Паспортные данные:

Ф.и.о.:

Пол: жен.

Возраст: 60 лет.

Профессия:

Место работы: пенсионер, инвалид II группы.

Семейное положение: замужем.

Адрес:

Дата поступления в клинику:

Диагноз при поступлении: Сахарный диабет 1 типа, тяжелой степени.

Диагноз клинический:

* основное заболевание: Сахарный диабет 1 типа, тяжелой степени.
* осложнения: Диабетическая пролиферативная ретинопатия, гемофтальм ОД, диабетическая нефропатия.
* сопутствующие заболевания: хронический гастрит; хронический холецистит, артериальная гипертензия, полисегментарный остеохондроз, варикозное расширение вен нижних конечностей.

Жалобы больного:

На момент курации больная предъявляет жалобы на: общую слабость, утомляемость, боли, жжение, зябкость в конечностях. Отсутствие зрения на правый глаз, ухудшение зрения на левый глаз, светобоязнь, слезотечение, резь и боли в глазах. Периодические головные боли, умеренно выраженные, исчезающие после принятия гипотензивных препаратов. Повышение АД до 200/120 мм.рт.ст., снижение памяти, головокружение, шаткость при ходьбе, ноющие боли в пояснице, отеки на нижних конечностях. Частые перебои в работе сердца, одышка при небольшой физической нагрузке и в покое. Боли в пояснично-крестцовом отделе позвоночника, боли в эпигастрии сразу после еды, периодически возникающее чувство тяжести в правом подреберье, сухость во рту.

История заболевания:

Считает себя больной с 1976 года, когда впервые появились зуд кожи, слабость, полидипсия. За медицинской помощью не обращалась. С февраля 1979 года – ухудшение самочувствия (усилилась слабость, зуд, полидипсия, сухость во рту). В июне 1979 года обратилась к гинекологу по поводу появившегося зуда в промежности. В августе 1979 года исследовала кровь на сахар – 9.9 ммоль/л. За данный период похудела на 12 кг. Была направлена в эндокринологическое отделение ОКБ где диагностировансахарный диабет 1 тип. Назначена инсулинотерапия: 6 ед. продленного препарата с постепенным повышением дозы ввиду малоэффективности. С 1985 по 93 год регулярно наблюдалась в эндокринологическом отделении ОКБ. Диету не соблюдала. Гипогликемия – часто. Ком, кетоацидоза не отмечает.

С 1985 года – появилась зябкость ног, боли, жжение.

С 1991 года – ухудшение зрения на правый глаз.

С 1997 года – полная потеря зрения на правый глаз.

С 1996 года – появление белка в моче, с того же времени повышение АД, в 1996-1997 годах гипертонические кризы.

Дома сахар не контролирует. Последняя госпитализация в эндокринологическое отделение – 1993 год. В 1 отделение микрохирургии глаза – 1997 год, с диагнозом: простая диабетическая ретинопатия ОS; пролиферативная ретинопатия, преретинальное кровоизлияние ОД, начинающаяся осложненная катаракта.

С 1990 года – диагноз: “аутоиммуный тиреоидит”, в течение 3 лет принимала тиреоидин. Настоящая госпитализация в эндокринологическое отделение ОКБ для обследования и коррекции лечения.

История жизни:

Родилась в 1939 году в г. \*\*\*\* в семье рабочих. Закончила среднюю школу, индустриальный техникум. Работала в колхозе оператором. Профессиональных вредностей не было.

В 21 год вышла замуж, имеет дочь, семейно-бытовые условия удовлетворительные.

Перенесенные заболевания: отмечает частые ОРВИ, ангины. В анамнезе: правосторонний плеврит, корь, эпидемический паротит, хронический гастрит, хронический холецистит в стадии ремиссии, варикозное расширение вен нижних конечностей, перелом левой руки в 1993 и 1994 годах, термический ожог правой ноги, миома матки (оперирована в 1982 году). Туберкулез, сахарный диабет, вирусный гепатит отрицает.

