Ф.И.О. больного: x

Возраст: 71 года

Дата рождения:

Профессия и место работы: пенсионерка

Пол: женский

Национальность: русская

Место жительства:

Дата поступления: 17.02.1998 г.

Клинический диагноз:

Основное заболевание. Сахарный диабет II типа. Средняя

степень тяжести. Стадия субкомпенсации.

Осложнения. Диабетическая ангиопатия сетчатки.

Диабетическая полиневропатия.

Конкурентное заболевание. Ишемическая болезнь сердца.

Атеросклеротический кардиосклероз. Мерцательная аритмия,

тахисистолическая форма. Симптоматическая артериальная гипертензия.

НК II A.

Куратор: студент Савюк В.Я.

Факультет: ЛПФ

Курс: V

Группа: 1312

Ассистент: Гудкова Т.К.

Томск --- 1998 г.

Анамнез

Жалобы пациента

sub Жалобы, предъявленные больным

При опросе пациентка жалуется на беспокоящие ее жажду, сухость во

рту, увеличение количества выделяемой мочи, зуд кожи и вульвы,

снижение массы тела в последнее время, снижение остроты зрения.

Из общей симптоматики больная указывает на слабость,

быструю утомляемость при выполнении домашней работы. При

дополнительном опросе установлено, что пациентку беспокоят

головокружения и головные боли сопровождающие повышение артериального

давления до 240 /120 мм рт. ст. При физической нагрузке появляется

жгучая боль за грудиной, иррадиирующая в левую руку, левую лопатку,

боль проходит при применении нитроглицерина. Пациентку беспокоит

постоянное чувство сердцебиения. При опросе отмечено, что имеет место

снижение памяти: пациентке трудно вспомнить дату рождения, имена,

названия улицы и др.

Начало и развитие данного заболевания

Пациентка узнала что заболела сахарным диабетом в 1986 году, в

возрасте 60 лет, когда во время профилактического обследования в

поликлинике обнаружено повышение уровня гликемии до 6,1 ммоль/л.

Участковым терапевтом были даны рекомендации по диете,

медикаментозное лечение назначено не было. Какой-либо симптоматики

самой больной в этот период не отмечалось. В 1987 году при

обследовании в поликлинике выявлен уровень гликемии 7,2 ммоль/л. ,

сделана коррекция диеты, медикаменты не назначены. В 1989 году

пациентка проходила обследование и лечение в дневном стационаре, где

у нее было выявлено повышение уровня глюкозы крови до 7,6 ммоль/л,

была направлена к эндокринологу, выставлен диагноз сахарного диабета

II типа, назначен препарат, название которого больная не помнит.

Через 1 месяц уровень гликемии --- 8 ммоль/л, был отменен букарбан и

назначен букарбан в таблетках по 0,5 2 раза в сутки, через некоторое

время, в связи с недостаточностью эффекта, доза была увеличена до 3

таб. В 1994 году уровень гликемии достигал при различных

исследованиях 7--8 ммоль/л, был назначен манинил 2 табл., что привело

к стабилизации течения сахарного диабета на 1 год. В 1995 году

появилась жажда, сухость во рту, зуд кожи, назначен манинил 3 табл.,

что не привело к положительному результату и при следующем

исследовании уровень гликемии достиг 18 ммоль/л. В последние 3--4

года пациентка отмечает, что у нее были состояния, когда она

неадекватно себя вела, теряла ориентацию во времени и пространстве.

При последнем обследовании пациентки в поликлинике сахар крови достиг

18 ммоль/л, в связи с чем пациентка госпитализирована 17.02.98 г. в

эндокринологическую клинику.

Анамнез жизни больного

Родилась 26.12.1926 г. доношенной, воспитывался в семье с

благоприятными социально-бытовыми условиями.

Вскармливание естественное. В семье

росла и воспитывалась с двумя младшими братьями.

Данных о перенесенных в детстве инфекциях, рахите, спазмофилии,

кишечных расстройствах не получено.

Период полового созревания протекал без

особенностей, задержки или ускорения полового развития не было.

Менструации установились с 17 лет, безболезненные, менопауза в 48

лет. Травм, ранений, контузий не было. Операций: в 12 лет

прооперирована по поводу гангренозного аппендицита. Респираторными

заболеваниями болела 1--2 раза в год. Родов 4, один ребенок умер в

раннем возрасте, число абортов не уточнено.

