Общие сведения (паспортная часть)

Фамилия, имя, отчество: x

Возраст: 40 лет

Пол: мужской

Национальность: русский

Образование: среднее специальное

Домашний адрес: г. Саратов

Профессия: радиомонтажник

Выполняемая работа и должность: радитомонтажник

Дата поступления: 21 мая 1997 года

Клинический диагноз: Сахарный диабет 1 типа тяжелой формы в стадии

декомпенсации

Осложнения: Диабетическая ангиопатия печени, нижних конечностей.

Полинейропатия нижних конечностей. Жировой гепатоз. Непролиферативная диа-

бетическая ретинопатия. Диабетическая кардиопатия.

ЖАЛОБЫ

Больной поступил с жалобами на участившиеся в последнее время гипогликеми-

ческие состояния, сопровождающиеся потерей сознания, возникающие в ночное

время под утро, купирующиеся введением глюкозы бригадой "Скорой помощи".

Также больной предъявляет жалобы на боли в ногах неопределенного характе-

ра, без четкой локализации, средней интенсивности, возникающие и проходя-

щие без видимой причины.

Больной жалуется на чуство онемения в ногах, возникающее после прохожде-

ния 200-300 метров, проходящее после некоторого отдыха.

АNAMNESIS MORBI

Больным себя считает с 27 лет (то есть 13 лет), когда после тяжелого

эмоционального стресса (бракоразводный процесс) впервые ощутил боли

неопределенного характера в в левом подреберье, как будто бы связанные

с погрешностями в питании, однако больной не берется утверждать это точно,

проходившие самостоятельно, продолжительностью 1-1.5 часа, а спустя 1-2

месяца, когда боли уже купировались, стал ощущать сухость во рту,

постоянную жажду до 7-8 литров в день, большой объем выделяемой мочи,

за 5-6 месяцев похудел на 15 кг. Ко врачу с данными жалобами не обращался.

В ноябре 1984 года состояние ухудшилось, что выразилось в появлении

слабости, сонливости, потери аппетита, затем присоединились тошнота и

неоднократная рвота, запах ацетона изо рта, после чего больной впал

в сопорозное состояние и был доставлен бригадой "Скорой помощи" в

эндокринологическое отделение 9-й горбольницы, где ему был поставлен

диагноз впервые выявленного сахарного диабета 1 типа в стадии

декомпенсации с осложнением в виде тяжелого кетоацидотического состояния

(то есть 3 стадии), было проведено лечение, сущность которого больной

вспомнить затрудняется. Через 2 месяца был выписан с назначением инсулина.

Больной с трудом вспоминает, что инсулин в то время ему был назначен в

виде 2 инъекций, однако даже примерно вспомнить дозу затрудняется, говоря

лишь то, что она была небольшая. После выписки больной регулярно вводил

инсулин, самоконтроля не производил. Жалоб на сухость во рту, жажду,

полиурию в течении 5 лет не предъявлял.

Больной стал нарушать регулярность приема инсулина, принимал алкоголь в

больших дозах. В 1989 году в течение нескольких суток у больного развилось

кетоацидотическое состояние, выразившееся в появлении слабости, головокру-

жения, тошноты, запаха ацетона изо рта, больной впал в сопорозное

состояние и был доставлен в эндокринолгическое отделение 9-й горбольницы,

где ему было назанчено лечение по поводу кетоацидотического состояния

3 стадии. С 1989 по 1997 год у больного развилось 5-6 кетоацидотических

состояний вплоть до 2 стадии, по поводу которых он самостоятельно

обращался или доставлялся бригадой "Скорой помощи" в эндокринологическое

отделение 9-й горбольницы, где ему проводилось лечение. Больной ввдил

себе инсулин в дозе утром 6 ЕД протоинсулина и 28 ЕД "Хумулин L" и

вечером 6 ЕД протоинсулина, однако вечернее введение инсулина часто

пропускал, объясняя это работой в вечернее время, продолжал употреблять

алкоголь, курить до 1 пачки в день.

Примерно с 1991 года у больного с частотой от 1 раза в 2 месяца в весенне-

летний период до 2 раз в месяц в осенне-зимний период преимущественно в

вечерние и утренние часы стали возникать гипокликемические состояния влоть

до комы, выражающиеся в слабости, потливости, чувстве голода, познаблива-

нии, с постепенной утратой сознания, запаха ацетона изо рта не было. По-

мощь оказывалась бригадой "Скорой помощи" внутривенным введением раствора

глюкозы, возможно и других средств, однако больной не интересовался вводи-

мыми средствами.

