Паспортная часть.

Ф.И.О.:

Возраст: 74 года

Профессия: учитель русского языка и литературы

Место жительства: г. Санкт-Петербург

Дата поступления в клинику: 20.08.97г.

Жалобы.

На момент осмотра больная предъявляет жалобы на слабость

в ногах, шум в ушах, головокружение, снижение зрения. Со

стороны других органов и систем жалоб нет.

Anamnesis morbi:

Считает себя больной с декабря 1977 года, когда впер-

вые появились симптомы заболевания: жажда, булемия, кожный

зуд, слабость, больная отметила потерю веса, через 2 месяца

у больной появились эпилептойдные припадки. Состояние больной

резко ухудшалость и в феврале 1978 года больная была доста-

влена в клинику ЛСГМИ.У больной был выявлен инсулинозависимый

сахарный диабет. После проведенного лечения состояние больной

улучшилось: исчезли полидипсия, слабость, кожный зуд. Больная

прибавила в весе. У больной с периодичностью 2 раза в месяц

наблюдались гипогликемические состояния которые проявлялись

онемением кончика языка,губ, с возникновением чувства голода.

Данные симптомы исчезали после употребления легкоусваеваемых

углеводов(сахара и хлеба).После выписки из стационара больная

была поставлена на учет к эндокринологу. С этого времени

стала принимать инсулин ленте.

Со слов дочери больной последнее ухудшение состояния

наблюдалось в июле 1997 года. Когда появились следующие

жалобы: жажда, полиурия, слабость. За неделю до госпитали-

зации появилась рвота на тощак. 20 августа 1997 в состо-

янии кетоацидотической комы, больная была доставлена в

больницу Петра Великого.При поступлении больная без сознания,

тонус мышц снижен, дыхание Куссмауля, запах ацетона изо рта.

После проведение мероприятий направленных на устранение

кетоацидотической комы состояние больной стало улучшаться.

Больной была назначена инсулинотерапия (инсулин протафан),

диетотерапия (девятый стол), учитывая неврологический анамнез

для профилактики судорог больной назначен фенобарбитал. За

время пребывания в стационаре состояние больной улучшилось.

Anamnesis vitae.

Родилась в г. Ленинграде. Росла и развивалась нормально.

Закончила Ленинградский педагогический институт им. Герцена.

В возрасте 23 лет стала работать учителем русского языка и

литературы в старших классах средней школы. Затем перешла

работать на подготовительные курсы в Политехнический институт.

Геникологический анамнез: Менструации начались с 12 лет,

регулярные, безболезненные. Начала половую жизнь в 22 года.

Беременности в 24 года и в 38 лет. Менопауза с 50 летнего

возраста. Гинекологические заболевания отрицает.

Материально-бытовые условия хорошие, питается 3 раза

в день, принимает горячую пищу.

Перенесенные заболевания: остеохондроз шейного и

грудного отделов позвоночника с 1992 года

Вредные привычки отрицает.

Семейный положение: замужем, муж умер в 1977 году от

цирроза печени. Имеет 2 дочерей.

Наследственность не отягощена.

Аллергологический анамнез: на запахи, пищевые

продукты, лекарственные препараты и химические вещества

аллергические реакции отрицает.

Эпидемиологический анамнез:

туберкулез, гепатит, тифы, малярию, дизинтерию и

венерические заболевания отрицает.

За последние 2 года за пределы С-Петербурга и

Ленинградской области не выезжала. Операций по пере-

ливанию крови не было.Контакта с ВИЧ-инфицированными

не имела.

Страховой анамнез:

Инвалид 2 группы с 1978 года.

Status praesens objectivus.

Состояние больной удовлетворительное. Сознание ясное.

Положение активное. Рост 165 см, вес 72 кг. Тип конституции

нормостенический. Внешний вид больной соответствует паспо-

ртному возрасту.

Кожные покровы: сухие, бледные. Ногти овальной формы,

ломкость, деформация ногтевых пластинок отсутствует. Волосы

густые, сухие, блестящие, не секутся. Видимые слизистые обо-

лочки носа, рта, коньюктив бледно-розового цвета, блестящие,

чистые. Склеры белые. Тургор тканей снижен. Питание удовле-

творительное. Подкожножировая клетчатка развита умеренно,

распределена равномерно. Толщина жировой складки в области

пупка 3.0 см, области лопаток 1.0 см. Имеется пастозность

в области лица.

