**ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ**

ФИО:

Возраст: 69 лет

Образование: Высшее

Постоянное место жительства –

Дата поступления в стационар –

Диагноз при поступлении: ИБС: стенокардия напряжения II ф.к., Сахарный диабет 2 типа средней степени тяжести.

**ЖАЛОБЫ БОЛЬНОГО**

- На жажду, сухость во рту, увеличение количества выделяемой мочи; высокие цифры гликемии в течение последних месяцев (натощак 9,4-19 ммоль/л).

- На боли в ногах, особенно на стопах в местах наибольшего давления, онемение рук и ног, ощущение жжения и ползанья мурашек на конечностях

- На выраженное головокружение, пошатывание при ходьбе, шум в ушах.

- На повышение АД до 220/110 мм рт.ст.

- На сжимающие боли в области сердца, купирующиеся нитроглицерином

- На одышку при минимальной физической нагрузке

- На слабость, сердцебиение

**ИСТОРИЯ НАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ**

Наследственный анамнез по сахарному диабету не отягощён.

В 2006 году по поводу низкого давления (60/40 мм рт.ст.) по скорой помощи доставлен в ГКБ № 13, где впервые выявлена гипергликемия 22 ммоль/л (67 лет, ИМТ 29,5 кг/м2). Рекомендована диетотерапия. Диеты фактически не соблюдал, контроль гликемии осуществлял в поликлинике по месту жительства, гликемия натощак на этом фоне до 7,0 ммоль/л. В конце 2006 года отмечалось повышение уровня гликемии натощак до 8,0 ммоль/л, назначен Глюкофаж 500 мг н/н, контролировал гликемию редко (натощак 5,0-6,5 ммоль/л). В конце ноября 2007 года на нижней трети голени справа образовалась язва, которая была обработана хирургом.

С 1978 года (после перенесенного стресса) за короткий промежуток времени прибавил в весе на 30 кг (119 кг). С 1979-2006 годов весил примерно 95-100кг. За время госпитализации в ГКБ № 13 (2006г) похудел на 15 кг. В настоящее время - 95 кг (ИМТ 27,2 кг/м2).

С 1978 года (после перенесенного стресса) стали беспокоить боли в области сердца, находился на стационарном лечении в ГКБ № 4, где впервые был поставлен диагноз: ИБС: стенокардия напряжения 2 Ф.К.

Повышение АД с 2005 года: максимально до 180/100 мм рт ст. Гипотензивные препараты (Энап) принимал не регулярно.

В последующем, до 2006 года к врачам не обращался.

Ухудшение состояния в январе 2008 года, когда стали беспокоить боли в области сердца, сжимающего характера, купирующиеся нитроглицерином, одышку при минимальной физической нагрузке, сердцебиение, головокружение, повышение АД до 220/110 мм рт ст. Был госпитализирован в клинику пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии, гепатологии им. В.Х. Василенко ММА.

На основании проведенных исследований: Холтеровского мониторирования ЭКГ, суточного мониторирования АД, ЭХО-КГ, УЗИ органов брюшной полости, Гликемического профиля: натощак 9,0 ммоль/л, через 2 часа после завтрака 13,0 ммоль/л, перед обедом 9,9 ммоль/л, через 2 часа 13,3 ммоль/л, перед ужином 10,8 ммоль/л, через 2 часа 11,9 ммоль/л; и консультаций офтальмолога и эндокринолога -

поставлен диагноз: ИБС: стенокардия напряжения III ФК. Постинфарктный (сроки ОИМ неизвестны) и атеросклеротический кардиосклероз. Атеросклероз аорты, коронарных и церебральных артерий. Недостаточность кровообращения 1 ст. Гипертоническая болезнь III ст. Синдром хронической вертебро-базилярной недостаточности, вестибулопатия. Сахарный диабет 2 типа средней тяжести в фазе декомпенсации. Диабетическая микроангиопатия: непролиферативная ретинопатия.

