**Паспортная часть**

**Ф.И.О.:**

**Возраст:** 57 лет

**Место жительства:** г. Томск,

**Место работы:** инвалид II группы

**Семейное положение**: замужем

**Национальность:** русская

**Дата поступления:** 31 августа 2006г.

**Кем направлен:** для подготовки к оперативному лечению из НИИ

Кардиологии

**Диагноз направления:** Сахарный диабет 2 типа, декомпенсация

**Клинический диагноз:**

1. **Основное заболевание:** Сахарный диабет 2 типа, средней степени тяжести, фаза декомпенсации.
2. **Осложнения:** Диабетическо-гипертоническая ретинопатия. Дистальная полинейропатия.
3. **Сопутствующие заболевания:** ИБС: стабильная стенокардия ФК III; Атеросклероз коронарных сосудов; ХСН IIБ; Состояние после стентирования передней нисходящей коронарной артерии (2004г.); Ишемическая кардиомиопатия; Недостаточность митрального клапана; Атеросклеротический и постинфарктный кардиосклероз(2004г); Полная блокада левой ножки пучка Гиса; Артериальная гипертония III степени, риск IV; Цереброваскулярная болезнь: состояние после ОНМК (1992г); Хроническая дисциркуляторная энцефалопатия; Дислипидемия, Ожирение II степени; Хронический холецистит, ремиссия; Варикозная болезнь вен нижних конечностей, ХВН I-II степени;

**Жалобы больного**

При поступлении в клинику пациентка активно предъявляла следующие жалобы:

* слабость, снижение работоспособности
* головокружение
* тошнота
* повышенная жажда
* сухость во рту
* выраженная инспираторная одышка в покое и при физической нагрузке

При опросе пациентки выявлены дополнительные жалобы:

* + - * головная боль в лобно-височной области, возникающая при повышении АД до 180\100 мм.рт.ст.
      * боли в области сердца сжимающего характера с иррадиацией в левую руку и левую лопатку, возникающие при незначительной физической нагрузке
      * отеки ног до уровня колен, возникающие ежедневно к вечеру
      * постоянная тахикардия
      * перебои в работе сердца
      * периодически возникающие боли в правом подреберье после употребления жирной и жареной пищи
      * чувство онемения и ползания мурашек в руках и ногах
      * снижение чувствительнсоти и зябкость нижних конечностей
      * судороги и боли в нижних конечностях
      * снижение зрения

**Анамнез развития настоящего заболевания**

Пациентка считает себя больной с возраста 37 (1986г) лет, когда стала замечать за собой постоянную сильную жажду, выпивала до 4-5 литров жидкости в день. Через некоторое время появился сильнейший генитальный зуд, пациентка обратилась к гинекологу. После обследования была отправлена на консультацию к эндокринологу, где при обследовании была выявлена гипергликемия (13 ммоль\л) и поставлен диагноз сахарного диабета II типа. Пациентке была назначена диета, но в течение месяца показатели сахара крови сохранялись на высоких цифрах. К лечению был добавлен препарат Манинил, однако через 3 месяца пациентка самостоятельно прекратила принимать препарат, связав с ним быстрое увеличение веса. В течение нескольких лет пациентка продолжала соблюдать диету, лекарственных препаратов не принимала, на учете у эндокринолога не состояла. Отмечает что при ежегодных профосмотрах сахара крови выше 5,5 ммоль\л не поднимался. В 1992г. У пациентки случился инсульт и развился левосторонний гемипарез, восстановительное лечение проходила в течении 9 месяцев. За период лечения регулярно проводился контроль сахара крови, но повышения не отмечалось. В 2004г. Пациентка перенесла инфаркт миокарда, при обследовании был выявлен высокий сахар крови (10 ммоль\л), назначено лечение Диабетоном. Больная отмечает, что прп этом сахар до нормлаьных цифр не опускался. В 2005г. пациентка была госпитализирована по поводу сердечной патологии в ПТК, нде после консультации эндокринолога назначен инсулин (8.00 – 6ЕД – короткий инсулин, 7ЕД – длительный инсулин; 20.00 – 6ЕД – короткий инсулин, 7ЕД – длительный инсулин). В августе 2006г. пациентка была госпитализирована в НИИ Кардиологии для оперативного лечения по поводу порока сердца, где во время предоперационной подготовки сахар повышался до 19 ммоль\л. Так как в НИИ Кардиологии компенсации сахарного диабета достигнуть не удалось, пациентка была направлена в клинику эндокринологии СибГМУ для дальнейшего обследования и лечения.

