# Министерство здравоохранения и социального развития РФ

# Ижевская государственная медицинская академия

# Кафедра факультетской терапии с курсами эндокринологии,

# гематологии и физиотерапии

### История болезни

Клинический диагноз:

Основное заболевание: сахарный диабет 2 типа средней тяжести, субкомпенсация, стабильного течения, инсулинотерапия

Осложнения основного заболевания: макроангиопатия сосудов нижних конечностей, диабетическая ретинопатия обоих глаз 2 стадии (препролиферативная), сенсомоторная полинейропатия 2 степени, энцефалопатия 2 степени, выраженный тревожно - астенический синдром.

Сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь 2 стадии риск 4, хронический бронхит в стадии ремиссии.

### Ижевск - 2011

Общие сведения

. Морозова О.В.

. Возраст - 51 год

. Пол - женский

. Национальность - русская

. Профессия - бухгалтер

. Место работы - МПО «Оптовик» - бухгалтер

. Семейное положение - замужем

. Домашний адрес - г. Можга

. Дата начала заболевания - лето 2003 года

.Дата поступления - 9 марта 2011 года

. Дата начала курации - 21 марта 2011 года.

I. Анамнез настоящего заболевания

Anamnesis morbi

.Основные жалобы при поступлении

Жалобы на ноющие, не резко выраженные боли в стопах, слабость в нижних конечностях, на судороги в икроножных мышцах, на постоянную зябкость стоп и нижней трети голеней, сухость кожи, трещины на подошве и коже пальцев левой ступни. Жалобы на общую слабость, сухость во рту, потливость, периодические диффузные головные боли, головокружение, ухудшение зрения, снижение памяти. Принимает инсулин - «Лантус» - 28 ЕД в сутки, «Хумалог» - 24 ЕД в сутки.

. Развитие и течение болезни

Больной считает себя с 2003 года, когда начала испытывать мучительную жажду, выпивала по 6-8 литров жидкости в сутки (ночью 1,5 литра), повысился аппетит. Беспокоил диффузный кожный зуд умеренной интенсивности. Увеличился диурез, появилась никтурия 1-2 раза, появилась сильная потливость, стала ощущать общую слабость. Обратилась в поликлинику, где обнаружили повышение концентрации глюкозы в венозной крови до 12 ммоль/л. Госпитализирована для обследования и лечения в терапевтическое отделение Можгинской ЦРБ, где выявили повышению концентрации глюкозы в крови, превышение показателей глюкозо-толерантного теста, глюкозурию, повышение гликированного гемоглобина. Поставлен диагноз: сахарный диабет 2 типа субкомпенсированная форма, назначено лечение диабетон, глюкофаш, маннинил. Состояние улучшилось, купировался кожный зуд, перестала беспокоить жажда, нормализовался аппетит. В дальнейшем проходила обследование в поликлинике. Гликемия стабилизировалась на уровне 8 - 9 ммоль/л. Гипогликемических состояний не отмечала. В 2008 году стали беспокоить боли в левой ступне, зябкость стоп, сухость кожи, снова усилилась жажда, сухость во рту, увеличился диурез, появилась сильная потливость, ухудшилось зрение. Обратилась в поликлинику, выявлен уровень гликемии - 16 ммоль/л. Направлена на обследование и коррекцию лечения в эндокринологическое отделение 1 РКБ. Назначена инсулинотерапия - «Лантус» по 26 ЕД в сутки, «Хумалог» по 6 ЕД 3 раза в сутки, проведен курс лечения препаратом «Теогамма». Состояние улучшилось, перестала беспокоить жажда, уменьшились боли в ноге, нормализовалось состояние кожи, уменьшился диурез. гликемия стабилизировалась на уровне 9 - 10 ммоль/л. Установлена 3 группа инвалидности, в дальнейшем проходила ежегодное обследование и стационарное лечение в Можгинской ЦРБ. Отмечала гипогликемические состояния с частотой примерно 2 раза в месяц, начинающиеся с внезапного приступа головокружения, слабости, без потери сознания, длительностью 5 - 10 минут, купирующиеся приемом сладкого. В 2010 году планово госпитализирована в 1 РКБ для обследования и коррекции инсулинотерапии. В связи с высоким уровнем гликемии изменены дозы инсулина - «Лантус» 28 Ед в сутки, «Хумалог» по 8 ЕД 3 раза в сутки. Проведен очередной курс лечения препаратом «Теогамма». Отмечала улучшение самочувствия, снижение интенсивности болей в левой ноге. Госпитализирована 9 марта 2011 года в 1РКБ для лечения и прохождения очередной МСЭК.

II. Общий анамнез

Anamnesis communis.

1. Общее состояние

Отмечает общую слабость средней степени, возникшую в начале заболевания. Потерь в весе нет. Потоотделение повышено. Температура тела нормальная. Головокружения, обмороков, мелькания мушек перед глазами нет. Кожного зуда и ощущения ползания мурашек нет.

