**Паспортная часть**

**Ф.И.О.:** \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

**Возраст:** 69 лет

**Место жительства:** г. Томск,

**Место работы:** на пенсии.

**Семейное положение**: замужем

**Национальность:** русская

**Дата поступления:** 15 февраля 2006 года

**Кем направлен:** направлена участковым терапевтом в плановом

порядке

**Диагноз направления:** Сахарный диабет

**Клинический диагноз:**

1. **Основное заболевание:** Сахарный диабет II типа, средней степени тяжести, фаза декомпенсации.
2. **Осложнения:** Непролиферативная диабетическая ретинопатия. Диабетическая нефропатия I стадии (микроальбуминурия). Дистальная полинейропатия. Жировой гепатоз.
3. **Сопутствующие заболевания:** Хронический пиелонефрит, обострение. Cancer cervicis uteri, состояние после комбинированной терапии в 1999г. Ожирение II степени. Диффузно-узловой зоб I степени (по ВОЗ), клинически эутиреоз. Артериальная гипертензия III степени, риск IV. ИБС: стабильная стенокардия. Хронический цистит. Деформирующий остеоартроз с преимущественным поражением коленных и локтевых суставов. Возрастная катаракта обоих глаз. Хронический катаральный ринит. Хронический субатрофический фарингит. Хроническая левосторонняя нейросенсорная тугоухость. Остеохондроз шейного отдела позвоночника. Плечелопаточный периартериит. Хронический дисбактериоз.

**Жалобы больного**

При поступлении в клинику пациентка \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\* активно предъявляла следующие жалобы:

* слабость, снижение работоспособности
* головокружение
* тошнота
* повышенная жажда
* сухость во рту
* постоянное чувство голода
* повышенный аппетит
* постоянная потливость

При опросе пациентки выявлены дополнительные жалобы:

* учащенное мочеиспускание преимущественно в ночное время (до 2-3 раз за ночь)
* снижение зрения на оба глаза
* онемение и покалывание кончиков пальцев рук и ног, снижение чувствительности стоп
* наличие узлов варикозно расширенных вен и сосудистых звездочек на голенях
* сухость, трещины кожи пяток
* отеки ног возникающие во второй половине дня
* неустойчивый стул
* судороги икроножных и бедренных мышц преимущественно в ночное время
* наличие на коже лица, туловища, верхних и нижних конечностей участков гиперпигментации светло-коричневого цвета. не возвышающихся над уровнем кожи
* головные боли, возникающие при повышении артериального давления до 180\90 мм.рт.ст.
* боли в области сердца колющего характера, возникающие преимущественно при физической нагрузке и проходящие в покое в течение нескольких минут
* боли в правом подреберье, возникающие после приема острой и жирной пищи
* периодически возникающие рези и болезненность при мочеиспускании
* боли в коленных и локтевых суставах, возникающие при физической нагрузке и перемене погоды
* помутнение мочи

**Анамнез развития настоящего заболевания**

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\* считает себя больной с весны 1998г. когда после плановой холецистэктомии через некоторое время появились жалобы на слабость, недомогание, снижение работоспособности, головокружения, постоянную жажду и чувство голода, сухость во рту и сухость кожных покровов, учащенное мочеиспускание преимущественно в ночное время (до 2-3 раза за ночь). Данные симптомы появлялись и нарастали постепенно, сове состояние пациентка связывала с перенесенной операцией и к врачу не обращалась. В январе 1999г. пациентка перенесла тяжелое вирусное ОРВИ, по поводу чего в поликлинике был проведен биохимический анализ крови и впервые выявлена гипергликемия до 15 ммоль\л. Эндокринологом поликлиники было проведено более детальное обследование пациентки, назначена диета, умеренная физическая нагрузка и глюринорм по 1 таблетке 2 раза в день. Данное лечение пациентка получала в течение 5 лет, с ее слов при регулярном контроле сахар крови не опускался ниже 8,0 ммоль\л. Субъективное состояние пациентки при этом несколько улучшилось, но сохранялись жалобы на слабость и повышенную утомляемость. Со слов больной, диету она строго соблюдала. В 2003 году в связи с переездом на постоянное место жительства в г.Томск пациентка была прикреплена к другой поликлинике, где эндокринологом после проведенного обследования (сахар крови 9,0-10,0 ммоль\л) было назначено лечение: глюкофаж 1000мг. При данной терапии пациентка отмечает улучшение состояния. Весной 2005 года сахар 6,7 натощак и 7,1 после еды, однократно сахар понижался до 3,7 ммоль\л. Летом 2005г. сахар в пределах 7,0. В ноябре 2005г. сахара 6.6-8,0-8,2 ммоль\л. 2 февраля 2006г. сахар 13,3-20,0-13,0 в связи с чем к лечению добавлено еще 1000мг глюкофажа в обед. 14 февраля 2006г. у пациентки на плановом приеме у эндокринолога обнаружена гипергликемия до 20 ммоль\л, в связи с чем пациентка 15 февраля 2006г. в плановом порядке госпитализирована в эндокринологическую клинику СибГМУ для дальнейшего обследования и лечения.

