**Клинический диагноз:**

*Основной*: Сахарный диабет II типа, средняя степень тяжести, субкомпенсированная стадия. Цирроз печени.

*Осложнения основного*: микроангиопатия ног.

*Сопутствующий*: Гипертоническая болезнь, I стадия, средний риск.

**Паспортная часть.**

1. ФИО: \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

2. 72 года

4. пол женский

5. г. Ярославль,

6. образование - среднее специальное

7. пенсионер

8. инвалид II группы.

9. поступила 23.05.2001

**Жалобы.**

На момент поступления в стационар больная предьявляла жалобы на выраженную слабость, отеки, боли в правом подреберье, сухость во рту, на нарушение сна, сердцебиение, постоянные ноющие боли в икроножных мышцах обеих ног, на зябкость в ногах.

**Anamnesis morbi.**

Больной себя считает с 1980 года, когда был выставлен диагноз сахарный диабет. Результаты первых анализов крови больная не помнит. Стала соблюдать диету: ограничивала себя в сладком, из лекарственных препаратов принимала манинил 0.005 г 1 раз в день. Затем в 1995 обратилась в поликлинику по поводу ухудшения самочувствия: головокружения, слабость, сухость во рту, боли в правом подреберье. По результатам анализов крови: сахар – 17.5 ммоль/л со слов больной, ей назначили инсулин подкожно 32 ЕД в сутки (тк манинил с высокой гепатотоксичностью противопоказан при воспалительных заболеваниях печени). В результате приема инсулина сахар в крови удалось снизить до 4.0 – 5.0 ммоль/л, что дало основание в январе 2001 года снизить суточную дозу инсулина до 8-10 ЕД. Со слов больной, сахар в крови не увеличивался. В последнее время больная почувствовала ухудшение самочувствия: появились обширные отеки, слабость, сухость во рту, ноющие боли и зябкость в ногах. С этими жалобами больная обратилась в приемный покой МСЧ АО "Автодизель" и была госпитализирована в I терапевтическое отделение, где находится 23 сутки. За время лечения больная отмечает улучшение состояния: отеки исчезли, слабость уменьшилась.

**Anamnesis vitae.**

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\* родилась в г. Москва в 1929 году. Материально-бытовые условия считает удовлетворительными. Росла и развивалась нормально. Менструации начались с 14 лет, цикл установился сразу, длится 28 дней, менструации по 4-6 дней, умеренные, безболезненные. Окончила 7 классов, училась в торговом училище. В 1950 году устроилась работать в Ярославле продавцом в кафе, где проработала до 1980 года. Профессиональных вредностей не отмечает. Алкоголем не злоупотребляет, наркотики не принимает. Перенесенные заболевания: холецистэктомия 15 лет назад, бронхит, ветряная оспа, пневмония. Наличие в анамнезе венерических, психических заболеваний, туберкулеза, болезни Боткина, вирусного гепатита В, ВИЧ-инфекции отрицает. Наследственность не отягощена. Аллергические реакция на лекарственные препараты отрицает. Гемотрансфузий не было.

**Status praesens.**

Общее состояние средней степени тяжести, положение активное, сознание ясное, выражение лица спокойное. Телосложение правильное, конституция нормостеническая. Вес 76 кг, рост 165 см, ИМТ=26,9, температура тела в подмышечной впадине 36,70С.

Питание умеренное: рост и вес больного соответствуют. Развитие подкожно-жирового слоя умеренное, толщина складки ниже угла лопатки 1.5 см.

Кожные покровы розового цвета, гиперпигментации не наблюдается, повышенной потливости, сыпей, шелушения, расчесов нет. Цианоз губ, ног, кожа на ногах бледная. Гнойников, язв, пролежней и рубцов на коже нет. Влажность кожи умеренная, тургор тканей и эластичность кожи снижены. Температура кожи равномерна на всех участках тела, кроме ног, где она понижена. Ногти, волосы без патологических изменений, соответственно возрасту больной.

Слизистые губ, носа, рта - бледно-розовые, влажные, высыпаний нет, склеры не изменены, иктеричности не наблюдается.

На ногах у больной расширены подкожные вены, периодически (со слов больной) появляются отеки нижних конечностей. Пастозности не отмечается.