2. Костно-мышечная система

Болей в костях конечностей, плоских костях нет. Имеются тянущие боли средней интенсивности в икроножных мышцах. Боли средней интенсивности в левой ступне, постоянная зябкость стоп. Боли в крупных суставах, позвоночнике, мышцах не отмечает.

3. Система дыхания

Дыхание через нос свободное, выделения, носовые кровотечения отсутствуют. «Насморк» бывает часто в зимний период. Ощущений царапанья в горле, охриплости голоса, затруднений и болезненности при глотании нет, по утрам ощущает сухость в горле, проходящую после полоскания водой.

Кашля, кровохарканья, болей в грудной клетке, нет.

4. Сердечно-сосудистая система

Отмечает сердцебиения при волнении, после ходьбы более 100м и при подъеме выше 3 этажа, перебоев, болей в области сердца, пульсаций в отдельных частях тела не ощущает. Отеков нет, возникает одышка при подъеме на 4 этаж. Отмечает редкие повышения АД до 160/90 (рабочее АД - 130/80), в течении 10 лет, сопровождающиеся тошнотой, головокружением, слабостью, похолоданием конечностей, Принимает Хартил по 5 мг 2 раза в день, при повышении АД выше рабочего - Каптоприл по 1 таб под язык

5. Система пищеварения

Аппетит нормальный, извращений аппетита, отвращения к пище нет.

Насыщаемость нормальная.

Жажда повышена незначительно, выпивает за сутки около 2.5 литров воды. По утрам чувствует сухость во рту, которая проходит после принятия стакана воды.

Вкус во рту обычный. Вкусовое ощущение не нарушено.

Жевание происходит нормально. Глотание и прохождение пищи по пищеводу не нарушено.

Изжога возникает после приема сухой пищи, а также жирной, облегчение приносит употребление жидкости, щелочной минеральной воды. Отрыжки нет.

Болей в животе, распирания, тяжести, вздутия живота тошноты, рвоты нет.

Стул регулярный 1 раз в 2 дня. Запах кала обычный. Кал оформленный плотной консистенции. Цвет кала коричневый. Гноя, остатков пищи, отхождения глистов нет.

Отхождение кала и газов свободное. Болезненность при акте дефекации не возникает. Геморроидальных шишек, выпадения прямой кишки, зуда в заднем проходе нет.

6. Система мочеотделения

Частота мочеиспускания 4-6 раз в сутки (ночью 1 раз). Количество мочи в сутки около 2 литров. Дизурических явлений - болезненности, рези при мочеиспускании нет. Болей нет. Нарушений мочеотделения: задержки мочи, замедленного ее выделения, непроизвольного мочеиспускания нет.

Цвет мочи соломенно-желтый. Осадка в моче не отмечает.

7. Половая система

Замужем с 22 лет, имеет 1 ребенка, менструации с 13 лет регулярные, безболезненные, менопауза с 49 лет. Беременность протекала без осложнений.

8. Нервная система

Сон тревожный, засыпание не нарушено, часто просыпается.

Эмоционально лабильна, часто испытывает страх, тревогу во время приступа гипогликемии, периодически после волнений возникают приступы раздражительности, для улучшения состояния использует капли корвалол.

9. Память и внимание

Больная ориентирована в пространстве и времени. Беспокоят диффузные постоянные головные боли, головокружений, обмороков, внезапных приливов крови к голове нет. Отмечает ухудшение памяти на текущие события.

1. Состояние органов чувств

Зрение: ухудшилось с 2008 года, отмечает слезотечение, очками не пользуется, т.к. от них нет эффекта. Левый глаз 0,8; правый 0,8.

Слух сохранен, шума в ушах нет. Обоняние, вкус, осязание не изменено.

сахарный диабет болезнь

III. Анамнез жизни

Anamnesis vitae

Место рождения: Удмуртская республика, город Можга. Социальное положение - служащая. Развитие в раннем детстве нормальное, от сверстников не отставала. Окончила школу, получила высшее образование по специальности экономист. Условия труда удовлетворительные. Питание регулярное. Условия быта удовлетворительные. Перенесенные заболевания: в детском возрасте - корь, ОРЗ; в зрелом возрасте ОРВИ, грипп, хронический бронхит, гипертоническая болезнь, сахарный диабет 2 типа с 2003 года, Операции не было. С 2008 года III группа инвалидности.

Вредные привычки отрицает.

Наследственность: у родителей и родственников туберкулеза, сифилиса, алкоголизма, психических заболеваний, сахарного диабета не было.

Аллергологический анамнез без особенностей. Переливания крови не проводились.

Объективное исследование

1. Общий осмотр больного

Общее состояние удовлетворительное.

Положение активное. Сознание ясное.

Походка живая, уверенная, осанка не изменена.

Выражение лица обычное. Форма головы физиологическая.

