**История болезни**

Клинический диагноз:

*Основной диагноз:* Сахарный диабет 1 типа, средней степени тяжести, декомпенсированный.

*Осложнения:* Диабетическая энцефалопатия 1 ст; диабетическая полинейропатия 2 ст, осложнённая катаракта.

*Сопутствующие заболевания:* нет.

**Жалобы на момент курации**

сахарный диабет полинейропатия энцефалопатия

Жалобы на слабость, головокружение.

**Жалобы на момент поступления**

При активном опросе пациента беспокоили жажда (до 3-х литров в сутки); умеренная полиурия (до 3-х литров в сутки); сухость во рту; за пол года похудела на 20 кг; слабость, утомляемость; зуд кожи; наличие гипогликемии после капельницы, около 2-х раз на неделе (слабость, утомляемость, бледность, головокружение, неадекватное поведение); снижение остроты зрения (появление пятен перед глазами); ухудшение памяти; частые тянущие боли в нижних конечностях; одышка смешанного характера при физической нагрузке; выпадение волос на голове.

**История настоящего заболевания (Anamnesis morbi)**

Пациентка узнала, что заболела сахарным диабетом в 2007 году, в возрасте 27 лет, когда появились первые симптомы: учащённое мочеиспускание, умеренная жажда, зуд кожи и боли в нижних конечностях, одышка смешанного характера при физической нагрузке. Острое начало заболевания. Появление первых симптомов болезни пациент связывает с ОРВИ. В 2007 году в ГКБ №1 был впервые сделан анализ на сахар крови - 2,4 ммоль/ л. Через 4 дня сахар крови - 22 моль/л. В 2012 году пациентку перевели в ГКБ №2. В больнице больной поставили диагноз: СД 1 тип средней степени тяжести, декомпенсация. Гликемия в начале заболевания 3-13 ммоль/л, принимала Новорапид 4+5+5Ед, Левемир 10+15Ед. Самочувствие на фоне терапии улучшилось. Наличие компенсации углеводного обмена есть. Пациентка соблюдает диету №9.

Поздние осложнения диабета отсутствуют.

**История жизни (Anamnesis vitae)**

Родилась в городе Владивостоке в 1979 году, доношенной (масса тела 3100 г., рост 47 см), воспитывалась в семье с благоприятными социально-бытовыми условиями. Пошла в школу с 7 лет, закончила 11 классов. После чего получила среднее образование.

*Детские инфекции* (туберкулёз, болезнь Боткина, вен. заболевания) отрицает.

*Наследственный анамнез:* не отягощён.

*Бытовой анамнез:* жилищные условия благоприятные.

*Токсикологический анамнез:* вредные привычки отрицает.

*Профессиональный анамнез:* сменная работа; мало выражена физическая активность труда; питается регулярно 3 раза в день лёгкой малокалорийной пищей; отмечает периоды психо-эмоционального перенапряжения в связи с работой.

*Перенесённые заболевания:* ветряная оспа, краснуха, ВПС - тетрада Фалло, была оперирована в 1989 году по поводу выраженного порока сердца.

*Аллергологический анамнез:* не отягощён.

*Гинекологический анамнез:* Месячные с 14 лет, циклустановился сразу. Менструации безболезненные, продолжительные (4 дня). Цикл регулярный 28 дней. Беременности не было.

**Данные объективного осмотра (Status praesens)**

*Общий осмотр.*

Общее состояние больного удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Телосложение астеническое. Питание удовлетворительное. Антропометрия: рост 165 см, вес 49 кг, индекс массы тела 17,9, окружность талии 62 см.

*Кожные покровы и видимые слизистые оболочки.*

*Кожа:* Кожные покровы бледно-розового цвета, видимые слизистые оболочки глаз, носа, губ, полости рта - розовые. Кожа обычной окраски, тургор снижен. Повышение потоотделения не отмечено. Влажность кожи нормальная. Сыпь, пигментация, стрии, расчёсы, фурункулы, нагноения, наличие язвенных дефектов, гиперкератозов стоп, рубцы отсутствуют. Запах ацетона изо рта отсутствует. Ногти тонкие, ломкие, оволосение по женскому типу.

