# Общие сведения о больном

1. Фамилия, имя, отчество:
2. Возраст, пол**: 54 года, женский**
3. Место работы:
4. Место жительства:
5. Дата поступления в клинику:
6. Дата курации:
7. Диагноз направления: сахарный диабет
8. Диагноз клинический:Сахарный диабет 1 типа, тяжелой степени в состоянии декомпенсации, диабетическая непролиферативная ретинопатия, дистальная полиневропатия, нефропатия II. Диабетическая стопа (сустав Шарко)

# Жалобы больного

Во время опроса больна предъявила жалобы на:

1. жажда, сухость во рту;
2. общая слабость;
3. ухудшение зрения;

# История настоящего заболевания

Считает себя больной с 1991 года, когда впервые при госпитализации в психиатрической больнице после нервного срыва, был определен повышенный сахар в крови. Значение концентрации глюкозы крови не помнит. Клинически больная не предъявляла жалобы, характерные для СД. Был поставлен диагноз СД, латентная форма. Из лечения была назначена диета, которую больная соблюдала до настоящего времени.

До июня 1992 года состояние больной не изменялось, жалоб не предъявляла. В июне у больной появились жалобы на полидипсию(до 20 л/сут), жажду, полиурию, общую слабость, снижение веса за 2 месяца на 20 кг. Она обратилась в районную больницу, уровень глюкозы в крови составил 23 ммоль/л. Был поставлен диагноз Сахарный диабет 1 типа. Было назначено лечение ГЛЮРИНОРМ 1 т х 3р/д, диета. На фоне этого лечения полидипсия снизилась до 6 л/сут, уровень глюкозы снизился до 14 ммоль/л. Больная принимала глюринорм еще 1 год до лета 1993 г, когда впервые больная была госпитализирована в эндокринологическое отделение клиник СГМУ г. Томск по поводу кетоацидотического состояния. В отделении диагноз СД 1 тип был подтвержден. В связи с неэффективностью терапии (достижение эугликемии) на фоне приема таблетированных сахароснижающих препаратов больная была переведена на инсулинотерпию актрапидом (дозировку не помнит). На протяжении последующих лет больная неоднократно госпитализировалась в отделении эндокринологии по поводу кетоацидотических состояний. Не смотря на принимаемое лечение, диету компенсация сахарного диабета за 11 лет лечения достигнута не была. В настоящее время больная принимает хумулин в дозировке 60 Ед/сут.

С 1998 года отмечает ухудшения зрения.

В 2000 году в клинике течения диабета появились некротические изменения стоп. На фоне лечения в хирургическом стационаре некротические изменения ушли. В июне 2002 года произведена ампутация IV пальца левой стопы, по поводу остеомиелита. Май 2003 года проходила лечение в хирургическом стационаре по поводу тромбофлебита вен правой голени.

В 2000 году при госпитализации в отделение эндокринологии впервые было обнаружено повышение АСТ и АЛТ до цифр 300 Ед/л. Был заподозрен хронический вирусный гепатит. Он был подтвержден лабораторно – были найдены маркеры вирусного гепатита С. Был поставлен диагноз: Вирусный хронический гепатит С, высокой активности. С этого времени больная получает курс циклоферона каждый год и при повышении аминотрансфераз.

# Анамнез жизни

Родилась в Томской области. Росла и развивалась в соответствии с возрастными нормами, без каких либо отклонений. Закончила 10 классов. Жилищно-бытовые условия в детские и юношеские годы удовлетворительные. Физкультурой и спортом не занималась.

Социально-бытовые условия удовлетворительные. Правила личной гигиены соблюдает. Материально обеспечена. Проживает в 2 комнатной квартире в городе Томске. Питание регулярное – согласно назначенной диетой. Алкоголь, табак, наркотики не употребляет.

**Семейный анамнез и наследственные заболевания.**

## Аллергологический анамнез

Аллергические реакции в виде приступов удушья, отёков отрицает. Непереносимость лекарственных препаратов отрицает.

# Данные физических методов исследования

## Общий осмотр

Состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Пульс 68, частота дыхания 18, А/Д - 140/80 мм Hg. Рост 167 см, вес 60 кг, телосложение правильное.

Кожные покровы цвет нормальный. Эластичность кожи нормальная, повышенная. Влажность нормальная. Сыпи нет. Слизистые губ слегка цианотичны. Слизистые носа, глаз, неба бледно-розового цвета. Язык не обложен, влажный. Миндалины не увеличены, розового цвета, без налета, не выходят из-за небных дужек.

Волосы: темные, не секутся. Волосяной покров головы распределен равномерно, участки облысения отсутствуют. Ногти: гладкие, не ломкие, край ровный, умеренно закруглен. Барабанных палочки и часовые стеклышки не выявлены.

Развитие подкожно-жирового слоя умеренное. Отеков нет.

Нижнечелюстные, шейные, надключичные, подключичные, подмышечные лимфатические узлы не видны и не пальпируются.

Мышцы развиты нормально. Тонус нормальный. Механическая возбудимость мышц. Безболезненные. Деформация, периоститы, искривления костей нет. При пальпации кости безболезненны.