С 1981 года состоит на учете у кардиолога по поводу ИБС, стенокардии

напряжения.

Не курит, алкоголем не злоупотребляет, наркотики не принимает.

Психические, венерические заболевания, гепатит отрицает.

Гемотрансфузий не проводилось. Сан-эпид анамнез не отягощен.

Социально-бытовой анамнез

Больная относится к социализированной группе населения. Материальная

обеспеченность достаточная. Жилище благоустроенное с 1989 года, до

этого проживала в частном доме, хорошо проветриваемое, освещ "енность

нормальная. Питание полноценное, невегетарианское. Одежда

соответствует кли -ма -то-по -год -ным условиям и социальному статусу

больной. Вредными привычками социального характера не страдает.

Профессионально-производственный анамнез

Пациентка имеет среднеспециальное образование. В настоящий

момент на пенсии по возрасту. Всю жизнь проработала на заводе

резиновой обуви. В ночные смены не работала. Режим работы не

приводил к нарушению режима питания пациентки. Производственных

вредностей не было.

Семейный анамнез, наследственность

Родители умерли в старческом возрасте.

Каких-либо сведений о наследственности получить не удалось.

Братья здоровы. Дети здоровы.

Инфо -р -мацией о состоянии здоровья других кровных родственников не

имеет. Данных о возможности влияний семейных инфекций на пациентку

(сифилис, туберкул "ез, нервно-психические заболевания, алкоголизм,

болезни обмена веществ, рак) нет.

Иммунологический анамнез

Аллергологический анамнез в отношении пищевых, лекарственных,

ингаляционных, эпидермальных антигенов не отягощ "ен. Иммунопатологию

у себя и родственников отрицает.

Объективное исследование

Вес: 69 кг

Рост: 149 см

Общее состояние больного: удовлетворительное

Тип телосложения: нормостенический

Подвижность, походка: не изменены

Пропорциональность развития: развита правильно,

пропорционально

Положение пациента: активное

Впечатление силы тонус снижен

Поведение, характер: контактна, адекватна

Сознание: полное, воспоминания смутные

Выражение лица: обычное

Кожа и видимые слизистые оболочки

Кожа обычной окраски. Тургор снижен, эластичная. Влажность

достаточная. Патологических элементов не найдено. На передней

брюшной стенке в правой подвздошной области определяется рубец от

аппендэктомии. Усиления кожного рисунка, извилистости и

расширения поверхностных вен не отмечено. Слизистые оболочки

конъюнктив, носовых ходов розовые, чистые, отделяемого нет. Склеры

нормальной окраски.

Волосы, ногти

Волосы пигментированы, чистые. Перхоти нет. Педикул "еза не

выявлено. Нарушений роста волос в виде чрезмерного роста на теле

или облысения не обнаружено. Ногти гладкие, блестящие, без

поперечной исчерченности, на пальцах ног изменены.

Подкожная жировая клетчатка

Подкожная жировая клетчатка развита избыточно, распределена

равномерно. Пастозности, отеков нет

Патологического локального скопления жира

не найдено.

Мышечная система

Мышцы конечностей и туловища развиты удовлетворительно,

тонус и сила снижены, болезненности нет. Отмечается гипотрофия

межкостных мышц кистей. Других участков выраженной гипотонии,

парезов и параличей не обнаружено.

Костный аппарат

Костная система сформирована правильно. Дефо -р -маций черепа,

грудной клетки, таза и трубчатых костей нет. Плоскостопия нет.

Осанка правильная. Пальпация и перкуссия костей безболезненная.

Суставы

Все суставы не увеличены, не имеют ограничений пассивных и

активных движений, болезненности при движениях, хруста,

изменений конфигурации, гиперемии и отечности близлежащих

мягких тканей.

Лимфатические узлы

При исследовании лимфатических узлов отмечено увеличение

единичных шейных узлов до 3 мм в диаметре --- безболезненные,

эластичные, подвижные. Также пальпируются паховые лимфоузлы ---

множественные, до 4 мм, безболезненные, эластичные,

неподвижные. Другие лимфатические группы (подключичные, локтевые,

подмышечные, бедренные, подколенные) не прощупываются, что

соответствует норме.