Рекомендован: кардикет 20 мг 2 раза в день, Энап 5 мг 2 раза в день, Нормодипин 5 мг 2 раза в день, Глюкофаж 1000 мг 2 раза в день, Амарил 2 мг утром, Сонопакс 10 мг по 2 т 2 раза в день.

**АНАМНЕЗ ЖИЗНИ**

Родился в Москве, в 1938 году, в срок. Вскармливался грудью. Ходить и говорить начал в срок.

Средний уровень бюджета семьи. Жилищно-коммунальные условия нормальные, удовлетворительные. Питается нормально, любит горячее, жареное, солёное, перчёное, чай и кофе, овощи и фрукты. Зарядку не делает, физическими упражнениями не занимается. Личную гигиену соблюдает.

Образование – высшее.

Профессиональная деятельность – пенсионер, инвалид 2 группы.

Вредные привычки

Алкоголь принимает «по праздникам» в малых количествах. Не курит. Крепким кофе, чаем не злоупотребляет.

Перенесенные заболевания

Корь, паротит.

1950 год – аденойдэктомия

1958 год – аппендэктомия.

1958 год – операция по поводу грыжи белой линии живота.

1995 год – псориаз.

С 1989 года – язвенная болезнь 12-перстной кишки в фазе ремиссии.

Аллергологический анамнез

Непереносимости лекарственных препаратов, вакцин, сывороток, растений, продуктов не испытывает.

**СОСТОЯНИЕ БОЛЬНОГО**

**ОБЩИЙ ОСМОТР**

Общее состояние больного: удовлетворительное. Сознание: ясное. Температура: 36,8 Положение: активное. Внешний вид соответствует возрасту. Телосложение больного правильное, гиперстеническое. Рост 180 см, масса тела 95 кг. ИМТ=29,5 (N 18,5-30) Избыточный вес.

ОТ = 74

ОБ = 98

ОТ/ОБ = 0,8

Выражение лица нормальное.

Цвет кожи и слизистых естественный, нормальной влажности и тургора.

Подкожно-жировой слой увеличен: ожирение I, распределен равномерно, видимых отеков нет.

Лимфатическая система: лимфатические узлы не пальпируются.

Мускулатура развита умеренно, симметрично, тонус нормальный.

Костная система: Осанка правильная.

Суставы: обычной конфигурации, симметричные, движения в них в полном объеме, безболезненные. Врожденных аномалий нет.

**ОРГАНЫ ДЫХАНИЯ**

При осмотре патологии не выявлено.

Тип дыхания смешанный.

Ритм дыхания правильный.

ЧДД при осмотре, в покое 16-17/мин.

Пальпаторно: грудная клетка не болезненна, эластична.

Голосовое дрожание не изменено, ощущается в симметричных участках грудной клетки с одинаковой силой.

Перкуторно: При сравнительной перкуссии в симметричных участках грудной клетки звук ясный легочный. Очаговых изменений перкуторного звука не отмечается.

Нижняя граница легких.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Справа** | **Слева** |
| **Окологрудинная линия** | 5 межреберье | ---- |
| **Средне-ключичная линия** | 6 межреберье  | ---- |
| **Передняя подмышечная линия** | 7 межреберье | 7 межреберье |
| **Средняя подмышечная линия** | 8 межреберье | 8 межреберье |
| **Задняя подмышечная линия** | 9 межреберье | 9 межреберье |
| **Лопаточная линия** | 10 межреберье | 10 межреберье |
| **Околопозвоночная линия** | Уровень остистого отростка 11 грудного позвонка | Уровень остистого отростка 11 грудного позвонка |

Подвижность лёгочного края не изменена.

Дыхание, побочные шумы отсутствуют. Бронхофония не изменена.

**ОРГАНЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ**

Область сердца.

Пальпаторно: выбухание всей области сердца или отдельных её частей не обнаружено.

Верхушечный толчок невидимый, пальпируется в пятом межреберье на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии, ограниченный (площадь 1,5 см2), низкий, неусиленный.