Периферические лимфатические узлы: затылочные, околоушные,

подчелюстные, над и подключичные, подмышечные, кубитальные,

паховые, подколенные - неувеличены, безболезненны, обычной

плотности, подвижны.

Мышечный корсет развит удовлетворительно, тонус и сила

мышц снижены, одинаковы с обеих сторон. Кости не деформиро-

ваны.

Суставы правильной формы, движения в полном обьеме,

безболезненные. Ногтевые фаланги пальцев не изменены.

Череп округлой формы, средних размеров. Позвоночник имеет

физиологические изгибы. Лопатки ассиметричны, нижний угол

правой лопатки располагается на 2 см. выше нижнего угла левой

лопатки, вертикальная ось позвоночника отклонена влево в

грудном отделе. При осмотре шеи - щитовидная железа не увели-

чена.

Исследование сердечнососудистой системы

Осмотр области сердца.

Форма грудной клетки в области сердца не изменена.

Верхушечный толчок визуально и пальпаторно определяется в

5-ом межреберье, по linea medio clavicularis, усиленный,

площадью 3.0 см¤. Сердечный толчок не пальпируется. Кошачье

мурлыканье во втором межреберье справа у грудины и на

верхушке сердца не определяется. "Пляска каротид" отсутствует.

Пальпируется физиологическая эпигастральная пульсация.

При пальпации лучевых артерий пульс одинаковый на обеих руках,

синхронный, ритмичный, частотой 98 ударов в минуту,

удовлетворительного наполнения, не напряженный, форма и

величина пульса не изменены.

При перкуссии правая граница сердечной тупости определяется:

4-ом межреберье - на 1.5 см. кнаружи от правого края грудины;

в 3-ем межреберье на 0.5 см. кнаружи от правого края грудины.

Верхняя граница относительной сердечной тупости определяется

между linea sternalis и linea parasternalis на уровне 3-го

ребра.

Левая граница относительной сердечной тупости определяется:

в 5-ом межреберье на linea medioclavicularis; в 4-ом

межреберье на linea medioclavicularis; в 3-ем межреберье

на 1 см кнаружи от linea parasternalis.

Границы абсолютной сердечной тупости.

Правая граница: в 4-ом межреберье по левому краю грудины.

Верхняя граница: на 4-ом ребре, между linea sternalis и

parasternalis.

Левая: на 0.5 см. кнутри от левой границы относите-

льной сердечной тупости.

Сосудистый пучок располагается - в 1 и 2-ом межреберье,

не выходит за края грудины.

При аускультации на верхушке сердца первый тон ясный,

соотношение между первым и вторым тоном сохранено. Выслушивается

систолический шум.

На основании сердца второй тон ясный, чистый, соотношение

между первым и вторым тоном не изменено, акцент II тона

на аорте и легочной артерии отсутствует.

Артериальное давление на момент осмотра 110/70

Система органов дыхания.

Грудная клетка правильной формы, нормостенического типа,

симметричная. Обе половины ее равномерно и активно

участвуют в акте дыхания. Тип дыхания - грудной. Дыхание

ритмичное с частотой 24 дыхательных движений в минуту,

средней глубины.

Пальпация:

Грудная клетка безболезненная, ее эластичность снижена. Голосовое

дрожание ослаблено, одинаковое с обеих сторон.

Топографическая перкуссия легких.

Нижние границы легких.

------------------------------T------------T---------¬

¦ ¦ правое ¦ левое ¦

+-----------------------------+------------+---------+

¦l. parasternalis ¦ верх. край ¦ ------ ¦

¦ ¦ 6-го ребра ¦ ¦

¦l. medioclavicularis ¦ ниж. край ¦ ------ ¦

¦ ¦ 6-го ребра ¦ ¦

¦l. axillaris anterior ¦ 7 ребро ¦ 7 ребро ¦

¦ ¦ ¦ ¦

¦l. axillaris media ¦ 8 ребро ¦верх.край¦

¦ ¦ ¦ 9 ребра ¦

¦l. axillaris posterior ¦ 9 ребро ¦ниж. край¦

¦ ¦ ¦ 9 ребра ¦

¦l. sсapularis ¦ 10 ребро ¦ 10 ребро¦

¦ ¦ ¦ ¦

¦l. paravertebralis на уровне остистого отростка 11 ¦

¦ грудного позвонка ¦

L-----------------------------------------------------

Высота стояния верхушек легких: спереди на 3 см. выше

ключицы, сзади на уровне остистого отростка 7 шейного

позвонка. Ширина перешейков полей Кренига 6 см. Активная

подвижность нижнего края легких по linea axilaris media 3

см. справа и слева. При сравнительной перкуссии над всей

поверхностью легких определяется коробочный звук.