Примерно 3 года назад больной стал ощущать боли в ногах, возникающие и

проходящие без видимой причины, неопределенной локализации, а также

чувство онемения в ногах после прохождения 200-300 метров, проходящее

после отдыха.

В последние полгода гипогликемические состояния вплоть до комы участились

с 2-3 в месяц в январе-марте до 2-3 в неделю в апреле-мае, что заставило

больного обратиться в эндокринологическое отделение 9-й горбольницы, также

и для прохождения ВТЭК (на данный момент у больного нет инвалидности).

ANAMNESIS VITAE

Родился в Саратове в 1967 году в семье рабочего. Рос и развивался

нормально. В физическом и психическом развитии не отставал от сверстников.

В школу пошел в 7 лет. Учился удовлетворительно. По окончании школы обу-

чался в среднем специальном учебном заведении. В данный момент работает

радиомонтажником на АООТ "Электромаш".

Травм, операций не было. Болел редко.

Злостный курильщик ( 1-1.5 пачки в день) в течение последних 15 лет.

Злоупотребляет алкоголем.

Режим дня и характер питания нерегулярный.

Наличие сахарного диабета у родственников отрицает.

Лекарственной непереносимости не отмечается.

Туберкулез, психические и венерические заболевания у себя и

родственников отрицает.

Status praesens universalis

При общем осмотре:

Состояние больного удовлетворительное, положение активное, сознание

ясное,выражение лица и глаз доброжелательное.

Телосложение правильное.

При осмотре кожных покровов кожа бледная, сухая, теплая наощупь,

пролежней, сыпей, расчесов, участков шелушений нет, кровоизлияний,

сосудистых звездочек нет, тургор кожи сохранен. При осмотре видимые

слизистые оболочки розовые,кровоизлияний,изъязвлений, корочек нет.

Тип оволосения мужской, волосы густые, каштановые, блестящие.

Пальцы и ногти обычной формы,"барабанных палочек" и "часовых стекол"

нет, ногти на руках и ногах блестящие, ровные , исчерченности и

ломкости ногтей нет.

При пальпации нижнечелюстные, шейные,надключичные, подключичные,

подмышечные, паховые лимфатические узлы не пальпируются. Питание

достаточное, подкожно-жировая клетчатка развита удовлетворительно,

толщинна 1 см, распределена равномерно,отеков нет.

Мышцы развиты удовлетворительно, тонус мышц сохранен, при пальпации,

активных и пассивных движениях безболезненны.

Искривлений, деформаций костей нет, кости при надавливании и

покалачивании безболезненны.

В суставах болезненности, деформации, хруста при пальпации и движении

нет.

Состояние по органам и функциональным системам

Система дыхания

Грудная клетка нормостенической формы, западений, выбуханий нет,

имеется левосторонний сколиоз грудного отдела позвоночника, левая ключица

и левая лопатка выше соответственно правой ключицы и правой лопатки.

Эпигастральный угол 90 градусов.

Дыхание через нос, свободное, брюшного типа, ритмичное, средней

глубины с частотой 16 дыхательных экскурсий в минуту.

Вспомогательная мускулатура в акте дыхания не участвует.

Одышки, удушья видимых на глаз нет.

Ребра идут косо вниз, межреберные промежутки достаточной ширины.

При пальпации данные осмотра определения эпигастрального угла,

равномерное участие обеих половин грудной клетки в акте дыхания

подтверждены, ребра идут косо вниз, межреберные промежутки

нормальной ширины.

При пальпации грудная клетка эластична, при ориентировочной и

точной пальпации безболезненна.

Ощущения шума трения плевры нет.

Голосовое дрожание равномерно проводится на симметричные участки

обеих половин грудной клетки.

При сравнительной перкуссии над всеми полями легких определяется

ясный легочный звук.

При топографической перкуссии высота стояния верхушек легких над

ключицами справа и слева 3 см. Поля Кренига справа и слева 5,5 см.

Нижняя граница и подвижность нижних краев правого и левого легкого

в норме.