Вредные привычки: не курит, алкоголем не злоупотребляет, наркоманию, токсикоманию отрицает.

Семейный анамнез и наследственность: у родственников подобной патологии не было. Отец умер в возрасте 68 лет от инфаркта миокарда, мать в возрасте 76 лет от сердечной недостаточности.

Аллергологический анамнез: непереносимости лекарственных препаратов нет, аллергических реакций на пищевые агенты, запахи не было.

Гинекологический анамнез: менструации с 14 лет, регулярные, без патологии. Пять беременностей, одни роды, четыре аборта (медицинских), выкидышей не было. С 50 лет – менопауза.

Данные общего объективного исследования:

Общее состояние: сознание ясное, поведение активное; выражение лица осунувшееся, кожные покровы бледные, слизистые розового цвета. Температура тела 36,7 С. частота пульса 72 уд/мин. ЧДД 18 в минуту. Ад **190/100** мм.рт.ст. На основании этих данных общее состояние удовлетворительное. Питание нормальное, телосложение правильное. Тип конституции нормостенический.

***Покровы и подкожно-жировая клетчатка:***

Кожа бледного цвета, сыпь, кровоизлияния, расчесы, пролежни, язвы отсутствуют. На коже правой нижней конечности пигментация, в результате термического ожога. По задней подмышечной области слева – липома, безболезненная, подвижная. Тургор кожи снижен, влажность не изменена. Слизистые бледно-розового цвета, высыпаний и изъязвлений нет. Подкожная клетчатка выражена, толщина складки 2.5 см., отеки отсутствуют. Волосы: оволосение по женскому типу, ломкости и выпадения нет. Ногти правильной формы прозрачные, деформации не выявлено.

***Опорно-двигательный аппарат:***

Деформаций, укорочения конечностей нет. При пальпации определяется болезненность в области копчика, в других отделах болезненность не обнаружена. Опухолевидные образования отсутствуют. Деформация суставов не выявлена, отмечается умеренная болезненность коленных суставов, объем движений полный; хруст, флюктуация отсутствуют. Мышечная система развита умеренно, болезненности нет, тонус нормальный, уплотнения не обнаружены.

***Органы кроветворения, лимфатическая система, селезенка:***

У больной отсутствуют петехии, экстравазаты, болезненность при постукивании по грудине и трубчатым костям. Лимфатические узлы: затылочные, околоушные, подчелюстные, подбородочные, шейные передние и задние, над и подключичные, подмышечные, локтевые и паховые, подколенные не пальпируются. Кожа над лимфоузлами не изменена, безболезненна. Селезенка не пальпируется. При перкуссии размер селезенки: длинник-6 см, поперечник-4 см.

***Система органов дыхания:***

*Осмотр носа*: форма правильная, носовое дыхание свободное, крылья носа в акте дыхания не участвуют. Носоглотка правильной формы. Пальпация гортани безболезненна, форма правильная, положение нормальное, подвижность не изменена.

*Осмотр грудной клетки*:

1. **Статический:** форма грудной клетки правильная, нормостеническая, величина половин грудной клетки одинакова. Деформации нет.
2. **Динамический:** обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания, тип дыхания грудной. Частота дыхания 18 раз в минуту. Дыхание ритмичное, глубина нормальная. Вспомогательная мускулатура в акте дыхания не участвует.

*Пальпация* грудной клетки безболезненна. Эластичность не изменена. Голосовое дрожание нормальное.

*Сравнительная перкуссия:* симметрично перкуторный звук ясный легочный.

Топографическая перкуссия легких:

* Высота стояния верхушки левого легкого: спереди – на 3 см выше ключицы, сзади – на 3 см латеральнее остистого отростка VII шейного позвонка.
* Высота стояния верхушки правого легкого: спереди – на 2 см выше ключицы, сзади – на 3 см латеральнее остистого отростка VII шейного позвонка.