Глазные щели симметричные, расположение глазных яблок обычное. Состояние зрачков - обычного диаметра, реакция на свет прямая - живая, содружественная - живая, патологические глазные симптомы (Грефе, Мебиуса, Штельвага) отсутствуют, нистагма нет.

Конъюнктива физиологической окраски, без пигментаций и кровоизлияний. Склеры обычной окраски.

Нос правильной формы, перегородка не искривлена, дыхание через нос свободное.

Ротовая полость: углы рта симметричны, окраска губ розовая; цвет слизистых физиологический. Язык влажный без налета, обычных размеров. Миндалины не увеличены. Зубная формула нарушена: утрачены 5 левый зуб, 5 правый на верхней челюсти и правый 8 - на нижней.

Шея обычной формы, не искривлена, рубцов нет, воспалительных изменений нет, пульсация сосудов не наблюдается. Щитовидная железа не увеличена, при пальпации безболезненна.

Запах тела и выдыхаемого воздуха физиологический.

Конституция: плече-шейный угол прямой, надключичные и подключичные ямки слабо выражены, лопатки контурируют нерезко, эпигастральный угол ближе к тупому, ход ребер умеренно косой, угол Людвига не выражен. Грудная клетка нормостеническая. Длина шеи, рук, ног пропорциональна размерам туловища. Конституция нормостеническая.

Подкожно-жировая клетчатка 3см.

Кожные покровы физиологической окраски, высыпаний, язв, пролежней, коллатерального кровообращения нет. Развитие волосяного покрова по женскому типу, состояние ногтей на руках в норме, на ногах - утолщены, крошатся, темно-желтого цвета. Пальпация кожных покровов: влажность понижена, кожа тонкая, со сниженной эластичностью, тургор в норме.

Лимфатические узлы не пальпируются.

Опорно-двигательный аппарат: мышцы развиты слабо, сила снижена одинаково на симметричных участках тела, более в дистальных отделах конечностей. Кости не искривлены, при ощупывании безболезненны. Форма суставов обычная, кожа не гиперемирована, движения в суставах свободные, не ограничены. Позвоночник имеет грудной гиперкифоз, подвижность не ограничена.

Отеков нет.

2. Исследование системы дыхания

1. Осмотр грудной клетки.

Форма грудной клетки астеническая: плече-шейный угол прямой, надключичные и подключичные ямки не выражены, лопатки контурируют нерезко, эпигастральный угол ближе к прямому, ход ребер умеренно косой, угол Людвига не выражен. Переднезадний размер грудной клетки меньше бокового, грудной отдел туловища по своей высоте преобладает над брюшноым. Местных выпячиваний, западений нет. Деформаций грудной клетки нет. Грудная клетка симметричная, в акте дыхания равномерно участвуют обе половины; тип дыхания - смешанный, глубина дыхательных движений средняя, частота - 18 в минуту, ритм правильный, объективных признаков одышки нет.

2. Пальпация.

Болезненности межреберных мышц и нервов нет, резистентность грудной клетки не снижена, голосовое дрожание одинаково на симметричных участках тела, шум трения плевры не обнаруживается.

Окружность грудной клетки 98см. На высоте глубокого вдоха -92см. При глубоком выдохе - 84см. Дыхательная экскурсия-8см. Экскурсия при спокойном дыхании 1 см.

3. Перкуссия грудной клетки.

А). Топографическая.

Нижняя граница легких.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Линии | Правое легкое | Левое легкое |
|  | Ребра | |
| Окологрудинная | V | - |
| Срединнно - ключичная | VI | - |
| Передняя подмышечная | VII | VII |
| Средняя подмышечная | VIII | VIII |
| Задняя подмышечная | IX | IX |
| Лопаточная | X | X |
| Околопозвоночная | Остистый отросток XI грудного позвонка | Остистый отростокXI грудного позвонка |

Активная подвижность легких.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Линии | Правое легкое | Левое легкое |
| Срединно-ключичная | 5 см | - |
| Средняя подмышечная | 7см | 7см |
| Лопаточная | 5см | 5см |

Высота стояния верхушек

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Правое легкое | Левое легкое |
| Спереди | На 3см выше ключицы | На 3см выше ключицы |
| Сзади | На уровне VII шейного позвонка | На уровне VII шейного позвонка |

Ширина полей Кренига правого и левого легких - 5см.

Полулунное пространство Траубе свободно.

Б). Сравнительная:

Над всей поверхностью легких определяется ясный легочной звук, одинаковый на симметричных участках.

4. Аускультация.

Дыхание ясное везикулярное над всей поверхностью легких. Побочных дыхательных шумов (хрипов, крепитации, шума трения плевры) нет. Бронхофония не усилена.

3. Исследование системы кровообращения

1. Осмотр.