Сердечный толчок отсутствует.

Эпигастральной пульсации нет.

Перкуссия сердца.

Границы относительной сердечной тупости: правая - по правому краю грудины; левая - V м/р на 1 см кнаружи от левой среднеключичной линии; верхняя - III м/р.

Конфигурация сердца не изменена.

Аускультация сердца: акцент II тона над аортой, ритм правильный, мягкий систолический шум над аортой.

Артериальный пульс на лучевых артериях одинаковый, ритмичный, хорошего наполнения, ненапряженный, нормальной величины и формы.

ЧСС и частота пульса одинаковы и составляют 72 уд/мин.

АД 160/100 мм.рт.ст.

**ОРГАНЫ ПИЩЕВАРЕНИЯ**

Ротовая полость без изменений.

Живот увеличен в объеме за счет ожирения, симметричен, пупок нормальный. Патологической перистальтики, рубцов и других изменений кожных покровов не отмечается.

При перкуссии живота отмечается тимпанит различной степени выраженности.

Пальпаторно: живот мягкий, безболезненный. Грыж и расхождения мышц нет.

При аускультации живота выслушиваются нормальные перистальтические шумы.

Перкуссия печени.

Печень пальпируется на 1 см ниже края реберной дуги (по правой среднеключичной линии), край печени мягкий, ровный, с гладкой поверхностью, слегка заостренный, легко подворачивающийся и безболезненный.

Желчный пузырь не пальпируется. Болезненность при пальпации в точке желчного пузыря отсутствует. Симптомы Ортнера, Захарьина, Василенко, Мерфи, Георгиевского-Мюсси - отрицательные.

Перкуссия селезенки.

Селезенка не пальпируется.

**ОРГАНЫ МОЧЕОТДЕЛЕНИЯ**

Жалоб нет. При осмотре области почек патологических изменений не выявлено. Почки не пальпируются. Болезненность при пальпации в области верхних и нижних мочеточниковых точек отсутствует. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочевой пузырь перкуторно не выступает над лонным сочленением.

**НЕРВНАЯ СИСТЕМА**

Сознание ясное. Поведение адекватное, нет нарушения речи. Болезненности нервных стволов отсутствует. Чувствительность в норме.

**ЭНДОКРИННАЯ СИСТЕМА**

При осмотре передней поверхности шеи изменений не отмечается. Щитовидная железа не пальпируется. Симптомы Авиценны, потолка, Грефе, Кохера, Мебиуса, Дальримпля, Штельвага, Жофруа, Хвостека, Труссо - отрицательные. Изменения вторичных половых признаков не выявлено. Экзофтальма нет, смыкание полное, полная подвижность глазных яблок. Ожирение I ст.

**ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

Основной: Сахарный диабет 2 типа тяжёлой степени в фазе декомпенсации.

Осложнения: Диабетическая периферическая полинейропатия, дистальный симметричный тип, сенсорная форма.

 Синдром диабетической стопы: нейроишемическая инфицированная форма.

 Диабетическая микроангиопатия: непролиферативная ретинопатия.

Диабетическая макроангиопатия: ИБС: стенокардия напряжения II ф. к.

Сопутствующие: Артериальная гипертензия.

Трофические язвы нижней трети голени справа I-II ст.

Атеросклеротический и постинфарктный кардиосклероз без нарушения ритма и проводимости.