Полость рта

Углы рта расположены на одном уровне, губы розовые, губы без

высыпаний и трещин. Слизистые оболочки ротовой полости розовые,

чистые, блестящие. Зубная формула --- 4:5/5:6, кариес, диастема

зубов. Д "есны не изменены. Язык значительно увеличен, нал "ета нет.

Н "ебо, зев, без особенностей. Миндалины выходят за пределы

передних дужек.

Шея

Шея правильной формы. Щитовидная железа не пальпируется.

Пульсация сонных артерий прощупывается с обеих сторон.

Набухания и пульсации яр "емных вен нет.

Органы дыхания и грудная клетка

Нос нормальной формы. Дыхательные пути проходимы, патологического

секрета нет. Выдыхаемый воздух без патологического запаха. Гортань не

изменена.

Грудная клетка нормостеничной конфигурации, ключицы расположены на

одном уровне. Надключичные и подключичные ямки выражены удовлетворительно,

расположены на одном уровне, при дыхании не изменяют своих форм.

Лопатки симметричны, двигаются синхронно в такт дыхания.

Тип дыхания смешанный. Дыхание ритмичное --- 16 в минуту.

Правая и левая половины грудной клетки двигаются синхронно.

Вспомогательная мускулатура в акте дыхания не участвует. Жизненная

"емкость л "егких не измерялась.

Пальпация грудной клетки безболезненная.

Грудная клетка эластична, голосовое дрожание ощущается с одинаковой силой в

симметричных участках. Хруста и крепитации нет.

При перкуссии над передними, боковыми и задними отделами л "егких в

симметричных участках перкуторный звук одинаковый, л "егочный,

гамма звучности сохранена.

Топографическая перкуссия л "егких

Параметр c| Правое c| Левое

Высота верхушек спереди p 4cm |

3 см над ключицей

p 4cm | 3 см над ключицей

Высота верхушек сзади

p 4cm | Ниже уровня VII шейного позвонка на 2 см

p 4cm | Ниже уровня VII шейного позвонка на 2 см

Ширина полей Кренига c| 5 см c| 5 см

Нижняя граница по линиям Граница По -д -ви -ж -ность Граница

По -д -ви -ж -ность

Парастернальная V меж -ре -бе -рье --- --- ---

Срединно--ключичнаяя VI ребро --- --- ---

Передняя аксиллярная VII ребро --- VII ребро ---

Средняя аксиллярная VIII ребро 4 см VIII ребро 4 см

Задняя аксиллярная IX ребро --- IX ребро ---

Скапулярная X ребро --- X ребро ---

Околопозвоночная остистый отросток Th$ \_ XI $ ---

остистый отросток Th$ \_ XI $

---

При аускультации л "егких в клиностатическом и ортостатическом

положениях при спокойном и форсированном дыхании определяется

физиологическое везикулярное дыхание над передними, боковыми и

задними отделами легких. Дополнительных дыхательных шумов не

выявлено. При изучении бронхофонии над периферическими участками л "егких

слышны неразборчивые звуки, что соответствует норме.

Сердце

При осмотре области сердца сердечного горба, усиления верхушечного толчка,

выпячиваний в области аорты, пульсации над легочной артерией, а также

эпигастральной пульсации в ортостатическом и клиностатическом положениях не

обнаружено.

При пальпации сердечной области верхушечный толчок определяется в V

межреберье, кнутри от срединно-ключичной линии на 2 см, не разлитой

(ширина 2 см), не усилен. Толчок правого желудочка не определяется.

Пальпация основания сердца и детальная пальпация области аорты и

области л "егочного ствола инфо -р -мации не да "ет. <Кошачьего

мурлыканья >, болезненности при ощупывании не выявлено.

Перкуссия сердца

Граница Относительная тупость Абсолютная тупость

Правая 1.5 см кнаружи от правого края грудины Левый край грудины

Верхняя Середина III ребра IV ребро

Левая 2 см кнутри от срединно-ключичной линии ---

Границы сердца соответствуют норме.

Высота стояния правого атриовазального угла находится на III реберном хряще

у нижнего его края, на 0.5 см правее правого края грудины.

Размеры сердца: поперечник (сумма двух расстояний правой и левой границ

сердца от срединной линии тела) --- 14 см, длинник (расстояние от

правого атриовазального угла до крайней левой точки контура сердца)

--- 15 см.