При аускультации над всеми легочными полями выслушивается

везикулярное дыхание в фазу вдоха, нормальной силы.

Над гортанью, трахеей и в области рукоятким грудины в фазу выдоха

выслушивается бронхиальное дыхание нормальной силы.

При аускультации над всеми легочными полями хрипов, крепитации, шума

трения плевры нет.

Система кровообращения

При осмотре область сердца без видимых изменений, сердечный горб

отсутствует, верхушечный толчок не виден.

При пальпации сердечный толчок не определяется, верхушечный толчок

определяется в положении стоя на выдохе на 1.5 см кнутри от левой

средене-ключиной линии. Верхушечный толчок низкий, средней силы,

резистентный, ограниченный, площадь 1 см.

При пальпации определяется легкая пульсация аорты во 2-м межреберье

справа от грудины и в яремной ямке.

Пульсация легочного ствола отсутствует.

Синдром "кошачьего мурлыканья" на верхушке и "систолического

дрожания" над аортой отсутствуют.

При перкуссии границы относительной сердечной тупости:

правая - в 4 межреберье по правому краю грудины,

верхняя - в 3 межреберье слева от грудины,

левая - по левой средне-ключичной линии

Поперчник относительной сердечной тупости - 14 см

Талия сердца подчеркнута.

Сосудистый пучок справа и слева не выступает из-зи грудины.

Поперчник сосудистого пучка - 5 см.

При перкуссии границы абсолютной сердечной тупости:

правая - у левого края грудины,

верхняя - в 4-м межреберье

левая - на 2 см кнутри от левой границы относительной сердечной

тупости.

При аускультации сердца тоны ритмичные, приглушенные раздвоенпия тонов

нет, шумы отсутствуют, шума трения перикарда нет.

При пальпации сосудов шеи, височных, в надчревной области

извилистости, набухания, узловатости нет,"симптом червя"

отсутствует.

При пальпации лучевой артерии пульс синхронный на обеих руках,

одинаковый по величине, ритмичный, с частотой 78 ударов в минуту,

нормальный по наполнению,напряжению и величине, обычный по форме.

При измерении артериальное давление 140/90.

Система пищеварения и органы брюшной полости

При осмотре губы розовые,сухие, изъязвлений, трещин,

высыпаний нет.

При осмотре полости рта слизистые розового цвета,язвочек нет, запах

изо рта отсутствует.

Яэык розовый, влажный, необложенный, сосочки языка выражены

умеренно. Трещин, язв, отпечатков зубов по краям, дрожания и

девиации высунутого языка нет. В ротовой полости имеются кариозные

и пломбированные зубы. Десны розовые, набухлости, кровоточивости,

разрыхленности, язв нет. Слизистая глотки розовая, миндалины не

выступают из-за небных дужек. Глотание свободное, безболезненное.

При осмотре области живота живот округлой формы, симметричный, не

вздут,выпячиваний, западений,видимой пульсации, перистальтики нет.

Расширений вен брюшной стенки и видимой на глаз пульсации в

околопупочной области нет.

Кожа живота чистая, рубцов нет.

Живот участвует в акте дыхания.

При поверхностной ориентировочной пальпации живот мягкий,

безболезненный. Расхождения прямых мышц живота нет.

При глубокой скользящей методической пальпации по Обрзцову-Стражеско

в левой подвздошной области определяется сигмовидная кишка:

безболезненная,плотно-эластической консистенции, с ровной

поверхностью, не урчит, малоподвижна, диаметр 1,5 см;

в правой подвздошной области определяется слепая кишка:

безболезненная, мягкой консистенции, слегка урчит, подвижна,

диаметром 3 см.

Методом аускультофрикции нижняя граница желудка на 1,5 см выше

пупка, на 2 см ниже нее пальпируется поперечно-ободочная кишка,

которая при глубокой пальпации безболезненна, мягкой консистенции,

подвижная, 4 см в диаметре.

Большая кривизна желудка пальпируется в виде ровного, гладкого,

безболезненного валика на 2 см выше пупка.

При глубокой скользящей методической пальпации по

Образцову-Стражеско по правой среднеключичной линии нижний край

печени выступает на 4 см из-под нижней реберной дуги.

