной физической нагрузке, которые снимаются приемом одной таблетки нитроглицерина.

II ФК - на основании жалоб больного: на одышку при привычной физической нагрузке, подъёме на 1 этаж, периодические давящие боли за грудиной в области сердца после значительной физической нагрузки, а также после прохождения 500 метров пешком.

ПИКС - на основании: анамнестических данных: в 2007 г. перенёс ОИМ; данных ЭКГ: субэндокардиальная ишемия на передней стенке ЛЖ, рубцовые изменения миокарда.

СН IIа стадии - на основании жалоб больного: на одышку после привычной физической нагрузки, быструю утомляемость; на основании объективных данных: границы относительной сердечной тупости расширены слева и справа на 1 см.

) Подагра. Хроническая тофусная форма. Хронический подагрический полиартрит. Активность 2. Нарушение функции суставов - на основании: жалоб на боли в суставах, наличие тофусов (в области коленных суставов, пяточных, локтевых, лучезапястных), ограничение движений в коленных суставах, деформацию мизинца правой кисти; данных анамнеза (около 15 последних лет страдает подагрой, которая началась с болей и воспаления больших пальцев обеих стоп. Молочная кислота была около 600 мкмоль/л. Постепенно в воспалительный процесс вовлекались другие суставы: коленные, локтевые, 4 межфаланговый дистальный правой стопы, 4 межфаланговый дистальный левой кисти, лучезапястные. В указанных суставах образовывались и иногда изъязвлялись с выделением мелоподобного содержимого тофусы - подкожные, безболезненные, не спаянные с кожей узелки. Приступы 5-6 раз в год. Приступы купирует НПВС: Диклофенак в/м. В межприступный период нерегулярно принимает Аллопуринол 100-600 мг/сут.); данных объективного обследования (Ограничение сгибания в коленях до 80°, деформация мизинца правой кисти. При пальпации болезненности в суставах не отмечается. В области обоих коленных суставов, локтевых, пяточных, лучезапястных, 4-го межфалангового дистального сустава правой стопы и 4-го межфалангового дистального сустава левой кисти пальпируются тофусы - безболезненные, подкожные, не спаянные с кожей узлы, при вскрытии которых выделяется мелоподобное содержимое)

) МКБ. Камень правой почки - на основании: данных анамнеза (около 15 лет страдает МКБ. Периодически выходят самопроизвольно камни, разного размера. В 2009 г. - операция дробления камней в почках.); данных УЗИ от 17.03.16 г.: МКБ. Камень правой почки.

) Ожирение III ст. (ИМТ 42) - на основании данных объективного обследования: избыточное развитие ПЖК, ИМТ 42.

) Заболевание предстательной железы. Состояние после ПХТ - на основании анамнеза: в марте 2015 г. был выявлен рак простаты, по поводу которого больной прошёл курс полихимиотерапии.

У данного больного СД следует дифференцировать от ренальной глюкозурии, почечного диабета, алиментарной глюкозурии. Ренальная глюкозурия наблюдается при нефрозе, пиелорнефрите, гломерулонефритах, отравлении цианидами, при органических и функциональных поражениях ЦНС, лечении глюкокортикоидами. Почечный диабет возникает вследствие генетических дефектов в ферментах реабсорбции почек - гексокиназы и щелочной фосфатазы. Ренальная глюкозурия и почечный диабет обусловлены понижением почечного порога для сахара.

В отличии от СД при почечном диабете, ренальной или алиментарной глюкозурии отмечается нормальное содержание сахара в крови натощак и не нарушены показатели теста толерантности к глюкозе. Глюкозурия при почечном диабете не зависит от количества введенных углеводов. Обычно она незначительна. При почечном диабете отсутствуют симптомы и осложнения, присущие СД. Однако при резко выраженной глюкозурии могут появиться полидипсия и полиурия.

**7. Лечение и его обоснование**

. Диета НКД (9А) - ограничивается поваренная соль (6-8г/день), блюда готовят в отварном, тушеном, запеченном виде, протертом и непротертом виде, на пару, температура пищи от 15 до 60-65 градусов°С. свободная жидкость 1,5-2 л, ритм питания дробный, 4-6 раз в день. Отказ от легкоусвояемых углеводов.

. Инсулинотерапия:

Перед завтраком Rp.: Insulini Aktrapidi 5,0

D.T.D. №1 in flac. Подкожно 6 ЕД.: Insulini Protаfani 5,0.T.D. №1 in flac. Подкожно 8 ЕД

Перед обедом Rp.: Insulini Aktrapidi 5,0.T.D. №1 in flac. Подкожно 8 ЕД

Перед ужином Rp.: Insulini Aktrapidi 5,0.T.D. №1 in flac. Подкожно 6 ЕД.: Insulini Protаfani 5,0.T.D. №1 in flac. Подкожно 8 ЕД

Фармакологическое действие актрапида:

Гипогликемическое. Имеет монокомпонентную структуру. Препарат короткого действия: действие препарата начинается через 30 мин. Максимум действия достигается между 2,5-5 часами после введения. Действие препарата продолжается 8 часов.