Ширина сосудистого пучка --- 6.5 см.

Сердце имеет нормальную конфигурацию.

При аускультации сердца в ортостатическом и клиностатическом

положениях при спокойном дыхании и его задержке выслушиваются

приглушенные тоны сердца. Ослабления, расщепления и раздвоения

тонов сердца, ритма галопа, дополнительных тонов (щелчок

открытия митрального клапана, добавочный систолический тон)

и шумов сердца не обнаружено.

Аорта и сосуды

Пульсации аорты не обнаружено.

Извитости и видимой пульсации области височных

артерий, <пляски каротид >, симптома Мюссе и капиллярного пульса нет.

Вены конечностей не переполнены. Сосудистых зв "ездочек и <caput

medusae > нет. Венный пульс не определяется.

Артериальный пульс на обеих лучевых артериях имеет одинаковую

величину; пульс аритмичен (pulsus irregularis), частота --- 92 в

минуту, дефицита нет, пульс напряж "енный, тв "ердый (pulsus

durus), полный (pulsus plenus), неравномерный по наполнению,

скорый по форме (pulsus celer). Пульсовая

волна пальпируется на височных, сонных, бедренных, подколенных и

артериях стопы. Мерцательная аритмия.

При аускультации артерий и вен выслушиваются I и II тоны на

aa.carotis communis и aa.subclaviae, на других артериях тонов

нет. Шумов не отмечено. Над венами не выслушиваются ни тоны, ни

шумы.

Артериальное давление

Систолическое Диастолическое

Правая рука 220 мм рт. ст. 100 мм рт. ст.

Левая рука 240 мм рт. ст. 110 мм рт. ст.

Пульсовое давление ---130 мм рт. ст.

Живот

Живот нормальной формы. Жидкость в брюшной полости методом

флюктуации не определяется. Признаков расстройства портального

кровотока, тромбоза и сдавления vv. cavae superior et inferior в

виде головы медузы и усиления сосудистой сети на брюшной стенке

не обнаружено. Грыжевых выпячиваний в области пупка, паховых

областях, в области белой линии живота нет. Признаков

метеоризма, видимой перистальтики, грелочных пигментаций во

время исследования не обнаружено. Симптом Щ "еткина - Блюмберга

отрицательный.

Желудок

При осмотре области желудка каких-либо изменений не отмечено.

При перкуссии

нижняя граница определяется на 3 см выше пупка, что

подтверждается при аускультафрикции. Шум плеска не определяется.

Большая кривизна расположена на 3 см выше пупка, стенка желудка

ровная, эластичная, подвижная, безболезненная. Пальпация точек

Боаса, Опенховского, Мак Берни безболезненная.

Кишечник

При поверхностной л "егкой пальпации болезненности нет.

Сигмовидная кишка расположена правильно, диаметр 2 см,

эластичная, стенка гладкая, ровная, подвижная, безболезненная,

урчания нет. Caecum расположена правильно, диаметр 3 см,

эластичная, стенка гладкая, ровная, подвижная, безболезненная,

урчания нет. Поперечно ободочная кишка расположена

выше пупка на 2 см, диаметр 3 см, эластичная, стенка

гладкая, ровная, подвижная, безболезненная, урчания нет.

Восходящая часть толстого кишечника расположена правильно,

диаметр 2.5 см, эластичная, стенка гладкая, ровная, подвижная,

безболезненная, урчания нет. Нисходящий отдел расположен правильно,

диаметр 2 см, эластичный, стенка гладкая, ровная, подвижная,

безболезненная, урчания нет.

Поджелудочная железа

Pancreas не пальпируется, что является нормой. Типичные точки

безболезненные.

Печень

Перкуссия.

Ориентир Граница

Относительная верхняя граница по linea clavicularis

dextra Середина VI ребра

Абсолютная тупость по linea clavicularis

dextra сверху Нижний край VI ребра

Граница по linea clavicularis

dextra снизу Совпадает с краем реберной дуги

Верхняя граница по linea mediana anterior

Основание мечевидного отростка

Нижняя граница по linea mediana anterior

Между верхней и средней третями расстояния от пупка до

основания мечевидного отростка

Левая граница по реберной дуге

Linea parasternalis sinistra

Ординаты Курлова 10, 9 и 8 см

При поверхностной пальпации печени болезненности не выявлено.