*Нижние границы левого и правого легких:*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Линии* | *Левое* | *Правое* |
| Окологрудинная | 5 –ое межреберье | 5 –ое межреберье |
| Среднеключичная | 6 –ое межреберье | 6 –ое межреберье |
| Передняя подмышечная | 7 ребро | 7 ребро |
| Средняя подмышечная | 8 ребро | 8 ребро |
| Задняя подмышечная | 9 ребро | 9 ребро |
| Лопаточная | 10 ребро | 10 ребро |
| Околопозвоночная | На уровне остистого отростка седьмого шейного позвонка | На уровне остистого отростка седьмого шейного позвонка |

Подвижность легочного края на вдохе по средней подмышечной линии:

* Справа: на вдохе 3 см, на выдохе 3 см, сумма 6 см.
* Слева: на вдохе 3 см, на выдохе 3 см, сумма 6 см.

*Аускультация легких:* над симметричными участками легких выслушивается везикулярное дыхание с удлиненным выдохом, хрипов нет. Добавочные дыхательные шумы не выслушиваются. Бронхофония не изменена.

***Молочные железы:***

Форма правильная, симметричные, деформации и отечности нет, величина без изменений, выражена морщинистость. Соски расположены симметрично на уровне 6-го межреберья по среднеключичной линии, форма правильная. Выделения отсутствуют. При пальпации желез в положении больной стоя, лежа, на боку, между двух рук, между рукой и грудной стенкой уплотнений не обнаружено.

***Сердечно-сосудистая система:***

Пульс 82 уд/мин., симметричен на обеих руках, величина кровенаполнеия на лучевых артериях правой и левой рук одинакова. Скорость нормальная, напряжение нормальное, пульс ритмичный, наполнение нормальное. АД 195/100 мм.рт.ст.

*Осмотр области сердца:* сердечный горб отстутствует. Верхушечный толчок при осмотре не виден. Сердечный толчок, эпигастральная пульсация отсутствуют.

*Пальпация области сердца:* верхушечный толчок локализуется в 5-ом межреберье на 1,5 см кнутри от среднеключичной линии слева, площадь нормальная. Высота средняя, сила средняя. «Кошачье мурлыканье» отсутствует.

Перкуссия области сердца:

1. Высота стояния диафрагмы по правой среднеключичной линии – 6-е межреберье.
2. Границы относительной сердечной тупости: расширены влево.

а) правая: 4 межреберье – 1 см кнаружи от правого края грудины.

б) левая: 2 см кнаружи от срединно-ключичной линии в 5-ом межреберье.

в) верхняя: 3-е ребро по левой окологрудинной линии.

1. Размеры сердца:

а) правая медиана 4 см.

б) левая медиана 8 см.

в) поперечник сердца 12 см.

1. Границы абсолютной сердечной тупости:

а) правая: вдоль левого края грудины

б) левая: 1.5 см кнутри от среднеключичной линии слева

в) верхняя: 4-е ребро по окологрудинной линии слева

1. Границы сосудистого пучка:

а) правая: 2-е межреберье по окологрудинной линии справа

б) левая: 2-е межреберье по левой окологрудинной линии

в) ширина сосудистого пучка – 4 см.

Конфигурация сердца нормальная.

*Аускультация сердца:* приглушенный 1 тон выслушивается на верхушке сердца – митральный клапан и на основании мечевидного отростка – трикуспидальный клапан. Приглушенный 2 тон выслушивается во 2-ом межреберье справа – аортальный клапан и во 2-ом межреберье слева – клапан легочной артерии. Расщепление первого тона на верхушке, акцент 2 тона над аортой.

*Артерии:* «пляска каротид» отсутствует, при пальпации определяется пульсация сонных, лучевых артерий. Кровенаполнение артерий нижних конечностей снижено, больше справа, морфологические изменения отсутствуют. При аускультации патологических изменений не выявлено. Симптомы ишемии периферических участков конечностей отсутствуют.