Выпячиваний в области сердца, сердечного горба нет. Верхушечный толчок на глаз не определяется. Ограниченного выпячивания грудной клетки в других местах и пульсаций там нет. Отрицательного верхушечного толчка нет. Эпигастральная пульсация на выдохе за счет брюшной аорты. Пульсации крупных сосудов на шее, пляски каротид нет, височные, подключичные артерии не пульсируют. Воротника Стокса нет, набухлости шейных вен и положительного венного пульса нет. Расширенных подкожных вен на грудной клетке нет. Симптом «ползучего червячка» отрицательный, псевдокапиллярный пульс Квинке, симптом Альфреда Мюссе отрицательные.

2. Пальпация сердечной области.

Верхушечный толчок локализуется в пятом межреберье на 1см кнутри от среднеключичной линии, ритмичный 75 ударов в минуту, площадью 1,5 см2, достаточной силы. Симптом «кошачьего мурлыкания» отрицательный. Смещаемость верхушечного толчка на левом боку - 3см, на правом - 2см. Диастолический сердечный толчок не выявляется, ретростернальной пульсации аорты нет.

Свойства артериального пульса на лучевых артериях: одинакового напряжения и наполнения на обеих руках, ритмичный, частота 75 ударов в минуту, удовлетворительного напряжения и наполнения, нормальной величины и формы.

3. Перкуссия сердца.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Границы | Относительная тупость | Абсолютная тупость |
| Правая | На 0,5см от правого края грудины | У левого края грудины |
| Левая | Совпадает с верхушечным толчком | На 2 см кнутри от среднеключичной линии по 5 межреберью |
| Верхняя | 3 межреберье по левой парастернальной линии | 4 межреберье по левой парастернальной линии |

Ширина сосудистого пучка 5см во 2 межреберье - не выходит за края грудины. Смещаемость границ относительной тупости на левом боку 3см, на правом 1 см.

4. Аускультация.

В первой и второй точках выслушиваются 2 тона: I следует после более продолжительной паузы, более низкий, глухой, менее похож на музыкальный звук, совпадает с верхушечным толчком. В первой и второй точках I тон громче II. При сравнении В 1 и 2 точках I тон одинаковый. В третьей, четвертой и пятой точках слышны два тона: II громче I, следует после короткой паузы, более высокий, больше похож на музыкальный звук, не совпадает с верхушечным толчком. При сравнении в 3, 4, 5 точках II тон одинаковый. Акцентов второго тона не выслушивается. Тембр и конфигурация тонов сердца не изменены. Шум трения перикарда не выслушивается. Внутри и внесердечные патологические шумы не выслушиваются. На аорте, сонных, подключичных артериях слышны 2 тона, на бедренной - 1, патологические шумы не выслушиваются.

. Исследование системы пищеварения

1. Осмотр полости рта.

Язык нормальной величины, без отпечатков зубов чистый, влажный. Имеет бархатистую поверхность - нормальное состояние сосочков, трещин, язв нет.

Состояние зубов - утрачены на верхней челюсти слева 5 зуб, справа 5; на нижней челюсти - справа 8 зуб.

Десны, мягкое и твердое небо, зев и задняя стенка глотки розовой окраски без налета, кровоизлияний, язв, кровоточивости нет. Миндалины, физиологической окраски, не увеличены, не разрыхлены, без гнойных пробок.

2. Осмотр живота.

Форма живота обычная, брюшная стенка участвует в акте дыхания свободно, равномерно. Состояние пупка, паховых областей в норме - выпячиваний, грыж, гиперемии нет, пупок сухой. Расширенных подкожных вен на животе нет. Пигментаций нет, имеются множественные стрии в мезогастральной области. Окраска кожи физиологическая без цианотичных участков, симптомы Холстеда, Турнера, Кудлена отрицательные. Перистальтические и антиперистальтические движения желудка и кишечника не выражены. Окружность живота на уровне пупка - 90 см.

3. Пальпация живота.

Поверхностная. Живот безболезненный, напряжения, резистентности брюшной стенки нет. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Болезненность в аппендикулярных болевых точках Мак-Бюрне, Ланца, Губергрица отсутствует. Уплотнений, узлов, опухолей в брюшной стенке нет, грыжевые отверстия не выявляются, расхождения прямых мышц живота нет. Флюктуация, грубое увеличение внутренних органов не определяются.

Глубокая по Образцову-Стражеско. Сигмовидная кишка пальпируется в левой подвздошной области в виде безболезненного цилиндра толщиной 3см плотноватой консистенции с гладкими стенками не урчит, подвижность 2 см.

Слепая кишка пальпируется в правой подвздошной области в виде цилиндра мягкой консистенции, толщиной 2 см, урчащая, безболезненная с гладкой, ровной поверхностью; подвижность 3 см.

Конечный отдел подвздошной кишки пальпируется в виде тяжа толщиной 1см, безболезненная, гладкая, урчащая. Аппендикс не пальпируется.

Большая кривизна желудка пальпируется в виде безболезненной складки толщиной 1 см на уровне пупка. Пилорический отдел в виде тяжа толщиной 1см, урчащий, подвижный на 2см.