Размеры печени по Курлову:

по правой среднеключичной линии - 14,5 см

по правой окологрудинной линии - 11 см

по правой реберной дуге - 9 см

При пальпации пузырная точка, эпигастральная зона,

холедо-панкреатическая зона, точка диафрагмального нерва,

акромиальная точка, точка лопаточного угла, позвоночная точка

безболезненны.

Видимого на глаз увелечения селезенки нет.

При ориентировочной перкуссии по передней брюшной стенке слева

укорочения перкуторного звука нет.

При пальпации селезенка не определяется.

При топографической перкуссии селезенка занимает область 9,10,11

ребер.

Моче-половые органы

При осмотре выпячивания над лобком и в области почек нет.

При перкуссии с обеих сторон симптом Пастернацкого отрицателен.

При поверхностной пальпации болезненность не определяется.

При глубокой методической пальпации по Образцову-Стражеско почки не

пальпируются.

Верхние и нижние мочеточниковые точки с обеих сторон безболезненны.

Нервная система

Больной сдержан, к окружающему миру относится с интересом,

способность сосредоточения сохранена, общителен, ориентируется во

времени и пространстве,не страдает бессоницей, галлюцинаций, навязчивых

идей нет.

Патологических рефлексов нет.

Болевая и температурная чувствительность сохранены.

Зрение, слух, обоняние в норме.

Нарушений вкуса нет.

Органы внутренней секреции

Рост - 176 см, вес - 70 кг, нормостеник,питание удовлетворительное,

подкожно-жировой слой развит нормально, кожа обычного цвета, суховатая.

Щитовидная железа не увеличена, кожа над ней не изменена, глазные

симптомы отрицательные.

Мышечный тонус в норме. Оволосение по мужскому типу. Волосы густые, блес-

тящие. Ногти ровные, ломкости, исчерченности нет.

Голос обычный, вторичные половые признаки выражены нормально.

Предварительный диагноз:

Сахарный диабет 1 типа тяжелая форма в стадии декомпенсации

Осложнения: Диабетическая ангиопатия печени, нижних конечностей.

Полинейропатия нижних конечностей. Жировой гепатоз.

План обследования:

1) Общий анализ крови

2) Общий анализ мочи

3) Сахар крови натощак

4) Ацетон мочи

5) Гликемический профиль

6) Глюкозурический профиль

7) Проба Нечипоренко

8) Проба Зимницкого

9) Реографическое исследование сосудов нижних конечностей

10) Реографическое исследование сосудов печени

11) Протеинограмма

12) Билирубин сыворотки крови

13) Осмотр окулиста

14) Осмотр невропатолога

15) ЭКГ

План лечения:

1) Режим постельный

2) Диетотерапия - стол N9

3) Инсулинотерапия по схеме

Данные дополнительных методов исследования и консультации

врачей других специальностей

Сахар крови (21/5) - 13.6 мг%

Сахар мочи (21/5) - отрицательный

Ацетон мочи (21/5) - отрицательный

Общий анализ крови (22/5):

Эритроциты - 4.5\*10^12

Гемоглобин - 135 г/л

Цветной показатель - 0.9

СОЭ - 5 мм/ч

Лейкоциты - необходим повторный анализ

Общий анализ мочи (22/5):

светло-желтая, прозрачная, удельный вес 1035, белок отрицательный,

сахар отрицательный, лейкоцитов нет, эпителий в небольшом количестве.

Гликемический профиль (22/5):

7-00 - 5.1 мг%

16-50 - 13.2 мг%

22-50 - 5.9 мг%

Ацетон мочи (22/5) - отрицательный

Ацетон мочи (23/5) - отрицательный

Ацетон мочи (24/5) - отрицательный

ЭКГ (22/5) - Синусовый ритм с частотой 68/мин. Электрическая ось сердца

отклонена влево. Блокада передней ветви левой ножки пучка Гисса и непол-

ная блокада правой ножки.

Реографическое исследование сосудов нижних конечностей (22/5):

Заключение: Амплитуда пульсового кровенаполнения артерий голеней доста-

точна. Умеренное снижение амплитуды пульсового кровенаполнения артерий

стоп. Эластичность сосудов не изменена. Нормотонус артерий. Венозный от-

ток не затруднен. Проба с нитроглицерином положительная.