При глубокой --- на глубоком вдохе край печени выходит из-под

края реберной дуги на 0.5 см по linea clavicularis

dextra. Край печени эластичный, гладкий, острый, ровный,

безболезненный.

При осмотре области желчного пузыря каких-либо изменений не

обнаружено. Пальпация безболезненная (симптом Курвуазье

отрицательный). Симптомы Мюсси, Ортнера отрицательны.

Селез "енка

Перкуссия.

Ориентир Граница

Верхняя граница по linea axillaris medialis sinistra IX ребро

Нижняя граница по linea axillaris medialis sinistra XI ребро

Задний верхний полюс Linea scapularis sinistra

Передний нижний полюс Linea costoarticularis

Поперечник селез "енки --- 6 см, длинник ---12 см.

Селез "енка не пальпируется, что соответствует норме.

Почки и мочевыводящие пути

Левая и правая почки в горизонтальном и вертикальном положениях не

пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицателен. Мочевой пузырь не

определяется, перкуторный звук над лобком без притупления.

Нервная система

Асимметрии лица, сглаженности носогубной складки, отклонения языка в

сторону нет. Зрачки синхронно двигаются, реакция на свет и

аккомодацию одинаковая, нормальная. Движения координированные,

уверенные.

При обследовании в

положении л "ежа симптом натяжения (Ласега) положительный,

особенно выражен справа. Других патологических рефлексов не выявлено,

сухожильные рефлексы без особенностей. Болевая и тактильная

чувствительность снижена на пальцах рук, в других областях не

изменена. В позе Ромберга

устойчива. Общего тремора пальцев вытянутых рук нет.

Лабораторные исследования

Анализ крови клинический

Дата: 18.02.1998 г.

Показатель Результат Норма head

Гемоглобин 142 г/л М --- 132.0--164.0 г/л,

Ж --- 115.0--145.0 г/л

Эритроциты $4.57 cdot 10^ 12 $/л М --- $(4.5-5.0) cdot 10^ 12 $/л,

Ж --- $(3.7-4.7) cdot 10^ 12 $/л

Цветовой показатель 0,9 0.86--1.05

СОЭ 10 мм/ч М --- 1--10 мм/ч,

Ж --- 2--15 мм/ч

Лейкоциты $5,9 cdot 10^ 9 $/л $(4.0-8.0) cdot 10^ 9 $/л

Нейтрофилы палочкоядерные 2 % 1--6 %

Нейтрофилы сегментоядерные 76 % 47--72 %

Эозинофилы 2 % 0.5--5 %

Лимфоциты 17 % 19--37 %

Моноциты 3 % 3--11 %

Заключение: без изменений.

Анализ мочи клинический

Дата: 10.02.1998 г.

Показатель Результат Норма head

Цвет мочи соломенно--ж "елтый соломенно--ж "елтый

Прозрачность прозрачная прозрачная

Относительная плотность 1025 1.010--1.025

Белок отр. отр.

Глюкоза отр. отр.

Лейкоциты 2--3 в п/зр. М --- до 3 в п/зр.,

Ж --- до 5 в п/зр.

Заключение: изменений нет.

Биохимический анализ крови

Дата: 10.02.1998 г.

Показатель Результат Норма head

Общий белок плазмы 76,3 г/л 65--85 г/л

Мочевина 3,7 ммоль/л 2,5--8,3 ммоль/л

Креатинин крови 0.07 ммоль/л М --- 0.044--0.1 ммоль/л, Ж ---

0.044--0.088 ммоль/л

Холестерин 4.4 ммоль/л 3.9--6.5ммоль/л

ЛПОНП 0,33 ммоль/л 0.33--0.55ммоль/л

СРБ - -

Серомукоиды 0,28 ммоль/л 0.13--0.2 ммоль/л

Заключение: не изменен.

Глюкозурический профиль

Дата: 18.02.1998 г.

Время исследования Глюкоза мочи, (г) Глюкоза мочи, ( %) Плотность мочи head

08--13 1,25 2,5 1039

13--18 11,0 2 1030

18--22 10,0 2 1028

22--02 2,5 1 1024

02--08 1,25 0,5 1021

Заключение: отмечена глюкозурия, особенно выраженная в утреннее

и дневное время.