**Анамнез жизни**

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\* родилась вторым 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, рожу, педикулез, очень часто болела ангинами. Закончила среднюю общеобразовательную школу, университет по специальности «экономика». Работала в г.Стрежевом главным бухгалтером, профессиональных вредностей в работе не отмечает. На пенсии с 1998г.

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

Замужем, имеет сына. Со слов пациентки беременность протекала без осложнений, вес ребенка при рождении был ниже 3000гр. Роды протекали тяжело. Два медицинских аборта.

В молодости пациентка имела нормальную массу тела, лишний вес набрала после родов, постепенно в течение нескольких лет. После 44 лет масса тела увеличилась до 93 кг. За последние 1,5 года без видимых причин похудела на 8 кг.

Со слов пациентки травм, инфекционных заболеваний небыло. В возрасте 20 лет была произведена аппендэктомия. Длительное время пациентка страдала хроническим холециститом, в 1998г. была проведена плановая холецистэктомия. Гипертонической болезнью пациентка страдает около 20 лет, давление повышается до 180\100 мм.рт.ст. Регулярно принимает гипотензивные препараты индапамид и коринфар-ретард, давление держится в пределах 130\90 мм.рт.ст. В 1999г. пациентке поставлен диагноз cancer cervicis uteri, по поводу данного заболевания пациентка проходила лучевую и химиотерапию в НИИ онкологии. Состоит на «Д» учете у онколога. После лучевого лечения развился хронический цистит и хронический пиелонефрит. С 1998г. отмечает появление на голенях узлов варикозно расширенных вен. Также в течение последних 10 лет страдает деформирующим остеоартрозом с преимущественным поражением коленных и локтевых суставов. В 2000г. на УЗИ выявлены узлы и кисты в щитовидной железе, по поводу чего пациентка получала лечение, какое - не помнит. В 2005г. - перелом правого предплечья.

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

**Семейный анамнез**

Мать пациентки страдала гипертонической болезнью, ИБС, сахарным диабетом II типа, ЦВБ. Умерла от инсульта в возрасте 80 лет.

Отец умер в 74г. от осложнений cancer ventriculi.

Старшая и младшая сестры страдают гипертонической болезнью, ИБС, сахарным диабетом II типа (диагноз поставлен после 40 лет).

Сын и муж здоровы.

**Объективное исследование**

**Общий осмотр.**

*Состояние****:*** удовлетворительное

*Сознание****:*** полное

*Тип телосложения:* гиперстенический

*Положение больного:* активное

*Выражение лица:* осмысленное

*Рост:* 162см.

*Вес:* 85кг.

*Индекс Пинье* = рост - (окружность грудной клетки + масса тела) = 162 -(106+85) = -29 говорит о диспропорциональном соотношении между этими параметрами (в норме ИП колеблется около +20 ±10) т.е.имеется избыток веса

*Индекс массы тела (ИМТ)* = масса тела, кг\ (рост, м)² = 85\1,62² = 32,4 - 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. 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 (I степень увеличения по ВОЗ), несколько диффузно 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 несколько 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:* Носовое дыхание свободное, отделяемого нет. Функции гортани не нарушены. Выдыхаемый воздух без запаха. 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.