Осмотр окулиста (26/5):

Жалоб не предъявляет. Глазное дно, диски зрительных нервов нормальной ок-

раски, границы четкие. Вены темные, полнокровные, умеренно извитые. Калибр

неравномерный. По ходу вен имеются точечные кровоизлияния. Артерии сетчат-

ки в норме.

Заключение: Простая начальная диабетическая ретинопатия

Окончательный диагноз:

Сахарный диабет 1 типа тяжелая форма в стадии декомпенсации

Осложнения: Диабетическая ангиопатия печени, нижних конечностей.

Полинейропатия нижних конечностей. Жировой гепатоз. Непролиферативная диа-

бетическая ретинопатия. Диабетическая кардиопатия.

Дневник наблюдений за больным

22/5/97 - Больной предъявляет жалобы на боли в ногах неопределенного

характера, без четкой локализации, средней интенсивности, возникающие

и проходящие без видимой причины. Гипокликемических состояний и ком

не было. АД 140/90.

Назначено: Режим постельный. Стол N9.Инсулинотерапия по схеме:

8-30 - 10 ЕD "Humulin R"

11-00 - 6 ED "Humulin R"

15-30 - 12 ED "Humulin R"

17-30 - 8 ED "Humulin R"

14 ED "Monotard"

Всего: 50 ED

23/5/97 - Жалобы без динамки. Гипокликемических состояний и ком не было.

АД 135/90.

Назначено: Режим постельный. Стол N9.Инсулинотерапия по прежней схеме.

24/5/97 - Жалобы без динамки. Гипокликемических состояний и ком не было.

АД 140/90.

Режим постельный. Стол N9.Инсулинотерапия по прежней схеме.

Эпикриз

Больной x 40 лет находится в стационаре с 21

мая (в течении 5 дней) с диагнозом:

Сахарный диабет 1 типа тяжелая форма в стадии декомпенсации

Осложнения: Диабетическая ангиопатия печени, нижних конечностей.

Полинейропатия нижних конечностей. Жировой гепатоз. Непролиферативная диа-

бетическая ретинопатия. Диабетическая кардиопатия.

Диагноз сахарного диабета основывается на данных анамнеза о впервые воз-

никших после эмоционального стресса в 1984 году жалобах на жажду до 7-8

литров, сухость во рту, полиурию, похудание на 15 кг за полгода, данных

анализа крови на сахар натощак - 13.6 мг%, положительного эффекта от ле-

чения инсулином.

Наличие диабета 1 типа подтверждается данными анамнеза о внезапном возник-

новении заболевания в возрасте 27 лет (13 лет назад), отсутствии ожирения

у больного, остром развитии заболевания с формированием тяжелого кетоаци-

дотического состояния (3 стадии), последующим неоднократным (7-8 раз за 13

лет) развитием кетоацидотических состояний вплоть до 2 стадии, частыми (от

1 раза в 2 месяца до 3 раз в неделю) гипокликемическими состояниями вплоть

до комы, учащением их в осенне-зимний период.

Тяжелая форма сахарного диабета поставлена на основании данных анамнеза о

частых декомпенсациях обменных процессов, выражающихся в неоднократном ке-

тоацидоическом состоянии вплоть до тяжелого, частых гипогликемических сос-

тояниях, латентном, турдно поддающемся компенсации течении,развитием позд-

них диабетических осложнений в виде выявленной анамнестически полинейропа-

тии нижних конечностей, анамнестически и при дополнительных исследованиях

микроангиопатии нижних конечностей, выявленных при объективных и дополни-

тельных исследованиях микроангиопатии печени, жирового гепатоза и диабети-

ческих кардиопатии и ретинопатии (наличие данных осложнений и их стадии

будут доказаны ниже).

Стадия декомпенсации обменных процессов подтверждается данными анамнеза об

участившихся до 2-3 в неделю в последние 2 месяца гипогликемических состо-

яниях, данных анализа крови на сахар натощак - 13.6 ммоль/л, необходимы

данные о состоянии белкового и жирового обмена (биохимическое исследование

крови), которых на данный момент нет.

Наличие диабетической ангиопатии печени и жирового гепатоза доказывается

объективными данными об увеличении перкуторных границ печени по Курлову,

пальпаторных данных о том, что нижний край печени пальпируется на 4 см ни-

же реберной дуги, закругленный, с ровной поверхностью, плотно-эластической

консистенции. Необходимо реографическое исследование печени, биохимическое

исследование крови для выявления нарушений функциональной активности пече-

ни.