*Вены:* набухания вен шеи, грудной клетки, живота, при задержке дыхания, натуживании, покашливании нет. Патологическая пульсация вен не выявлена. Трофические расстройства (облысение, пигментация, язвы) отсутствуют. Отеков нет. Отмечается варикозное расширение вен нижних конечностей, больше выраженное на голенях.

***Система органов пищеварения:***

Слизистые розового цвета, без патологических изменений, язык влажный, сосочки выражены хорошо, слегка обложен белесоватым налетом, трещин и язв нет.

Зубы:

|  |  |
| --- | --- |
| 0 0 0 5 0 3 2 1 | 1 2 3 4 5 0 0 0 |
| 0 0 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 0 0 0 |

Прикус правильный, кариеса нет. Десны не кровоточат. Слизистая мягкого и твердого неба розовая, язв, трещин, кровоизлияний нет. Миндалины нормальной величины, розовой окраски, налет, гнойные пробки, рубцовые изменения отсутствуют. Акт глотания не изменен.

Осмотр живота: форма правильная, обе половины симметричны. Слабо участвует в акте дыхания. При осмотре живота участков гиперпигментации, перистальтики, сыпи, рубцов. Грыж, венозных коллатералей, расчесов, кровоизлияний нет.

Поверхностная ориентировочная пальпация: безболезненна. Живот мягкий. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Расхождения прямых мышц, грыж нет.

Глубокая, скользящая, методическая, топографическая пальпация по методу Образцова – Стражеско: сигмовидная кишка безболезненна, цилиндрической формы, гладкая, плотная, диаметром до 2 см, не урчащая. Слепая кишка безболезненная, плотная, гладкая, диаметром до 2.5 см, не урчащая. Терминальный отдел подвздошной кишки пальпируется в виде плотного гладкого тяжа, диаметром до 3 см. аппендикс не пальпируется. Поперечно-ободочная кишка не пальпируется. Восходящий отдел толстого кишечника пальпируется в виде безболезненного гладкого тяжа, умеренной плотности. Диаметром до 2 см. нисходящий отдел толстого кишечника безболезненный, гладкий, умеренной плотности, не урчащий, цилиндрической формы. Печеночный и селезеночный углы толстого кишечника не пальпируются. Желудок не пальпируется. Печень при пальпации безболезненна, поверхность гладкая, нижний край ровный, увеличения размеров нет. Уплотнения отсутствуют. Желчный пузырь не пальпируется. При перкуссии живота отмечается притупление перкуторного звука в эпигастральной области.

Перкуссия печени (границы по Курлову):

1. По правой срединно-ключичной линии – 9 см.
2. По передней срединной линии – 7.5 см.
3. По косой линии по левой реберной дуге – 6 см.

При аускультации живота выслушиваются обычные шумы кишечной перистальтики. В брюшной полости свободной жидкости нет.

***Мочевыделительная система:***

Кожа бледная, отеки на нижних конечностях, сухости кожи, пастозности нет. Осмотр поясничной области: деформаций и выпячиваний нет. Почки не пальпируются. При поколачивании по поясничной области с обеих сторон отмечается умеренная болезненность.

***Эндокринная система:***

Щитовидная железа – увеличена до второй степени, уплотненная, безболезненная. Надпочечники – изменения пигментации нет, признаки вирилизации отсутствуют. Половые железы – вторичные половые признаки выражены, молочные железы развиты.

***Нервная система, органы чувств:***

Сознание ясное, настроение подавленное, речь тихая, походка с открытыми и закрытыми глазами с пошатыванием. Симптом Ромберга отрицательный. Судороги, дрожание, парестезии, параличи отсутствуют. Чувствительность (тактильная, болевая, температурная) не изменена.

Рефлексы: зрачковый, роговичный, с ахиллова сухожилия, коленные – живые. Патологических рефлексов нет. Дермографизм красный, появляется через 10 сек, стойкий.