Поперечно- ободочная кишка на 2 см ниже пупка в виде безболезненного тяжа диаметром 3см с ровной поверхностью легко перемещается вверх и вниз на 3см, не урчит. Восходящая и нисходящая ободочные кишки пальпируются в области правого и левого фланков, безболезненные, толщиной 2 см с ровной поверхностью.

Мезентериальные узлы не пальпируются, перекрестный симптом Штернберга отрицательный. Пальпация прямой кишки: геморроидальные шишки, опухолевые образования, свищи, рубцы не пальпируются, болезненности нет, выделений гноя и крови нет.

Печень: пальпируется нижний край по краю реберной дуги, он мягкий, острый, ровный, безболезненный.

Желчный пузырь не пальпируется. Желчно-пузырные симптомы - Курвуазье - Телье, Кера - Гаусмана, Образцова - Мерфи, Лепене - Василенко, Ортнера, Захарьина - отрицательные.

Поджелудочная железа не пальпируется. Болезненности в зоне Шофара, точке Дежардена, в зоне Скульского - Губергрица нет. Селезенка не пальпируется.

4. Перкуссия живота.

В положении стоя и лежа свободная жидкость не определяется, местных притуплений нет, Симптом Образцова отрицательный, симптом Менделя - отрицательный.

Перкуторные размеры печени по Курлову:

по правой среднеключичной - 9см

по передней срединной - 7см

косой размер - 6см.

Перкуторные размеры селезенки:

продольный - 8см

поперечный - 5см.

5. Аускультация живота.

Выслушиваются перистальтические шумы. Шум трения брюшины не выслушивается.

. Исследование органов мочеотделения.

1. Осмотр поясничной области:

Припухлости, гиперемии кожных покровов, рубцов нет.

2. Пальпация.

Почки не пальпируются. Болезненности в реберно-позвоночном углу, реберно-поясничной точке, передней подреберной точке нет. Мочеточники, мочевой пузырь не пальпируются, болезненности в местах пальпации нет.

3. Перкуссия.

При перкуссии в области почек по передней брюшной стенке - тимпанит за счет петель кишечника. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. В области мочевого пузыря - тимпанический звук.

6. Эндокринологический статус

Биологический возраст больной соответствует паспортному, конституция нормостеническая, физиологическая, подкожно-жировая клетчатка распределена равномерно, повышенного питания. Кожа пониженной влажности и эластичности, тургор в норме. На коже стоп отмечается гиперкератоз, трещины на коже подошв и пальцев левой стопы. Ногти верхних конечностей не изменены, нижних - темно-желтого цвета, утолщены. Волосы сухие, неломкие, волосяной покров развит по женскому типу. Щитовидная железа не пальпируется. Глазные симптомы (Грефе, Мебиуса, Штельвага, Кохера, Еллинека) отрицательные. Поверхностная чувствительность (тактильная и температурная) нарушена по полиневральному типу в виде носков на обеих ногах. Глубокая чувствительность (проприоцептивная, болевая) нарушена на пальцах левой ноги, на правой сохранена. Пульсация артерий тыла стопы снижена, значительнее на левой стопе.

7. Предварительный диагноз

На основании анамнеза и физикального исследования можно выделить следующие синдромы:

1. Гипергликемический: полиурия, полидипсия, гипергликемия крови, инсулинотерапия.

2. Гипогликемический (анамнестически): отмечает приступы головокружения, слабости, купирующиеся приемом сладкого.

. Синдром поражения сердечно-сосудистой системы: диабетическая макроангиопатия нижних конечностей. Диабетические микроангиопатии - ретинопатия.

. Синдром диабетической нейропатии - диабетическая сенсомоторная полинейропатия нижних конечностей.

. Цефалгический синдром - периодические диффузные боли в голове, головокружения

. Астенический синдром - усталость, слабость, нарушение сна, тревожность, эмоциональная лабильность.

На основании выделенных синдромов ставлю предварительный диагноз основное заболевание: сахарный диабет 2 типа средней степени тяжести инсулинпотребный, субкомпенсированная форма, стабильное течение.

8. План обследования

1. Полный анализ крови.

2. Гликемический профиль.

. Гликированный гемоглобин

. Полный анализ мочи.

. Биохимическое исследование мочи (Сут. количество белка, ацетон)

. Анализ мочи по Нечипоренко.

. Анализ крови на альфа - фетопротеин, австралийский антиген.

. Биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, триглицериды)

. Исследование свертывающей системы крови (протромбиновое время, протромбиновый индекс)

. ЭКГ.

. Эхо-КГ

. Электромиография

. Консультации ангиохирурга, офтальмолога, невролога, психиатра.

