**Паспортная часть.**

1.Ф.И.О. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. возраст: 21.02.1962 г.р.(52 года)

3.Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. Место работы, профессия:  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

5. Дата поступления: 03.02.2014 г.

 6. Клинический диагноз: Сахарный диабет 2 типа, инсулинопотребность.

 Осложнения: Синдром диабетической стопы, смешанная форма. Деструкция 2 пальца правой стопы

**Жалобы на момент курации.**

На прогрессирование некроза 2 пальца правой стопы, ухудшение зрения, особенно левого глаза.

**История заболевания.**

Пациентка болеет сахарным диабетом 2 типа в течение 7 лет, когда впервые появились жалобы на сухость во рту и сильную жажду. При прохождении медицинского обследования на санаторно – курортную карту в анализе крови на сахар было обнаружено повышение глюкозы. После дополнительного обследования больной была поставлена на диспансерный учет по сахарному диабету. Был назначен метформин. 5 лет- инсулинопотребность (с 2009 года). Лечение по поводу осложнений сахарного диабета ангиопатии в течение 3-5 лет. В течении 6 месяцев появлялись мозоли 2 пальца правой стопы, которые сопровождались отечностью, гиперемией, болезненностью при пальпации и гнойным отделяемым. В последнее время наблюдалось прогрессирование. Направлена на госпитализацию для компенсации сахарного диабета, лечения осложнений в УЗ «ВОКБ» 2-ое хирургическое отделение.

**Анамнез жизни.**

Перенесенные заболевания: простудные, вирусный гепатит. Венерические и онкологические заболевания отрицает.

Аллергоанамнез: отягощен. Аллергическая реакция на ампицилин.

Операции, переливание плазмы и компонентов крови отрицает.

Наследственный анамнез не отягощен.

**Объективное исследование**.

Общий осмотр

Общее состояние: удовлетворительное.
Сознание: ясное.
Состояние психики, настроение: спокойное.
Положение: активное.
Телосложение: правильное, гиперстенического типа телосложения, повышенного питания. Осанка правильная. Внешний вид соответствует возрасту. Рост 172см. Вес 80 кг, ИМТ= 27, температура тела 36,6°C. Оволосение по женскому типу.
Кожные покровы: бледно-розовые, чистые. Сыпи нет. Очаговых пигментаций, высыпаний, кровоизлияний, шелушения, рубцов – нет. Кожного зуда нет. Отёков нет. Определяется некротическая рана с гнойным отделяемым 2 пальца правой стопы.

Видимые слизистые: бледно-розовые. Высыпаний, кровоизлияний, петехий, изъязвлений – нет.
Подкожная жировая клетчатка: распределена равномерно.

Периферические лимфатические узлы: не увеличены.

Мышечная система: Развита умеренно, симметрично. При пальпации: болезненности не выявлено; сила сохранена – умеренная, симметричная. Тонус мышц сохранён. Судорог нет.

Костно-суставная система: деформация 1 и 2 пальцев обеих стоп.. Суставы не увеличены, обычной конфигурации, симметричные, движения в них в полном объеме. Патологических искривлений позвоночника нет. Болезненности, хруста, флюктуации нет. Цвет кожи и температура над суставами без изменений.

Щитовидная железа: не увеличена, консистенция эластичная, поверхность ровная

Система органов дыхания

*Осмотр грудной клетки:*
Форма грудной клетки правильная, симметричная. Надключичные и подключичные ямки не выражены. Ширина межреберных промежутков широкая. Лопатки прижаты к телу. Ход рёбер горизонтальный. Ассиметричных выпячиваний, западения грудной клетки – нет. В акте дыхания участвуют обе половины грудной клетки. Тип дыхания смешанный. Дыхание ритмичное, средней глубины. Число дыханий 19 в минуту. Одышки нет.

*Пальпация грудной клетки:*
Грудная клетка эластичная. Болезненности при пальпации кожи, мышц, межрёберных промежутков, грудного отдела позвоночника – нет. Голосовое дрожание ослаблено с обеих сторон.
*Перкуссия грудной клетки:*Ясный легочной звук с обеих сторон.

*Топографическая перкуссия:*

* Высота стояния верхушек:

 -спереди – на 3см выше ключиц,

 - сзади- на уровне остистого отростка 7 шейного позвонка.

