Общие сведения о больной.

N, 50 лет

Инвалид 2 группы

Место жительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Поступила в отделение 25.11.02

Жалобы пациента

При опросе пациентка жалуется на жажду (выпивает до 3-х литров воды в сутки), сухость во рту после еды, полиурию, потливость, снижение остроты зрения, судороги, тяжесть в ногах, их похудание, парестезию пальцев ног.

Из общей симптоматики больная указывает на слабость, сонливость, быструю утомляемость при выполнении домашней работы. При дополнительном опросе установлено, что пациентку периодически беспокоят головокружения и головные боли сопровождающие повышение артериального давления до 200 /110 мм рт. ст.

История настоящего заболевания

Считает себя больной с 1989 года, когда после стресса стала ощущать сухость во рту, потливость, головокружение после еды, появилось частое мочеиспускание, начала набирать вес. При обследовании был выявлен уровень гликемии 12,0. Пациентке были даны рекомендации по диете, назначен манинил – 3 табл., что привело к стабилизации течения сахарного диабета на 5 лет.

В 1995 году состояние больной ухудшилось: стали болеть, отекать ноги, резко ухудшилось зрение, по ночам мучило чувств голода, в связи с чем она была госпитализирована в ОКБ им. Калинина. Манинил был отменен и назначены дайонил, глюронорм и диабетон, после чего состояние больной стабилизировалось: перестали отекать ноги, исчезло чувство голода. Была определена III группа инвалидности.

В 1999 году перенесла кетоацидоз, при этом появились общая слабость, вялость, сонливость, шум в ушах, тошнота, неопределенные боли в животе, туман перед глазами. В этом же году больная была переведена на инсулин, была определена II группа инвалидности.

За последние 3 месяца появились судороги, тяжесть в ногах, ноги, пациентка отмечала значительное похудение ног, стало тяжело ходить, в связи с чем обратилась в эндокринологическое отделение. При обследовании был установлен уровень гликемии 15,6, и 25.11.02 ее госпитализировали.

Школу диабета посещала 2 раза, последний раз – 2 года назад.

История жизни.

Родилась 19.04.1952 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, кишечных расстройствах не получено. Период полового созревания протекал без особенностей, задержки или ускорения полового развития не было. Менструации установились с 15 лет, безболезненные. Травм, ранений, контузий не было. Операций не было. Респираторными заболеваниями болела 1--2 раза в год. Беременностей – 2, родов – 2, первый ребенок родился с массой 3600, второй – 3850.

# Семейный анамнез и наследственность.

Мать, бабушка болели сахарным диабетом, который начинался у них в возрасте 40 лет после стресса.

Аллергологический анамнез.

Гемотрансфузий не было. Не переносит пенициллин.

Объективное обследование.

**Наружное исследование**

Вес: 85 кг

Рост: 165 см

Общее состояние удовлетворительное

Тип телосложения: нормостенический

Подвижность, походка: не изменены

Пропорциональность развития: развита правильно, пропорционально

Положение пациента: активное

Поведение, характер: контактна, адекватна

Сознание: полное

Выражение лица: обычное

Кожа и видимые слизистые оболочки

Кожа обычной окраски, эластичная, влажная Тургор снижен. Патологических элементов не найдено. 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. Педикулёза 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 нормально, распределена равномерно. Пастозности, отеков нет. Патологического локального скопления жира не найдено. Отмечается похудение ног ниже коленей.

Мышечная система

Мышцы конечностей и туловища развиты удовлетворительно, тонус и сила снижены, болезненности нет. Участков выраженной гипотонии, парезов и параличей не обнаружено.

Костный аппарат

Костная система сформирована правильно. Деформаций 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. Другие лимфатические группы (подключичные, локтевые,

подмышечные, бедренные, паховые, подколенные) не прощупываются.

 Полость рта

Углы рта расположены на одном уровне, губы розовые, губы без высыпаний и трещин. Слизистые оболочки ротовой полости розовые, чистые, блестящие. Дёсны не изменены. Язык значительно увеличен, налёта нет. Нёбо, 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 ярёмных вен нет.

## Нервная система и психический статус

Состояние больной удовлетворительное, настроение спокойное, поведение адекватное. В контакт вступает охотно, демонстрируя интерес к собеседнику и собственному заболеванию. Реально оценивает тяжесть собственного состояния. Подавленности, раздражительности не отмечено.

Асимметрии лица, сглаженности носогубной складки, отклонения языка в сторону нет. Зрачки синхронно двигаются, реакция на свет и аккомодация одинаковы, нормальны. Движения координированные, уверенные. Патологических рефлексов не выявлено, сухожильные рефлексы без особенностей. Болевая и тактильная чувствительность снижена на пальцах ног, в других областях не изменена. В позе Ромберга устойчива. Общего тремора пальцев вытянутых рук нет.

