ГБОУ ВПО ТГМУ Минздрава России

Кафедра факультетской терапии

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

Клинический диагноз: Основной: Сахарный диабет 2 типа, целевой гликированный HbА1с <7,0%

Осложнения: дистальная сенсомоторная полинейропатия II степени, хроническая ишемия мозга II степени.

Студентка Грищенко Т.В.

Преподаватель, к.м.н., Бобылева М.В.

г. Владивосток 2013 г.

**Паспортная часть**

1. Возраст, дата рождения: 60 лет д.р. 29.05. 1953года

. Место работы, профессия: на пенсии

. Место жительства: Владивосток, Советский р-н, ул. Чапаева д.8 кв. 81

. Дата поступления в стационар: 7.11.2013г

. Дата курации: 13.11.2013г.

**Жалобы на момент курации**

Жалобы на онемение пальцев рук, сухость во рту, жажду, учащенное мочеиспускание, головную боль, слабость.

**Жалобы на момент поступления**

Жалобы на сухость во рту, головную боль, головокружение, онемение пальцев рук и ног, снижение зрения и памяти, слабость. Жажда с потреблением до 3-х литров жидкости в сутки. Головокружение, слабость и головные боли, сопровождающиеся повышением АД до 160/100 мм.рт.ст.

**morbi**

Считает себя больной с 2007 года, когда при прохождении планового медицинского осмотра был определен уровень сахара в крови 17,2 ммоль/л, после чего проходила лечение в ГБУЗ ККБ №2. На фоне проведенной сахароснижающей терапии, соблюдении диеты, уровень сахара снизился до нормальных показателей. На инсулинотерапии в течении 3-х лет. Получает лантус 25 мг в 10:00, табл. сиофор 850 мг 2р/д, таблетки Новонорм 2 мг 3р/д. Глюкоза до 12 ммоль/л. Стационарно наблюдалась в 2010 году. В данный момент госпитализирована с целью коррекции углеводного обмена и лечения осложнений.

**Anamnesis vitae**

Татьяна Ивановна. Родилась 29 мая 1953 года в городе Артём. Физическое и психическое развитие соответствовало возрасту. Посещала детский сад, в школу пошла с 7 лет, успеваемость в школе была хорошая. Работать начал с 12 лет.

Токсикологический анамнез: не курит, спиртные напитки, наркотики не употребляет.

В детстве перенесла туберкулез, болезнь Боткина.

Венерические заболевания отрицает.

Выездов за пределы постоянного места жительства не было. Контакт с инфекционными больными за последние 6 месяцев отрицает.

Перенесенные заболевания, травмы, операции: коррекция выхода пупочной грыжи.

Аллергологический анамнез отягощен: отмечается аллергическая реакция на лек. препараты: новокаин, лидокаин, ряд пенициллиновых антибиотиков; пищевая аллергия на мёд, мясо краба.

Наследственный анамнез: семье из ближайших родственников пациента наследственных заболеваний (болезни обмена веществ, органов кровообращения, нервно-психические и эндокринные заболевания, злокачественные опухоли) не выявлено.

Бытовой анамнез: жилищные условия удовлетворительные.

Трансфузионный анамнез: гемотрансфузия не проводилась.

Гинекологический анамнез: 9 беременностей, из них 7 абортов, 2 родов менее 4-х кг, без осложнений. Менопауза в возрасте 52 лет.

**Status praesens**

Общее состояние больного удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Выражение лица спокойное. Походка свободная. Телосложение правильное. Конституциональный тип - нормастенический. Эпигастральный угол - прямой (=900). Длина шеи и конечностей пропорциональна длине туловища. Рост 156 см, масса тела 74 кг. ИМТ = 30,4

Питание больного удовлетворительное, ожирение II ст. Толщина кожной складки, взятой двумя пальцами в области пупка, на передней поверхности бедер, в области середины плеча превышает 2 см. Подкожно-жировая клетчатка однородной консистенции, распределена равномерно, наблюдаются небольшие отеки в области голеней и стоп.

Система кожных покровов и видимых слизистых.