*Мышечная система:* Развитие мышц и их тонус в норме. 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 других нарушений не установлено. При пальпации и перкуссии безболезненны.

*Лимфатическая система:* Затылочные, передние и задние шейные, подбородочные, околоушные, подчелюстные, над- и подключичные, подмышечные, локтевые, паховые, подколенные лимфатическе узлы не пальпируются.

*Пальпация щитовидной железы:* не пальпируется.

*Система органов дыхания.*

*Статический осмотр*

Грудная клетка правильной формы, симметричная. Эпигастральный угол прямой. Лопатки плотно прилегают к грудной клетке, двигаются синхронно в такт дыхания. Надключичные и подключичные ямки выражены удовлетворительно, расположены на одном уровне, при дыхании не изменяют своих форм.

*Динамический осмотр*

Тип дыхания смешанный с преобладанием грудного. Дыхание ритмичное - 18 в минуту. Правая и левая половины грудной клетки двигаются синхронно. Соотношение фаз вдоха и выдоха не нарушено. Вспомогательная мускулатура в акте дыхания не участвует.

*Сравнительная перкуссия лёгких*

Над всеми участками лёгких перкуторный звук ясный лёгочный.

*Аускультация лёгких*

Дыхание над всей поверхностью лёгких везикулярное. Крепитации, хрипов и шума трения плевры не прослушивается.

*Сердечно-сосудистая система.*

*Осмотр области сердца*

Область сердца визуально не изменена. Верхушечный толчок определяется в V межреберье на 1 см кнутри от левой срединно-ключичной линии. Сердечный толчок при осмотре не определяется. 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» не обнаружен. Пульс на обеих руках ритмичен, 82 удара в минуту. АД 110/70.

*Перкуссия сердца*

Правая граница относительной тупости сердца расположена в 4-м межреберье на 1 см кнаружи от правого края грудины.

Верхняя граница относительной тупости сердца расположена по нижнему краю 3-го ребра.

Левая граница относительной тупости сердца расположена на 1 см кнутри от левой срединно-ключичной линии в 5-м межреберье.

*Аускультация сердца*

В пяти классических точках аускультации выслушивается 2 тона и 2 паузы. В 1-й и 4-й точках аускультации лучше выслушивается I тон, продолжительный, низкий, следует после продолжительной паузы, совпадает с верхушечным толчком и пульсом на периферических артериях. Во 2-й и 3-й точках лучше выслушивается II тон, громкий, короткий, высокий, следует после менее продолжительной паузы, чем I тон, не совпадает с верхушечным толчком и пульсом на периферических артериях, отмечается усиление II тона над клапаном аорты. Шумы и патологические ритмы не выслушиваются. Шум трения перикарда отсутствует.

*Органы пищеварения и брюшной полости.*

*Осмотр полости рта*

Слизистая щёк, мягкого и твёрдого нёба, задней стенки глотки розовая, влажная, чистая. Миндалины не выходят за пределы нёбных дужек. Дёсны не изменены, бледно-розового цвета, не кровоточат, не изъязвлены. Зубы без изменений. Запах изо рта, трещины в углах рта и herpes labialis отсутствуют. Язык розовый, трещин, язв, отёчности нет.

*Осмотр живота*

Живот правильной формы, симметричный, 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. Передняя брюшная стенка мягкая, податливая, безболезненная, брюшной пресс развит слабо, зон гиперестезии нет.

*Перкуссия печени по методу Курлова*

Верхняя граница относительной тупости печени по правой срединно-ключичной линии находится на уровне VI ребра (первая 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 (2 точка), на передней сре¬динной линии - на границе верхней и средней трети расстояния между ме¬чевидным отростком и пупком (4 точка), по левой реберной дуге - на уров¬не VII ребра (5 точка).

*Размеры печени:*

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 проксимальной 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 - 7 см.

*Исследование селезёнки*

*Перкуссия селезёнки по методу Образцова*

Нижний край селезенки определяется вдоль края левой реберной дуги на уровне X 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 перпенди¬куляру, который делит длинник селезенки пополам, до появления притуп¬ленного звука (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.