Фармакологическое действие протафана:

Гипогликемическое. Относится к группе препаратов инсулина со средней продолжительностью действия. Идентичен природному человеческому инсулину и обладает монокомпонентной степенью чистоты. Действие препарата проявляется примерно через 1 '/2 часа после введения, достигает максимума в период между 4-12 часами и заканчивается приблизительно через 24 часа.

3. Rp.: Tab. Enalaprili 0,01.T.D. №20. По 1 таблетке 2 раз в день

Фармакологическое действие - гипотензивное, вазодилатирующее, кардиопротективное, натрийуретическое.

Ингибирует АПФ, тормозит биосинтез ангиотензина II, вызывающего вазоконстрикцию и индуцирующего образование и высвобождение альдостерона, и препятствует разрушению брадикинина и ПГЕ2 (мощные эндогенные сосудорасширяющие факторы).

4. Rp.: Tab. Metoprololi 0,05.t.d.№50. По 1 табл. 2 раза в день.

Фармакологическое действие - гипотензивное, антиангинальное, антиаритмическое.

Блокирует преимущественно бета1-адренорецепторы сердца, не обладает внутренней симпатомиметической и мембраностабилизирующей активностью. Уменьшает сердечный выброс и САД, замедляет сердечный ритм, ослабляет стимулирующий эффект катехоламинов на миокард при физической нагрузке и умственном перенапряжении, предупреждает рефлекторную ортостатическую тахикардию. Антигипертензивное действие обусловлено уменьшением сердечного выброса и синтеза ренина, угнетением активности ренин-ангиотензиновой системы и ЦНС, восстановлением чувствительности барорецепторов и, в итоге, уменьшением периферических симпатических влияний. Гипотензивный эффект развивается быстро (САД понижается через 15 мин, максимально - через 2 ч) и продолжается в течение 6 ч; при приеме метопролола сукцината - клинический эффект блокады бета1-адренорецепторов сохраняется 24 ч. ДАД изменяется медленнее: стабильное понижение наблюдается после нескольких недель регулярного приема. Антиангинальный эффект является следствием уменьшения частоты и силы сердечных сокращений, энергетических затрат и потребности миокарда в кислороде. Уменьшает частоту и тяжесть приступов ИБС, показатель смертности у пациентов с диагностированным инфарктом миокарда, повышает переносимость нагрузок. Метопролола сукцинат редуцирует риск летального исхода (включая внезапную смерть), возникновения повторного инфаркта (в т.ч. у пациентов с сахарным диабетом) и улучшает качество жизни пациентов с острым инфарктом миокарда и идиопатической дилатационной кардиомиопатией. Антиаритмическое действие проявляется в устранении аритмогенных симпатических влияний на проводящую систему сердца, замедлении синусового ритма и скорости распространения возбуждения через AV узел, торможении автоматизма и удлинении рефрактерного периода. Оказывает умеренное отрицательное инотропное действие. Кардиоселективность сохраняется при использовании суточных доз, не превышающих 200 мг. Вследствие избирательного действия на бета1-адренорецепторы теоретически уменьшается риск бронхоспазма (у пациентов с бронхиальной астмой меньше понижается жизненная функция легких), гипогликемии и сужения периферических сосудов.

5. Rp.: Tab. Allopurinoli 0,1.t.d.№30. По 1 таблетке 3 раза в день

Фармакологическое действие - гипоурикемическое, противоподагрическое.

Ингибирует ксантиноксидазу, нарушает превращение гипоксантина в ксантин и ксантина - в мочевую кислоту; ограничивает таким образом синтез мочевой кислоты. Понижает содержание уратов в сыворотке крови и предотвращает отложение их в тканях, в т.ч. почечной. Уменьшает выведение с мочой мочевой кислоты и повышает - более легкорастворимых гипоксантина и ксантина.

Почти полностью (на 90%) абсорбируется из ЖКТ. В печени под влиянием ксантиноксидазы превращается в аллоксантин, который также препятствует образованию мочевой кислоты. Cmax аллопуринола достигается через 1,5 ч, аллоксантина - через 4,5 ч после однократного приема. T1/2 аллопуринола составляет 1-2 ч, аллоксантина - около 15 ч. Около 20% дозы выводится через кишечник; остальная часть аллопуринола и его метаболитов - почками.

**8. Прогноз**

Жизненный прогноз при СД неблагоприятный, заболевание будет прогрессировать, причем при несоблюдении диеты и режима инсулинотерапии ухудшение состояния будет ускоряться.

**Список использованной литературы**

1. А.Г. Чучалин, ТЕРАПИЯ перевод с английского, Москва 2011 г.

2. В.В. Потемкин, Эндокринология, Москва 2010 г.

. Р.И. Сайфутдинов, О.В. Бугрова, Клинические лекции по факультетской терапии, Москва 2006 г.

. С.А. Крыжановский, М.Б. Вититнова, Полный современный справочник лекарственных препаратов, Москва 2013 г.

Ф.И. Комаров, В.Г. Кукес, А.С. Сметнев, Внутренние болезни, 2012 г.