Гликемический профиль

Дата: 19--20.02.1998 г.

Время исследования Глюкоза крови, (ммоль/л) Лечение head

8ч 7,0 6 ЕД + манинил

13ч 9,7 6 ЕД

18ч 11,4 6 ЕД + манинил

22ч 10,1

6ч 8,7

Заключение: высокие уровни гликемии, особенно в дневное время.

Инструментальное обследование

Электрокардиография

Заключение. Нормальное положение электрической оси сердца.

Мерцательная аритмия. ЧСС 90 в мин. Гипертрофия миокарда левого

желудочка с его перегрузкой. Диффузные изменения миокарда.

Консультации

Окулист

Дата: 23.02.98 г. Заключение: Диабето-гипертоническая ангиопатия.

Невропатолог

Дата: 24.02.98 г. Заключение: Диабетическая полиневропатия.

Обоснование диагноза

На основании жалоб пациентки на жажду, сухость во

рту, увеличение количества выделяемой мочи, зуд кожи и вульвы,

снижение массы тела в последнее время, снижение остроты зрения, слабость,

быструю утомляемость при выполнении домашней работы представляется

возможность подозревать сахарный диабет. В анамнезе больной данное

заболевание имеет место и неоднократно подтверждено лабораторными

данными. При объективном обследовании пациентки в клинике обнаружены

гипергликемия и глюкозурия, что делает диагноз сахарного диабета

неоспоримым.

Для решения вопроса о классе сахарного диабета проанализированы

следующие данные: к моменту начала заболевания пациентке было уже

далеко за 40 лет; пациентка страдала на момент начала болезни

ожирением высокой степени; в анамнезе нет данных, свидетельствовавших

о достоверном развитии кетоза; начало заболевания постепенное,

длительный период гипергликемии без клинической манифестации болезни;

других дифференциально-диагностических данных нет, но имеющейся

информации вполне достаточно, чтобы поставить диагноз сахарного

диабета II типа.

Что касается определения степени тяжести сахарного диабета, то

необходимо учитывать следующее. Признаки заболевания достаточно

выражены, уровень гликемии натощак много раз превышал 8,8 ммоль/л,

имеются хронические осложнения, стаж заболевания продолжительный, в

течении диабета не раз наблюдались <всплески >, с подъемом сахара

крови до очень высоких цифр --- все это не подразумевает под собой

легкую степень тяжести.

Тяжелую степень диабета не позволяет поставить то, что у пациентки не

было достоверно диагностированных коматозных состояний, осложнения

умеренной степени выраженности, стаж диабета 12 лет, пациентка в

состоянии выполнять нетяжелую работу по дому. Следовательно, у

больной имеет место диабет средней степени тяжести: признаки

заболевания отчетливы, гликемия натощак не превышает 12 моль/л,

суточная глюкозурия в пределах 70 г, хронические умеренные

осложнения, периодическое снижение трудоспособности, неопределенные

указания в анамнезе, напоминающие картину кетоацидоза, компенсация

вызывается помимо диетотерапии применением пероральных

Степень декомпенсации у пациентки II, т.е. диабет

субкомпенсированный, т.к. предъявлены жалобы на полидипсию,

полифагию, имеется гипергликемия, достигшая при поступлении 18

ммоль/л, жалобы на потерю в весе в последнее время, признаки

дегидратации при поступлении.

При обследовании узкими специалистами установлено, что у пациентки

имеются хронические осложнения сахарного диабета, а именно,

ретинопатия сетчатки I стадии --- диабетическая ангиопатия сетчатки;

нейропатия центральной нервной системы.

Убедительных данных за другие

микроангиопатии в данное время нет.

Из других заболеваний на основании жалоб, результатов объективного

статуса и лабораторно-инструментальных методов

исследования диагностирована ИБС, атеросклеротический кардиосклероз,

мерцательная аритмия, тахисистолическая форма, симптоматическая

артериальная гипертензия. Поскольку ИБС является серьезным

заболеванием, которое может привести пациентку к летальному исходу,

то она выставляется как конкурентное заболевание.

Клинический диагноз:

Основное заболевание. Сахарный диабет II типа. Средняя

степень тяжести. Стадия субкомпенсации.