Пальпируются одиночные подчелюстные лимфатические узлы, размером 1 см, овальной формы, эластичные, безболезненные, не сращенные с кожей, окружающими тканями и между собой; кожа над ними не изменена. Затылочные, околоушные, подбородочные, шейные, подключичные, надключичные, подмышечные, локтевые, паховые и подколенные лимфоузлы не пальпируются.

**ДЫХАТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА**

Носовое дыхание свободное, выделений из носа нет. Форма грудной клетки нормостеническая, асимметрия отсутствует. Ширина межреберных промежутков 1,2 см, направление ребер умеренно косое, лопатки плотно прилегают к грудной клетке. Смешанный тип дыхания. Движения грудной клетки при дыхании равномерные, межреберные промежутки не западают и не выпячиваются. Число дыхательных движений - 18 в минуту. При пальпации грудной клетки болезненности не обнаружено. Перкуторно границы легких в норме. При проведении сравнительной перкуссии над перкутируемой поверхностью легких перкуторный звук ясный, легочный, одинаковый в симметричных участках грудной клетки. Аускультативно дыхание везикулярное, справа ниже угла лопатки выслушиваются мелкопузырчатые хрипы.

**ОРГАНЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ**

Артериальный пульс одинаковый на обеих лучевых артериях, 68 в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения, соответствует частоте сердечных сокращений. Артериальное давление на лучевых артериях обеих рук со-ставляет: систолическое 140, диастолическое 90 мм рт.ст.

Верхушечный толчок сердца локализованный, на 1,5 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Перкуторно границы относительной сердечной тупости в норме. При аускультации тоны сердца приглушены, ритмичные, патологических шумов и шума трения перикарда не выявлено.

При осмотре области проекции сонных артерий и яремных вен видимой пульсации и набухания не обнаруживается. Пальпаторно сонные, подключичные, плечевые, локтевые, подколенные - мягкие, эластичные, пульсация тыльных артерий стопы ослаблена.

**ОРГАНЫ ПИЩЕВАРЕНИЯ**

Язык суховатый, с белым налетом. Живот правильной формы. Видимой на глаз перистальтики и расширенных подкожных вен нет. Кожа живота не изменена, при пальпации живот мягкий, безболезненный. Нижний край печени пальпируется на 7,5 см ниже края реберной дуги, острый, слабоболезненный, каменистой плотности. Селезенка не пальпируется. Физиологические отправления в норме.

Размеры печени по Курлову:

|  |  |
| --- | --- |
| по правой срединно-ключичной линии | 14 см |
| по срединной линии | 10 см |
| по рёберной дуге | 8 см |

**МОЧЕПОЛОВАЯ СИСТЕМА**

При осмотре поясничной области гиперемии кожи, сглаживания контуров и выбухания области почек не выявлено. Пальпаторно в положении лежа и стоя почки не пальпируются. Симптом поколачивания по поясничной области с обеих сторон отрицательный. Мочевой пузырь не пальпируется. Мочеиспускание безболезненное, 8-9 раз в сутки, из них 3-4 раза ночью. Вторичные половые признаки выражены по женскому типу согласно возрасту и полу.

При осмотре щитовидной железы увеличения размеров не выявлено. Пальпируется перешеек железы мягкой консистенции, безболезненный, подвижный.

Нервная система: психическая сфера не страдает, обоняние сохранено в полном объеме, зрение ослаблено. Болезненности точек Валле при пальпации нет. Слух сохранен. Сухожильные рефлексы на верхних и нижних конечностях ослаблены. Чувствительность сохранена.

**Status localis**

 При осмотре кожа в области стоп бледная, сухая. Стопы прохладные на ощупь, поверхностная чувствительность (температурная, болевая, тактильная) симметрично несколько снижена на обеих стопах.

**Предварительный диагноз.**

**Основной**: Сахарный диабет II типа, цирроз печени.

**Осложнения основного**: микроангиопатия ног.

**Сопутствующий**: Гипертоническая болезнь, I стадия, средний риск.

**План обследования и результаты**

**дополнительных методов обследования.**

1. Общий анализ крови. Клинический минимум. Ожидаю увидеть норму или анемию.

2. Общий анализ мочи. Клинический минимум. Ожидаю увидеть сахар в моче.

3. Анализ крови на сахар натощак. Для подтверждения диагноза сахарный диабет (повышение уровня сахара в крови).