Гипертоническая болезнь

Псориаз

**ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ**

1. Общий анализ крови, мочи

2. Биохимический анализ крови

3. Исследование гормонов щитовидной железы

4. Гликированный гемоглобин

5. Офтальмологический осмотр – проверка глазного дна

6. Артериальное давление

7. Осмотр в кабинете «Диабетическая стопа»

8. ЭКГ

9. Доплерография нижних конечностей

10. УЗИ брюшной полостей

**Результаты лабораторных, инструментальных и других специальных исследований.**

**1. Общий анализ крови**

|  |  |
| --- | --- |
| **Показатель** | **Результат** |
| Лейкоциты | 5,7\*107л |
| Нейтрофилы% | 41,49 |
| Лимфоциты% | 48,91 |
| Моноциты% | 8,04 |
| Эозинофилы% | 1,13 |
| Базофилы% | 0,43 |
| Эритроциты | 4,259\* 1012/л |
| Гемоглобин | 133,8 г/л |
| MCV | 92,5 фл |
| МСНС | 33,92 д/дл |
| Тромбоциты | 289,8 \* 109 /л |
| СОЭ | 13 мм/ч |
| Цветовой показатель | 0,94 |

Заключение: лимфоцитоз

**2. Общий анализ мочи**

Количество – 130 мл. Моча соломенно-желтого цвета, прозрачная, относительная плотность – 1012, реакция pH 5. Белок – 0,1104, сахар – резко положителен, ацетона нет. Солей не выявлено. Лейкоциты – 0-1 в поле зрения. Эритроциты – 0-1 в поле зрения. Эпителий плоский и переходный – в небольшом количестве; почечный – отсутствует; цилиндров (гиалиновых, зернистых, восковидных) не обнаружено. Слизь – умеренное количество. Бактерий немного.

**3. Биохимический анализ крови**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Показатель** | Величина | **Ед. измер.** | Норма |
| Общий белок | 8,0 | мг/л | 6-8 |
| Альбумин | 4,1 | г/л | 3,5-5,0 |
| Креатинин | 1,3 | мг/дл | 0,7-1,4 |
| Глюкоза | 124 | мг/дл | 70-110 |
| Общий билирубин | 9,4 | мкмоль/л | 5,0-21,0 |
| K | 4,57 | ммоль/л | 3,5-5,0 |
| Na | 137,8 | ммоль/л | 135-145 |
| АСТ | 78 | ед/л | 0-40 |
| АЛТ | 37 | ед/л | 0-40 |

Увеличено значение АСТ, глюкоза. Глюкоземия.

**3. Кровь на RW, HbsAg, HCV, ВИЧ, сифилис**

Результаты анализов крови на RW, HbsAg, HCV, ВИЧ, сифилис – отрицательные.

**4. Группа крови и резус-фактор**

Группа крови: A (II) Резус-фактор: положителен

**5. Исследование крови на тиреоидные гормоны**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Параметр** | **Результат** | **Нормы** |
| Т4 | 12,2 ммоль/л | 9,0-23,2 |
| ТТГ | 2,72 Ме/л | 0,36-4,84 |

Заключение: уровень тиреоидных гормонов в границах нормы.

**6. Исследование глюкозурического профиля**

|  |  |
| --- | --- |
| **Порция** | **Результат** |
| Количество | 1200 мл |
| Плотность | 1012 |
| Глюкоза | 0,154 гр% |
| Кетон тела | Нет |
| Белок | Нет |

Заключение: глюкозурия.

**7. Проба Реберга**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Показатель** | **Результат** | **Отклонение** |
| Креатинин мочи | 165,2 | **(--\*)** |
| Креатинин крови | 1,3 мг/дл | **(---)\*** |
| Концентр индекс | 127,1 | **(---)\*** |
| Сут. диурез | 1200 мл | **(---)\*** |
| Мин. диурез | 0,8 мл/мин | **(---)\*** |
| Фильтрация | 105,9 мл/мин | **\*(---)** |
| Реабсорбция | 99,2 % | **(---)\*** |

Заключение: увеличение суточного и минутного диуреза, повышение креатинина мочи и индекса.