Осложнения. Диабетическая ангиопатия сетчатки.

Диабетическая полиневропатия.

Конкурентное заболевание. Ишемическая болезнь сердца.

Атеросклеротический кардиосклероз. Мерцательная аритмия,

тахисистолическая форма. Симптоматическая артериальная гипертензия.

НК II A.

Этиопатогенез

Анализируя этиопатогенетические механизмы развития сахарного диабета

у пациентки понятно, что основной причиной заболевания являлось

имевшееся тогда ожирение, что привело к отложению жира в бета-клетках

островков Лангерганса, с явлениями абсолютной и относительной

(вследствие самого ожирения) инсулиновой недостаточности.

Лечение

Учитывая неполную компенсацию, поступление в тяжелом состоянии и

высокий уровень гликемии показаны не только пероральные

сахароснижающие препараты, но и инсулин.

Малая эффективность терапии сульфониламидными препаратами на

догоспитальном этапе обусловлена по видимому вторичной резистентностью

к ним, вследствие истощения бета-клеток, а также возможной первичной

их дистрофией. Также возможно у пациентки имеется определенная

инсулинорезистентность к собственному инсулину, что является

характерным для ИНСД, требуется дополнительный экзогенный инсулин.

Проведенные в последнее время исследования показали, что

хроническая гипергликемия оказывает токсическое действие на

бета-клетки поджелудочной железы и нарушает секрецию инсулина

(глюкозотоксичность) Возникающий в результате феномен

"слепоты к глюкозе" имеет важные последствия, и любая попытка

снижать уровень гликемии способствует восстановлению функции

бета-клеток.

В литературе сообщали о том, что высокие дозы

сульфаниламидов могут вызывать резистентность бета-клеток

поджелудочной железы к дальнейшей стимуляции производными

сульфонилмочевины. К счастью, этот процесс обратим, является

специфичным лишь для этих препаратов и не относится к другим

стимуляторам функции бета-клеток.

Показано, что эффективность сульфаниламидных препаратов

восстанавливается после периода их отмены, на фоне коррекции

гликемии другими средствами, в частности диетой, упражнениями и

инсулином

Кроме того, с возрастом и развитием клиники заболевания

секреция инсулина постепенно нарушается. Инсулинотерапия показана

в той ситуации, когда диетотерапия в сочетании с максимальными

фазами пероральных препаратов не обеспечивают поддержание

нормогликемии (уровень гликемии натощак менее 6,0 ммоль/л).

В этом случае улучшить контроль может присоединение к прежней

терапии инъекции базального инсулина.

Следовательно, пациентка нуждается в

инсулинотерапии, быстрый контроль гликемии может быть достигнут

либо на фоне интенсивного режима инсулинотерапии, либо сочетания

инсулина с сульфаниламидами II генерации. Режим "ночной

инъекции" базального инсулина в сочетании с дневным приемом

производных сульфонилмочевины (BIDS) в ходе тщательных

исследований продемонстрировали эффективность и приемлемость

для большинства пациентов. На фоне этого вида терапии

наряду со снижением продукции глюкозы печенью происходит

уменьшение глюкозотоксичности и частичное

восстановление секреторной функции бета-клеток. Лишь

небольшая часть этих пациентов нуждается в инсулинотерапии на

регулярной основе.

Пациенты с тяжелым ИНСД, проявляющимся выраженной потерей в

весе и мышечной атрофией, без сомнения, нуждаются в

инсулинотерапии.

В этой ситуации интенсивная терапия может привести к

быстрому улучшению гликемического контроля. Кроме того, она

может проводиться временно в период кризисов в течении заболевания

или как "прелюдия" к постоянной терапии инсулином.

Учитывая все вышесказанное назначен инсулин в следующей дозировке:

масса 70 кг, следовательно суточная доза может достигать 40 ЕД,

в качестве базисной терапии назначается ИЦС по 12 ЕД утром и 8 ЕД на

ночь, Актрапид --- 6 ЕД утром, 8 ЕД в обед и 4 ЕД на ночь. При

проведении очередных профилей глюкозурии и гликемии дозировки

могут быть далее откоррегированы.