Кожные покровы нормальной окраски, видимые слизистые оболочки (глаз, носа, губ, полости рта) - розовые, чистые. Эластичность и тургор кожи сохранены. Повышение потоотделения не отмечается. Кожа сухая. Сыпь, шелушение, "сосудистые звездочки" отсутствуют. Волосяной покров развит в соответствии с возрастом и полом. Кожа волосистой части головы чистая.

Лимфатическая система.

При осмотре лимфатические узлы не выделяются. Подчелюстные, затылочные, передние и задние шейные, подбородочные, околоушные, надключичные, подключичные, подмышечные, локтевые, паховые, подколенные лимфатические узлы не пальпируются.

Пальпация щитовидной железы.

Щитовидная железа не увеличена, эластичная, гладкая, безболезненная.

Мышечная система.

Развитие мышц и их тонус соответствует возрасту. При пальпации и движении мышцы безболезненны, дрожания и тремора отдельных мышц не обнаружено. Парезов и параличей нет.

Костно-суставная система.

При исследовании костей черепа, грудной клетки, таза, конечностей утолщений, искривлений и других нарушений не установлено, при пальпации и перкуссии безболезненны.

Органы дыхания

Осмотр грудной клетки

Статический осмотр.

Грудная клетка конической формы. Развитие мышц плечевого пояса и межреберных мышц соответствует полу и возрасту.

Динамический осмотр.

Дыхание везикулярное 14 в мин. Обе половины грудной клетки равномерно участвуют в дыхании. Дыхание ритмичное, поверхностное. Вспомогательная мускулатура в акте дыхания не участвует. Голосовое дрожание не нарушено.

Сравнительная перкуссия легких.

При проведении сравнительной перкуссии по методу Г.И.Сокольского над всей поверхностью легких, по всем топографическим линиям правого и левого края легких определяется: ясный легочной звук.

Аускультация легких.

Дыхание проводится равномерно во все отделы легких. Над общей поверхностью легких выслушивается ясное везикулярное дыхание. Побочные дыхательные шумы (хрипы, крепитация, шум трения плевры) отсутствуют.

Органы кровообращения.

Осмотр области сердца

Область сердца визуально не изменена. Верхушечный толчок определяется в V межреберье на 1 см кнутри от левой срединно-ключичной линии. Патологических пульсаций не видно.

Пальпация области сердца.

Верхушечный толчок пальпируется в V межреберье на 1 см кнутри от левой срединно-ключичной линии, площадью 2 кв. см., умеренной силы, средней амплитуды. Сердечный толчок отсутствует. Симптом "кошачьего мурлыканья" в области верхушки и основания сердца не обнаружен.

Перкуссия области сердца (перкуссия по Сокольскому).

Для определения границ относительной тупости сердца пользуются методом топографической перкуссии по Сокольскому. Далее определяют контуры сердечнососудистого пучка, по которому определяют конфигурацию сердца. После этого определяют границы абсолютной тупости сердца, используя метод посредственной пороговой перкуссии по Гольдшайдеру.

Границы относительной тупости.

Правая граница определяется по правому краю грудины в IV межреберье, образована правым предсердием.

Верхняя граница - определяется по нижнему краю III ребра по левой окологрудинной линии, образована конусом легочной артерии и ушком левого предсердия.

Левая граница определяется в V межреберье на 0,5 см кнутри от левой срединно-ключичной линии, образована левым желудочком.

Аускультация сердца.

Проводится в пяти классических точках в определенной последовательности. 1 точка - располагается над верхушкой сердца, выслушивается митральный клапан. 2 точка - II межреберье у правого края грудины, выслушивается аортальный клапан. 3 точка - II межреберье у левого края грудины, выслушивается клапан легочной артерии. 4 точка - нижняя треть грудины у основания мечевидного отростка, выслушивается трехстворчатый клапан. 5 точка - Боткина-Эрба - у левого края грудины, в III межреберье, выслушивается аортальный клапан.

Данные аускультации.

Ритм сердца нормальный. ЧСС 72 удара в минуту. В пяти классических точках аускультации выслушивается 2 тона и две паузы. Тоны приглушенные, ритмичные. В 1-й и 4-й точках аускультации лучше выслушивается I тон, более громкий, низкий, продолжительный, следует после длинной диастолической паузы, совпадает с верхушечным толчком и пульсом на периферических артериях. II тон более тихий, высокий, короткий, выслушивается после короткой систолической паузы.