*Перкуссия:*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Топографическая перкуссия границ сердца | | |
| Граница | Относительной тупости | Абсолютной тупости |
| Правая | IV межреберье на 1,5см кнаружи от правого края грудины | Левый край грудины |
| Верхняя | III ребро | IV ребро |
| Левая | на l.mediaclavicularis | на l.mediaclavicularis |

*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 миндалины обычного размера и цвета. Язык обычных размеров, розовый, влажный, сосочки умеренно выражены, налета нет. Живот округлой формы, симметричный, брюшная стенка слабо участвует в акте дыхания. В правом подреберье 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.

Границы печени:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Граница | Относительная тупость | Абсолютная тупость |
| верхняя | V ребро | VI ребро |
| нижняя | На границе верхней и средней ⅓ расстояния от пупка до основания мечевидного отростка | |
| левая | Не выходит за левую l.parasternalis | |

Размеры печени по Курлову:

1. От верхней границы абсолютной тупости до нижней границы – 11см.
2. От основания мечевидного отростка до нижней границы – 9см.
3. От основания мечевидного отростка до левой границы – 7см.

*Селезенка:*

Пальпаторно селезенка не определяется.

*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 поколачивания 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 (от15 .02.2006г.)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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, % | 146  4,48  0,9  10,8  16  72  2  0  22  4 | 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: нейтрофильный лейкоцитоз, увеличение СОЭ

1. **Общий анализ мочи (от15.02.2006г.)**

|  |  |
| --- | --- |
| Показатель | Полученные данные |
| Цвет  Прозрачность  Удельный вес  Белок  Глюкоза  Микроскопия осадка | светло-желтый  мутная  1008  отрицательный  отрицательный  лейкоциты 40-50 в поле зрения, единичные клетки плоского эпителия. Бактерии + |

Заключение: лейкоцитурия, бактерийурия

**3.Биохимический анализ крови (от 15.02.2006г.)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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, моль\л  АСАТ мккат\л  АЛАТ мккат\л  Натрий, моль\л  Кальций, моль\л  Проба Реберга   * фильтрация, мл\мин * реабсорбция, мл\мин | 13,8  5,2  0,10  10,9  отрицателен  70,0  4,5  0,37  0,20  146,0  4,3  93,7  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  До 35,0  До 35,0  130-150  3,4-5,3  80-120 |

Заключение: гипергликемия, незначительное повышение уровня АСАТ.

**4. Показатели свертываемости крови (от 15.02.2006г.)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатель | Полученные данные | Нормальные величины |
| Протромбиновый, %  АЧТВ, сек  Фибриноген общий, г/л  Фибриноген В, г/л | 87,1  29  3,5  отрицателен | 80 – 105  25 – 35  2,5 – 3,5  отрицателен |

Заключение: показатели свертывающей системы крови в пределах нормы

**5.Гликемический профиль**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Время | 15.02.2006г. | 24.02.2006г. | 02.03.2006г. |
| 8.00 | ---------------------- | 6,6 | 5,6 |
| 13.00 | 9,4 | 4,0 | 5,0 |
| 18.00 | 8,9 | 5,5 | 10,0 |
| 22.00 | 11,8 | 4,1 | 8,8 |
| 06.00 | 12,6 | 7,2 | ---------------------- |

Заключение: гипергликемия.

**6.Анализ кала на яйца гельминтов (от 15.02.2006г.)**

Заключение: яйца гельминтов не обнаружены

**7.Анализ крови на RW (от 15.02.2006г.)**

Заключение: отрицательный

**8. Глюкозурический профиль (от 20.02.06)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Время | Объем мочи, мл | Плотность мочи | Глюкоза, моль\л |
| 8.00-13.00 | 400,0 | 1014 | 16,4 |
| 13.00-18.00 | 650,0 | 1010 | 8,8 |
| 18.00-22.00 | 200,0 | 1020 | 20,0 |
| 22.00-02.00 | 150,0 | 1005 | 2,9 |
| 02.00-08.00 | 350,0 | 1008 | --------- |

Заключение: глюкозурия.