**Анамнез жизни**

Пациентка родилась третьим ребенком в полной семье, о том как протекали беременность и роды у матери не знает. Росла и развивалась соответственно возрасту, от сверстников не отставала. В детском возрасте перенесла ветряную оспу, корь, скарлатину

Менструальный цикл с 13 лет, установился сразу, регулярный, безболезненный, количество выделений умеренное. В климаксе с 55 лет, со слов пациентки климактерический период протекал нормально.

Замужем, имеет 3 детей. Со слов пациентки все 3 беременности протекали без осложнений, вес детей при рождении не привышал 3000гр. Одна внематочная берменность.

Со слов пациентки травм, инфекционных заболеваний небыло. В возрасте 20 лет была произведена аппендэктомия. С 40 лет страдает хроническим холециститом. Гипертонической болезнью пациентка страдает более 30 лет, давление повышается до 180\100 мм.рт.ст. Регулярно принимает гипотензивные и мочегонные препараты. Боли в области сердца появились более 10 лет назад и постепенно пригорессировали. Сильная одышка беспокоит последние 3-5 лет. Последние 2-3 года отмечает прогрессирующее снижение зрения.

Со слов пациентки она не курит, алкоголем и другими психотропными веществами не злоупотребляет. Аллергии на пищевые продукты, пыль, растения, лекарственные препараты нет.

**Семейный анамнез**

Мать пациентки страдала сахарным диабетом 2 типа, гипертонической болезнью, ИБС. Отец пациентки страдал гипертонической болезнью, ИБС. Сестра пациентки страдала диабетом с 40 лет, получала инсулин. Умерла от осложнений сахарного диабета. Старший брат страдал гипертонической болезнью и ИБС, уме от инфаркта. Младший брат страдает гипертонической болезнью. Муж и дети здоровы.

**Объективное исследование**

**Общий осмотр.**

*Состояние****:*** удовлетворительное

*Сознание****:*** полное

*Тип телосложения:* гиперстенический

*Положение больного:* активное

*Рост:* 152см.

*Вес:* 75кг.

*Индекс массы тела (ИМТ)* = масса тела, кг\ (рост, м)² = 75\1,52² = 32,5 - выраженное ожирение

*Кожа, слизистые оболочки:* кожа розового цвета, сухая, тургор не снижен. На туловище и лице множественные пигментные пятна размером до 1см. не возвышающиеся над уровнем кожи. Кожные сосуды не расширены. Оволосение по женскому типу, равномерное, волосы седые, сухие. Видимые слизистые розового цвета, чистые, влажные, желтушного прокрашивания нет.

*Подкожно-жировой слой:* сильно выражен, отложения жира равномерные, по абдоминально-висцеральному типу. Признаков отека нет.

*Ноги:* отечность ног до области голеностопных суставов, вальгусная деформация стоп. На ногах имеется слабый рост волос, кожа стоп сухая, шелушащаяся, в трещинах. Ногти тусклые, без признаков грибкового поражения. Чувствительность снижена. Пульсайия a.dorsalis pedis сохранена, но ослаблена.

*Лимфатические узлы:* при общем осмотре увеличения отдельных лимфатических узлов не наблюдается.

