Представление о больном

Больная 62 года, 19 сентября поступила с целью коррекции сахароснижающей терапии, уточнения степени тяжести и лечения сосудистых осложнений диабета.

) Диабетический (гипергликемический) синдром:

Сухость во рту, жажда, частое мочеиспускание по ночам (примерно 3-4 раза), общая слабость, колебание уровня сахара от 4 до 16 ммоль/л при измерении глюкометром в течение суток, сама колебания уровня сахара не ощущала.

Заболела сахарным диабетом в 2007 году, в возрасте 49 лет, поставили диагноз случайно во время сдачи анализов по поводу операции рака шейки матки. Была выявлена гипергликемия (показатели уровня сахара крови не помнит). диабет стопа поражение

До постановки диагноза не ощущала никаких признаков и симптомов сахарного диабета. Были назначены пероральные сахароснижающие препараты глюкофан и глимепирид (дозировку препаратов не помнит). Контроль уровня сахара крови осуществляет постоянно, в последнее время уровень сахара крови колеблется от 4 до 16 ммоль/л в течение суток не зависимо от приема пищи и препаратов. Причины настоящей госпитализации: сахарный диабет в стадии декомпенсации, обострение ангиопатий.

ИМТ=37 (ожирение 2 ст.), кожные покровы сухие. Общий анализ мочи (3.09.2013г) - глюкозурия (сахар 4,6), общеклинические исследования (3.09.2013г) - все в норме, кроме - суточный диурез 2000,0; белок в суточной моче 0, 144 (0,000-0,140), биохимическое исследование крови (3.09.2013г) - все в норме, кроме АСТ 40,5 (00-31,0), АЛТ 52,5 (00-34,0), билирубин общий: 22,90 за счет непрямого (1,70-20,0) мкмоль/л, коэффициент атерогенности 2,88 (2,15-2,60).

) Синдром диабетической полинейропатии:

Судороги ног, онемение и жжение в ногах (в области стоп) во время ходьбы и в покое, снижение болевой и тактильной чувствительности в области стоп, там же признаки нарушения трофики в виде сухости и шелушения.

Предварительный диагноз: Сахарный диабет тип 2, декомпенсация. Осл.: диабетическая полинейропатия конечностей.

Эндокринологический статус: органы внутренней секреции - гипофиз, гипоталамус: рост и развитие соответствует возрасту, прогрессирующего исхудания и прибавки в весе не было, подкожно - жировой слой распределен равномерно, анорексия, полифагия, булимия не наблюдается, за последние 6 лет из-за сахарного диабета чувствует жажду, наблюдается полиурия. Щитовидная железа: при осмотре на глаз не видна, при пальпации не увеличена, однородная без узлов. Паращитовидные железы: приступов судорог, парестезии, боли в мышцах, ломкости костей нет.

Надпочечники: цвет и форма лица в норме, телосложение по женскому типу, подкожно - жировой слой распределен равномерно, цвет кожи и слизистых в норме без пигментации, мраморности, цианоза, акнэ, кровоизлияний и полос растяжений. Половые железы удалены в 2007 году, во время операции по поводу рака шейки матки.

План обследования:

) Общий анализ мочи, кал на я/г

) Гликемический профиль

) RW, PAK

) Ацетон мочи утро

) Биохимический анализ крови: АЛТ, АСТ, билирубин, ХС, ТГ, ЛПНП, ЛПВП, К, Na, креатинин, мочевина, общий белок, цистотин С

) Суточная потеря белка, МАУ

) Клубочковая фильтрация

) Консультация физиотерапевта

План лечения

) Стол №9

) Режим стационарный

) Препарат бигуанидов: Tab. Metformini 1000 мг\*2 раза в день после еды

) Препарат сульфанилмочевины: Tab. Glibenclamidi 0,005 мг по 1 таб. 2 раза в день за 30 мин. до еды

) Метаболическое средство: Sol. Tioctacidi 600 мг Sol. Natrii Chloridi 0,9% - 200 в/в кап. 1 раз в день

Дневник курации:

)3.09.13г - жалобы на момент курации: сухость во рту, жажду, боль и жжение в области стоп в покое и при ходьбе, общая слабость.

При объективном обследовании:

состояние удовлетворительное, положение активное. АД 130/80, пульс 78 уд/мин. Стопы: цвет кожи бледный, на ощупь прохладные, межпальцевые промежутки чистые, ногти стрижены аккуратно, снижение болевой и тактильной чувствительности, кожа сухая шелушится, пульсация сохранена.