4. Анализ крови на АСТ, АЛТ, холестерин, билирубин, ЛДГ (для подтвержения диагноза гипертонической болезни – гиперхолестеринемия)

5. ЭКГ и эхокардиоскопия (для подтверждения гипертонической болезни – гипертрофия миокарда)

6. УЗИ органов брюшной полости. Для подтверждения диагноза цирроз печени.

1) **Общий анализ крови**:

*Эритроциты - 4,84\*1012/л*

*Гемоглобин - 117 г/л*

*Лейкоциты - 3,3\*109/л*

*Эозинофилы – 1%*

*Сегментоядерные – 63%*

*Палочкоядерные – 2%*

*Лимфоциты – 30%*

*Моноциты – 4%*

*СОЭ - 5 мм/ч*

Заключение: анализ без патологии.

2) **Анализ крови на белки и белковые фракции**.

*СРБ - "1"*

*АСТ – 35 г/л*

*АЛТ – 39 г/л*

*Общий белок 67 г/л.*

*ХЛ - 6.2 ммоль/л*

Заключение: гиперхолестеринемия.

3) **Анализ крови на сахар натощак**.

Сахар в крови – 5.6 ммоль/л

Заключение: сахар в крови.

4) **Анализ мочи.**

*Цвет - светло-желтый*

*Прозрачность - мутная*

*Реакция - кислая*

*Удельный вес - 1014*

*Белок - 0,33 ммоль/л*

*Сахар – положительно 11 ммоль/л*

*Лейкоциты - 1-2 в поле зрения*

*Эритроциты отсутствуют*

*Слизь в небольшом количестве.*

Заключение: сахар в моче.

7) **ЭКГ и ЭХО-кардиоскопия.** *Стенка левого желудочка утолщена, снижение индексов сократимости левого желудочка.*

9) **УЗИ органов брюшной полости.**

Заключение: печень увеличена, эхогенность повышена, структура зернистая. Vv portae et splenica в пределах нормы. Периферические желчные протоки не расширены. В холедохе в супрадуоденальной части лоцируется камень 2.2х1.2 см, отток желчи по периферии камня. Pancreas несколько уменьшена в объеме, эхоуплотнена, однородна.

**Обоснование клинического диагноза.**

**Клинический диагноз:**

*Основной*: Сахарный диабет II типа, средняя степень тяжести, субкомпенсированная стадия. Цирроз печени.

*Осложнения основного*: микроангиопатия ног.

*Сопутствующий*: Гипертоническая болезнь, I стадия, средний риск.

***САХАРНЫЙ ДИАБЕТ:***

**На основании жалоб больной**: на выраженную слабость, сухость во рту, на нарушение сна.

**На основании an. morbi**: продолжительная гипергликемия в течение последних 15 лет от 5.5 до 17.5 ммоль/л.

**На основании st. praesens**: язык суховатый, с белым налетом.

**На основании доп. методов исследования**: гипергликемия натощак, глюкозурия.

***II ТИПА На основании:***

1. возраст к началу заболевания старше 40 лет.

2. начало болезни постепенное (в течение последних 15 лет)

3. масса тела увеличена (ИМТ=26,9)

4. клиническая симптоматика стертая - выраженная слабость, сухость во рту, на нарушение сна.

5. течение диабета – относительно стабильное

6. кетоацидоз не развивался

7. чувствительность к препаратам сульфанилмочевины – достаточно высокая.

***СРЕДНЯЯ СТЕПЕНЬ ТЯЖЕСТИ:***

1. компенсация может быть обеспечена с помощью пероральных сахароснижающих препаратов (манинил), которые больная не принимает в связи с циррозом печени.

2. осложнения, не нарушающие функцию органов (микроангиопатия стоп)

***СУБКОМПЕНСИРОВАННАЯ СТАДИЯ:***

1. глюкоза натощак – 5.6 ммоль/л

2. глюкоза в моче – 11 ммоль/л (0.4%; N <5%)

3. общий холестерин – 6.2 ммоль/л

4. ИМТ= 26,9

6. АД = 140/90 мм рт. ст.

***ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ:***

**На основании жалоб:** отеки, боли в правом подреберье. **Истории заболевания:** прием манинила. **Объективного осмотра**: нижний край печени пальпируется на 7,5 см ниже края реберной дуги, острый, слабоболезненный, каменистой плотности; увеличены размеры печени по Курлову. **По данным доп. методов**: печень увеличена, эхогенность повышена, структура зернистая.