* Ширина полей Кренига – справа 6 см, слева- 5,5 см.
* Границы легких:

Нижняя граница легких - по окологрудинной верхний край 6 ребра;

 - по средне - ключичной нижний край 6 ребра;

 - по передней, срединной и задней аксилярным линиям соответствуют нижним краям 7,8,9 ребер соответственно;

 - по лопаточной нижний край 10 ребра;

 - по околопозвоночной на уровне остистого отростка 2 грудного позвонка.

*Аускультация лёгких:*

Дыхание везикулярное над всей поверхностью легких. Хрипы не выслушиваются.

Система органов кровообращения

*Осмотр области сердца и сосудов:*Выпячиваний грудной клетки в области сердца – нет. Сердечный толчок визуально не определяется. Надчревной пульсации, пульсации сосудов шеи и других зон нет.

*Перкуссия сердца и сосудистого пучка:*

Границы относительной и абсолютной тупости сердца в пределах нормы.

*Аускультация сердца и сосудов:*
При аускультации тоны приглушены, ритмичные, добавочные тоны отсутствуют. Шумы сердца и экстракардиальные шумы не прослушиваются. Артериальное давление на правой руке 140/90 мм. рт. ст., на левой руке 140/100 мм. рт. ст.
При аускультации крупных сосудов патологий не выявлено.

Пульс на артериях нижних конечностей резко ослаблен.

Система органов пищеварения

Осмотр полости рта: запаха изо рта нет. Трещин вокруг рта, пигментации нет. Каймы по краю десен не обнаружено. Слизистая оболочки ротовой полости влажная, бледно-розового цвета, налёта и высыпаний не выявлено.
Дёсны: нормальные, не кровоточат.
Зубы: состояние зубов удовлетворительное.
Язык: влажный, не обложен, без трещин и изъязвлений, сосочковый слой в норме. Девиации языка в сторону при высовывании нет. Зев не гиперемирован.
*Исследование живота:*Общий осмотр
Живот симметричен, не вздут. Пупок втянут. Видимая перистальтика отсутствует. Расширенных вен, рубцов, стрий, сыпи, пигментации не выявлено.
*Пальпация живота:*Живот мягкий, безболезненный, перитонеальные симптомы отсутствуют.
*Перкуссия живота:*Над брюшной полостью определяется тимпанический перкуторный звук. Перкуссия безболезненна. Свободной жидкости нет. Перистальтика обычная.*Перкуссия печени:*Печень у края рёберной дуги.

*Селезёнка:*

Селезенку пропальпировать не удалось.

Мочеполовая система

*Осмотр поясничной области:*Выпячиваний поясничной области нет. Покраснения и отёчности кожи нет. Напряжение мышц поясничной области отсутствует.
*Перкуссия почек:*Симптом поколачивания с обеих сторон отрицательный.*Пальпация мочеточниковых точек****:***При пальпации подреберных, верхних мочеточниковых, средних мочеточниковых, реберно-поясничных точек болезненности не выявлено.

Нервная система

Судорог нет. Менингеальные симптомы (ригидность затылочных мышц, симптом Кернига, симптом Брудинского верхний, средний, нижний) отрицательные. Скованности не отмечается. Параличей и парезов нет. Мышечная атрофия не отмечается. Сухожильные рефлексы одинаковы с обеих сторон. Зрачковые рефлексы сохранены. Зрачки одинаковы по форме и величине. Реакция зрачков на свет сохранена. Аккомодация, конвергенция в норме. Нистагм отсутствует. Острота слуха не изменена. Чувствительность кожи не нарушена.

Эндокринная система.

Щитовидная железа не увеличена, консистенция эластичная, поверхность ровная.

Локальный статус

По тыльной поверхности 2 пальца правой стопы рана с гнойным отделяемым, наложена асептическая повязка. Повязка пропитана серозно – гнойным отделяемым раны.Деформация 1 и 2 пальцев обеих стоп. Пульс на артериях обеих стоп резко ослаблен.