**9. Анализ мочи по Нечипоренко**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата | Лейкоциты | Эритроциты |
| 17.02.06. | 15000 | 500 |
| 24.02.06. | 20000 | 1000 |
| 28.02.06. | 3750 | 1250 |
| норма: | до 4000 | до 1000 |

Заключение: лейкоцитурия, микрогематурия

**10. Посев на микрофлору (от 20.02.06).**

Заключение: высеяна Esherichia Coli, общее микробное число 500000. умеренная чуствительность к кабенмицину. чувствительна к цефуроксиму. цефотаксиму, цефтриаксону, левомицетину, гентамицину.

**11. Исследование гормонов щитовидной железы (от 15.02.06.)**

ТТГ 0,75 (норма 0,23-3,4 мМЕ\д\л)

**12. Анализ мочи на микроальбумины (от 17.02.06.):**

Заключение: 74,6 мкг\мл (норма 0-25 мкг\мл)

**Данные инструментальных исследований**

1. **ЭКГ (от 15.02.06г.)**

Заключение: горизонтальное положение ЭОС. Синусовая тахикардия 107 ударов в минуту. Небольшие изменения миокарда левого желудочка.

1. **ЭКГ (от 01.03.06г.)**

Заключение: горизонтальное положение ЭОС. Синусовая брадикардия 58 ударов в минуту. Единичные предсердные экстрасистолы. Повышенная нагрузка на левый желудочек.

1. **Остеоденситометрия (от 22.02.2006г.):**

Заключение: остеопения.

1. **Реовазография (от 22.02.06.):**

Заключение: снижение кровоснабжения на уровне голеней с двух сторон IV степени. После пробы с нитроглицерином - III степени. Выраженные изменения на уровне МЦР. Прирост кровотока после пробы с нитроглицерином справа 48,9%, слева 41,5%.

1. **УЗИ ОБП и почек (от 16.02.2006г.):**

Печень не выступает из-под края реберной дуги, КВР правой доли 162мм. Ткань однородная, повышенной эхогенности. Сосудистый рисунок обеднен. Воротная вена диаметром 11мм. Желчные протоки не расширены. Холедох диаметром 3мм. Желчный пузырь удален.

Поджелудочная железа видна четко, контуры ровные, четкие. Ткань повышенной эхогенности, структура однородная, вирсунгова. Головка 26 мм, тело 20 мм, хвост 23 мм.

Селезенка размером 93×40 мм, нижний край острый, ткань не изменена. Стенка внутриселезеночных сосудов уплотнена.

Почки, лежа, расположены правильно, дыхательная подвижность сохранена. Размеры левой почки 106×48 см, правой почки 99×54. Поверхность ровная, слой паренхимы 15 мм, однороден, хорошо дифференцируется от почечного синуса. ЧЛС не расширена, камней нет. В почечном синусе слева овальные жидкостные образования максимальным размером 20×9 мм.

Заключение: Состояние после холецистэктомии. Жировой гепатоз. Липоматоз поджелудочной железы. Кисты почечного синуса слева.

1. **УЗИ щитовидной железы (от 29.09.2005г.):**

Объем 17,2 мл, смешанной эхогенности, мелко- среднезернистая, неоднородная с фиброзными элементами. В нижнем полюсе правой доли умеренно неоднородной гипоэхогенности узел 9×10×10 с мелкими анэхогенными включениями. В левой доле по передней поверхности анэхогенный узел 10×17×15.

Заключение: диффузно-узловые изменения щитовидной железы.

1. **УЗИ щитовидной железы (от 16.02.2006г.):**

Щитовидная железа расположена обычно, форма подковообразная, контуры ровные, четкие, предщитовидные мышцы дифференцируются четко. Перешеек: 2,1 мм

Правая доля: 19·16·45 мм, объем 6,6 мл

Левая доля: 19·17·42 мм, объем 6,4 мл

Эхогенность обычная, структура неоднородная. В нижнем полюсе левой доли определяется жидкостное образование 15×11 мм с гиперэхогенными включениями в стенке, в верхнем полюсе правой доли аналогичное образование 3-5 мм. Справа в нижнем полюсе изоэхогенный неоднородный узел 10×9 мм с кальцинатами и жидкими включениями в структуре. Шейные лимфоузлы не увеличены.