*Щитовидная железа:* определяется пальпаторно, не увеличена, при пальпации безболезненна, умеренно подвижная, консистенция эластичная. Пульсации нет.

*Грудная клетка:* гиперстенического типа, обе половины симметричны. Межрёберные промежутки не расширены, ход ребер косой, над- и подключичные ямки выражены умеренно, эпигастральный угол более 90 градусов. Лопатки плотно прилежат к грудной клетке. Плечевой и тазовый пояс не деформированы.

*Позвоночник:* не искривлен, безболезнен при пальпации. Кости верхних и нижних конечностей не деформированы, признаков периостита и экзостоза нет. Незначительная деформация правого предплечья, функции правой руки ограничены. Суставы верхних и нижних конечностей симметричны, подвижны, безболезненны, движения сохранены в полном объеме. Движения в локтевых суставах несоклько болезненны, объем уменьшен. Коленные суставы несколько увеличены в размере, движения в них болезненны и несколько ограничены.

*Ногти:* нормальной формы, признаков деформации нет.

*Мышечная система:* развита удовлетворительно, симметрично, тонус снижен, болезненности при прощупывании нет, гипертрофии\атрофии отдельных групп мышц нет.

**Дыхательная система**

*Осмотр:* Грудная клетка гиперстенического типа, симметричная, обе половины равномерно участвуют в дыхательных движениях. Над- и подключичные ямки умеренно выражены, одинаковы с правой и левой стороны. Ход ребер косой, выпячиваний и ундуляции межреберных промежутков нет. Лопатки плотно прилегают к грудной клетке. Дыхание глубокое, ритмичное, тип дыхания смешанный. Одышка смешанного характера. Частота дыхания 18 дв\мин.

*Пальпация:* грудная клетка при пальпации безболезненна, эластичная. Голосовое дрожание над передней и боковой поверхностями грудной клетки на симметричных участках проводится одинаково, не изменено.

*Перкуссия:* при сравнительной перкуссии по передней, боковой и задней поверхностям грудной клетки над легкими определяется легочной перкуторный звук, одинаковый на симметричных участках.

*Аускультация:* над легкими выслушивается жесткое везикулярное дыхание, побочных дыхательных шумов нет

**Сердечно-сосудистая система**

*Осмотр:* при осмотре выпячиваний, видимой пульсации в области сердца не выявлено, эпигастральной пульсации нет. видимой пульсации сосудов и аорты нет.

*Пальпация:* при пальпации верхушки сердца верхушечный толчок определяется в V межреберье по l.mediaclavicularis, не разлитой, не усилен, положительного характера, диаметром 2см.

*Аускультация:* при аускультации сердца выслушивается нормальный ритм. При аускультации в положении сидя и стоя на аорте выслушивается слабый систолический шум.

*Пульс:* одинаков на обеих руках, удовлетворительного наполнения, напряжения, форма пульсовой волны правильная, пульс ритмичный 72 уд\мин (не учащен), стенка сосуда эластичная.

**Пищеварительная система.**

*Осмотр:* слизистые губ, щек, десен, твердого и мягкого неба, зева, задней стенки глотки розового цвета, чистые, влажные. Небные миндалиныобычного размера и цвета. Язык обычных размеров, розовый, влажный, сосочки умеренно выражены, налета нет. Живот округлой формы, симметричный, брюшная стенка слабо участвует в акте дыхания. По средней линии живота послеоперационный рубец. Скопления жидкости и газов не определяется. Видимой перистальтики нет.

*Пальпация:* при поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. При аускультации выслушивается шум перистальтики кишечника. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. При глубокой пальпации живот мягкий, безболезненный.

*Печень:*

При пальпации край печени не выходит за пределы реберной дуги, закругленный, эластичный, ровный, безболезненный.

*Поджелудочная железа:*

Пальпация в зонах Шопара и Губергритца безболезненная, железа не пальпируется.