Во 2-й, 3-й и 5-й точках лучше выслушивается II тон, более громкий, высокий, короткий, следует после менее продолжительной паузы, чем I тон, не совпадает с верхушечным толчком и пульсом на периферических артериях. I тон более тихий, низкий, продолжительный, выслушивается после диастолической паузы. Шумы и патологические ритмы не выслушиваются. Расщепление и раздвоение тонов не обнаружено. Шум трения перикарда отсутствует.

Органы пищеварения и брюшной полости.

Осмотр полости рта

Цвет слизистой губ, щёк, твердого и мягкого неба - бледно розовый. Слизистая рта и зева недостаточной влажности, без энантемы, целостность не нарушена. Запах изо рта, трещины в углах рта и herpes labialis отсутствуют. Десны бледно-розового цвета, не кровоточат, не изъязвлены. Язык розовый, сухой, не обложен, трещин, язв, отёчности нет. Слизистая зева ярко розовая, небные миндалины не увеличены, без налета. Лакуны не расширены. Ротовая полость санирована.

Осмотр живота.

Живот правильной формы, симметричный, не участвует в акте дыхания. Видимой перистальтики желудка и кишечника не выявлено. Подкожная венозная сеть на боковых стенках живота и вокруг пупка не выражена. Грыжи, расхождение прямых мышц живота визуально не определяются. Метеоризм не обнаружен.

Исследование печени. Осмотр области печени.

Увеличение живота не обнаруживается. Расширенная венозная сеть на передней брюшной стенке отсутствует. Выпячивания правого подреберья и подложечной области не наблюдаются.

Перкуссия печени.

Верхняя граница абсолютной тупости печени определяется по срединно-ключичной на уровне VI ребра (1 точка), верхняя граница по передней срединной линии - определяется условно, проводят линию от точки полученной при перкуссии верхней границы по среднеключичной линии до пересечения ее с передней срединной линией (3 точка).

Нижняя граница печени расположена по правой срединно-ключичной линии на уровне нижнего края реберной дуги(2точка), на передней срединной линии - на границе верхней и средней трети расстояния между мечевидным отростком и пупком(4 точка), по левой реберной дуге - на уровне VII ребра(5 точка).

Пальпация печени.

Нижний край печени прощупывается на 2см ниже реберной дуги по среднеключичной линии, мягкий, безболезненный, закругленный, не бугристый. Справа от срединно-ключичной линии печень прощупать не удалось, т.к. она скрыта под реберной дугой, а слева пальпация затруднена из-за толщи брюшных мышц.

Границы печени по Курлову.

Первый размер - расстояние между верхней и нижней границами печени по срединно-ключичной линии - 9 см. (между 1 и 2 точками).

Второй размер - расстояние между третьей и четвёртой точками, 3 точкой служит точка пересечения перпендикуляра восстановленного из 1-ой точки к передней срединной линии - 8 см.

Третий или косой размер печени расположен между 3 и 5 точками. 5 точка соответствует нижней границе печени по левой рёберной дуге - 7см.

#### Исследование желчного пузыря

При осмотре области проекции желчного пузыря на правое подреберье выпячиваний или фиксаций этой области в фазе вдоха не отмечается. Методом поверхностной пальпации передней стенки живота болезненность не определяется. Желчный пузырь пальпаторно не прощупывается. Симптомы Ортнера, Образцова-Мерфи отрицательные. В точке желчного пузыря - наружный край правой прямой мышцы живота, пересекающийся с реберной дугой - болезненности нет.

Исследование селезенки.

При осмотре левого подреберья в области проекции селезенки на левую боковую поверхность и левое подреберье выбуханий не обнаружено.