Из лабораторных данных: общий анализ мочи - глюкозурия (сахар 4,6), ацетон мочи - отр., общеклинические исследования - все в норме, кроме суточный диурез 2000,0; белок в суточной моче 0, 144 (0,000-0,140), биохимическое исследование крови - все в норме, кроме АСТ 40,5 (00-31,0), АЛТ 52,5 (00-34,0), билирубин общий: 22,90 за счет непрямого (1,70-20,0) мкмоль/л, коэффициент атерогенности 2,88 (2,15-2,60).

Гликемический профиль:

ч - 4,8 ммоль/л - нормогликемия

ч - 4,9 ммоль/л - нормогликемия

ч - 6,5 ммоль/л - нормогликемия

ч - 4,2 ммоль/л - нормогликемия

ч - 6,2 ммоль/л - нормогликемия

- 4,9 ммоль/л - нормогликемия

Заключение: уровень сахара крови в стадии компенсации.

. Стол №9

. Tab. Metformini 1000 мг по 1 таблетке 2 раза в день после еды

. Tab. Glibenclamidi 0,005 мг по 1 таблетке 2 раза в день за 30 мин до еды

4. Sol. Tioctacidi 600 мг. Natrii Chloridi 0,9% - 200 в/в кап. 1 раз в день

. Консультация физиотерапевта

. Стол №9

. Tab. Metformini 1000 мг по 1 таблетке 2 раза в день после еды

. Tab. Glibenclamidi 0,005 мг по 1 таблетке 2

)4.09.13г Жалобы на момент курации: на незначительную жажду, сухость кожи, боли и жжение в ногах при ходьбе. АД 120/80, пульс 76 уд/мин.

Была на консультации физиотерапевта, заключение:

учитывая наличие сопутствующей патологии физиолечение не показано.

) 5.09.13г Состояние удовлетворительное. Ад 120/80, отеков нет. Сахар крови в пределах 4 - 6 ммоль/л. Биохимическое исследование мочи: все в норме, кроме креатинин мочи 5207 мкмоль/л (N=6800-18500)

) 6.09.13г. Состояние удовлетворительное.

Лечение проводится по плану. АД 130/70, ЧСС 69 уд/мин. Живот мягкий безболезненный.

ч - 4,4 ммоль/л - нормогликемия

ч - 4,7 ммоль/л - нормогликемия

ч - 6,1 ммоль/л - нормогликемия

ч - 5,2 ммоль/л - нормогликемия

- 6,0 ммоль/л - нормогликемия

раза в день за 30 мин до еды

4. Sol. Tioctacidi 600 мг. Natrii Chloridi 0,9% - 200 в/в кап. 1 раз в день

. Стол №9

. Tab. Metformini 1000 мг по 1 таблетке 2 раза в день после еды

. Tab. Glibenclamidi

,005 мг по 1 таблетке 2 раза в день за 30 мин до еды

4. Sol. Tioctacidi 600 мг. Natrii Chloridi 0,9% - 200 в/в кап. 1 раз в день

. Гликемический профиль

. Стол №9

. Tab. Metformini 1000 мг по 1 таблетке 2 раза в день после еды

. Tab. Glibenclamidi 0,005 мг по 1 таблетке 2 раза в день за 30 мин до еды

4. Sol. Tioctacidi 600 мг Sol. Natrii Chloridi 0,9% - 200 в/в кап. 1 раз в день

.УЗИ внутренних органов 01 - 4,6 ммоль/л - нормогликемия

Заключение: уровень глюкозы в крови в стадии компенсации

)9.09.13г. Жалобы не предъявляет.

Была на УЗИ внутренних органов.

Заключение: Умеренная гепатомегалия. Диффузные изменения в печени, поджелудочной железе. Избыточная подвижность левой почки. Киста правой почки.

Лечение продолжается.

. Стол №9

. Tab. Metformini 1000 мг по 1 таблетке 2 раза в день после еды

. Tab. Glibenclamidi 0,005 мг по 1 таблетке 2 раза в день за 30 мин до еды

4. Sol. Tioctacidi 600 мг Sol. Natrii Chloridi 0,9% - 200 в/в кап. 1 раз в день.

Эпикриз (этапный)

П.Т.И. 55 лет, поступила 2 сентября 2013 года с диагнозом: Сахарный диабет тип 2, декомпенсация. Осл: диабетическая полинейропатия.

Колебания уровня сахара от 4 до 16 ммоль/л, боль и жжение, уменьшение болевой и тактильной чувствительности в области стоп в покое и при ходьбе.

