**ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ**

Ф.И.О.: x

Возраст: 13 лет

Пол: мужской

Национальность: русский

Образование: учащийся 8-го класса ср.шк.xx

Домашний адрес: г. Новосибирск,

Дата поступления в клинику: 04.12.98 года

Дианоз при поступлении: Сахарный диабет I тип , тяжелая

стадия,жировой гепатоз.

**ЖАЛОБЫ**

На момент поступления основные жалобы на: сухость во рту , жажду, частое мочеиспускание, тошноту по утрам, вялость, сонливость. Около пяти раз в неделю после физической нагрузки возникают : головокружение, тремор рук, возбуждение, потливость, покраснение кожи. Состояние купирует приемом сладкого (конфеты, шоколад).

На момент обследования состояние удовлетворительное.

**ANAMNESIS MORBI**

С 4 лет (1989 год) резко появилась жажда, сухость во рту, частое мочеиспускание, тошноту по утрам, вялость, сонливость. Стали часто появляться признаки гипогликемического кетоацедоза - головокружение, тремор рук, возбуждение, потливость, покраснение кожи. При обследовании был поставлен диагноз: Сахарный диабет I тип , тяжелое течение, гипогликемический кетоацедоз.

С частотой один раз в год лежит в 1 ГКБ эндокринное отделение. Максимальная доза инсулина не изменялась – 34 ed. Режим питания и инсулинотерапии часто нарушался. Сахар крови плохо компенсирован – уровень тощаковой глимкемии от 4.0 до 25.0 Ммоль/л. течение лабильное – частые кетоацедотические состояния

( до 5 раз в неделю ). Обследован 3.12.98. в Диагностическом центре ГМБ 4 и направлен на госпитализацию в 1 ГКБ с диагнозом: Сахарный диабет I тип , тяжелая стадия, жировой гепатоз.

**ANAMNESIS VITAE**

Младенчество: родился в срок ( обвитие пуповиной, кесарево сечение), выписан на 5е сутки, с весом 3500г, рост 51см. В развитии не отставал.

Детство и школьные годы: условия быта оценивает как хорошие, питание адекватное. В учебе не отстает от сверстников. Физическое развитие на данный момент соответствует 9-11 годам.

Вредные привычки: курение, употребление наркотиков, злоупотребление спитными напитками отрицает.

Перенесенные заболевания и травмы: туберкулез, гепатит, венерические заболевания отрицает. Грыжесечение в 1986. Острая пневмония в 1988г. До 7 лет энурез.

Эпидемиологический анамнез: Контакта с инфекционными больными не было.

Аллергии: нет.

Наследственность: По причине молодого возраста пациента составить родословную не представляется возможным. Однако известно, что мать перенесла гепатит B.

**STATUS PRAESENS COMMUNIS**

**ОБЩИЙ ОСМОТР БОЛЬНОГО**

Общее состояние средней тяжести. Сознание ясное. Положение активное. Выражение лица живое. Телосложение не пропорциональное. Рост 136 см, вес 32 кг. Окружность грудной клетки 69 см.

Индекс Кетле = вec/pост(м2) = 32/1,36  17,3 (недостаточная масса тела: N = 23-25)

Индекс Пиньо = рост-(окружность груди+вес) = |136-(69+32)| = 35 (телосложение не пропорциональное, т.к. N<20)

Индекс Бушара = вec\*100/рост = 3200/136 = 23,5 (недостаточная масса тела, т.к. N=37-40)

Индекс Бругша = окружность груди\*100/pост = 6900/1360 = 50,7(астенический тип грудной клетки).

Кожные покровы телесного цвета, эластичные, тургор кожи не снижен, умеренно влажные. Кровоизлияний, расчесов, язв, рубцов, “сосудистых звездочек”, ангиом нет.

Ногти обычной формы и цвета, неломкие, немутные, гладкие, прозрачные.

Сыпи нет.

Слизистая оболочка рта ярко розового цвета, влажная, патологических образований и высыпаний нет. Деснф ярко розового цвета. Не кровоточат, не воспалены.