**Мочевыделительная система**

Область поясницы не изменена. Пальпаторно почки не определяются, что соответствует норме. Симптом поколачивнаия отрицателен с обеих сторон. Мочевой пузырь пальпаторно не определяется.

**Нервная система**

Больная настроена доброжелательно, охотно идет на контакт. Речь не изменена, чувствительность сохранена. Расстройств координации не наблюдается, походка ровная. Зрачки равномерно реагируют на свет. Чувствительность стоп снижена.

**Данные лабораторных исследований**

**1.Общий анализ крови (от01.09.2006г.)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатель | Полученные данные | Нормальные величины |
| Гемоглобин, г/л  Эритроциты, 1012/л  Цветной показатель  Лейкоциты, 109/л  СОЭ, мм/час  Нейтрофилы с/я, %  Нейтрофилы п/я, %  Эозинофилы, %  Лимфоциты, %  Моноциты, % | 134  4,48  0,9  3,0  27  60  0  0  37  3 | 115 – 145  3,7 – 4,7  0,85 – 1,05  4,78 – 7,68  2-15  47 – 72  0-6  0-5  19 – 37  3 – 11 |

Заключение: лейкопения, повышенное СОЭ

1. **Общий анализ мочи (от01.09.2006г.)**

|  |  |
| --- | --- |
| Показатель | Полученные данные |
| Цвет  Прозрачность  Удельный вес  Белок  Глюкоза  Микроскопия осадка | светло-желтый  прозрачная  1008  отрицательный  отрицательный  лейкоциты еденичные в поле зрения, единичные клетки плоского эпителия. |

Заключение: анализ мочи в пределах нормы

**3.Биохимический анализ крови (от 01.09.2006г.)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатель | Полученные данные | Норма |
| Глюкоза, ммоль\л  Мочевина, ммоль\л  Креатинин,ммоль\л  Общий билирубин, мкмоль\л  Прямой билирубин, мкмоль\л  Общий белок г\л  Холестерин, ммоль\л  ЛПВП-ХС, ммоль\л  ЛПНП-ХС, ммоль\л  ЛПОНП-ХС, ммоль\л  ТАГ, ммоль\л  Коэффициент атерогенности  АСАТ мккат\л  АЛАТ мккат\л  Натрий, ммоль\л  Калий, ммоль\л  Проба Реберга   * фильтрация, мл\мин * реабсорбция, мл\мин | 14,0  3,1  0,08  7,9  отрицателен  70,0  5,4  0,9  3,2  1,3  2,9  5,0  0,37  0,20  142,0  4,56  81,5  98,0 | 3,5-7,5  2,5-8,3  0,044-0,12  8,55 – 20,05  отрицателен  65-85  3,5-5,2  0,91-1,82  2,26-3,36  0,26-1,04  0,43-1,81  2,9-4,5  До 35,0  До 35,0  130-150  3,4-5,3  80-120 |

Заключение: гипергликемия, дислипидемия

**4.Гликемический профиль**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Время | 31.08.2006г. | 03.09.2006г. | 05.09.2006г. |
| 8.00 | ---------------------- | 11,2 | 10 |
| 13.00 | 12,5 | 11,5 | 12,5 |
| 18.00 | 6,7 | 7,5 | 4,5 |
| 22.00 | 12,8 | 11,0 | 8,8 |
| 06.00 | 6,2 | 7,0 | 8,2 |

Заключение: гипергликемия.

**5.Анализ крови на RW (от 01.09.2006г.)**

Заключение: отрицательный

**Данные инструментальных исследований**

1. **ЭКГ (от 01.09.06г.)**

Заключение: ЭОС отклонена влево. Ритм синусовый 76 в минуту, блокада левой ножки пучка Гиса. Гипертрофия левого желудочка. Рубцовые изменения в переднее-перегородочном и передней стенке левого желудочка, возможно с анверизмой в области перегородки.