**Предварительный диагноз и его обоснование**

* на основании жалоб больной при поступлении (жалобы на прогрессирование некроза 2 пальца правой стопы, ухудшение зрения.);
* на основании анамнеза заболевания (пациентка болеет сахарным диабетом 2 типа в течение 7 лет, когда впервые появились жалобы на сухость во рту и сильную жажду. При прохождении медицинского обследования на санаторно – курортную карту в анализе крови на сахар было обнаружено повышение глюкозы. После дополнительного обследования больной была поставлена на диспансерный учет по сахарному диабету. Был назначен метформин. 5 лет- инсулинопотребность (с 2009 года). Лечение по поводу осложнений сахарного диабета ангиопатии в течение 3-5 лет. В течении 6 месяцев появлялись мозоли 2 пальца правой стопы, которые сопровождались отечностью, гиперемией, болезненностью при пальпации и гнойным отделяемым. В последнее время наблюдалось прогрессирование.)
* на основании объективного обследования (По тыльной поверхности 2 пальца правой стопы рана с гнойным отделяемым, наложена асептическая повязка. Повязка пропитана серозно – гнойным отделяемым раны.Деформация 1 и 2 пальцев обеих стоп. Пульс на артериях обеих стоп резко ослаблен. )

 можно выставить следующий предварительный диагноз:

Сахарный диабет 2 типа, инсулинопотребность.

Осложнения: Синдром диабетической стопы, смешанная форма. Деструкция 2 пальца правой стопы

.

**Результаты лабораторных и специальных методов исследования:**

1. Общий анализ крови (04.02.2014 г.)

Эритроциты – 4,55 х 1012/л;

Гемоглобин – 150 г/л;

ЦП- 0,82;

Лейкоциты – 6,8 х 109/л;

Эозинофилы - 2% ;

Палочкоядерные - 2%;

Сегментоядерные - 45%;

Миелоциты-1%;

Юные-1%;

Лимфоциты - 29%;

Моноциты - 16%;

Базофилы-2%;

Тромбоциты- 180х 1012 /л

СОЭ – 50 мм/ч;

*Заключение*: наличие в крови юных клеток, СОЭ ускорено, тромбоцитопения.

2. Общий анализ мочи (04.02.2014г.)

Цвет: соломенно-желтый;

Прозрачность: прозрачная;

Реакция: кислая;

Относительная плотность: 1020;

Белок – нет;

Глюкоза – 49,2 ммоль/л;

Микроскопическое исследование:

Эпителий плоский – 6-7 в поле зрения;

Эритроциты - нет;

Лейкоциты – 1-3 в поле зрения.

*Заключение*: глюкозоурия.

3. Биохимическое исследование крови (04.02.2014 г.)

Глюкоза – 14,2 ммоль/л;

Билирубин общ. – 14,2 мкмоль/л;

Билирубин прям. – 3,5 мкмоль/л;

Мочевина – 4,7 ммоль/л;

Креатинин – 0,064 ммоль/л;

Общий белок – 65 г/л;

АЛТ-24 ЕД/л;

АСТ-32 ЕД/л;

Холестерин-3,8 Ммоль/л;

Заключение: гипергликемия.

4. Глюкоза крови (3.02.2014 г.)

13.00-9.2 ммоль/л

17.00-8.5 ммоль/л

21.00-7,8 ммоль/л

*Заключение*: увеличено содержание глюкозы в капиллярной крови.

5. Исследование биологического материала ( кровь) на сифилис от 04.02.2014.

Заключение: Реакция преципитации отрицательна.

6. Исследование крови на вирусные инфекции-HBS, antiHCV (04.02.2014 г.)

Заключение: ИФА отрицательное.

7. ЭКГ от 04.02.2014г.

Ритм синусовый 95 в мин. ЭО отклонена влево.

8. Rtg-стоп от 04.02.2014 г.

Заключение: не исключено наличие правой деструкции по внутренней поверхности средней фаланги 2 пальца правой стопы.

9. Ангиография правой нижней конечности от 5.02.2014 г.

Заключение: определяется окклюзия ТАС. По коллатералям заполняются дистальные ветви ТАС.