Обоняние, слух не нарушено.

Полная потеря зрения на правый глаз, гемофтальм ОД.

Предварительный диагноз и его обоснование:

**Диагноз:** Сахарный диабет, 1 типа, тяжелой степени, диабетическая ретинопатия, гемофтальм ОД, диабетическая ретинопатия.

На основании: жалоб больной – общую слабость, утомляемость, боли, жжение, зябкость в конечностях. Отсутствие зрения на правый глаз, ухудшение зрения на левый глаз, светобоязнь, слезотечение, резь и боли в глазах. Периодические головные боли, умеренно выраженные, исчезающие после принятия гипотензивных препаратов. Повышение АД до 200/120 мм.рт.ст., снижение памяти, головокружение, шаткость при ходьбе, ноющие боли в пояснице, отеки на нижних конечностях. Частые перебои в работе сердца, одышка при небольшой физической нагрузке и в покое. Боли в пояснично-крестцовом отделе позвоночника.

Из анамнеза заболевания: Считает себя больной с 1976 года, когда впервые появились зуд кожи, слабость, полидипсия. С февраля 1979 года – ухудшение самочувствия (усилилась слабость, зуд, полидипсия, сухость во рту). В августе 1979 года исследовала кровь на сахар – 9.9 ммоль/л. За данный период похудела на 12 кг. Была направлена в эндокринологическое отделение ОКБ, где диагностирован сахарный диабет 1 тип. Из данных общего объективного исследования: расширение границ относительно сердечной тупости влево 2 см + от средне-ключичной линии слева. При поколачивании по поясничной области с обеих сторон отмечается умеренная болезненность, отеки на нижних конечностях, АД 190/100 мм.рт.ст. При пальпации определяется болезненность в области копчика. Полная потеря зрения на правый глаз, гемофтальм ОД.

План обследования больного и данные дополнительных методов исследования:

План обследования:

1. Клинический анализ крови.
2. Определение группы крови и резус фактора.
3. Кровь на реакцию Вассермана.
4. Кровь на HBs антиген.
5. Кровь на сахар.
6. Биохимический анализ крови.
7. Общий анализ мочи.
8. Анализ мочи по Нечипоренко.
9. Проба Реберга.
10. Флюорография органов грудной клетки.
11. Консультация окулиста (глазное дно).
12. Экг.

Данные дополнительных методов исследования:

Клинический анализ крови от : 27.04.99

Эритроциты: 3,8 \* 10 12 /л

Гемоглобин: 114 г/л

Лейкоциты: 2,3 \*10 9 /л

Палочкоядерные: 20%

Сегментоядерные: 50%

Лимфоциты: 28%

Моноциты: 1%

Соэ: 37 мм/ч

*Заключение: анемия, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, ускорение СОЭ.*

Определение группы крови и резус фактора от: 27.04.99

*Заключение: AII, Rh+*

Кровь на RW от: 27.04.99 – отрицательна

Кровь на HBs антиген от: 27.04.99 – не обнаружен.

Исследование сахара крови от 27.04.99: 12 ммоль/л

Тест на толерантность к глюкозе от 28.04.99:

12.00 15 ммоль/л

16.00 11 ммоль/л

8.00 13 ммоль/л

20.00 8 ммоль/л

Биохимический анализ крови от: 27.04.99

Билирубин: 8 ммоль/л

Общий белок: 72 г/л

АСТ: 0,4

АЛТ: 0,2

K 6,3

Na 144

Ca 2,3

Cl 98

Мочевина: 9,8 ммоль/л

Креатинин: 97 мкмоль/л

Бетта- ЛП 3,7

Холестерин 8,2

Тимоловая проба: 2,5

Сулемовая проба: 1,9

*Заключение: повышен уровень K, Na, гиперхолестеринемия.*

Общий анализ мочи от: 27.04.99

Цвет: сол/жел

Прозрачность: л/муть

Реакция: кислая

Удельный вес: 1018

Белок: 0,2%0

Сахар: нет

Лейкоциты: 3-6

Плоский эпителий: 6-8

*Заключение: умеренная протеинурия.*

Протеинурия – 0,36 г/сут. > 0,3 г/сут.