**Консультации узких специалистов**

1. **Консультации окулиста:**

ДЗН бледно-розовый, границы четкие, сосуды из центра. Соотношение калибра артерии:вены=1:3. Артериолы сужены, уплотнены, извиты. Вены расширены, полнокровны, Салюс II. В заднем полюсе - диспигментация, единичные мелкие твердые экссудаты.

Заключение: возрастная катаракта OU. Непролиферативная диабетическо-гипертензивная ретинопатия. Рекомендовано: Квинакс по 1капле 3 раза в день в течение 6 месяцев. Милдронат по 1 таблетке 3 раза в день в течение 2 месяцев.

**Обоснование диагноза**

***1. Основное заболевание:***

**Диагноз сахарного диабета устанавливается на основании:**

* жалоб пациентки характерных для СД и его специфических осложнений (слабость, снижение работоспособности, полиурия, полидипсия, никтурия, сухость во рту, снижение зрения на оба глаза, онемение и снижение чувствительности пальцев рук и ног, парестезии)
* данных анамнеза (Диагноз установлен около 20 лет назад)
* данных лабораторных исследований (гипергликемия в анализах крови и гликемическом профиле)

**2 тип сахарного диабета** ставится на основании того, что заболевание впервые возникло в возрасте окло 40 лет и имеет длительное хроническое медленно прогрессирующее течение. Также у пациентки имеется отягощенный наследственны анамнез по СД 2 типа.

**Средняя степень тяжести** устанавливается на основании того, что у больной имеются специфические осложнения в виде диабетической ретинопатии, полинейропатии, а также в последний год нет выраженной стабильности течения.

**Фаза декомпенсации сахарного диабета** на момент поступления в клинику устанавливается на основании ухудшения субъективного состояния пациентки, гипергликемии до 19,0 ммоль\л, наличия ожирения II степени и повышенного АД.

***2. Осложнения:***

**Непролиферативная диабетическая ретинопатия** ставится на основании:

* жалоб пациентки на прогрессирующее снижение зрения
* консультации окулиста (заключение: непролиферативная диабетическо-гипертоническая ретинопатия)

**Дистальная диабетическая полиневропатия ставится на основании:**

* жалоб пациентки (онемение и покалывание кончиков пальцев рук и ног, снижение чувствительности стоп, судороги в нижних конечностях)
* данных объективного обследования (снижение чувствительности кожи стоп)

**Дифференциальный диагноз**

**Почечный диабет**

***Сходство:*** полиурия, полидипсия, никтурия.

***Отличие:*** при почечном диабете отсутствует гипергликемия, нет типичных для сахарного диабета сосудистых осложнений осложнений, течение в целом мягкое и стабильное, применения инсулина и сахаропонижающих препаратов не требуется. Уровень глюкозурии относительно постоянный и не зависит от количества поступивших в организм углеводов пищи. Тогда как у данной пациентки глюкозурия непостоянна и зависит от принятого количества углеводов.

**Гемохроматоз**

***Сходство:*** при данном заболевании имеются все симптомы сахарного диабета, как и у данной пациентки (полиурия, полидипсия, никтурия, повышенная утомляемость и т.д.), также имеется гипергликемия.

***Отличие:*** для гемохроматоза характерна триада признаков: сахарный диабет, меланодермия, гепатомегалия. У данной пациентки отсутствует изменение кожных покровов и увеличение печени. Для уточнения диагноза проводят определение количества сывороточного железа, которое при гемохроматозе повышено.

**Болезнь Иценко-Кушинга**

***Сходство:*** при данной патологии развивается стероидный сахарный диабет, для которого характерны гипергликемия, глюкозурия и клинические симптомы сахарного диабета (полиурия, полидипсия, слабость, никтурия и т.д.). Также характерно повышение АД, остеопороз и избыточная масса тела, которые имеются у данной пациентки.