**8. Офтальмологический осмотр**

Жалобы на снижение зрения вблизи («+»-эффект ~ 3 года)

Сахарный диабет 2 типа. Длительность ~ 6 лет

Артериальная гипертензия ~ 1 год

ВГД пальпаторно N

Закапано: Sol.Mydracili 0,5 1%

Роговица Прозрачная

Радужка Структурная

Хрусталик Прозрачный

Стекловидное тело N

ГЛАЗНОЕ ДНО ДЗН бледно-розовый

Границы ДЗН четкие

Макула N

Артерии сужены

BeHbiN

Salus II

Микроаневризм, тв. экссудатов, ретинальных геморрагии, мягких экссудатов, неоваскуляризации НЕТ

Заключение: очаговой диабетической патологии не выявлено, гипертоническая ангиопатия сетчатки Рекомендации: контроль АД, уровня гликированного гемоглобина повторный осмотр 1 раз в год

**9. Осмотр в кабинете «Диабетическая стопа»**

Данные осмотра: Кожа стоп сухая теплая обычной окраски, ногтевые пластины не изменены Межпальцевые промежутки без особенностей Деформация стоп: плоскостопие продольное, поперечное.

Пульсация N

Состояние вен без особенностей

Вибрационная чувствительность пр. нога лев. нога

Головка I пл кости 9 5

Тактильная, температурная, болевая чувствительность сохранены в полном объеме.

Симпом Ласега положит. справа, слева.

Заключение: диабетическая периферическая полинейропатия, дистальный тип, сенсорная симметричная форма.

Рекомендации: Соблюдение правильного ухода за ногами. Консультация невропатолога. Осмотр 1 раз в год.

**10. ЭКГ**



Ритм синусовый, Блокада передней ветви левой ножки пучка Гиса. Нарушение внутрижелудочковой проводимости. Изменение миокарда в области задней и боковой стенки левого желудочка.

**КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ:**

Основной: Сахарный диабет 2 типа тяжёлой степени в фазе декомпенсации.

Осложнения: Диабетическая периферическая полинейропатия, дистальный симметричный тип, сенсорная форма.

 Синдром диабетической стопы: нейроишемическая инфицированная форма

Диабетическая микроангиопатия: непролиферативная ретинопатия.

Диабетическая макроангиопатия ИБС: стенокардия напряжения II ф. к.

Сопутствующие: Артериальная гипертензия.

Трофические язвы нижней трети голени справа I-II ст.

Атеросклеротический и постинфарктный кардиосклероз без нарушения ритма и проводимости.

Атеросклероз аорты, коронарных артерий.

Псориаз

**ОБОСНОВАНИЕ ДИАГНОЗА:**

*Диагноз сахарный диабет 2 типа тяжёлой степени тяжести в фазе декомпенсации выставлен на основании:*

- жалоб больного на жажду, сухость во рту, увеличение количества выделяемой мочи; высокие цифры гликемии в течение последних месяцев (натощак 9,4-19 ммоль/л)

- анамнеза заболевания: СД диагносцирован в 2006 году, когда на фоне плохого самочувствия, возникшего после стрессовой ситуации была выявлена гликемия 22 ммоль/л. В дальнейшем, на фоне терапии ОСП при эпизодическом контроле в поликлинике выявлялась гликемия до 8 ммоль/л натощак, с 2006 при периодическом контроле при помощи глюкометра гликемия натощак 5,0-6,5 ммоль/л.

- данных лабораторных и инструментальных методов исследования: глюкоземия натощак в пределах 7,5-11 ммоль/л; глюкозурия.

- проведённого дифференциального диагноза;

Обоснование 2 типа СД: впервые диабет проявился в возрасте 67 лет, ИМТ=29,5 (ожирение 1 ст.), размытой клинической картиной.

Обоснование тяжёлой степени тяжести: в кабинете «Диабетической стопы» заключение - Диабетическая периферическая полинейропатия, дистальный тип, сенсорная симметричная форма.

Обоснование фазы декомпенсации: уровень гликированного гемоглобина 9,5% (в последние 3 месяца уровень гликемии был значительно повышен).

**Дифференциальный диагноз**

Почечный диабет

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

Сахарный диабет

Глюкозурия зависит от количества вводимых углеводов, сопровождается гипергликемией или нарушением толерантности к углеводам.