Конфигурация суставов: нормальная. Движения в суставах активные и пассивные свободные. Безболезненные при пальпации. При движении в суставах хруста нет.

На левой ноге отсутствует дистальная фаланга IV пальца стопы.

## Органы дыхания

Голос нормальный. Форма грудной клетки нормальная, стенки эластичные, обе половины грудной клетки равномерно участвуют в акте дыхания, симметричная, эпигастральный угол ≈ 90. В дыхательном акте вспомогательные мышцы не участвуют. Межреберные промежутки не расширены. Дыхания поверхностное. Число дыханий в минуту 18.

Голосовое дрожание проводится одинаково на симметричных участках легких. При пальпации грудная клетка эластична, безболезненна. Перкуторный звук легочный, одинаковый над симметричными участками легких. Над легочными полями выслушивается ослабленное везикулярное дыхание. Побочные дыхательные шумы не выслушиваются.

## Органы кровообращения

При осмотре область сердца без видимых изменений, сердечный горб отсутствует, верхушечный толчок визуально не определяется, надчревная пульсация отсутствует. При пальпации определяется верхушечный толчок, локализованный на расстоянии 2 см кнаружи к среднеключичной линии по 5 межреберье, разлитой, диаметром 2 см­­, не усилен, низкий.

При аускультации сердца ритм синусовый, тоны приглушены, 1 тон на верхушке ослаблен, раздвоения тонов нет. Имеется акцент второго тона на аорте. Пульс на правой лучевой артерии 65 уд/мин. Артериальное давление: справа 130/90 мм рт. ст., слева 135/90

Границы относительной тупости сердца:

|  |  |
| --- | --- |
| Правая | 1 см кнаружи от грудины |
| Левая | 2 см кнутри от среднеключичной линии |
| Верхняя | 3 ребро по среднеключичной линии слева |

## Органы пищеварения

Живот резко увеличен в объеме, за счет подкожно жировой клетчатки. Видимой пульсации в эпигастрии нет. Свободная жидкость в брюшной полости не определяется. При поверхностной пальпации живот не напряжен, безболезнен. Перкуторно над всем животом слабый тимпанит. При пальпации безболезнен.

Стул ежедневный, оформленный.

## Гепато-лиенальная система

Перкуторно верхняя граница печени 5 ребро по срединно-грудинной линии; нижняя граница печени не выходит за край реберной дуги, левая граница печени находится кнутри от левой парастернальной линии.

Размеры печени по Курлову: по среднеключичной линии 11 см; по передней срединной 8 см; по левой реберной дуге 9 см. При пальпации нижний край печени не выходит за край реберной дуги, край округлый, эластичный, ровный, безболезненный. Пузырные пробы отрицательные. Селезенка не пальпируется.

## Мочеполовая система

Симптом поколачивания отрицательный. Мочевой пузырь не пальпируется, Мочеиспускание безболезненное.

## Эндокринная система

Щитовидная железа пальпируется, не увеличена, мягкой консистенции

## Нервная система

Больная правильно ориентирована в пространстве, времени и собственной личности. Контактен. Восприятие не нарушено, внимание не ослаблено. Память сохранена. Мышление не нарушено. Настроение ровное. Поведение адекватное.

Лицо симметричное. Реакция зрачков на свет и аккомодация сохранены. Парезов и параличей нет. Болевая, тактильная и температурная чувствительность сохранены. В позе Ромберга устойчива, координация движений не нарушена

# План обследования

1. Общий анализ крови

2. Общий анализ мочи

3. Биохимическое исследование крови

4. Коагулограмма

5. ЭКГ

6. Гликемический профиль

7. Консультации специалистов

# Данные лабораторных и инструментальных методов исследования

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Общий анализ крови***: | 26.02.04 | 11.03.04 |
| Hb | 136 | 124 |
| Эритроциты | 4,42 | 3,75 |
| Лейкоциты | 6 | 5,6 |
| СОЭ мм/час | 10 | 10 |
| ***Лейкоцитарная формула:*** |  |  |
| Палочкоядерные | - | - |
| Сегментоядерные | 68 | 79 |
| Эозинофилы | 1 | 5 |
| Моноциты | 5 | 4 |
| Лимфоциты | 26 | 12 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Биохимия крови*** | 26.02.04 | 3.03.03 |
| Общ. белок (г/л) | 75 | - |
| Билирубин общий (мкмоль/л) | 11,3/0,0 | - |
| Глюкоза (ммоль/л) | 22 | - |
| Холестерин | 3,9 |  |
| Мочевина | 7,9 |  |
| Креатинин | 0,12 |  |
| Na | 136 |  |
| K | 5.6 |  |
| АЛТ | 1,0 | 1,0 |
| АСТ | 0,2 | 1,0 |
| ЩФ | 165 |  |
| Тимоловая проба | 2,8 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Анализ мочи*** | 26.02.04 | 11.03.04 |
| Цвет | светло-желтый | светло-желтый |
| Прозрачность | прозрачная | прозрачная |
| Микроскопия | 2-3 L в п/з | 2-3 L в п/з |
| Плотность | 1024 | 1024 |
| Белок | - | отрицательный |
| Сахар | - | 3,5% |
| Кетоны | - | - |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Гл. профиль 26.02.04*** | | ***Гл. профиль 11.03.04*** | |
| 8-00 | 17,0 | 8-00 | 15,6 |
| 13-00 | 16,4 | 13-00 | 14,5 |
| 18-00 | 12,2 | 18-00 | 12,7 |
| 22-00 | 5,6 | 22-00 | 16,5 |
| 6-00 | 10,9 | 6-00 | 14,5 |