***Отличие:*** стероидный диабет является инсулинорезистентным, тогда как у данной пациентки нормогликемии удается добиться назначением небольших доз инсулина. Также для пациентов с болезнью Иценко-Кушинга характерен типичный внешний вид: лунообразное лицо, толстая шея, пигментированная кожа, стрии на туловище багрового цвета, гипертрихоз, чего у нашей пациентки не наблюдается. Для уточнения диагноза проводят исследование АКТГ и кортизола в крови, 17-ОКС в моче, которые при болезни Иценко-Кушинга будут повышены.

**Акромегалия**

***Сходство:*** при акромегалии развивается вторичный сахарный диабет, который имеет всю характерную клинику (полиурия, полидипсия, никтурия, слабость, потливость, гипергликемия). Также характерны сопутствующие диффузные или узловые поражения щитовидной железы, снижение зрения и артериальная гипертензия.

***Отличие:*** Для акромегалии характерно изменение черт лица, увеличение конечностей, огрубение голоса, спланхномегалия, гипертрихоз, акне и фолликулиты, чего у пациентки также не наблюдается.

**Лечение**

1. Режим клинический
2. Диета №9А является основой терапии любого типа СД
3. В связи с тем что у пациентки ранее не удавалось добиться стабилизации состояния приеммо пероральных сахарпонижающих препаратов, основой терапии сахарного диабета являются препараты инсулина.

Расчет дозы инсулина:

Идеальная масса тела= рост-100= 152-100=52 кг

Количество ккал\сутки=52\*40=2080

Соотношение белки:жиры:углеводы=16:24:60

Белки=(16\*2080)\100=332ккал

Жиры=(24\*2080)\100=499ккал

Углеводы=(60\*2080)\100=1248ккал

Переводим соотношение в граммы: белки:жиры:углеводы=4:9:4=83:55:312

Подсчет хлебных едениц: 312\12=26

Рацион:

Завтрак – 8ХЕ (16ЕД инсулина)

Второй завтрак – 2ХЕ

Обед – 10ХЕ (15 ЕД инсулина)

Полдник – 2ХЕ

Ужин – 6ХЕ (6 ЕД инсулина)

Итого в сутки – 37ЕД инсулина

Sol.Actrapidi 8.00 - 6ЕД п\к, 13.00 - 8 ЕД п\к, 18.00 - 6 ЕД п\к.

Sol.Novomixi 8.00 - 10ЕД п\к, 18.00 - 10 ЕД п\к.

4. В связи с наличием у пациентки гипертонической болезни и нормальным состоянием почек препаратами выбора будут являться ингибиторы АПФ:

Tab.Enalarili 10 мг по 1 таблетке утром и вечером

1. Для коррекции сердечной патологии назначаются препараты:

Rp.: Tab.Monocincve retard 50 mg по 1 таблетке 2 раза в день (препарат изосорбида динитрата для лечения ИБС)

Rp.: Tab.Corioli 12,5 mg по 1 таблетке 2 раза в день (неселективный β-блокатор без внутренней симпатомиметической активности для лечения ХСН)

Rp.: Tab.Prestarium 20mg по 1 таблетке утром (препарат для лечения ХСН и улучшения метаболизма миокрада)

Rp: Tab.Ticlo 250mg по 1 таблетке 2 раза в день (антиагрегант для профилактики тромбозов)

Rp: Tab.Furosemidi 40mg по 1 таблетке по четным числам, по 1\2 таблетки по нечетным числам (петлевой диуретик для коррекции ХСН)

Rp: Tab.Verospironi 25mg по 1 таблетке 1 раз в день (калийсберегающий диуретик для коррекции ХСН)

6. Для коррекции диабетической полинейропатии назначается препарат тиокотовой кислоты, являющийся патогенетическим методом лечения диабетических ангиопатий. Эффект развивается после 15-20 вливаний.

Sol.Thioctacidi 600ЕД в\в капельно на 200 мл физиологического раствора 1 раз в день №20.