Проведенное лечение:

) Стол №9

) Режим стационарный

) Препарат бигуанидов:. Metformini 1000 мг\*2 раза в день после еды

) Препарат сульфанилмочевины:. Glibenclamidi 0,005 мг по 1 таб. 2 раза в день за 30 мин. до еды

) Метаболическое средство:. Tioctacidi 600 мг. Natrii Chloridi 0,9% - 200 в/в кап. 1 раз в день

На фоне проводимой терапии чувствует значительное улучшение: уровень сахара крови в пределах 4 - 6 ммоль/л, болевая и тактильная чувствительность возросла, уменьшилась боль и жжение в стопах.

Рекомендуется дальнейшее лечение:

) Стол №9

Расчет диеты: в день рекомендуется до 2000 ккал

Завтрак 1: овсяная каша (40 грамм крупы, 5 грамм масла), мясной паштет - 60 гр., кусочек хлеба пшеничного, чай на ксилите.

Завтрак 2: язык 100 гр., сыр 100 гр., кусочек хлеба ржаного, отвар шиповника Обед: суп на телятине с фрикадельками, хлеб ржаной, гречневая каша (40 гр. крупы, 5 гр. масла), салат из свежей капусты, 10 гр. растительного масла, компот ягодный с заменителем сахара

Полдник: творог 150 гр. со сметаной 30 гр., кофе с молоком

Ужин: яйцо всмятку 1 шт., рыба отварная 200 гр., чай на ксилите

Перед сном: яблоко не сладкое

) Режим стационарный

) Препарат бигуанидов:. Metformini 1000 мг\*2 раза в день после еды

) Препарат сульфанилмочевины:. Glibenclamidi 0,005 мг по 1 таб. 2 раза в день за 30 мин. до еды

) Физические нагрузки в виде ежедневных прогулок 20 - 30 мин

Беседа с больным:

С больной проведена беседа на тему: профилактика диабетической стопы.

Синдром диабетической стопы - это позднее осложнение сахарного диабета.

Является одним из самых распространенных осложнений, развивающихся при сахарном диабете.

Выражается в виде некротических процессов, поражений костной ткани, кожи и мягких тканей. Вызывает деформацию суставов, поражение периферических нервов и сосудов.

Кожные поражения имеют вид язв, различной степени тяжести, последней стадией является гангрена.

Такие поражения развиваются у 20-40% больных сахарным диабетом, причем чаще они развиваются у больных сахарным диабетом второго типа.

При повышении уровня гликолизированного (гликированного) гемоглобина на 1,5% от нормы увеличивает риск развития поражений нижних конечностей на 20%.

Из ста человек, страдающих от язв стопы, у 15-20 приходится проводить ампутацию ноги.

Причины развития кожных и суставных поражений заключаются в декомпенсации сахарного диабета, а именно, в постоянно повышенном уровне сахара в крои и частых скачках уровня сахара от очень низких к очень высоким. Это обусловлено тем, что высокий сахар негативно влияет на сосуды, что приводит к нарушениям иннервации и кровоснабжения. Из-за плохой чувствительности легко получить травмы стопы - ожог, порез, наколоть или натереть ногу и т.д. Любая незначительная рана стопы может привести к тяжелым последствиям. Заживление происходит крайне медленно, а из-за ослабления защитных функций организма инфекция, попадая в рану, вызывает воспаление.

В зависимости от того, какие поражения ног преобладают - нарушения кровотока или нарушения иннервации, различают три формы проявления синдрома диабетической стопы: нейропатическая, ишемическая и смешанная.

Нейропатичекая форма

Нейропатичекая форма - развивается при поражении нервной системынижних конечностей. Это самая распространенная форма диабетической стопы.

Из-за длительного влияния нейропатии происходят нарушения строения стопы, то есть происходит деформация стопы, а это по-другому перераспределяет давление на разные участки стопы, что и приводит к возникновению нейропатической формы диабетической стопы: образуются мозорли, отеки. Такая форма возникает чаще всего на стопе или между пальцами ног.

Следствиями такого поражения могут быть: развитие «стопы Шарко», к нейропатическим отекам или к образованию нейропатической язвы.

Одной из причин развития нейропатических изменений является ношение неудобной обуви - слишком узкой или плотной.

Симптомы нейропатического поражения: отсутствие болей в области поражения, сохранение нормальной пульсации.

· Язва имеет ровные края.

· Имеет место деформация стопы.

· Наблюдается усиление кровотока.

· Кожа стопы сухая, теплая.