**Органы дыхания.**

Носовые ходы свободны, отделяемого из носа нет. При осмотре деформаций грудной клетки нет. Пальпаторно эластичность грудной клетки сохранена, голосовое дрожание на симметричных участках проводится одинаково. При перкуссии границы легких определяются на обычном уровне, высота стояния верхушек легких спереди - 3.5 см от ключицы справа и слева. Поля Кренига справа - 6 см , слева - 5.5. см .При сравнительной перкуссии над симметричными участками передних, боковых и задних поверхностей легких перкуторный звук одинаковый - ясный, легочной.

Аускультативная картина: дыхание над всей поверхностью легких везикулярное. Бронхофония сохранена. Хрипов, крепитации и шума трения плевры не прослушивается .

## Сердечно-сосудистая система

При осмотре "сердечный горб" не определяется. Пульсации сосудов не видно. Пальпаторно верхушечный толчок определяется на 1 см кнутри от срединноключичной линии в 5 межреберье слева. Верхушечный толчок ослаблен, определяется с трудом.

На основании сердца пульсация сосудов пальпаторно не определяется.

Границы тупости сердца:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| слева | сверху | справа |
| на 1 см кнутри от срединноключичной линии слева | 3 межреберье слева | на 0,5 см кнаружи от правого края грудины |

Тоны сердца приглушены. Ритм правильный.

АД – 150/85 мм рт ст.

Пульс 80 уд/мин, сниженного наполнения и напряжения. Эластичность стенки сосуда сохранена. Дефицита пульса нет .

## Органы желудочно-кишечного тракта

Язык влажный, обложен белым налетом. Зубы желтоватого цвета, дефектов зубного ряда и признаков кариеса не отмечено. Десны розовые, умеренно влажные, выводные протоки слюнных желез не гиперемированы. Зев гиперемирован, миндалины не выступают за края небных дужек.

Глотание жидкой и твердой пищи не затруднено. Время прохождения жидкости по пищеводу - 9 секунд.

При осмотре живот правильной формы, не выступает за края реберных дуг, хотя имеется увеличение его объема за счет подкожной жировой клетчатки, подкожные вены не расширены, кожа бледная, сухая.

 Поверхностная пальпация кишечника безболезненна за исключением правой подреберной области.

Глубокая пальпация отделов кишечника безболезненна .

При аускультации над кишечником выслушивается звук перистальтики.

**Гепато-лиенальная система**

При поверхностной пальпации печени болезненности не выявлено. При глубокой – на глубоком вдохе край печени выходит из-под края реберной дуги на 1 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.

Перкуссия печени:

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

Размеры по Курлову: 10, 9 и 8 см

Селезёнка не пальпируется. При перкуссии определяется поперечник 5 см, длинник 7 см

## Мочеполовая система

Жалоб на боли в поясничной области и по ходу мочеполового тракта больная не предъявляет. Почки пропальпировать не удалось. Пальпация средней и нижней мочеточниковых точек безболезненна. Мочевой пузырь пальпируется сразу над лобковым сочленением в виде округлого образования тугоэластической консистенции , безболезненного. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Мочеиспускание регулярное, безболезненное.

**Эндокринная система.**

Щитовидная железа при пальпации безболезненна, гладкая, мягкой консистенции, без изменений, доли при пальпации не выступают за пределы концевой фаланги пальцев. Глазных симптомов нет. Вторичные половые признаки развиты в соответствии с полом и возрастом.

Предварительный диагноз

Сахарный диабет II типа, тяжелая форма, стадия декомпенсации. Диабетическая ангиопатия сетчатки 1 стадии, диабетическая нейропатия нижних конечностей. Симптоматическая гипертензия 3 степени, язва двенадцатиперстной кишки в анамнезе

План обследования

1. Общий анализ крови
2. Общий анализ мочи
3. Кровь на РВ
4. Кровь на сахар
5. Суточный профиль сахаров
6. Моча на сахар
7. ЭКГ
8. Биохимический анализ крови
9. Консультация окулиста

Данные обследования

Анализ крови (26.11.02)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование | Результат | Норма |
| Эритроциты | 4,4∙1012/л | 4,5-5,5∙1012/л |
| Гемоглобин | 157г/л | 130-160 г/л |
| Лейкоциты | 7,1∙109/л | 6-8∙109/л |
| Эозинофилы | 5 | 3 |
| Палочкоядерные | 4 | 4 |
| Сегментоядерные | 60 | 63 |
| Лимфоциты | 27 | 23 |
| Моноциты | 4 | 6 |
| СОЭ | 2 | 1-10 мм/час |

Общий анализ мочи (26.11.02)

Цвет: с/ж

Удельный вес: 1024

Прозрачная

Реакция кислая

Белок: ОТР.

Сахар +

Лейкоциты: 13-14

Эпителий плоский: 4-6

Слизь: +

Общий анализ мочи (2.12.02)

Цвет: с/ж

Удельный вес: 1022

Прозрачная

Реакция кислая

Белок: ОТР.