***МИКРОАНГИОПАТИЯ:***

**На основании локального статуса:** При осмотре кожа в области стоп бледная, сухая. Стопы прохладные на ощупь, поверхностная чувствительность (температурная, болевая, тактильная) симметрично несколько снижена на обеих стопах.

**Лечение.**

**I. Диетотерапия*.***

1. обязательный подсчет энергетической ценности суточного рациона

2. регулярное питание 6 раз в день, сбалансированное Б:Ж:У=16%:24%:60%

3. ограничение легкоусваиваемых углеводов (сахар, мед, варенье, кондитерские изделия, изюм)

4. ограничение количества животных жиров - ненасыщенные:насыщенные = 2 : 1

5. употребление продуктов с высоким содержанием клетчатки (малина, земляника, зелень, крыжовник, клюква, баклажаны, капуста, щавель, яблоки), что способствует более медленному всасыванию в кровь пищевых веществ из желудочно-кишечного тракта, понижению аппетита вследствие быстрого насыщения и нормализации липидного обмена

**Расчет суточного рациона.**

Рост – 165 см. 165-100=65 кг. 65\*30=**1950 ккал**

Углеводы 60% = 1170 ккал/4 = 293 г

Жиры 24% = 468 ккал/9 = 52 г

Белки 16% = 312 ккал/4 = 78 г

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Белки, г | Жиры, г | Углеводы, г |
| Завтрак | 20% | 15.6 | 10.4 | 58.6 |
| 2 завтрак | 10% | 7.8 | 5.2 | 29.3 |
| Обед | 30% | 23.4 | 15.6 | 87.9 |
| Полдник | 10% | 7.8 | 5.2 | 29.3 |
| Ужин | 20% | 15.6 | 10.4 | 58.6 |
| 2 ужин | 10% | 7.8 | 5.2 | 29.3 |

 **Меню-раскладка на день.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Наименование блюда** | **Масса, г** | **Белки, г** | **Жиры, г** | **Углево-ды, г** | **ккал** |
| **ЗАВТРАК** |
| Каша гречневая с маслом: крупа масло сливоч. | 70 | 8.75 | 1.82 | 47 | 228 |
| 10 | 0.13 | 7.25 | 0.09 | 66 |
| Чай с молоком (молоко 1%) | 30 | 4.29 | 0.3 | 1.92 | 15.3 |
| Хлеб пшеничный | 50 | 4.0 | 0.6 | 23.3 | 90 |
| Итого |  | 14.17 | 9.97 | 72 | 399 |
| Должно быть |  | 15.6 | 10.4 | 59 | 390 |
|  |
| **ВТОРОЙ ЗАВТРАК** |
| Зеленый салат с огурцом (100/100) | 100 | 1.5 | 0 | 2.2 | 14 |
| 100 | 0.7 | 0 | 1.2 | 10 |
| Сметана | 20 | 0.6 | 3 | 0.58 | 23.2 |
| Хлеб | 50 | 4.0 | 0.6 | 23 | 90 |
| Сок черносмородиновый | 150 | 0.75 | 0 | 12 | 59 |
| Итого |  | 7.55 | 2.6 | 39.5 | 196.5 |
| Должно быть |  | 7.8 | 5.2 | 29.3 | 195 |
|  |
| **ОБЕД** |
| Щи из капусты: капуста репа морковь лук петрушка помидоры масло растительное сметана  | 130 | 2.34 | 0 | 7 | 36 |
| 10 | 0.15 | 0 | 0.5 | 2.8 |
| 15 | 0.2 | 0.015 | 1.0 | 5 |
| 5 | 0.065 | 0 | 0.215 | 1.1 |
| 4 | 0.15 | 0 | 0.44 | 1.98 |
| 35 | 0.21 | 0 | 1.0 | 4.9 |
| 10 | 0 | 9.95 | 0 | 89.9 |
| 10 | 0.3 | 1.0 | 0.29 | 11.6 |
| Говядина отварная в соусе | 100 | 19.2 | 1.2 |  | 90 |
| 30 | 0.64 | 2.6 | 1.5 | 165 |
| Капуста тушеная | 150 | 2.7 |  | 8.1 | 42 |
| Компот из свежих яблок сладкий | 100 | 0.4 |  | 11.3 | 46 |
| 5 |  |  | 5 | 19 |
| Хлеб ржаной | 30 | 1.0 | 0.2 | 15 | 64 |
| Итого |  | 27 | 14.9 | 52 | 580 |
| Должно быть |  | 23.4 | 15.6 | 87.9 | 585 |
|  |
| **ПОЛДНИК** |
| Хлеб пшеничный | 30 | 1.0 | 0.2 | 15 | 64 |
| Колбаса докторская диетическая | 50 | 6.0 | 6.75 |  | 85 |
| Яблоки свежие | 100 | 0.4 |  | 11.3 | 46 |
| Итого |  | 7.4 | 7.0 | 26.3 | 196 |
| Должно быть |  | 7.8 | 5.2 | 28 | 195 |
|  |
| **УЖИН** |
| Пудинг творожный: яйца сахар пшенич. хлеб молоко творог обезжиреный масло сливочное | 0.45 | 0.06 | 0.05 | 0.003 | 0.7 |
| 18 |  |  | 18 | 67 |
| 30 | 2.48 | 0.37 | 14.4 | 68 |
| 28 | 0.9 | 0.07 | 1.36 | 9 |
| 100 | 14.4 | 0.5 | 1.35 | 153 |
| 14 | 0.12 | 10 | 0.126 | 66 |
| Чай с сахаром | 150/5 |  |  | 5 | 19 |
| Итого |  | 17 | 10.97 | 41 | 383 |
| Должно быть |  | 15.6 | 10.4 | 58.6 | 390 |
|  |
| **ВТОРОЙ УЖИН** |
| Кефир | 250 | 7.0 | 6.0 | 10.5 | 150 |
| Итого |  | 7.0 | 6.0 | 10.5 | 150 |
| Должно быть |  | 7.8 | 5.2 | 29.3 | 195 |
|  |
| **ВСЕГО** |  | **80.9** | **51.49** | **242** | **1906** |
| **ДОЛЖНО БЫТЬ** |  | **78** | **52** | **293** | **1950** |