Проба Реберга:

Креатинин мочи 3,4

Креатинин крови 118,0

Минутный диурез 1,25

Клубочковая фильтрация 36 > 80

% реабсорбции 96,53 > 97,0

*Заключение:* *снижение уровня клубочковой фильтрации и процента реабсорбции.*

Флюорография органов грудной клетки от 19.04.99: без особенностей.

Осмотр окулиста: диабетическая пролиферативная ретинопатия, гемофтальм ОД.

ЭКГ от 16.04.99 : ритм синусовый, 74 уд/мин, вертикальное направление электрической оси сердца.

Диагноз и его обоснование:

* основное заболевание: Сахарный диабет 1 типа, тяжелой степени.
* осложнения: Диабетическая пролиферативная ретинопатия, гемофтальм ОД, диабетическая нефропатия.
* сопутствующие заболевания: хронический гастрит; хронический холецистит, артериальная гипертензия, полисегментарный остеохондроз, варикозное расширение вен нижних конечностей.

Установлен на основании: данных описанных в обосновании предварительного диагноза, а также: в клиническом анализе крови – анемия, лейкоцитарный сдвиг влево, уровень сахара крови – 12 ммоль/л, тест на толерантность к глюкозе положительный, в биохимическом анализе крови –гиперхолестеринемия, в общем анализе мочи – умеренная протеинурия, проба Реберга - снижение уровня клубочковой фильтрации и процента реабсорбции.

Дифференциальный диагноз:

Сахарный диабет дифференцируют от ренальной глюкозурии, почечного диабета, алиментарной глюкозурии, бронзового и несахарного диабета. В отличие от сахарного диабета при почечном диабете, ренальной или алиментарной (после приема большого количества сахара) глюкозурии отмечается нормальное содержание сахара в крови натощак и не нарушены показатели теста толерантности к глюкозе. Глюкозурия при почечном диабете не зависит от количества введенных углеводов. Обычно она не значительна. При почечном диабете отсутствуют симптомы и осложнения, присущие сахарному диабету. Однако при резко выраженной глюкозурии могут появиться полидипсия и полиурия. В ряде случаев при почечном диабете возникают голодный кетоз и ацидоз, что может симулировать клиническую картину декомпенсированного сахарного диабета. Это обусловлено значительной потерей углеводов с мочой, рвотными массами, жидким стулом при диарее и др. Течение почечного диабета обычно благоприятное. Почечный диабет является пожизненным состоянием, в ряде случаев он может перейти в сахарный диабет.

Сахарный диабет дифференцируют от бронзового диабета. Вотличие от сахарного диабета бронзовый диабет (гемохроматоз, пигментный цирроз печени) представляет собой заболевание, в основе которого лежит нарушение обмена железа с усиленным отложением его в виде гемосидерина в коже и внутренних органов (печень, селезенка, лимфатические узлы, поджелудочная железа, надпочечники, почки, сердце, костный мозг), а также расстройства белкового обмена. Бронзовый диабет характеризуется триадой признаков: пигментацией кожных покровов, циррозом печени, поджелудочной железы и других внутренних органов, сахарным диабетом.

Окончательный диагноз:

* основное заболевание: Сахарный диабет 1 типа, тяжелой степени.
* осложнения: Диабетическая пролиферативная ретинопатия, гемофтальм ОД, диабетическая нефропатия.
* сопутствующие заболевания: хронический гастрит; хронический холецистит, артериальная гипертензия, полисегментарный остеохондроз, варикозное расширение вен нижних конечностей.

План и методы лечения:

Режим: III.

Диета: 9/1.