Заключение: кистозно-фиброзные изменения щитовидной железы.

**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.

1. **Консультация невролога:**

Заключение: ХНМК на фоне атеросклероза, сахарного диабета и гипертонической болезни с негрубой неврологической симптоматикой. остеохондроз шейного отдела позвоночника. Плечелопаточный периартериит справа вероятно травматической этиологии.

1. **Консультация ЛОР-врача:**

Заключение: искривление носовой перегородки. Хронический катаральный ринит, хронический субатрофический фарингит. Хроническая левосторонняя нейросенсорная тугоухость.

1. **Консультация гинеколога:**

Заключение: состояние после комбинированного лечения сancer cervicis uteri в 1999г. Синильный кольпит.

**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, повышенный аппетит, сухость во рту, снижение зрения на оба глаза, онемение и снижение чувствительности пальцев рук и ног)
* данных анамнеза (длительная хроническая гипергликемия с 1999г.)
* данных лабораторных исследований (гипергликемия в анализах крови и гликемическом профиле, глюкозурия)

**II тип сахарного диабета** ставится на основании того, что заболевание впервые возникло после 40 лет и имеет длительное хроническое медленно прогрессирующее течение, длительное время была эффективна диетотерапия и пероральные сахаропонижающие препараты. Также у пациентки имеется отягощенный наследственны анамнез по СД II типа.

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

**Фаза декомпенсации сахарного диабета** на момент поступления в клинику устанавливается на основании ухудшения субъективного состояния пациентки, гипергликемии до 20,0 ммоль\л, глюкозурии, наличия ожирения II степени и повышенного АД. наиболее вероятной причиной декомпенсации СД у пациентки является обострение хронического пиелонефрита.

***2. Осложнения:***

**Непролиферативная диабетическая ретинопатия** ставится на основании:

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

**Диабетическая нефропатия I стадии (микроальбуминурия) ставится на основании:**

* жалоб пациентки (полиурия, полидипсия, никтурия)
* лабораторных данных ( микроальбуминурия до 74,6)

**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)
* консультации невролога (ХНМК на фоне сахарного диабета с негрубой неврологической симптоматикой)

**Жировой гепатоз** ставится на основании данных УЗИ органов брюшной полости.

***3. Сопутствующие заболевания:***

**Ожирение II степени** ставится на основании:

* данных анамнеза (постепенная прибавка массы тела после родов и резкая прибавка до 93кг после 44 лет)
* данных объективного обследования (вес 85 кг, по индексу Пинье - избыток массы тела, ИМТ 32,4 - выраженное ожирение).

**Диффузно-узловой зоб I степени (по ВОЗ 1989г.), клинический эутиреоз ставится на основании:**

* отсутствия у пациентки жалоб и клиники характерных для гипотиреоза и гипертиреоза
* данных анамнеза (впервые узлы в щитовидной железе впервые были обнаружены на УЗИ в 2000 году)
* объективного обследования, по которым определяется увеличение щитовидной железы I степени
* данных УЗИ щитовидной железы (от 16.02.2006г.)

Для уточнения функционального состояния щитовидной железы необходимо провести исследование уровня Т3 и Т4.

**Дифференциальный диагноз**

**Почечный диабет**

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

***Отличие:*** при почечном диабете отсутствует гипергликемия, нет типичных для сахарного диабета сосудистых 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 и глюкозурия.

***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 удалось 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 и глюкозурия). Также характерны сопутствующие диффузные или узловые поражения щитовидной железы, снижение зрения и артериальная гипертензия.

***Отличие:*** акромегалия чаще развивается в возрасте 20-40 лет, тогда как у данной пациентки диагноз СД установлен в более позднем возрасте. Для акромегалии характерно изменение черт лица, увеличение конечностей, огрубение голоса, спланхномегалия, гипертрихоз, Анке и фолликулиты, чего у пациентки также не наблюдается.