Развитие подкожной жировой клетчатки среднее. Толщина кожной складки в области трехглавой мышцы плеча 0.5 см.

Отеков нет.

Подкожные вены малозаметны, подкожных опухолей, жировиков нет.

Лимфатические узлы (шейные, затылочные, подчелюстные, подмышечные, локтевые, паховые) не пальпируются, в месте проекции болезненности нет.

Развитие мышечной системы умеренное. При пальпации мышцы безболезненные. Сила мышц в кисти, бедрах, голени умеренная, симметричная. тонус мышц удовлетворительный. Дрожания нет.

Деформации и искривления костей нет. Деформаций, дефигураций, изменения кожи над суставами нет. Кожная температура над суставами не изменена. Походка нормальная. Простейшие бытовые действия руками (умыться, причесаться, застегивать пуговицы, писать) выполняет. Болезненности при активных и пассивных движениях нет. Подвижность во всех отделах позвоночника не ограничена. Сгибание туловища вперед в положении сидя не ограничено. При пальпации болезненности нет. Объем движений выполняется.

На момент осмотра температура тела 36,8 С0 , лихорадки нет.

**ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ**

Нос имеет нормальную форму. Деформации мягких тканей, покраснения и изъязвления у наружного края ноздрей, герпитической сыпи нет. Состояние слизистой носа удовлетворительное. гортань нормальной формы. Припухлостей нет. При пальпации безболезненная. Форма грудной клетки правильная, симметричная. Экскурсия обеих сторон грудной клетки при дыхании равномерная - 2см. Тип дыхания грудной. Частота дыхательных движений 18/мин. Ритм дыхания правильный. Дистанционных хрипов, шумов и одышки нет.

При пальпации грудной клетки по ходу межреберных нервов, мышц и ребер болезненности нет. Целостность грудной клетки не нарушена, ригидность сохранена. Голосовое дрожание не изменено.

При сравнительной перкуссии над всей проекцией легких слышен ясный легочный звук. Гамма звучности не изменена.

**Топографическая перкуссия**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Нижняя граница:** | | |
| *линии* | *Правое легкое* | *левое легкое* |
| парастернальная | V межреберье | - |
| медиоклавикулярная | VI ребро | - |
| передняя аксилярная | VII ребро | VII ребро |
| средняя аксилярная | VIII межреберье | VIII межреберье |
| задняя аксилярная | IX межреберье | IX межреберье |
| лопаточная | X ребро | X ребро |
| паравертебральная | на уровне остистого | отростка XI гр. Позв. |

**Верхняя граница:**

Высота стояния верхушки легкого спереди справа и слева 3 см, сзади справа и слева на уровне остистого отростка VII шейного позвонка. Ширина перешейков полей Кренига справа и слева 4 см.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Подвижность нижних краев легких:** | | |
| *линии* | *правое легкое* | *левое легкое* |
| медиоклавикулярная | +1,5 -1,5 | - |
| средняя аксилярная | +1 -1 | +1 -2 |
| лопаточная | +1,5 -1 | +1,5 -1 |

При аускультации выслушивается неизмененное везикулярное дыхание. Крепитации, побочных дыхательных шумов нет. Бронхофония не изменена над всей поверхностью легких.

**ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ**

При осмотре деформаций в прекардиальной области нет. Пульсаций не видно.

При пальпации верхушечный толчек в V межреберье на 1 см кнаружи от левой медиоклавикулярной линии, шириной 2см, высота 0,5 см, резистентный, несильный. Сердечного толчка нет. Симптом “кошачьего мурлыканья” отрицательный. Аортальной пульсации и пульсации легочной артерии нет.