Для лечения симптоматической гипертензии назначен эналаприл в

дозировке 2,5 мг per os утром и вечером. Для коррекции мерцательной

аритмии строфантин 0,05 % раствор, 0,5 мл на физиологическом растворе

с последующей с последующим переходом на препараты наперстянки. Для

улучшения коронарного кровотока назначен препарат курантил. Для

улучшения периферического кровоснабжения назначен трентал.

Учитывая возможность развития полипрогмазии выбран комплекс из 5

препаратов, оказывающих влияние на все патологические процессы,

обусловливающие тяжесть состояния в данный момент.

enumerate

Диета No 9.

Режим стационарный.

Личная гигиена больного.

Медикаментозная терапия

Actrapidi (40ЕД--1ml) 6ЕД до завтрака, 8 ЕД до обеда и 10 ЕД

до ужина; ИЦС 12 ЕД утром и 8 ЕД вечером.

Tab. Enalaprili по 2,5 мг утром и вечером.

Sol. Strophantini 0.05 % 0.5 ml на 20 мл физиологического

раствора внутривенно очень медленно. Утром (10 часов) и вечером (22

часа).

Tab. Curantyli 0,025 3 раза в день за 1 час до еды.

Dragge Trentali 0.1 по 2 драже 3 раза в день не разжевывая.

enumerate

Эпикриз

Пациентка x поступила в эндокринологическую клинику

17.02.98 по направлению эндокринолога поликлиники. Предъявляла жалобы

на на беспокоящие ее жажду, сухость во

рту, увеличение количества выделяемой мочи, зуд кожи и вульвы,

снижение массы тела в последнее время, снижение остроты зрения,

слабость,

быструю утомляемость при выполнении домашней работы,

головокружения и головные боли сопровождающие повышение артериального

давления до 240 /120 мм рт. ст., при физической нагрузке появляется

жгучая боль за грудиной, иррадиирующая в левую руку, левую лопатку,

боль проходит при применении нитроглицерина. Пациентку беспокоит

постоянное чувство сердцебиения. При опросе отмечено, что имеет место

снижение памяти: пациентке трудно вспомнить дату рождения, имена,

названия улицы и др.

В анамнезе сахарный диабет II типа, ИБС. На основании проведенных

клинических и лабораторных обследований выставлен клинический

диагноз (см. обложку). Назначено лечение. Динамика положительная.

Рекомендовано продолжать лечение и коррекцию дозы инсулина.

Подпись куратора : САВЮК В.Я.

Балаболкин М.И. Эндокринология: Учеб. пособие. --- М.: Медицина,

1989. --- 416 с. --- (Учеб. лит. Для субординаторов и интернов).

Потемкин В.В. Эндокринология. --- М.: Медицина, 1986. --- 432 с., ил.

Терапия: пер. с англ. доп. // гл. ред. А.Г. Чучалин --- М.: ГЭОТАР

МЕДИЦИНА, 1997. С. 58--65, 537--546, 617--621.

Внутренние болезни. В 10 книгах. Книги 7; 9: Пер. с англ./ Под ред.

Е. Браунвальда, К.Дж. Иссельбахера, Р.Г. Петерсдорфа и др. --- М.:

Медицина. --- 1995.

Медведев В.В., Волчек Ю.З. Клиническая лабораторная диагностика:

Справочник для врачей / Под ред. В.А. Яковлева. --- СПб.: Гиппократ,

1995. --- 208 с.

Тетенев Ф.Ф. Физические методы исследования в клинике внутренних

болезней (клинические лекции). --- Томск: Изд-во Том. ун-та, 1995.

Струков А.И., Серов В.В. Патологическая анатомия: Учебник. --- М.:

Медицина, 1993.

Справочник практического врача / Под ред. А.И. Воробь "ева --- М.:

Медицина, 1992. --- В 2 томах. Т. 1.

Машковский М.Д. Лекарственные средства. В двух частях. Ч. 1., Ч. 2

--- М.: Медицина, 1993.

Внутренние болезни: Учебник/Ф.И. Комаров, В.Г. Кукес, А.С. Сметнев и

др.; Под ред. Ф.И. Комарова, В.Г. Кукеса, А.С. Сметнева. --- 2-е

изд., перераб. и доп. --- М.: Медицина, 1990. --- 688 с., ил.

Балаболкин М.И., Гаврилюк Л.И. Диагностический справочник

эндокринолога. --- Кишинев: Картя Молдовянскэ, 1984. --- 201 с.