Медикаментозное:

1. Инсулин по схеме:

8 00  Монотард 20 Ед.

Актрипид 8 Ед.

1700 Монотард 8 Ед.

Актрипид 6 Ед.

1. Гипотензивные препараты:

*Rp.: Tab. Capoteni 0.5 N.20*

*D.S. По Ѕ таблетке 2 раза в день.*

1. Мочегонные:

*Rp.: Tab. Furosemidi 0.04 N.20*

*D.S. По 40 мг 2 раза в неделю.*

1. Витамин В1 – 1,0 подкожно 1 раз в день.
2. Циннаризин – 1 таб. 3 раза в день.
3. Гастрофарм – 1 таб. 3 раза в день.
4. Раствор этамзилат-Na – 12,5%-2 мл внутримышечно №10.
5. Эскузан – 1 таб. 3 раза в день.

Дневник:

* + 1. Больная предъявляет жалобы на: общую слабость, утомляемость, боли, жжение, зябкость в конечностях, светобоязнь, слезотечение, резь и боли в глазах. Периодические головные боли, умеренно выраженные, исчезающие после принятия гипотензивных препаратов. Головокружение, шаткость при ходьбе, ноющие боли в пояснице, отеки на нижних конечностях, боли в пояснично-крестцовом отделе позвоночника. При объективном обследовании общее состояние средней тяжести, кожные покровы чистые, бледные, слизистые розовые, без изменений. Температура тела в течение суток нормальная – 36,7 с0 , ЧСС – 18/мин, пульс 82 уд/мин, АД – 170/90 мм.рт.ст. Аппетит снижен. Сердечно-сосудистая система: при аускультации тоны сердца приглушены, расщепление первого тона на верхушке, акцент 2 тона над аортой. Дыхательная система: перкуторный звук – ясный легочный, при топографической перкуссии изменений нет. При аускультации легких выслушивается везикулярное дыхание с удлиненным выдохом, добавочных дыхательных шумов нет. Система пищеварения: ротовая полость без изменений, поверхностная пальпация безболезненна, живот мягкий. При глубокой пальпации патологических изменений нет. Система мочевыделения: симптом Пастернацкого положительный с обеих сторон. Мочевыделение безболезненное, 5 раз в сутки.

7.05.99.

Больная предъявляет жалобы на: общую слабость, утомляемость, боли, жжение, зябкость в конечностях, светобоязнь, слезотечение, резь и боли в глазах. Периодические головные боли, умеренно выраженные, исчезающие после принятия гипотензивных препаратов. Головокружение, шаткость при ходьбе, ноющие боли в пояснице, отеки на нижних конечностях, боли в пояснично-крестцовом отделе позвоночника. При объективном обследовании общее состояние средней тяжести, кожные покровы чистые, бледные, слизистые розовые, без изменений. Температура тела в течении суток нормальная – 36,8с0, ЧСС – 16/мин, пульс 78 уд/мин, АД – 180/90 мм.рт.ст. Аппетит снижен. Сердечно-сосудистая система: при аускультации тоны сердца приглушены, расщепление первого тона на верхушке, акцент 2 тона над аортой. Дыхательная система: перкуторный звук – ясный легочный, при топографической перкуссии изменений нет. При аускультации легких выслушивается везикулярное дыхание с удлиненным выдохом, добавочных дыхательных шумов нет. Система пищеварения: ротовая полость без изменений, поверхностная пальпация безболезненна, живот мягкий. При глубокой пальпации патологических изменений нет. Система мочевыделения: симптом Пастернацкого положительный с обеих сторон. Мочевыделение безболезненное, 5 раз в сутки.

Прогноз:

Для жизни: благоприятный.

Для выздоровления: неблагоприятный.

Для трудоспособности: неблагоприятный.

Больная имеет вторую группу инвалидности.