При перкуссии границы:

*относительной сердечной тупости*:

*верхняя* - в III межреберье на 1 см кнаружи от левого края грудины;

*правая* - в IV межреберье на 0,5 см кнаружи от правого края грудины;

*левая* - в V межреберье на 1 см кнаружи от медиоклавикулярной линии;

*абсолютной сердечной тупости*:

*верхняя* - в IV межреберье на 1 см кнаружи от левого края грудины;

*правая* - в IV межреберье по правому краю грудины;

*левая* - в V межреберье на 1 см кнаружи от медиоклавикулярной линии;

Ширина сосудистого пучка 6 см. Размеры сердца по Курлову: длинник 9.5 см (N = 10.5 см) поперечник 8.5 см (N = 9.5 см).

При аускультации тоны сердца ритмичные, звучные. I тон на верхушке не изменен. II тон на на легочной артерии не изменен. II тон на аорте не изменен. III и IV тонов нет. Тон открытия митрального клапана отсутствует. Расщепления и раздвоения тонов нет, шумов нет.

Пульс на левой руке симметричен пульсу на правой руке, равномерный. Хорошего наполнения и напряжения. На руках 86 в минуту. На ногах 85 в минуту. Частота сердечных сокращений стоя 86, лежа 83 ударов в минуту. Артериальное давление стоя - 120/80 мм рт.ст. Лежа - 110/60 мм рт.ст.

**ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ОРГАНОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА**

Губы*.* Углы губ симметричны, губы розовой окраски. Герпитической сыпи и трещин нет. Сухости нет. Слизистая оболочка внутренней поверхности губ и щек ярко-розового цвета.

Полость рта. Запаха из полости рта нет. Афт, пигментаций, кровоизлияний нет. Слизистая полости рта и твердого неба розовая, влажная. Высыпаний нет.

Десны розовой окраски, не гиперемированы, не кровоточивы, не разрыхлены.

Зубы не шатаются, кариеса нет.

Язык розовый, влажный, необложеный, сосочковый слой хорошо выражен; отпечатков зубов, трещин, прикусов, язвочек нет.

Слизистая зева розового цвета, без высыпаний и налетов.

Миндалины нормальных размеров, задняя стенка зева ровная, без гиперплазии лимфатических узлов. Припухлости, налета, гнойных пробок нет.

Глотка имеет нормальный цвет слизистой, влажная, гладкая, без зернистости, налета, изъязвлений и рубцов.

При осмотре форма живота обычная. Передняя брюшная стенка не участвует в акте дыхания. Венозной сети и перистальтики не видно, рубцов, стрий нет, видимых объемных образований нет. Эпигастральной пульсации нет. Окружность живота стоя 70 см, лежа - 75 см.

При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный, локальных объемных образований нет. Диастаз и грыжевых ворот не обнаружено.

При глубокой пальпации в левой подвздошной области пальпируется сигмовидная кишка диаметром 1,5 см, гладкая, плотная, не урчащая, смещаемая, безболезненная. В правой подвздошной области пальпируется слепая кишка диаметром 1,5 см, мягко-эластичной консистенции, не урчащая, поверхность гладкая, смещаемая, безболезненная. Восходящая и нисходящая кишки диаметром 1,5 см, мягко-эластичной консистенции, безболезненны, смещаемы, поверхность гладкая, не урчащие. Нижняя граница желудка на 4 см выше пупочного кольца. Поперечная ободочная кишка 2 см, мягко-эластической консистенции, не урчащая, поверхность гладкая, слегка смещаемая, безболезненная.

Пилорантральный отдел желудка не пальпируется. В месте проекции болезненности нет.

Нижний край печени выступает из под правого подреберья на 3 см. Гладкий, безболезненный, плотно-эластичной консистенции, закругленный. При перкуссии размеры печени по Курлову 11/10-6-6 см.

Желчный пузырь не пальпируется. В месте проекции болезненности нет. Симптомы Курвуазье, Кера, Лепене, Мюси, Мерфи отрицательные.

Селезенка в положении по Сали не доступна пальпации. в месте проекции болезненности нет. Размеры селезенки по Курлову 10/6 см.

Поджелудочная железа в положениях по Гроту не пальпируется, болезненности в месте проекции нет.

Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный над всей поверхностью живота.

**ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ МОЧЕ-ВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ**

При осмотре поясничной области покраснении, припухлости кожных покровов, отечности кожи нет. Пальпация почек в положении стоя по Боткину и в горизонтальном положении по Образцову безболезненна. Симптом Пастернацкого-II отрицательный. При перкуссии и пальпации в области проекции мочевого пузыря болезненности нет. Мочеиспускание учащенное ~7 раз/день, произвольное, свободное и безболезненное. Недержание мочи и гематурия отсутствует.

**ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ**

Щитовидная железа не увеличена, болезненности при пальпации нет, подвижна, мягкой консистенции. Перешеек не пальпируется. Экзофтальма, припухлостей на шее нет. Глазные симптомы: Грефе, Кохера, Штельвана, Мебиуса отсутствуют. Тремора нет. Общий вид больного соответствует возрасту 9-11 лет.

**ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ**

Высшая нервная деятельность: сознание ясное, ориентирование во времени и месте не нарушено. Внимание концентрирует без усилий. Ассоциативные процессы не нарушены. Поведение, настроение, критика - адекватны обстановке. Походка, сухожильные и брюшные рефлексы в норме. Выражение лица живое. Красный дермографизм через 1 мин. Глаза реагируют на свет прямо и содружественно. Глазные яблоки, коньюнктива не изменены. Дрожания глаз, косоглазия и других особенностей нет.

**ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Исследование сахара крови натощак (4.12.98):

8.00 час -

12.00 час 5,9 ммоль/л

16.00 час -

20.00 час 13,9 ммоль/л

Исследование сахара крови натощак (7.12.98):

8.00 час 15,9 ммоль/л

12.00 час 8,8 ммоль/л

16.00 час 6,7 ммоль/л

20.00 час -

Исследование сахара крови натощак (8.12.98):

8.00 час 3,3 ммоль/л

12.00 час 6,9 ммоль/л

16.00 час 9,8 ммоль/л

20.00 час -

Анализ крови (7.12.98)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование | Результат | Норма |
| Эритроциты | 4,4\*1012/л | 4,5-5,5 мм |
| Гемоглобин | 157 | 130-160 г/л |
| Лейкоциты | 7,1 | 6-8000 |
| Эозинофилы | 5 | 3 |
| Палочкоядерные | 4 | 4 |
| Сегментоядерные | 43 | 63 |
| Лимфоциты | 44 | 23 |
| Моноциты | 4 | 6 |
| СОЭ | 2 | 1-10 мм/час |

Анализ мочи (7.12.98)

Количество: 130,0

Цвет: с/ж

Удельный вес: 1030

Белок: ОТР.

Лейкоциты: 1-2

Эпителий плоский: 4-5

Слизь: +

Соли: оксалаты незначительно

Реовазография (9.12.98):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Конечности | Верхние: | Нижние: |
| Тип кровотока | Магистральный | Магистральный |
| Пульсовое кровенаполнение | Нормальное | Снижено на голенях |
| Тонус мелких артерий | Повышен на предплечьях | Нормальный |
| Эластичность сосудистой стенки | Норма | Норма |
| Венозный отток | Затруднен на обеих руках | Нормальный |

Реоэнцефалография (9.12.98):

***Заключение:*** Пульсовое кровенаполнение повышено в обоих бассейнах (2.0) и (1.7). Дистония сосудистой стенки. Имеются умеренные экстрокраниальные влияния.

Эхоэнцефалография (9.12.98):

***Заключение:*** срединные структуры не смещены, признаков внутричерепной гипертензии нет, косвенных признаков расширения желудочковой системы нет.

Электроэнцефалография (9.12.98):

***Заключение:*** Умеренные изменения активности головного мозга с дисфункцией диэнцефальных структур в процессе гипервентиляции.