*Исследование поджелудочной железы*

*Пальпация поджелудочной железы*

поджелудочная железа не пальпируется.

*Органы мочевыделения.*

Припухлости и поражения кожи над почками нет.

Почки не пальпируются. Глубокая пальпация в проекции почек и мочеточников безболезненна.

Симптом поколачивания отрицательный. Мочеиспускание свободное, безболезненное, учащённое. Диурез адекватный.

*Нервно-психическая сфера.*

Сознание ясное. Интеллект нормальный. На вопросы пациентка отвечает правильно. Своевременно. Нарушений речи не отмечено. Отмечается вспыльчивость, ухудшение памяти. Асимметрии лица, сглаженности носогубной складки, отклонения языка в сторону нет. Зрачки синхронно двигаются, реакция на свет и аккомодацию замедленная. Движения координированные, уверенные. Сухожильные рефлексы без особенностей. Болевая и тактильная чувствительность снижена на пальцах ног, в других областях не изменена. Общего тремора пальцев рук нет.

*Конечности:* кожа тёплая, окраска кожи в норме. Трофических изменений межпальцевых промежутков, тканей пальцев, отёчности на тыльной поверхности кистей, стоп, голеней не обнаружено. Пульсация сосудов нижних конечностей нормальная.

*Эндокринная система.*

Оволосенение по женскому типу. Отмечается выпадение волос на голове. Молочные железы уменьшены в размере.

**Предварительный диагноз.**

Основной: Сахарный диабет 1 тип средней степени тяжести, декомпенсация.

Осложнения: Диабетическая энцефалопатия 1 ст; диабетическая полинейропатия 2 ст, осложнённая катаракта.

**План обследования**

1. Клинический анализ крови.

. Общий анализ мочи.

. Ацетон в моче.

. Суточные колебания глюкозы крови.

. Билирубин, пробы печени.

. Креатинин крови.

. Уровень калия крови.

. УЗИ щитовидной железы.

. ЭКГ.

. Консультация окулиста: исследование глазного дна.

. Консультация невропатолога.

**Результаты обследования**

1. Клинический анализ крови:

Hb-140г/л

СОЭ-8 мм/ч

ЦП - 0,95

Эритроциты-4,5х10^12/л

Лейкоциты-7,5х10^9/л

Базофилы-0%

Эозинофилы-1%

Юные-1%

Палочкоядерные-3%

Сегментоядерные-58%

Лимфоциты-30%

Моноциты-7%

Глюкоза - 13,4 ммоль/л

. Общий анализ мочи.

количество-150 мл

удельный вес-1018

цвет-соломенно-жёлтый, прозрачная

белок-нет

сахар+

эпителий плоский-2-4 в поле зрения

лейкоциты - 4,6

эритроциты-нет

цилиндры-нет

соли-нет.

. Ацетон в моче+

. Суточные колебания глюкозы крови.

На 29.02.2012 На 1.03.2012 На 5.03.2012

ч. - 8 ч. - 3,7 ммоль/л 8 ч. - 4,4 ммоль/л

ч. - 12 ч. - 3,4 ммоль/л 12 ч. - 13,4 ммоль/л

ч. - 6,4 ммоль/л 16 ч. - 3,8 ммоль/л 16 ч. - 10,8 ммоль/л

ч. - 10,0 ммоль/л 20 ч. - 4,0 ммоль/л 20 ч. - 5,2 ммоль/л

. Билирубин, пробы печени.

АлАТ-28 ед

АсАТ-20 ед

Тимоловая проба - 1,5 ед

Общий белок-64,5г/л

Мочевина-5,2 ммоль/л

Билирубин общий-12,5 мкмоль/л

Холестерин-4,8 ммоль/л

ЛПНП-1,09г/л.

. Креатинин крови-70 мкмоль/л.

. Уровень калия крови-3,63 ммоль/л.

. УЗИ щитовидной железы.

Правая доля: длина 47,0 мм, ширина 13,3 мм, пер.-задний размер 16,8 мм, объём 5,0.