Перкуссия селезёнки

Нижний край селезенки определяется вдоль края левой реберной дуги на уровне Х ребра до места появления притупленного звука (1 точка). Верхний край селезенки определяется на линии в направлении первой точки до места появления притупленного звука (2-я точка). Длинник селезенки - отрезок, соединяющий 1-ю и 2-ю точки - 6 см. Поперечник селезенки определяется методом перкуссии от периферии к центру селезенки в направлении от ясного звука к тупому, по перпендикуляру. Который делит длинник селезенки пополам, до появления притупленного звуки (3-я точка). 4-ю точку определяют перкуторно снизу вверх, но нижнему отрезку перпендикуляра, который делит длинник селезенки пополам, до появления притупленного звука. Отрезок, соединяющий 3-ю и 4-ю точки - поперечник селезенки - 4 см.

Пальпация селезенки (по Образцову-Стражеско). Селезенка не пальпируется.

Органы мочевыделения.

Визуально в поясничной области патологических изменений (выбуханий и гиперемий) не выявлено.

Пальпация почек по Образцову-Стражеско в положении лежа.

Почки в положении лежа на спине и стоя не пальпируются. Болевые точки (в области проекции почек - реберно-позвоночная точка - в углу между XII ребром и длинными мышцами спины, мочеточниковые: верхняя - у края прямой мышцы живота на уровне пупка; нижняя - пересечение биспинальной линии с вертикальной линией, проходящей через лонный бугорок) не определяются. Болезненности при поколачивании поясничной области справа и слева нет. Мочеиспускание свободное. Мочевой пузырь перкуторно и пальпаторно не выступает над лонным сочленением. При аускультации почечных артерий шумы не выслушиваются.

Исследование нервно-психической сферы

Сознание ясное. На вопросы пациент отвечает правильно, своевременно. Память ухудшена. Ночной сон не нарушен. Нарушений речи не отмечено. Больной сдержан, проявляет интерес к беседе, общительный. В пространстве и времени ориентирован. Координация движений не нарушена. Походка нормальная, судороги, параличи отсутствуют. Реакция зрачков на свет, глоточные, коленный, ахилловые рефлексы сохранены. Менингиальные симптомы не обнаружены.

Эндокринная система Оволосение по женскому типу. Выпадение волос, бровей, ресниц не отмечает. Молочные железы развиты по женскому типу, нормальных размеров. Щитовидная железа визуально не определяется. Щитовидная железа не пальпируется. Симптомов гипертиреоза нет. Изменения лица и конечностей (как при акромегалии), гигантизма, нанизма, истощения не наблюдается. Патологическая пигментация кожных покровов отсутствует. Все глазные симптомы отрицательные. Имеется ожирение 2 степени по алиментарному конституциональному типу.

**Предварительный диагноз**

Основной: Сахарный диабет 2 типа, целевой гликированный HbА1с <7,0% Осложнения: дистальная сенсомоторная полинейропатия II степени, хроническая ишемия мозга II степени,

Сопутствующий: ожирение средней степени по алиментарному конституциональному типу, ГБ II ст, АГ 2ст., риск IV, ХСН IIА, II ФК, ОНМК от 2009 г.

**План обследования**

1. Клинический анализ крови

. Общий анализ мочи

. Ацетон в моче

. Суточные колебания глюкозы крови.

. Биохимический анализ крови.

. Электролиты крови.

. Определение гликозилированного гемоглобина Нв А1с.

. Расчет скорости клубочковой фильтрации.

. УЗИ брюшной полости, почек.

. ЭКГ.

. Консультация окулиста: исследование глазного дна.

. Консультация невропатолога.

**Результаты лабораторных и специальных методов исследования**

сахарный диабет клинический лимфатический

1. Клинический анализ крови(12.11):

Эритроциты - 4,2\*1012 г/л

Hb - 116 г/л

Лейкоциты - 9,3 г/л

Эозинофилы - 0%

п/я - 8%

с/я - 34%

лимфоциты - 55%

моноциты - 3%

. Общий анализ мочи(12.11):

Цвет - соломенно-желтый Прозрачность -прозрачная Реакция - кислая Белок - нет

Сахар - нет Лейкоциты - 1-3

Эритроциты - 0 Эпителий плоский - 7-10

. Ацетон в моче - отр(7.11)

. Суточные колебания глюкозы крови(11.11)

00 - 5,6

00 - 4,7

00 - 5,1

00 - 4,2

. Биохимический анализ крови(8.11):

Билирубин общий - 16,1мкм/л

Alt - 21u/l

Ast - 17 u/l

Тимоловая проба - 1,5 ед

Общий белок - 70,6 г/л

Мочевина - 6,2 ммоль/л

Креатинин - 74 ммоль/л

Холестерин - 7,5 ммоль/л

Тригл. - 2,88 г/л

. Электролиты крови(8.11):

К - 4,64 ммоль/л

Na - 136,9 ммоль/л

Са - 1,05 ммоль/л

Р - 1,23 ммоль/л

. Определение гликозилированного гемоглобина Нв А1с.