ЭКГ (7.12.98)

***Заключение:*** Нормальное ЭКГ.

Дополнительно следует провести:

1.кровь на холестерин - ожидается гиперхолестеринемия до 41.38 Ммоль/л

2.Б/Х анализ мочи - повышенны глюкоза и ацетон

3.Функциональная проба печени - м/б гипоальбуминемия

4.RW

5.Кал на яйца глист

6.Рентгенограмма грудной клетки

7.Проба Реберга

8.Исследование сосудов глазного дна - ретинопатия

**ЭТАПЫ ЛОГИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЫ ДИАГНОЗА**

Ведущие синдромы:

1. Синдром хронической гипергликемии: на основании жалоб на сухость во рту , жажду, частое мочеиспускание, тошноту по утрам, вялость, сонливость. На основании anamnesis morbi - быстрое появление жалоб и постановка диагноза в 1989 году: сахарный диабет I тип, лабильное течение. На основании постоянной инсулинотерапии (максимально 34 ЕД), соблюдение ограничивающей в легко усвояемых углеводах диеты, энурез до 7 лет. На основании лабораторных данных: сахар крови максимально 15,9 ммоль/л, гликемический профиль 7.12.98: 8.00 час - 15,9 ммоль/л; 12.00 час - 8,8 ммоль/л; 16.00 час - 6,7 ммоль/л, плотность мочи 1030.

2. Синдром кетоацидотической гипогликемии (I стадия): на основании жалоб на возникающие около пяти раз в неделю после физической нагрузки: головокружение, тремор рук, возбуждение, потливость, покраснение кожи, которые купируются приемом сладкого (конфеты, шоколад). Осмотра: характерный румянец на лице, гиперкератоз подошв. Объективного исследования: увеличение печени (по Курлову 11/10-6-6 - эластичная, с гладкой поверхностью, закругленным краем и выступающая за край правой реберной дуги на 3 см) - жировой гепатоз.

3. Синдром гепатомегалии: на основании объективного исследования при пальпации - эластичная, с гладкой поверхностью, закругленным краем и выступающая за край правой реберной дуги на 3 см; размеры по Курлову 11/10-6-6.

Локализация процесса:

Принимая во внимание наличие вышеперечисленных синдромов, можно выявить нарушение функциональной активности островкового аппарата поджелудочной железы, что могло привести к вышеназванным нарушениям метаболизма.

Характер процесса:

1. Принимая во внимание отсутствие у пациента признаков воспалительных изменений сосудов, факторов риска атеросклероза, предрасполагающих факторов к развитию эмболии можем исключить сосудистый характер заболевания.

2. Врожденный характер процесса нельзя исключить, т.к. заболевание проявилось в возрасте 4 лет, а также возможность существования данного заболевания у родственников.

3. Опухолевый характер процесса также нельзя исключить, т.к. у пациента имеется почти абсолютный дефицит инсулина, но нет подтверждающих или опровергающих данных рентгенографии.

4. Воспалительный (аутоимунный) процесс можно предположить, т.к. пациент страдает СД I типа - тоесть произошла деструкция b-клеток, а также из-за отсутствия иммунограммы опровергающей наличие антител к b-клеткам.

5. Функционально-дистрофический процесс подтверждается тем, что присутствуют признаки дисфункции поджелудочной железы (гипергликемия до 15,9 ммоль/л) уже 9 лет.

Предварительный диагноз: Сахарный диабет I тип, тяжелая степень, в стадии декомпенсации, лабильное течение.

Осложнения: кетоацидотические состояния.

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

Поставленный диагноз нужно дифференцировать со следующими заболеваниями:

1. Несахарный диабет - характеризуется полидипсией и полиурией, с низкой плотностью мочи (1001 - 1005) без глюкоземии и глюкозурии.

2. Психогенная полидипсия - характеризуется большим потреблением воды и полиурией в основном в дневное время. Сахар крови в норме.

3. Хроническая почечная недостаточность - данные анамнеза в пользу заболевания почек, характеризуетя полиурией, гипоизостенурией, протеинурией, гиматурией, цилиндрурией, гиперазотэмией, повышением артериального давления.