**II. Медикаментозное лечение.**

a) инсулинотерапия. Расчет ведем по уровню имеющейся гипергликемии. 5.6\*18=100.8.10 = 10 ЕД инсулина. Это же число можно получить, если рассматривать случай сахарного диабета с циррозом печени. Больная не может принимать гепатотоксичные препараты, несмотря на то, что они оказывали бы положительный фармакологический эффект. Всвязи с этим больной назначается инсулин в дозе, эквивалентной суточной дозе манинила (0.005 г манинила= 10 ЕД инсулина).

Rp: Sol. Insulini 40 ME – 1 ml

 D.t.d. N10 in ampullis

 S. по 10 ЕД (0.25 мл) внутримышечно 1 р.д. утром

б) лечение цирроза печени. Необходимо назначение гепатопротокторов (эссенциале), для снятия отеков от портальной гипертензии назначить диуретики (фуросемид). Эссенциале повышает липидный спектр, а поскольку его приденся принимать постоянно, то необходимо назначить статины для профилактики атеросклероза и ИБС

Rp: Caps. Essentiale N50

 D.S. по 2 капсулы 3 раза в день

Rp: Lovastatini 0.2

 D.t.d. N10 in tabulettis

S. по 1 таб 1 раз в день.

Rp: Furosemidi 0.04

 D.t.d. N 10 in tabullettis

 S. по 1- 1.5 таблетки в сутки.

в) лечение микроангиопатии. Для улучшения кровоснабжения стопы назначаю препарат для улучшения коллатерального кровотока путем расширения периферических сосудов.

Rp: Хаntinoli niсоtinas 0.15

 Dtd N10 in tabulettis

1. по 1 таб. 3 раза в день после еды, потом снизить дл 2-3 в день

г) лечение гипертонической болезни (иАПФ, β-блокаторы)

Rp: Enalaprili 0.025

 Dtd. N 30 in tabulettis

 S. по 1 таблетке 2 раза в день

Rp: Metoprololi 0.05

 D.t.d. N 100 in tabulettis

 S. по 1 таблетке 3 раза в день.

18 декабря 2001 г. Куратор \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Бахвалов А.А.