9. Данные лабораторных и инструментальных исследований

Полный анализ крови:

Эритроциты 5.46\*1012 \л Гемоглобин 145г/л ЦП 0.81

Гематокрит - 0.429

Лейкоциты 7,2\*109 \л. Лейкоцитарная формула:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Эозинофилы | Нейтрофилы | | | Лимфоциты | Моноциты |
|  | Ю | П/я | С/я |  |  |
| 6 | 0 | 13 | 52 | 20 | 9 |

СОЭ - 6 мм/ч

Биохимический анализ крови.

|  |  |
| --- | --- |
| Холестерин - 7,12 ммоль/л Глюкоза - 10.5 ммоль/л Фибриноген - 4,0 г/л АЛТ - 26 Ед/л АСТ - 34 Ел Общий белок - 77 г/л | Na - 143 ммоль/л К - 4.9 ммоль/л Са - 0.98 ммоль/л Щелочная фосфотаза - 192 Ед/л Билирубин общий - 12,5 мкмоль/л Бета - липопротеиды - 7,5г/л |

Гликированный гемоглобин - 11.3%

Протромбиновое время 14.4 сек

Протромбиновый индекс 93%

Анализ мочи.

|  |  |
| --- | --- |
| Цвет - соломенно-желтый. Прозрачная. Реакция - слабокислая. Удельный вес - 1015. Суточное количество мочи 1200мл. Белок - 0 | Ацетоновые тела - 0. Глюкоза +++ В осадке: Эпителиальные клетки - 0-1 в п/зр Лейкоциты- 2-3 в п/з Эритроциты - нет Бактерии - нет |

Анализ мочи по Нечипоренко.

Лейкоциты - 500\мл

Эритроциты - 0\мл

Цилиндры - 0\мл

Анализ на альфа-фетопротеин и австралийский антиген - отрицательные.

Гликемический профиль:

от 10.03.2011

-30 - 9.1 ммоль/л

-30 - 10.8 ммоль/л

-15 - 10.6 ммоль/л

-45 - 7.0 ммоль/л

от 16.03.2011

-30 - 7.0 ммоль/л

-30 - 6.5 ммоль/л

-15 - 7.0 ммоль/л

-45 - 5.9 ммоль/л

Электрокардиография.

Ритм синусовый, правильный 76 ударов в минуту. Электрическая ось сердца расположена вертикально.

Эхокардиография.

Размеры камер сердца в пределах нормы, клапаны не изменены. Диастолическая дисфункция левого желудочка по 2 типу.

Электромиография.

При исследовании двигательных волокон большеберцовых нервов регистрируется увеличение резидуальной латентности; амплитуда М-ответа и моторная скорость на голени в норме. По F-волне большеберцовых нервов снижена проксимальная моторная скорость. По икроножным нервам снижена сенсорная скорость. ЭМГ признаки сенсорной полирадикулонейропатии нижних конечностей.

Реовазография нижних конечностей:

Снижение пульсового кровенаполнения левой голени, в правой голени - достаточное. Асимметрия кровенаполнения - 69.3%

Проба с нитроглицерином положительная в правой голени, отрицательная в левой голени.

Пульсовое кровенаполнение в левой стопе достаточное, в правой стопе значительное снижение. Асимметрия кровенаполнения - 81.3%

Проба с нитроглицерином положительная в левой стопе, отрицательная в правой стопе.

УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного протсранства:

Узи признаки без эхопатологии.

Артериальное давление 130/80 мм. рт. ст.

Консультации специалистов:

офтальмолог: диабетическая ангиоретинопатия обоих глаз в препролиферативной стадии (1ст.), макулопатия обоих глаз, гипертоническая ангиопатия обоих глаз OS - 0,8 OD - 0,8.

невролога: диабетическая сенсомоторная полинейропатия нижних конечностей 2 степени, дисметаболическая энцефалопатия 2 степени.

ангиохирурга: варикозное расширение вен нижних конечностей, хроническая венозная недостаточность

психиатра: выраженный тревожно-астенический синдром, декомпенсация на фоне сахарного диабета, дисциркулиторная энцефалопатия 2 степени.