**Лечение**

1. Режим клинический
2. Диета №9А с исключением хлеба является основой терапии любого типа СД
3. Tab.Glurenormi 0,03 по 1 таблетке утром и вечером

Производное сульфонилмочевины, пероральный сахаропонижающий препарат. Механизм действия обусловлен стимуляцией β-клеток поджелудочной железы, что повышает выброс эндогенного инсулина.

1. Tab.Siofori 500мг по 1 таблетке утром и вечером

Пероральный сахаропонижающий препарат группы бигуанидов. Механизм действия основан на угнетении глюконеогенеза в печени и улучшении утилизации глюкозы периферическими ткнаями.

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

Инсулин короткого действия

1. Sol.Novomixi 8.00 - 18ЕД п\к, 18.00 - 16 ЕД п\к.

Комбинированный адсорбированный инсулин, содержащий инсулин как короткого, так и пролонгированного действия.

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

Препарат тиокотовой кислоты, являющийся патогенетическим методом лечения диабетических ангиопатий. Эффект развивается после 15-20 вливаний.

1. Tab.Enalarili 10 мг по 1 таблетке утром и вечером

Препарат для лечения сердечно-соудистых осложнений СД и коррекции артериальной гипертензии.

1. Tab.Hypothiazidi 25 мг по 1 таблетке утром

Тиазидоподобный диуретик для коррекции артериальной гипертензии и улучшения функции почек.

1. Tab.Nitroxolini 50мг по 2 таблетки 4 раза в день

Производное оксихинолина, уроантисептки для лечения обострения хронического пиелонефрита.

1. Tab.Norbactimi по 1 таблетке утром и вечером

Эубиотик для лечения дисбактериоза.

**Прогноз**

Прогноз при СД всегда неблагоприятный в связи с тем, что заболевания является неизлечимым, неуклонно прогрессирует и ведет к развитию тяжелых специфических осложнений.

**Выписной эпикриз**

Пациентка \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\* находилась на стационарном лечении в отделении эндокринологии клиник СибГМУ с 15.02.06. по 01.03.06. Пациентка поступила 15 февраля в плановом порядке по направлению участкового эндокринолога с диагнозом «Сахарный диабет, декомпенсация» для компенсации состояния, дообследования и подбора адекватной терапии. При поступлении Федько Г.М. предъявляла следующие жалобы:

* слабость, снижение работоспособности
* головокружение
* тошнота
* повышенная жажда
* сухость во рту
* постоянное чувство голода
* повышенный аппетит
* постоянная потливость
* учащенное мочеиспускание преимущественно в ночное время (до 2-3 раз за ночь)
* снижение зрения на оба глаза
* онемение и покалывание кончиков пальцев рук и ног, снижение чувствительности стоп
* сухость, трещины кожи пяток
* отеки ног возникающие во второй половине дня
* неустойчивый стул
* судороги икроножных и бедренных мышц преимущественно в ночное время
* головные боли, возникающие при повышении артериального давления до 180\90 мм.рт.ст.
* боли в области сердца колющего характера, возникающие преимущественно при физической нагрузке и проходящие в покое в течение нескольких минут
* боли в правом подреберье, возникающие после приема острой и жирной пищи
* периодически возникающие рези и болезненность при мочеиспускании
* боли в коленных и локтевых суставах, возникающие при физической нагрузке и перемене погоды
* помутнение мочи