Конц % - А1с - 8,2

. СКФ = 84 - норма

. УЗИ брюшной полости, почек(12.11):

Печень. Контуры ровные, четкие, эхоструктура не изменена, эхогенность обычная, однородная. Нижний край печени острый, не выступает из под реберной дуги. Толщина правой доли печени - 10,5 см, левой доли - 6,1 см, КВР - 14,3 см. Сосудистая система не изменена, диаметр печеночных вен - 0,8 см, диаметр воротной вены - 0,9 см. Очаговые изменения в печени отсутствуют.

Свободная жидкость в брюшной полости отсутствует. Признаков портальной гипертензии нет.

Желчный пузырь обычной формы и размеров 7,9х2,7 см. Стенка уплотнена, не утолщена. Содержимое однородное. Деформации желчного пузыря нет. Конкременты отсутствуют.

Поджелудочная железа. Контуры ровные, нечеткие. Головка - 3,0 см, тело - 2,5 см, хвост - 2,9 см. Структура изменена, эхоплотность усилена, диффузно неоднородная, крупнозернистая. Очаговых образований не выявлено. Диаметр v. lienalis 0,5 см.

Селезенка. Контуры ровные, четкие. Размеры 8,5х3,0 см. Эхоплотность обычная. Очаговых изменений нет.

Почки. Контуры неровные, подвижные.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | левая | правая |
| Размеры(ДхШ),см | 9,9х4,8 | 8,9х4,6 |
| Толщина паренхимы,см | 1,3 | 1,1 |
| Расположение | обычное | обычное |
| Урообструкция | нет | нет |
| Камни | нет | нет |

КМД сглажена, паренхима сглажена по толщине. ЧЛС некомпактна с обеих сторон.

Заключение: эхопризнаки хр. Панкреатита

. ЭКГ. Синусовый ритм, ЧСС 64 в мин

. Консультация окулиста:

Ds: начальная катаракта

. Консультация невропатолога: ОНМК в вертебробазилярном бассейне. Синдром мозжечковой атаксии. Диабетическая полиневропатия.

**Обоснование клинического диагноза**

Ведущим в клинической картине заболевания являются гипергликемия, жажда, сухость во рту, что указывает на сахарный диабет. Начало заболевания постепенное с возраста 54 лет, на фоне избыточной массы тела, достижение компенсации с помощью сахароснижающих средств, инсулинотерапии, указывает на сахарный диабет 2 типа.

Головные боли, головокружение, снижение памяти - признаки хронической ишемии мозга.

Гипостезия по типу «носков» и «перчаток» , парастезии - признаки диабетической дистальной сенсо-моторной полинейропатии.

Учитывая вышеперечисленное, а так же данные анамнеза, выставлен клинический диагноз: Основной: Сахарный диабет 2 типа, целевой гликированный HbА1с <7,0%

Осложнения: дистальная сенсомоторная полинейропатия II степени, хроническая ишемия мозга II степени,