Аускультация: над всей поверхностью легких выслуши-

вается дыхание с жестким оттенком.

Побочных дыхательных шумов нет.

Пищеварительная система.

Слизистые щек, губ, твердого неба розового цвета.

Десны розовые, обычной влажности.

Осмотр языка: язык обычных размеров, розовый, влажный,

обложен белым налетом, сосочки сохранены. Полость рта

не санирована. Имеются кариозные зубы.

Живот.

Живот округлой формы, симметричный. При поверхностной

пальпации живот мягкий, безболезненный.

Глубокая пальпация. В левой подвздошной области оп-

ределяется безболезненная, эластичная, смещающаяся,

слегка урчащая, с ровной поверхностью сигмовидная кишка

диаметром 2 см. Слепая кишка диаметром 2.5 см пальпируется в

правой подвздошной области, безболезненная, подвижная,

слегка урчащая.

Поперечно-ободочная определяется на уровне пупка в

виде мягкого, эластичного цилиндра, диаметром 3 см, не

урчащая, легко смещается, безболезненная, с ровной

поверхностью.

Большая кривизна желудка методом баллотирующей пальпа-

ции определяется на 3 см. выше пупка.

Печень при пальпации не выходит из под края реберной

дуги. Край ее ровный, острый, безболезненный. Размеры

печени по Курлову 11\*9\*8 см.

Селезенка не пальпируется. Безболезненная. Перкуторно

верхний полюс по linea axillaris media на уровне 9 ребра,

нижний полюс по linea axillaris media на уровне 11 ребра.

Мочевыделительная система.

Почки не пальпируются. Симптом Гольдфляма с правой и

левой стороны отрицательный. Пальпация по ходу мочето-

чника безболезненна.

Предварительный диагноз:

На основании жалоб, анамнеза, данных объективного иссле-

дования у больного можно заподозрить сахарный диабет первого

типа (инсулинозависимый).

Сопутствующие заболевания.

Остеохондроз шейного и грудного отделов позвоночника,

хронический холецестит.

План ведения больного и обоснование терапии:

1. Лечение диетой в сочетании с инсулинотерапией.

2. Контроль за лечением.

а) Суточная моча на сахар

б) Дневные колебания сахара крови

3. Лабораторные инструментальные исследования.

а) холестерин крови

б) почечные и печеночные пробы

в) определение содержания электролитов в крови

4. Консультация окулиста.

5. Консультация невропатолога.

Эпикриз.

Больная x, поступила 20.08.97 в

состоянии кетоацидоза. При поступлении больная без сознания,

дыхание Куссмауля, запах ацетона изо рта, тонус мышц снижен,

тургор тканей снижен. После проведенной инсулинотерапии,

устранения дегидратации и ацидоза состояние больной улучшилось.

По результатам анализа жалоб, осмотра, данных лабораторного

исследования, был поставлен диагноз:

Сахарный диабет первого типа.

Рекомендации:

Наряду с дальнейшим проведением инсулинотерапии (инсулином

пролангированного действия) рекомендуется соблюдение диеты

(9 стол - Энергетическая ценность 3000 Ккал/сутки)

Исключить легкоусваеваемые углеводы - сахар и сахаросоде-

ржащие продукты (варенье, мед и т.д.), изделия из белой

муки (макароны, сдоба, печенья)

Ограничить хлеб до 300 г/сутки, картофель до 200 г/сутки,

каши 60 г/сутки.

Рекомендуется принимать препараты улучшающие трофику

головного мозга - пирацетам, аминалон.

Антесклеротические препараты - липостабил, фенофибрат.

Подвижный образ жизни.

Курортно-санитарное лечение.

Наблюдаться у эндокринолога по месту жительства.

Основной диагноз:

Эссенциальный сахарный диабет первого типа (инсулинозависимый)

Диабетическая энцефалопатия.

Сопутствующие заболевания : эпелепсия неясного типа, остеохондроз

шейного и грудного отделов позвоночника, хронический холецестит.