Из анамнеза установлено, что пациентка находится на «Д» учете у эндокринолога по поводу СД II типа в течение 7 лет. Получает глюкофаж 1000 мг 2 раза в день. 14 февраля при плановом осмотре обнаружена гипергликемия 20,0 ммоль\л, в связи с чем пациентка направлена в клинику для госпитализации. При объективном осмотре обнаружено увеличение щитовидной железы I степени, изменение ног (сухая шелушащаяся кожа, снижение чувствительности стоп, тусклые ломкие ногти, снижение местной температуры). Проведены следующие лабораторные и инструментальные исследования: ОАК (лейкоцитоз), ОАМ (лейкоцитурия, бактерийурия), анализ мочи по Нечипоренко (лейкоцитурия, микрогематурия), посев мочи на микрофлору (высеяна E.coli МЧ=500000), БАК (гипергликемия, повышение АСТ), ССК, гликемический профиль (гипергликемия), глюкозурический профиль (глюкозурия), анализ кала на яйца глист, анализ крови на RW, анализ мочи на МАУ (микроальбуминурия), анализ крови на ТТГ, ЭКГ (синусовая брадикардия, экстрасистолия, повышенная нагрузка на ЛЖ), остеоденситометрия (остеопения), реовазография (снижение кровоснабжения на уровне голеней IV степени с 2 сторон), УЗИ ОБП и почек (жировой гепатоз, состояние после холецистэктомии, липоматоз поджелудочной железы, кисты почечного синуса слева), УЗИ щитовидной железы (кистозно-фиброзные изменения). Проведены консультации узких специалистов: окулист (непролиферативная гипертензивно-диабетическая ретинопатия, возрастная катаракта), невролога (ХНМК на фоне атеросклероза, сахарного диабета и гипертонической болезни с негрубой неврологической симптоматикой, остеохондроз шейного отдела позвоночника), ЛОР-врача (искривление носовой перегородки, хронический катаральный ринит, хронический субатрофический фарингит, хроническая левосторонняя нейросенсорная тугоухость), гинеколога (состояние после комбинированного лечения сancer cervicis uteri в 1999г, синильный кольпит).

На основании жалоб, анамнеза, данных объективного и лабораторного исследования, консультаций специалистов поставлен диагноз:

1. **Основное заболевание:** Сахарный диабет II типа, средней степени тяжести, фаза декомпенсации.
2. **Осложнения:** Непролиферативная диабетическая ретинопатия. Диабетическая нефропатия I стадии (микроальбуминурия). Дистальная полинейропатия. Жировой гепатоз.
3. **Сопутствующие заболевания:** Хронический пиелонефрит, обострение. Cancer cervicis uteri, состояние после комбинированной терапии в 1999г. Ожирение II степени. Диффузно-узловой зоб I степени (по ВОЗ), клинически эутиреоз. Артериальная гипертензия III степени, риск IV. ИБС: стабильная стенокардия. Хронический цистит. Деформирующий остеоартроз с преимущественным поражением коленных и локтевых суставов. Возрастная катаракта обоих глаз. Хронический катаральный ринит. Хронический субатрофический фарингит. Хроническая левосторонняя нейросенсорная тугоухость. Остеохондроз шейного отдела позвоночника. Плечелопаточный периартериит. Хронический дисбактериоз.

За период нахождения в клинике пациентка получала следующее лечение:

1. Режим клинический
2. Диета №9А с исключением хлеба является основой терапии любого типа СД
3. Tab.Glurenormi 0,03 по 1 таблетке утром и вечером
4. Tab.Siofori 500мг по 1 таблетке утром и вечером
5. Sol.Actrapidi 8.00 - 6ЕД п\к, 13.00 - 8 ЕД п\к, 18.00 - 8 ЕД п\к.
6. Sol.Novomixi 8.00 - 18ЕД п\к, 18.00 - 16 ЕД п\к.
7. Sol.Thioctacidi 600ЕД в\в капельно на 200 мл физиологического раствора 1 раз в день №20.
8. Tab.Enalarili 10 мг по 1 таблетке утром и вечером
9. Tab.Hypothiazidi 25 мг по 1 таблетке утром
10. Tab.Nitroxolini 50мг по 2 таблетки 4 раза в день
11. Tab.Norbactimi по 1 таблетке утром и вечером

За время лечения субъективное состояние пациентки значительно улучшилось, АД нормализовалось, уровень сахара крови достиг нормальных значений, аглюкозурия. 02.03.06. в удовлетворительном состоянии пациентка выписана под наблюдение эндокринолога поликлиники. Даны рекомендации:

* регулярное наблюдение эндокринолога поликлиники
* продолжение назначенного лечения
* строгое соблюдение диеты №9А
* УЗИ щитовидной железы 1 раз в 6 месяцев
* наблюдение онколога по поводу c-r cervicis uteri
* лечение сопутствующей ЛОР-патологии