**Обоснование клинического диагноза**

* на основании жалоб больной при поступлении (жалобы на прогрессирование некроза 2 пальца правой стопы, ухудшение зрения.);
* на основании анамнеза заболевания (пациентка болеет сахарным диабетом 2 типа в течение 7 лет, когда впервые появились жалобы на сухость во рту и сильную жажду. При прохождении медицинского обследования на санаторно – курортную карту в анализе крови на сахар было обнаружено повышение глюкозы. После дополнительного обследования больной была поставлена на диспансерный учет по сахарному диабету. Был назначен метформин. 5 лет- инсулинопотребность (с 2009 года). Лечение по поводу осложнений сахарного диабета ангиопатии в течение 3-5 лет. В течении 6 месяцев появлялись мозоли 2 пальца правой стопы, которые сопровождались отечностью, гиперемией, болезненностью при пальпации и гнойным отделяемым. В последнее время наблюдалось прогрессирование.)
* на основании объективного обследования (По тыльной поверхности 2 пальца правой стопы рана с гнойным отделяемым, наложена асептическая повязка. Повязка пропитана серозно – гнойным отделяемым раны.Деформация 1 и 2 пальцев обеих стоп. Пульс на артериях обеих стоп резко ослаблен. )

лабораторных и инструментальных исследований (ОАК (04.02.2014 г.) - наличие в крови юных клеток, СОЭ ускорено, тромбоцитопения.; ОАМ (04.02.2014 г.)– глюкозоурия. БХ исследование крови (04.02.2014 г.) – гипергликемия; Глюкоза крови (3.02.2014 г.)- увеличено содержание глюкозы в капиллярной крови; Rtg-стоп (04.02.2014 г.)- не исключено наличие правой деструкции по внутренней поверхности средней фаланги 2 пальца правой стопы; Ангиография правой нижней конечности(5.02.2014 г.)- определяется окклюзия ТАС. По коллатералям заполняются дистальные ветви ТАС.

можно выставить следующий заключительный диагноз:

Основное заболевание: Сахарный диабет 2 типа, инсулинопотребность.

Осложнения: Синдром диабетической стопы, смешанная форма. Деструкция 2 пальца правой стопы

**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**

1. Диетотерапия

Рост – 172 см. Вес – 80 кг.

1. ИМТ=27

2. Необходимое количество энергии-17 ккал/кг/сут

3. Базальный энергетический баланс:

БЭБ-17\*100=1700 ккал

Суточный калораж в зависимости от работы

1700+1/6\*1700= 1700+280=1980 ккал

У пациентки стаж СД 7лет. Потребность в инсулине = 0,6 ЕД/кг/сут.

0,6\*80=48 ЕД/сут

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| завтрак | Каша овсяная (50 г крупы), 1 куриное яйцо(40 гр),масло 10 гр, батон 20 гр, чай без сахара. | 6 хе. |
| 2 завтрак |  2 яблока (250 гр) | 2 хе. |
| обед | Щи (картофель - 100 г, 200 г капусты, говядина 50 г)Каша гречневая на воде (50 г крупы), 10 г масла. Чай без сахара | 4 хе. |
| полдник | Кефир 100 г, хлеб ржаной 30 г., 1 яблоко 125 гр. | 3 хе. |
| ужин | Колбаса докторская (50 гр), макароны (100 гр), чай без сахара. | 5 хе. |
| 2 ужин | Кефир 200 гр, 1 яблоко 125 г. | 1 хе. |

II. Интенсифицированная инсулинотерапия.

1.Insulini Aktrapid HM (инсулин короткого действия):

700 - 20ЕД,

1300 – 18 ЕД,

1700 – 10ЕД;

п/к в обл. живота перед приемом пищи

2.Базис - болюсная терапия

Insulini Aktrapid HM (инсулин короткого действия) 20ЕД утром, 12ЕД в обед, 8ЕД вечером

Insulini Protamini (инсулин длительного действия): 2300 - 20 ЕД.

п/к в обл. живота

3.Инсулинотерапия:

Инсулин 8 ЕД в 21.00

Метформин 850мг – 1 табл. после ужина

Диабетон 60мг- 2 таб. за 30 мин. до завтрака

Аспикард 75мг- 1 таб. 1 раз в день

**Дневники.**

17.02.2014 г.

12.00

Общее состояние удовлетворительное, жалобы на дискомфорт в области 2 пальца правой стопы. Кожные покровы бледно-розового цвета, сухие. ЧД = 18/минуту. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Ps = 82/минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения, ритмичный. АД = 130/80 мм.рт.ст. Сердечные тоны ясные. Живот мягкий, безболезненный. Стул, мочеиспускание в норме.

Назначено:

Инсулин 8 ЕД в 21.00

Метформин 850мг – 1 табл. после ужина

Диабетон 60мг- 2 таб. за 30 мин. до завтрака

Аспикард 75мг- 1 таб. 1 раз в день

18.02.2014 г.