10. Обоснование окончательного клинического диагноза

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Критерии | Сахарный диабет 2 типа | Настоящее заболевание |
| Этиология | Наследственная предрасположенность, связанная с дефектами в геноме, воздействие стрессовых агентов: вирусы, травмы, воспаление, несбалансированное питание, нарушение синтеза инсулина; повышение контринсулярных гормонов, появление антител к инсулину и его рецепторам, дефекты тканей-мишеней, другие эндокринные заболевания. | Не исключается воздействие вирусов - гриппа, аденовирусов. Несбаллансированное питание с преобладанием углеводов и жиров, малоподвижный образ жизни. |
| Патогенез | Относительный дефицит инсулина ведет к нарушению утилизации глюкозы, голоданию клеток, которые получают энергию за счет распада жирных кислот, нарушается утилизация ЖК в цикле Кребса, возникает гиперкетонемия, что ведет к ацидозу, нарушению минерального баланса, дегидратации тканей, повышению распада белков. Нарушаются все виды обменов. | Имеются признаки относительного дефицита инсулина - гипергликемия, глюкозурия, повышения липопротеидов, холестерина. |
| Возраст | Около 40 лет и более | Начало заболевания в 45 лет |
| Пол | Преобладание женщин | Женский |
| Начало заболевания | Жалобы на сухость во рту, жажду, полиурию, полифагию, слабость, постепенное похудание, зуд кожи, нарушение сна и снижение работоспособности. | В начале заболевания повышение жажды, полидипсия 5-6л, полифагия, увеличение диуреза, никтурия. |
| Кожа | Расширение капиллярной сети -рубеоз, склонность к гнойничковым заболеваниям, ксантоматоз. Кожа сухая, морщинистая со сниженным тургором, утолщение ногтей, гиперкератоз. Возможен липоидный некробиоз. | Кожа пониженной влажности и эластичности. Утолщение ногтей на нижних конечностях. |
| Костная система | Характерен остеопороз, боли в поясничной области, костях. Костно-суставные изменения преимущественно в стопах, характерны вывихи, подвывихи, спонтанные переломы, крепитация при движении. | Отмечает боли в поясничной области при длительной работе в наклон, проходящие со сменой положения тела |
| Дыхательная система | В связи со снижением иммунитета часто встречается экссудативный туберкулез, иногда с бессимптомным течением. Больные предрасположены к пневмониям с возможным исходом в абсцесс или гангрену. Сухость слизистых приводит к фарингитам, ларингитам, бронхитам. Нередко хроническая легочная патология протекает атипично со скудной симптоматикой, что связывают с поражением интерорецепторов. | В анамнезе имеются простудные заболевания - ОРЗ, грипп, хронический бронхит. |
| Сердечно-сосудистая система | Характерно генерализованное поражение сосудистой системы, диабетические макроангиопатиии - системный атеросклероз с частым поражением коронарных сосудов и сосудов конечностей, микроангиопатии - ретино-, нефропатии. | Диабетическая макроангиопатия сосудов нижних конечностей, стопы холодные на ощупь. Микроангиопатии - ретинопатия с ухудшением зрения. |
| Пищеварительная система | Расшатывание раннее выпадение зубов, гингивиты, стоматиты, пародонтоз, хронический гастрит с атрофией желез. Хронические заболевания - язвенная болезнь, холецистит, панкреатит нередко протекают малосимптомно, что связывают с нарушением афферентной иннервации. На характер стула влияет моторика и особенности питания: возможны поносы без болей и тенезм и запоры. Возможна жировая инфильтрация печени, функциональные пробы изменены незначительно. | Активной симптоматики нет, наблюдается склонность к запорам, печеночные пробы в норме. |
| Мочевыделительная система | Развивается диабетическая нефропатия как проявление микроангиопатии, чаще узелковый интракапиллярный гломерулосклероз. Ранний признак - микроальбуминурия. Для начинающейся нефропатии характерна протеинурия 30-300мг\сутки, высокая скорость клубочковой фильтрации, артериальная гипертензия | Протеинурии нет, лейкоциты в пробе по Нечипоренко в пределах нормы, эритроцитов, цилиндров нет. |
| Половая система | У женщин наблюдается бесплодие, самопроизвольные аборты, внутриутробная гибель плода, аменорея, вульвиты, вагиниты. | Беременности протекали до заболевания, менопауза с 49 лет. |
| Нервная и мышечная системы | Возможны симметричные полиневропатии, единичные или множественные невропатии, диабетические амиотрофии | Имеется сенсомоторная полиневропатия с нарушением чувствительности по типу носков, ослаблением силы в дистальных отделах конечностей. |

В соответствии с сопоставлением с классической картиной заболевания ставлю окончательный клинический диагноз.

Основное заболевание: сахарный диабет 2 типа инсулинпотребный средней степени тяжести субкомпенсированной формы, стабильного течения.

Осложнения основного заболевания: макроангиопатия сосудов нижних конечностей, диабетическая ретинопатия обоих глаз 2 стадии (препролиферативная), сенсомоторная полинейропатия, энцефалопатия 2 степени, выраженный тревожно-астенический синдром.

Сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь 2 стадии риск 4, хронический бронхит в стадии ремиссии.

Лечение

Режим - стационарный.

Диета - стол № 3.

Дозированные физические нагрузки.

Медикаментозные назначения:

Инсулинотерапия..: Insulini “Humalog” 5ml (100ED).t.d. N1 in amp.

S. Вводить подкожно по 6 ЕД в 800 в 1200 и 1700.

Rp.: Insulini “Lantus” 5ml (100ED).t.d N1 in amp.

S. Вводить подкожно 28ЕД в 2200.

Препараты, улучшающие кровообращение и микроциркуляцию.

Rp.: Sol. Tiogamma 50.0 ml N10

D.S. внутривенно капельно утром

Rp.: Sol “Milgammum” 2ml.t.d. N 10 in amp.. Вводить внутримышечно содержимое 1 ампулы 1 раз в день.