4. Синдром Хенда-Шюллера-Крисчена - характеризуется экзофтальмом, кожными симптомами, выпадением зубов, задержкой роста, инфантилизмом, рентгенологическими данными (очаги просветления в виде “географической карты”).

5. Почечный диабет - характеризуется снижением почечного порога для сахара (генетический дефект гексокиназы и щелочной фосфотазы). Сахар крови в норме, нет характерных для СД осложнений.

6. Гемохроматоз (бронзовый диабет) - характеризуется нарушением способности сыворотки крови связывать и транспортировать железо. Имеется триада признаков: меланодермия, цирроз (печени, панкреас и др.), сахарный диабет (поздний признак при наличии первых двух).

**КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ**

Учитывая характерные жалобы насухость во рту , жажду, частое мочеиспускание, тошноту по утрам, вялость, сонливость, наличие гипергликемии до 15,9 ммоль/л, а также внезапное появление жалоб в возрасте 4 лет. Учитывая проводящуюся более 9 лет инсулинотерапию и соблюдение диеты ожно предположить сахарный диабет I тип.

Учитывая возраст больного (13 лет), частые нарушения диеты и инсулинотерапии, а также длительность течения сахарного диабета (9 лет), гепатомегалию, задержку роста и полового развития, высокую гипергликемию, частые кетоацидотические состояния можно предположить синдром Мориака.

Учитывая наличие гипергликемии (до 15,9 ммоль/л) и частое нарушение инсулинотерапии и диеты, а также синдром Мориака можно предположить наличие тяжелой степени течения СД.

Учитывая наличие больших критериев СД: полидипсия, полиурия и повышенный уровень сахара крови до 15,9 ммоль/л можно предположить стадию декомпенсации СД.

Учитывая колебания гликемического профиля в сутки и одни и те же часы разных суток более 3,88 ммоль/л можно предположить лабильное течение СД.

Учитывая жалобы на головокружение, тремор рук, возбуждение, потливость, покраснение кожи, купирующиеся приемом сладкого (конфеты, шоколад) можно предположить гипогликемический кетоацидоз.

Таким образом:

Клинический диагноз: декомпенсированный сахарный диабет I типа, тяжелая стадия, лабильное течение. Синдром Мориака.

Осложнения: гипогликемический кетоацидоз.

**ДНЕВНИК БОЛЬНОГО**

8.12.98 Состояние удовлетворительное. Кетоацидотических состояний не было.

AD = 120/80 мм.рт.ст. Тоны сердца приглушены, ритмичны. Пульс - 86/мин. ЧДД = 18/мин. Хрипов нет.

9.12.98 Состояние удовлетворительное. Кетоацидотические состояня не рецидивировали.

AD = 110/80 мм.рт.ст. Тоны сердца приглушены, ритмичны. Пульс - 90/мин. ЧДД = 18/мин. Хрипов нет.

10.12.98 Состояние удовлетворительное. Кетоацидотические состояня не рецидивировали.

AD = 120/80 мм.рт.ст. Тоны сердца приглушены, ритмичны. Пульс - 84/мин. ЧДД = 19/мин. Хрипов нет.

**ЭПИКРИЗ**

x, 1985 года рождения, поступила в МКБ №1 04.12.98 жалобами на: сухость во рту , жажду, частое мочеиспускание, тошноту по утрам, вялость, сонливость. Возникающими около пяти раз в неделю после физической нагрузки : головокруженим, тремором рук, возбужденим, потливостью, покраснением кожи.На основании клиники, анамнеза, объективного исследования и лабораторных данных поставлен клинический диагноз: декомпенсированный сахарный диабет I типа, тяжелая стадия, лабильное течение. Синдром Мориака.Осложненный гипогликемическим кетоацидозом. Проводилась инсулинотерапия ( 34ЕД /день) и диетотерапия по столу №9,проводится обследование по поводу гепатомегалии. Больному рекомендуется продолжить инсулино- и диетотерапию, а после выписки строго соблюдать соответствующий режим и наблюдение в поликлинике по месту жительства.