Левая доля: длина 43,0 мм, ширина 15,2 мм, пер.-задний размер 17,1 мм, объём 5,3.

Толщина перешейка: 3,9. Общий объём ЩЖ 10,3 см^2.

. ЭКГ.

Ритм - правильный, синусовый. ЧСС - 82 уд/мин. Отклонения в норме.

. Консультация окулиста: исследование глазного дна.

Лазерный центр: помутнение по задней капсуле хрусталика.; глазное дно: контуры чёткие, артерии и вены извитые, в калибре не изменены. Диагноз: осложнённая катаракта.

. Консультация невропатолога.

Жалобы на слабость, повышенную утомляемость, головокружение.

Психический статус: сознание ясное, больная общительна, легко вступает в контакт, раздражительна. Резких перепадов настроения не наблюдается. Галлюцинации, бредовые идеи не беспокоят. Интеллект сохранён. Память снижена. Слабость в конечностях, дрожание, судороги, нарушение походки не обнаружено. Выявлено нарушение болевой и тактильной чувствительности пальцев ног. Диагноз: диабетическая полинейропатия.

**Дифференциальный диагноз**

Дифференциальный диагноз сахарного диабета с 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 врождённой 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. |
| Общий анализ мочи | Высокая относительная плотность мочи, сахар в моче, ацетон (при СД 1 типа) | Низкая относительная плотность мочи, сахара в моче нет. |
| лечение | Диетотерапия, инсулинотерапия, пероральные сахароснижающие препараты | Минирин. |
|  |  |  |

**Обоснование клинического диагноза**

На основании жалоб пациентки на жажду (до 3-х литров в сутки); умеренную полиурию (до 3-х литров в сутки); сухость во рту; за пол года похудела на 20 кг; слабость, утомляемость; зуд кожи; наличие гипогликемии после капельницы, около 2-х раз на неделе (слабость, утомляемость, бледность, головокружение, неадекватное поведение); снижение остроты зрения (появление пятен перед глазами); ухудшение памяти; частые тянущие боли в нижних конечностях; одышка смешанного характера при физической нагрузке; выпадение волос на голове. При объективном обследовании пациентки в клинике обнаружены гипергликемия, глюкозурия, ацетон в моче. Из анамнеза заболевания: пациентка болеет с 27 лет; начало заболевания острое; появление первых симптомов болезни пациент связывает с ОРВИ. В 2007 году в ГКБ №1 был впервые сделан анализ на сахар крови - 2,4 ммоль/ л. Через 4 дня сахар крови - 22 моль/л. Исходя из этого можно поставить диагноз: СД 1 тип средней степени тяжести, декомпенсация. Гликемия в начале заболевания 3-13 ммоль/л.

Гликемия натощак не превышает 8 ммоль/л, начальные осложнения - начальная катаракта. Вследствие этого у больной имеет место быть сахарный диабет средней степени тяжести.

Степень декомпенсации: у пациентки диабет декомпенсированный, т.к. предъявлены жалобы на полиурию, полидипсию, имеется гипергликемия натощак 6,4 ммоль/л с повышением до 10,0 ммоль/л в течение дня, имеется глюкозурия.

При обследовании специалистами установлено:

Окулист: помутнение по задней капсуле хрусталика.; глазное дно: контуры чёткие, артерии и вены извитые, в калибре не изменены. Диагноз: осложнённая катаракта.

Невропатолог: раздражительна, память снижена, нарушение болевой и тактильной чувствительности пальцев ног, головокружение. Диагноз: Диабетическая энцефалопатия 1 ст; диабетическая полинейропатия 2 ст.

На основании полученных данных можно выставить окончательный клинический диагноз.

*Основной диагноз:* Сахарный диабет 1 типа, средней степени тяжести, декомпенсированный.

*Осложнения:* Диабетическая энцефалопатия 1 ст; диабетическая полинейропатия 2 ст, осложнённая катаракта.

*Сопутствующие заболевания:* нет.