Полинейропатия нижних конечностей поставлена на основании данных жалоб и

анамнеза о появившихся в последние 3 года болей в нижних конечностях не-

определенного характера, без четкой локализации, средней интенсивности,

возникающих и проходящих без видимой причины. Необходима консультация нев-

ропатолога.

Наличие непролиферативной диабетической микроангиопатии доказывается дан-

ными консультации окулиста о полнокровных умеренно извитых венах сетчатки,

неравномерности их калибра, наличии точечных кровоизлияний по ходу вен.

Диабетическая кардиопатия поставлена на основании данных объективного исс-

ледования о расширении правой и левой границ относительной сердечной ту-

пости, данных ЭКГ о смещении влево электрической оси сердца, аускультатив-

ных данных о приглушенности сердечных тонов, данных ЭКГ о наличии блокады

передней ветви левой ножки пучка Гисса и неполной блокады правой ножки.

Необходима дифференциация с атеросклеротическим кардиосклерозом.

За время нахождения в стационаре гипогликемических состояний и ком не наб-

людалось, признаков кетоацидоза нет, жалобы без динамики.

С учетом гликемического профиля больному назначена инсулинотерапия по схе-

ме:

8-30 - 10 ЕD "Humulin R"

11-00 - 6 ED "Humulin R"

15-30 - 12 ED "Humulin R"

17-30 - 8 ED "Humulin R"

14 ED "Monotard"

Всего: 50 ED

Прогноз относительно жизни благоприятный, так как больной на данный момент

находится в неугрожающем жизни состоянии, прогноз относительно выздоровле-

ния неблагоприятный, так как сахарный диабет - хроническое заболевание,не-

поддающееся радикальному лечению, к тому же больной не отказался от вред-

ных привычек. Прогноз относительно работоспосбности сомнительный из-за

развития поздних осложнений сахарного диабета.

Больному рекомендована диета по следующей схеме:

Питание 5-6 разовое, небольшими порциями. Общая калорийность пищи в сутки

2500 Ккал с соблюдением соотношения:

Белков - 125 гр

Жиров - 56 гр

Углеводов - 375 гр (31 хлебная единица).

Расчет потребления углеводов проводить в хлебных единицах с учетом:

завтрак } 1 ХЕ на

2-й завтрак } 2 ЕД инсулина

обед } 1 ХЕ на

полдник } 1.5 ЕД инсулина

ужин } 1 ХЕ на

2-й ужин } 1 ЕД инсулина

Ежедневно должно быть употреблено одинаковое количество хлебных единиц.

Больному рекомендовано отказаться от вредных привычек (курения и злоупот-

ребления алкоглем).

Рекомендовано 4 раза в день производить контроль гликемии экспресс-методом

Инсулинотерапия по следующей схеме:

8-30 - 10 ЕD "Humulin R"

11-00 - 6 ED "Humulin R"

15-30 - 12 ED "Humulin R"

17-30 - 8 ED "Humulin R"

14 ED "Monotard"

Всего: 50 ED

Также по возможности санаторно-курортное лечение.

Диабетическая карта больного

Ф.И.О.

Диагноз: Сахарный диабет 1 типа тяжелая форма в стадии

декомпенсации.

Осложнения: Диабетическая ангиопатия печени, нижних ко-

нечностей. Полинейропатия нижних конечностей. Жировой

гепатоз. Непролиферативная диабетическая ретинопатия.

Диабетическая кардиопатия.

Рост: 176 см

Дата: 21/5/1997

Вес: 70 кг

Количество выпитой жидкости: -

Диурез: -

Содержание сахара в моче: отрицательный

Содержание сахара в крови: 13.6 г/л

Ацетон: отрицательный

Диета:

Белков: 125 гр

Жиров: 56 гр

Углеводов: 375 гр (31 ХЕ)

Сахарная ценность пищи: 437.5 гр

Процент неусвоенных углеводов: -

Углеводный баланс: -

Доза инсулина: 50 ЕД

Распределение инсулина в течение суток:

8-30 - 10 ЕD "Humulin R"

11-00 - 6 ED "Humulin R"

15-30 - 12 ED "Humulin R"

17-30 - 8 ED "Humulin R"

14 ED "Monotard"