Rp.: Dr. Pentoxyphillinum 0,1 N60

D.S. Принимать внутрь по 2 драже 3 раза в день.

Препараты, улучшающие кровообращение и метаболизм головного мозга

Rp.: Sol. Actovegini 40 mg - 5ml

D.t.d. N10 in amp.

S. внутримышечно по 5 мл 1 раз в день

Rp.: Sol. Vinpocetini 5 mg - 2.0 ml

D.t.d. N10 in amp.

S. по 2 мл внутривенно капельно на 200 мл физ. раствора

Ноотропы:.: Sol Pyracetamum 20% - 5ml.t.d. N 10 in amp.. Вводить содержимое 1 ампулы внутривенно медленно 2 раза в сутки.

Антигипертензивные препараты:

Rp.: Tab. Concori 5 mg N20

D.S. по 1 таблетке 2 раза в день

Rp.: Tab. “Losap” N20

D.S. по 1 таблетке утром

Rp.: Tab. Hypothiasidi 12.5 mg N20.S. по 1 таблетке утром

Гипогликемические препараты:

Rp.: Tab. “Glucofhag” N20

D.S. по 1 таблетке 1 раз в день

Гиполипидемическая терапия

Rp.: Tab. Atoris 40 mg N30

D.S. Внутрь по 1 таблетке 1 раз в день

Витаминотерапия:

Rp.: Caps. “Aevitum” N10

D.S. По 1 капсуле 2 раза в день.

Rp.: Sol. Tiamini chloridi 5% - 1ml

D.t.d. N 10 in amp.

S. по 1 мл внутримышечно 1 раз в день.

Rp.: Tab. Ascorutini 0,5 N50

D.S. По 1 таблетке внутрь 3 раза в день.

Десенсибилизирующие, общеукрепляющие препараты:

Rp.:Sol. Asparcami 20% - 10ml

D.S. Внутривенно капельно по 10 мл на 200 мл физ. раствора

Rp.: Sol Natrii chloridi 0,9% - 500ml

D.S. Вводить внутривенно капельно по 500 мл 1 раз в день.

Минеральные воды. Внутрь сульфатные, гидрокарбонатные, кальциевые. Наружно углекислые, сероводородные, радоновые ванны.

Санаторно - курортное лечение. В период достижения компенсации рекомендованы курорты - Ессентуки, Друснинкай, Миргород, Боржоми, Пятигорск и др.

Прогноз.

Прогноз в отношении жизни относительно благоприятный при соблюдении диеты, режима, адекватной инсулинотерапии, контроле гликемии. В отношении трудоспособности неблагоприятный.

Профилактика.

Рациональное питание, физическая активность, предупреждение и лечение ожирения. Для лиц с неблагоприятной наследственностью исключение легкоусвояемых углеводов, пищи, богатой животными жирами, контроль гликемии, пробы на толерантность глюкозе, анализы мочи. Медицинская активность населения.

Эпикриз.

Больная Морозова Ольга Васильевна поступила в эндокринологическое отделение 1 РКБ 9 марта 2011 года для лечения и прохождения очередной МСЭК. При поступлении беспокоили общая слабость, головные боли, слабость в конечностях, ноющие боли в левой ступне. За время пребывания в стационаре проведены анализы крови, мочи, ЭКГ, ЭхоКГ, ЭМГ, РВГ. В соответствии с анамнезом, физикальными данными, лабораторно-инструментальными методами выделены синдромы: гипергликемический, гипогликемический, поражения сосудистой системы, поражения нервной системы, астенический.

Поставлен окончательный клинический диагноз. Основное заболевание: сахарный диабет 2 типа инсулинпотребный средней степени тяжести субкомпенсированной формы, стабильного течения. Осложнения основного заболевания: диабетическая ретинопатия обоих глаз 2 степени (препролиферирующая), макроангиопатия сосудов нижних конечностей, сенсомоторная полинейропатия 2 степени, энцефалопатия 2 степени, выраженный тревожно - астенический синдром. Сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь 2 стадии риск 4, хроничсекий бронхит в стадии ремиссии.

Проведено следующее лечение: диета 3 стол, режим стационарный, медикаментозное лечение: инсулинотерапия, витамины, ноотропы, препараты улучшающие микроциркуляцию, анаболические препараты, профилактика остеопороза.

Рекомендовано: продолжение инсулинотерапии по той же схеме, контроль гликемии, 2б группа диспансерного учета у эндокринолога по месту медицинского обслуживания, консультации ангиохирурга, офтальмолога, невролога, прохождение МСЭК.

Список использованной литературы

1. «Избранные разделы преподавания внутренней медицины и эндокринологии» под редакцией профессора А. М. Корепанова. Ижевск, 1985.

2. В.В. Потемкин «Эндокринология». М.: Медицина, 1986

. Лекции по эндокринологии доцента Курниковой И. А.