**План лечения курируемого больного**

Принципы лечения сахарного диабета:

. Диетотерапия (исключение легкоусвояемых углеводов (сахар, мёд, сладкие кондитерские изделия, варенья, сладкие напитки); суточная калорийность должна покрываться за счёт: углеводов на 55-60%, белков на 15-20%, жиров 20-25%; ограничение насыщенных жирных кислот до 10%, замещение насыщенных жиров моно и полиненасыщенными; проведение количественного учёта углеводов по системе ХЕ: 1ХЕ=10-12 граммам углеводов). *Расчёт суточного количества ХЕ:*

1. Определение базального энергетического баланса. БЭБ= масса тела х К

ИМТ=17,9, отсюда К=20; БЭБ = 49 кг х 20 = 980 ккал

. Расчёт прибавки на физическую активность, учитывающей вид и характер трудовой деятельности.

ДОБ = 980 х 1,6 = 1568 ккал

. Расчёт суточной энергетической нормы питания (суточного калоража, Е).

Е = БЭБ+ДОБ. Е = 980+1568 = 2548 ккал

. Распределение суточного калоража на белки, жиры и углеводы:

Углеводы (50%) - белки (20%) - жиры (30%)

КУ = суточный калораж/2. КУ= 2548/2 = 1274 ккал

КУ = КУ в ккал/4. КУ = 1274/4 = 318,5 гр

ХЕ в сутки = КУ в граммах/12. ХЕ = 318,5/12 = 26,5

Полученное количество ХЕ необходимо распределить на основные (завтрак, обед и ужин) и дополнительные (2-й завтрак, полдник и 2-й ужин). Дополнительные приёмы пищи не должны превышать 1-1,5 ХЕ.

. Инсулинотерапия. *Расчёт суточной дозы инсулина:*

Суточная доза инсулина распределяется на инсулин длительного и инсулин короткого действия: 50%:50%.

Инсулин длительного действия в стартовой дозе распределяется: на дневную и ночную дозы ½ дозы-8.00; ½ дозы-22.00 (если используется инсулин 12-18 часового действия, например протафан, левемир).

Инсулин короткого (ультракороткого) действия в стартовой дозе: Для взрослых рассчитывается с учётом количества ХЕ на основные приёмы пищи. На завтрак: на 1 ХЕ - 2 ед. инсулина, на обед: на 1 ХЕ - 1,5 ед. инсулина, на ужин: на 1 ХЕ - 1 ед. инсулина.

**Лечение больного**

Rp: Sol. Levemiri, 10+15 ЕД

D.S. Подкожно 1 раз в день.

Rp: Sol. Novorapidi, 4+5+5 ЕД

D.S. Подкожно 1 раз в день.

**Дневник курации**

1.03.2012 год:

Состояние больной удовлетворительное. Жалобы на повышенную усталость, слабость, головокружение, пятна перед глазами. Ночью спала хорошо. Беспокойства жажды, повышенной потливости, полиурии не отмечает. t= 36,6С. Пульс 80 в минуту. АД 110/70. Гликемия:

ч. - 4,4 ммоль/л

ч. - 13,4 ммоль/л

ч. - 10,8 ммоль/л

ч. - 5,2 ммоль/л.

.03.2012 год:

Состояние больной удовлетворительное. Жалобы на повышенную усталость, слабость, головокружение, пятна перед глазами. Ночью спала хорошо. Беспокойства жажды, повышенной потливости, полиурии не отмечает. t= 36,7С. Пульс 75 в минуту. АД 110/70. Гликемия:

ч. - 4,2 ммоль/л

ч. - 13,2 ммоль/л

ч. - 10,6 ммоль/л

ч. - 5,0 ммоль/л.

**Выписной эпикриз**

Больная находилась в отделении эндокринологии ГКБ №2 г. Владивостока с диагнозом сахарного диабета 1 тип, средней степени тяжести, декомпенсированный с 29 февраля 2012 года. За время нахождения проводилось ряд обследований: УЗИ щитовидной железы и молочных желёз, ЭКГ, лабораторные методы исследования. На фоне лечения состояние улучшилось. При условии строго соблюдения диеты, контроля уровня сахара - прогноз благоприятный.