Несахарный диабет

Полиурия не сочетается с глюкозурией, высокой относительной плотностью мочи и гипергликемией.

Сахарный диабет

Полиурия сочетается с глюкозурией, высокой относительной плотностью мочи и гипергликемией.

*Осложнение диабетическая полинейропатия, дистальный симметричный тип, сенсорная форма выставлено на основании*:

- жалоб пациента на боли в ногах, особенно на стопах в местах наибольшего давления, онемение рук и ног, ощущение жжения и ползанья мурашек на конечностях;

- анамнеза заболевания боли в ногах беспокоят последние 3 года;

- заключения при осмотре в кабинете «Диабетическая стопа», снижение вибрационной чувствительности.

*Осложнение диабетическая макроангиопатия (ИБС: стенокардия напряжения II ф. к.) выставлено на основании:*

- жалоб пациента на выраженное головокружение, пошатывание при ходьбе, шум в ушах, повышение АД до 220/110 мм рт.ст., сжимающие боли в области сердца, купирующиеся нитроглицерином, на одышку при минимальной физической нагрузке, на слабость, сердцебиение.

- анамнеза заболевания - с 1978 года стали беспокоить боли в области сердца;

- данных лабораторных и инструментальных методов исследования: ЭКГ.

**ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНОГО:**

1. Диета № 9.

Расчет питания ведется с учетом общего состояния, пола, ростовесовых показателей и затрат энергии (на конкретный вид деятельности).

Норма: 24 ккал/кг физиологического веса. Физиологический вес данного больного - 90 кг. Расчет: 90x24=2160 ккал/сут., из которых 50 % составляют углеводы, 15% - белки, 35% - жиры.

Частый прием пищи - 5-6 раз в день. Рекомендовано следующее распределение суточного рациона:

|  |  |
| --- | --- |
| **Прием пищи** | **Объем в %** |
| Первый завтрак 8 ч. | 20% |
| Второй завтрак 12 ч. | 10% |
| Обед 14 ч. | 20-30 % |
| Полдник 17 ч. | 10% |
| Ужин 19 ч. | 20% |
| Второй ужин 21ч. | 10% |

2. Режим стационарный.

3. Увеличение физ. нагрузки (пешие 60 мин. прогулки, утренняя гимнастика).

4. Инсулинотерапия инсулином и ПССП.

Пероральные гипогликемические препараты (используются в сочетании, с наиболее сильным сахароснижающим эффектом и в больших дозах, т.к. терапией не достигнута желаемая компенсация):

- Сиофор 500 мг 1 раз в обед (бигуанид-метформин является препаратом выбора при ОТ/ОБ>0,85 в сочетании с выраженной инсулинорезистентностью и висцеральным ожирением).

- Манинил 3,5x1 раза в день в обед (глибенкламид - СА, обладающий наиболее сильным сахароснижающим эффектом).

- Инсулинотерапия ИСД - одна инъекция на ночь (в 22.00-23.00) с маленьких доз (6-8 ЕД), увеличивая на 2 ЕД каждые 2-3 дня до тех пор, пока гликемия не снизится до 4-5 ммоль/л для компенсации СД 5.

- Берлитион 300 мг (1-2 раза в сутки)

5. Антигипертензивная терапия A-B-C-D:

А-аспирин (вначале 500мг, затем 100-150 мг в день);

В - b - адреноблокаторы;

С-коррекция гиперлипидемии;

D- ингибиторы АПФ (энап 5 мг><2 раза в сутки).

6. Обучение пациента, самоконтроль.

Пациента нужно обучить тому, как измерять уровень глюкозы при помощи глюкометра, объяснить, зачем контролировать уровень глюкозы и как это делать посредством правильной диеты, физической активности, приема таблеток. Нужно дать методическое пособие, по которому он мог бы рассчитывать суточный каллораж, правильно выбирать продукты для употребления.

Рекомендовать ежегодный осмотр в кабинете «Диабетическая стопа» и у окулиста.