 12.00

Общее состояние больного удовлетворительное, жалобы те же. Кожные покровы бледно-розового цвета, сухие. ЧД = 16/минуту. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Ps = 78/минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения, ритмичный. АД = 120/80 мм.рт.ст. Сердечные тоны ясные. Живот мягкий, безболезненный. Стул, мочеиспускание в норме.

Рекомендовано продолжать лечение.

**Эпикриз**

Соболь Галина Ивановна, 1962 г.р., находится на стационарном лечении с 03.02.204 г. с диагнозом: Сахарный диабет 2 типа, инсулинопотребность.

Осложнения: Синдром диабетической стопы, смешанная форма. Деструкция 2 пальца правой стопы

Прошел обследование:

1. Общий анализ крови (04.02.2014 г.)

Эритроциты – 4,55 х 1012/л;

Гемоглобин – 150 г/л;

ЦП- 0,82;

Лейкоциты – 6,8 х 109/л;

Эозинофилы - 2% ;

Палочкоядерные - 2%;

Сегментоядерные - 45%;

Миелоциты-1%;

Юные-1%;

Лимфоциты - 29%;

Моноциты - 16%;

Базофилы-2%;

Тромбоциты- 180х 1012 /л

СОЭ – 50 мм/ч;

*Заключение*: наличие в крови юных клеток, СОЭ ускорено, тромбоцитопения.

2. Общий анализ мочи (04.02.2014г.)

Цвет: соломенно-желтый;

Прозрачность: прозрачная;

Реакция: кислая;

Относительная плотность: 1020;

Белок – нет;

Глюкоза – 49,2 ммоль/л;

Микроскопическое исследование:

Эпителий плоский – 6-7 в поле зрения;

Эритроциты - нет;

Лейкоциты – 1-3 в поле зрения.

*Заключение*: глюкозоурия.

3. Биохимическое исследование крови (04.02.2014 г.)

Глюкоза – 14,2 ммоль/л;

Билирубин общ. – 14,2 мкмоль/л;

Билирубин прям. – 3,5 мкмоль/л;

Мочевина – 4,7 ммоль/л;

Креатинин – 0,064 ммоль/л;

Общий белок – 65 г/л;

АЛТ-24 ЕД/л;

АСТ-32 ЕД/л;

Холестерин-3,8 Ммоль/л;

Заключение: гипергликемия.

4. Глюкоза крови (3.02.2014 г.)

13.00-9.2 ммоль/л

17.00-8.5 ммоль/л

21.00-7,8 ммоль/л

*Заключение*: увеличено содержание глюкозы в капиллярной крови.

5. Исследование биологического материала ( кровь) на сифилис от 04.02.2014.

Заключение: Реакция преципитации отрицательна.

6. Исследование крови на вирусные инфекции-HBS, antiHCV (04.02.2014 г.)

Заключение: ИФА отрицательное.

7. ЭКГ от 04.02.2014г.

Ритм синусовый 95 в мин. ЭО отклонена влево.

8. Rtg-стоп от 04.02.2014 г.

Заключение: не исключено наличие правой деструкции по внутренней поверхности средней фаланги 2 пальца правой стопы.

9. Ангиография правой нижней конечности от 5.02.2014 г.

Заключение: определяется окклюзия ТАС. По коллатералям заполняются дистальные ветви ТАС.

Проводится лечение: Диетотерапия.

Исулинотерапия:

1.интенсифицированная инсулинотерапия.

Insulini Aktrapid HM (инсулин короткого действия):

700 - 20ЕД,

1300 – 18 ЕД,

1700 – 10ЕД;

п/к в обл. живота перед приемом пищи

2.Базис - болюсная терапия

Insulini Aktrapid HM (инсулин короткого действия) 20ЕД утром, 12ЕД в обед, 8ЕД вечером

Insulini Protamini (инсулин длительного действия): 2300 - 20 ЕД.

п/к в обл. живота

3.Инсулинотерапия:

Инсулин 8 ЕД в 21.00

Метформин 850мг – 1 табл. после ужина

Диабетон 60мг- 2 таб. за 30 мин. до завтрака

Аспикард 75мг- 1 таб. 1 раз в день

**Прогноз**

1. Для жизни – благоприятный.
2. Для работы – благоприятный.