|  |
| --- |
| ***ЭКГ 17.09.2001 (из выписки)*** |
| Ритм синусовый. Электрическая ось сердца отклонена влево. ЧСС 89. Изменения миокарда левого желудочка. |

|  |
| --- |
| ***Рентгенограмма суставов левой стопы 28.03.2004*** |
| Заключение: диабетическая остеоартропатия суставов левой стопы. |

|  |
| --- |
| ***Проба Реберга 28.03.2004*** |
| Заключение: F 95ml/min, R 98% |

# ОБОСНОВАНИЕ ДИАГНОЗА

Основной диагноз: **Сахарный диабет 1 типа, тяжелой степени в состоянии декомпенсации, диабетическая непролиферативная ретинопатия, дистальная полиневропатия, нефропатия II. Диабетическая стопа (сустав Шарко)**

Диагноз поставлен на основании данных анамнеза (установленный диагноз СД 1 тип), жалоб больного (боль, чувство онемения в нижних конечностях, жажду, слабость, быструю утомляемость; ухудшение зрения), заключений узких специалистов (дистальная нейропатия, непролиферативная ретинопатия, нефропатия IІ степени), лабораторных методов исследований (гипергликемия 16 ммоль/л, глюкозурия 3.5%, гиперфильтарция по пробе Реберга).

# ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

|  |  |
| --- | --- |
| Болезнь Иценко-Кушинга | Сахарный диабет |
| Гипергликемия носит эпизодический характер, нормализация углеводного обмена происходит при излечении основного заболевания. | Гипергликемия носит постоянный характер, высокий уровень, обнаруживается натощак, часто сопровождается глюкозурией |

|  |  |
| --- | --- |
| Почечный диабет | Сахарный диабет |
| Глюкозурия не зависит от количества вводимых углеводов, не сопровождается гипергликемией или нарушением толерантности к углеводам. Отсутствуют ангио- и нейропатии. | Глюкозурия зависит от количества вводимых углеводов, сопровождается гипергликемией или нарушением толерантности к углеводам. |

|  |  |
| --- | --- |
| Несахарный диабет | Сахарный диабет |
| Полиурия не сочетается с глюкозурией, высокой относительной плотностью мочи и гипергликемией | Полиурия сочетается с глюкозурией, высокой относительной плотностью мочи и гипергликемией |

# ЛЕЧЕНИЕ

*Диета* - обеспечение физиологических норм потребления пищи и оптимального баланса белков, жиров и углеводов. Частый прием пищи - 5-6 раз в день. Рекомендовано следующее распределение суточного рациона:

Диета включает в себя: продукты питания, содержащие растительные волокна (помидоры, капусту, кабачки, салат, фрукты и ягоды за исключением винограда, персиков) Рекомендуют “диабетический” хлеб с примесью отрубей.

Из повседневного рациона исключаются продукты, содержащие легкоусвояемые углеводы (сахар, мед, сладкие кондитерские изделия, варенья, сладкие напитки);

Суточная калорийность должна покрываться за счёт:

* + углеводов на 55 — 60%, а белков на 15 —20%,
  + жиров на 20 — 25%;

Ограничивают насыщенные жирные кислоты - до 10%, замена насыщенных жиров моно- и полиненасыщенными (соотношение 1:1:1);

Необходимо документировать следующие продукты (считать хлебные единицы): зерновые, жидкие молочные продукты, некоторые сорта овощей (картофель, кукуруза), фрукты.

Расчет инсулинотерапии:

Суточная доза инсулина – 60кг\*1ед/кг = **60 Ед/сут**

Инсулин длительного действия – 60% от суточной дозы 36 Ед

Инсулин короткого действия **24 Ед**

Утренняя доза инсулина длит. действия 2/3 дозы 23 Ед

Вечерняя доза инсулина длит. действия 1/3 дозы 13 Ед

|  |  |
| --- | --- |
| ***Прием пищи*** | ***Доза инсулина (Ед)*** |
| Первый завтрак 8 ч. | 23 (Хумулин Н) |
| Второй завтрак 12 ч. | 3(Хумалог) |
| Обед 14 ч. | 8(Хумалог) |
| Полдник 17 ч. | 3(Хумалог) |
| Ужин 19 ч. | 5(Хумалог) |
| Второй ужин 21 ч. | 13(Хумулин Н) |

Общее количество калорий необходимое для жизни – 1500 ккал

Доля углеводов – 900 ккал

Масса углеводов – 225 гр

Количество хлебных единиц – 23 ХЕ