· Обычно на стопе есть мозоли.

Лечение при нейропатичекой форме

Нельзя забывать, что любые нарушения, связанные с проявлением диабетической стопы, связаны в первую очередь с декомпенсацией сахарного диабета.

Поэтому для успешного лечения проявлений нейропатической формы диабетической стопы необходимо наладить компенсацию.

Надо привести сахара в норму. Так как при воспалении часто повышается потребность организма в инсулине, то привычные дозы надо будет увеличить.

Часто нейропатическое поражение проявляется у людей, страдающих инсулинонезависимым диабетом в стадии декомпенсации, которые не могут добиться нормогликемии при помощи диет и сахаропонижающих препаратов.

В таких случаях целесообразно перейти на инсулинотерапию и привести в норму свой сахар.

Кожа стопы при нейропатических поражениях обладает слабыми защитными свойствами, и любые микроорганизмы легко проникают внутрь и вызывают воспаление. Поэтому необходимо провести антибактериальное лечение.

Препараты и дозы должен назначить врач!

Также под наблюдением врача следует проводить регулярную обработку раны (обработка краев, удаление отмерших слоев кожи).

Для скорейшего излечения следует до минимума снизить нагрузку на больное место. В данном случае помогут костыли, кресло-каталка и ортопедическая обувь.

Ишемическая форма

Ишемическая форма диабетической стопы встречается реже, чем нейропатическая или смешанная. Развивается вследствие нарушения кровоснабжения ног.

Возникает такая форма нарушений обычно на пальцах ног. Сильной деформации стопы не происходит.

Возникает при ношении неудобной обуви, из-за постоянных отеков стоп.

Симптомы ишемического поражения: болезненность в месте поражения кожи, в том числе и боли в состоянии покоя, то есть без нагрузки на ногу.

· Язва имеет неровные, рваные края.

· Пульсация отсутствует или сильно ослаблена.

· Кровоток значительно снижен.

· Кожа стопы холодная.

· Мозоли обычно отсутствуют или же их очень мало.

Лечение при ишемической форме

Также как и при нейротической форме важно поддерживать нормальный уровень сахара в крови.

Если присутствуют отеки, то проводят дегидратационную терапию.

Проводят терапию антибиотиками и обработку раны.

При неэффективности поддерживающих мер требуется хирургическое вмешательство. В зависимости от степени поражения проводят чрескожную транслюминальную ангиопластику (восстановление кровотока в сосудах без разреза кожи); тромбартериэктомию или дистальное шунтирование веной in situ (по большой подкожной вене пускается кровоток в мелкие сосуды стопы).

Смешанная форма

Смешанная форма диабетической стопы стоит на втором месте по распространенности после нейропатической.

У пациента наблюдаются симптомы и нейропатической и ишемической формы диабетической стопы.

Диабетическая гангрена

При сильных и обширных гнойных поражениях развивается гангрена.

Важно вовремя выявить это состояние и провести ампутацию, чтобы избежать смерти больного.

Диагностика поражений

Важно регулярно самому проводить осмотр стоп с целью выявления малейших изменений на начальных стадиях.

Следует обращать внимание на изменение цвета стоп (покраснение, бледность); на болевые ощущения; наличие отеков; грибковые поражения кожи и ногтей; деформации пальцев ног; на сохранение нормальной пульсации; на сухость кожи стоп.

При каких-либо изменениях следует сразу же обратиться к врачу для дальнейшего обследования.

Необходимо проводить неврологическое обследование, которое включает в себя исследование вибрационной чувствительности (проводится с помощью камертона); исследование температурной чувствительности; определение тактильной чувствительности.

Определение лодыжечно-плечевого индекса. Это важный показатель для определения состояния кровотока.

Для этого измеряют систолическое давление в плечевой артерии и в артериях ног. Соотношение этих показателей и показывает лодыжечно-плечевой индекс. В норме он составляет от 1,0 и выше. При поражении кровотока нижних конечностей индекс будет ниже 1,0.

Важную информацию дает такое обследование, как ангиография сосудов ног.

Она показывает наличие и степень тромбоза.

Профилактика поражений диабетической стопы

Во-первых, важно проводить постоянное наблюдение за состоянием ног больных, входящих в группу риска по диабетической стопе.

В группу риска входят люди с избыточной массой тела, употребляющие алкоголь, курящие, люди в возрасте, имеющие начальные поражения ног, страдающие нефропатией.

Необходимо правильно подбирать обувь. Желательно, особенно при наличии начальных поражений ног, носить специальную ортопедическую обувь.