Эпикриз:

ФИО, 60 лет, поступила в эндокринологическое отделение областной клинической больницы 26 апреля 1999 года, с жалобами на: общую слабость, утомляемость, боли, жжение, зябкость в конечностях. Отсутствие зрения на правый глаз, ухудшение зрения на левый глаз, светобоязнь, слезотечение, резь и боли в глазах. Периодические головные боли, умеренно выраженные, исчезающие после принятия гипотензивных препаратов. Повышение АД до 200/120 мм.рт.ст., снижение памяти, головокружение, шаткость при ходьбе, ноющие боли в пояснице, отеки на нижних конечностях. Частые перебои в работе сердца, одышка при небольшой физической нагрузке и в покое. Боли в пояснично-крестцовом отделе позвоночника, боли в эпигастрии сразу после еды, периодически возникающее чувство тяжести в правом подреберье, сухость во рту.

Считает себя больной с 1976 года, когда впервые появились зуд кожи, слабость, полидипсия. За медицинской помощью не обращалась. В августе 1979 года исследовала кровь на сахар – 9.9 ммоль/л. За данный период похудела на 12 кг. Была направлена в эндокринологическое отделение ОКБ где диагностирован сахарный диабет 1 тип. С 1985 по 93 год регулярно наблюдалась в эндокринологическом отделении ОКБ. Диету не соблюдала. С 1985 года – появилась зябкость ног, боли, жжение.

С 1991 года – ухудшение зрения на правый глаз.

С 1996 года – появление белка в моче, с того же времени повышение АД, в 1996-1997 годах гипертонические кризы.

С 1997 года – полная потеря зрения на правый глаз.

Последняя госпитализацияв эндокринологическое отделение – 1993 год. В 1 отделение микрохирургии глаза – 1997 год, с диагнозом: простая диабетическая ретинопатия ОS; пролиферативная ретинопатия, преретинальное кровоизлияние ОД, начинающаяся осложненная катаракта.

При объективном исследовании обнаружено: расширение границ относительно сердечной тупости влево 2 см + от средне-ключичной линии слева. Болезненность при пальпации копчика. При поколачивании по поясничной области с обеих сторон отмечается умеренная болезненность, отеки на нижних конечностях, АД 170/90 мм.рт.ст. В клиническом анализе крови – анемия, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, ускорение СОЭ, в биохимическом анализе крови – уровень глюкозы составляет 12 ммоль/л, гиперхолестеринемия, тест на толерантность к глюкозе положительный, в общем анализе мочи – умеренная протеинурия, проба Реберга – снижение уровня клубочковой фильтрации и канальцевой реабсорбции. ЭКГ- гипертрофия левых отделов сердца.

На основании описанных данных установлен диагноз:

* основное заболевание: Сахарный диабет 1 типа, тяжелой степени.
* осложнения: Диабетическая пролиферативная ретинопатия, гемофтальм ОД, диабетическая нефропатия.
* сопутствующие заболевания: хронический гастрит; хронический холецистит, артериальная гипертензия, полисегментарный остеохондроз, варикозное расширение вен нижних конечностей.

Назначено лечение: инсулин по схеме: 800 – монотард 20 Ед., актрипид 8 Ед., 1700 – монотард 8 Ед., актрипид 6 Ед., гипотензивные: капотен: по Ѕ таблетке 2 раза в день, мочегонные: фуросемид – по 40 мг 2 раза в неделю, раствор этамзилат-Na – 12,5%-2 мл внутримышечно №10, Витамин В1 – 1,0 подкожно 1 раз в день, циннаризин по 1т. 3р/д., гастрофарм по 1 т. 3 р/д. За время курации состояние больной не изменилось.

Рекомендации: соблюдение ограничительного режима, диеты, регулярный прием прописанных медикаментов.

Список используемой литературы:

1. Лекционный материал.
2. Л.А.Васюткова «Сахарный диабет», Тверь, 1998 год.
3. В.В.Потемкин «Эндокринология», М.: Медицина, 1987 год.