**Дифференциальный диагноз**

Дифференциальный диагноз проводится между сахарным и несахарным диабетом.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| критерии | сахарный диабет | несахарный диабет |
| этиология | Аутоиммунные процессы, наследственная предрасположенность, ожирение, психические и физические травмы, вирусные инфекции | Острые и хронические инфекции, травмы, опухоли |
| патогенез | Абсолютная или относительная недостаточность инсулина. При абсолютной недостаточности инсулина нарушается утилизация глюкозы клеткой, при относительной недостаточности нарушается чувствительность, рецепторов периферических тканей к инсулину и нарушается утилизация глюкозы клеткой. | Абсолютный или относительный дефицит АДГ. Недостаточность АДГ приводит к снижению реабсорбции воды в дистальных отделах почечных канальцев и собирательных трубках почек. При врожденной патологии рецепторов канальцевого аппарата почек нарушается способность почек положительно реагировать на циркулирующий в нормальном количестве АДГ. |
| клиника | При СД 1 типа- острое начало, при СД - постепенное развитие. СД 1 типа возникает в детском и юношеском возрасте, СД 2 типа- после 40 лет. Полиурия, полидипсия, полифагия. | Острое начало. Дебют заболевания обычно в возрасте 12-15 лет. Полиурия, полидипсия, нарушение сна. |
| Сахар крови | Гипергликемия | Сахар в норме |
| обший анализ мочи | Высокая относительная плотность мочи, сахар в моче, ацетон (при СД 1 типа) | Низках относительная плотность мочи, сахара в моче нет. |
| лечение | Диетотерапия, инсулинотерапия, пероральные сахароснижаюшие препараты | Минирин |

Таким образом клинический диагноз:

Клинический диагноз: Основной: Сахарный диабет 2 типа, целевой гликированный HbА1с <7,0%

Осложнения: дистальная сенсомоторная полинейропатия II степени, хроническая ишемия мозга II степени,

Сопутствующий: ожирение средней степени по алиментарному конституциональному типу, ГБ II ст, АГ 2ст., риск IV, ХСН IIА, II ФК, ОНМК от 2009 г.

**План лечения данного больного**

.Режим II

. Диетотерапия(9a):

Ограничение легкоусвояемых углеводов (сахар и продукты его содержащие, мед, фруктовые соки)

Рекомендуемый состав пищи:

углеводы 55 - 65 %

жиры 20 - 25 %

белки 15 - 20 %

Включение продуктов богатых растительными волокнами

Умеренное потребление низкокалорийных сахарозаменителей.

Определение базального энергетического баланса

БЭБ=74\*15=1110 ккал

Расчет прибавки на физическую активность

ДОБ=1/3\*1110=370 ккал

Расчет суточной энергетической нормы питания

Е=1110+370=1480 ккал

. Медикаментозное лечение:

. Инсулины:

Rp.: Sol. Lantus 3,0 (a 25 ED-1 ml).t.d.: N10

S.: Вводить п/к 25 ED(1 мл) в 1000 утра

. Препараты сульфанилмочевины:

Rp.: Tab. Novonormi 0,02

D.t.d.: N 10

S.: Внутрь по 1 таблетке 3 р/д

. Бигуаниды:

Rp.: Tab. Siofori 0,85

D.t.d.: N 60

S.: Внутрь 2 р/д

. Нейропротекторы:

Rp.: «Oktolipeni» 24,0.t.d.: N 10.: Развести в 200 мл 0,9% р-ра NaCl вводить в/в капельно

. Ингибиторы АПФ:

Rp.: Tab. Enaloprili 0,01.t.d.: N 15.: Внутрь по 1 табл. 2 р/д

. Ноотропные препараты:

Rp.: «Cerebrolizini» 2,0.t.d.: N 10.: Развести в 200 мл 0,9% р-ра NaCl вводить в/в капельно

. Школа Диабета.

**Дневник курации**

.11.2013:

Состояние удовлетворительное, сознание ясное. Живот мягкий, безболезненный. Жалоб не предъявляет. АД =130/80, ЧСС = 72,ЧДД = 18

Гликемия : -утром 5,5 ммоль/л

до обеда 7,8 ммоль/л

после обеда 10 ммоль/л

.11.2013:

Состояние удовлетворительное, сознание ясное. Живот мягкий, безболезненный. Жалоб не предъявляет. АД =125/80, ЧСС = 74,ЧДД = 19

Гликемия : -утром 4 ммоль/л

до обеда 7,5 ммоль/л

после обеда 9,2 ммоль/л

**Список используемой литературы**

1. Методическое пособие: «Схема истории болезни по эндокринологии»

. Эндокринология: Учебник.- М.: Медицина, 2000 Дедов И.И., Мельниченко Г.А., Фадеев В.В.