Сахар +

Лейкоциты: 2-4-6

Эпителий плоский: 2-4

Слизь: +

Реакция Вассермана от 26.11.02 отрицательна

Исследование сахара крови натощак (26.11.02):

8.00 час 15,6 ммоль/л

11.00 час 16,2 ммоль/л

18.00 час 11,2 ммоль/л

Исследование сахара крови натощак (29.11.02):

8.00 час 12,3 ммоль/л

11.00 час 10,9 ммоль/л

18.00 час -

Исследование сахара крови натощак (2.12.02):

8.00 час 13,8 ммоль/л

11.00 час 11,6 ммоль/л

18.00 час -

Суточный профиль сахаров

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Время | Кол-во мочи | Уд. вес | Сахар |
| 6-15 | 1,3 л | 1032 | 3,8 |
| 15-21 | 1,4 л | 1035 | 3,5 |
| 21-6 | 700 мл | 1035 | 4 |

ЭКГ от 26.11.02

1. Нормальное положение электрической оси сердца
2. Ритм синусовый, правильный
3. Изменения миокарда, характерные для метаболических нарушений

Биохимический анализ крови от 26.11.02

Билирубин общий 20,5

 связанный 6,2

Общий белок 73 г/л

Мочевина 4,7 ммоль/л

Холестерин 5,4 ммоль/л

β-липопротеиды 13400

Консультация окулиста от 27.11.02

Диск зрительного нерва бледно-розовый, границы четкие. Артерии сужены, вены расширены, извиты.

Диагноз: Ангиопатия диабетическая

Клинический диагноз

Основное заболевание: Сахарный диабет II типа, тяжелая форма, стадия декомпенсации

Осложнения: Диабетическая ангиопатия сетчатки 1 стадии, диабетическая нейропатия нижних конечностей

Сопутствующие заболевания: симптоматическая гипертензия 3 степени, язва двенадцатиперстной кишки в анамнезе

Обоснование диагноза

На основании жалоб пациентки на жажду, сухость во рту, после еды, полиурию, потливость, снижение остроты зрения, слабость, сонливость, быструю утомляемость при выполнении домашней работы; на основании того, что мать и бабушка больной страдали сахарным диабетом, 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 37 лет; начало заболевания постепенное, длительный период гипергликемии без клинической манифестации болезни; длительное время получала лечение в виде сахароснижающих препаратов; 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.

Можно было бы поставить среднюю степень тяжести, т.к. осложнения у пациентки умеренной степени выраженности, стаж диабета 13 лет, пациентка в состоянии выполнять нетяжелую работу по дому. Но т.к. гликемия натощак превышает 12 моль/л, в анамнезе присутствует кетоацидоз, сахароснижающие препараты не дают нужного эффекта, пациентка получает инсулин – степень сахарного диабета тяжелая.

Степень декомпенсации у пациентки III, т.е. диабет декомпенсированный, т.к. предъявлены жалобы на полидипсию, полифагию, имеется гипергликемия, достигшая при поступлении 15,6 ммоль/л, признаки дегидратации при поступлении.

При обследовании окулиста установлено, что у пациентки имеется хроническое осложнение сахарного диабета, а именно ретинопатия I стадии – диабетическая ангиопатия сетчатки. На основании жалоб на судороги, тяжесть в ногах, их похудание, парестезию пальцев ног, можно поставить диагноз: нейропатия нижних конечностей.

Лист назначений

1. Режим палатный
2. Стол № 9

Расчет рациона:

Идеальный вес: 165 – 100 + 10 = 75

Фактический вес = 85

Разница 12%

Общий калораж: 75×20 + 75×20/3 = 2000 ккал

Углеводов: (2000/25)×15 = 1200 = 100 ХЕ

Белков: (2000/25) ×4 = 320 ккал

Жиров: (2000/25) ×6 = 480 ккал

1. Insulini

800 6 ЕД

1300 4 ЕД

1800 4 ЕД

1. Tab. Enalaprili 0,01

По 1 таблетке утром

1. Berlitioni 300 ЕД

Дневники

28.11.02

Больная предъявляет жалобы на жажду, сухость во рту после еды, полиурию, потливость, слабость, сонливость, боли в ногах неопределенного характера, без четкой локализации, средней интенсивности, возникающие и проходящие без видимой причины. Гипокликемических состояний и ком не было. АД 140/90.

2.12.02

Больная предъявляет жалобы на жажду, сухость во рту после еды, полиурию, потливость, слабость, парестезию нижних конечностей. Гипокликемических состояний и ком не было. АД 130/90.

Этапный эпикриз

Пациентка N, 50 лет поступила в эндокринологическую клинику 25.11.02 по направлению эндокринолога поликлиники. Предъявляла жалобы на жажду, сухость во рту после еды, полиурию, потливость, снижение остроты зрения, судороги, тяжесть в ногах, их похудание, парестезию пальцев ног, слабость, сонливость, быструю утомляемость при выполнении домашней работы.

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.