**I. Паспортные данные.**

*Ф.И.О.,. 52 года*

Живет по адресу:

В данный момент не работает. Находится на инвалидности 3 года (І группа инвалидности).

Поступил в клинику 14.10.99 по направлению врача-эндокринолога районной поликлиники.

**II. Ведущие жалобы**

Поступил с жалобами на появляющуюся несколько раз в день выраженную боль, продолжительное чувство онемения в нижних конечностях, жажду, слабость, быструю утомляемость; ухудшение зрения, памяти; расстройства стула.

**III. Anamnesis morbi**

Считает себя больным с 1978 года, когда впервые, со слов больного, был поставлен диагноз сахарного диабета. Тогда стали беспокоить жажда, никтурия, полиурия до 4 литров в сутки. Периодически (раз в 2-3 года ) находился на лечении в стационаре. Принимал пероральные гипогликемические препараты (букарбан, манинил), витаминсодержащие глазные капли.

Три года назад в связи с сильной стрессовой ситуацией у больного развилась диабетическая кома. Симптомы развились в течение недели и больной, попав в реанимационное отделение, находился 6 дней без сознания. При этом наблюдалась полиурия до 8 литров в сутки. До и после этого декомпенсации диабета больной не отмечал.

Сейчас находится на Ins. lente.(настоящ. доза 32ЕД утром и 6ЕД вечером). Последние 4-5 лет беспокоят боли в конечностях и снижение зрения.

**IV. Anamnesis communis**

Общее состояние больногого удовлетворительное, работоспособность сохранена, положение активное. Температура тела - 36,8оС, температурная кривая постоянная, не изменяется. Кожные покровы сухие, бледные. Отеков не отмечается.

Со стороны органов сердечно-сосудистой больной жалоб не предъявляет. Артериальное давление нормальное (120/70).

Дыхание через нос свободное, голос не изменен. Жалоб со стороны дыхательной системы больной не предъявляет.

Органы пищеварения: аппетит хороший, сухость во рту. Жажда при обычном питьевом режиме, преимущественно появляется в утренние часы. Жевание и глотание свободное, изжогу больной отрицает, тошноты и рвоты не было. Боли в правом подреберье, неинтенсивного характера, появляющиеся нерегулярно. Стул нерегулярный, послабление стула.

Мочевыделительная система: мочеиспускание безболезненное, учащенное, (8-10 раз в сутки) без ночного перерыва, затруднений при мочеиспускании больной не испытывает Цвет мочи соломенно-желтый.

Нервная система: Общая характеристика, данная самим больным – спокойный, подвижный, общительный. Интерес к окружающему и к собственной участи не утрачен, жалуется на сниженную способность сосредоточиться. Настроение нормальное. Жалобы на периодические давящие головные боли в теменной и затылочной области, которые больной связывает с повышеннным артериальным давлением и с переменой погоды. Боли появляются часто и длятся от 15-20 минут и до часа. Сон ровный, память за последние 3 года ухудшилась, работоспособность снижена. Отмечает онемение, судороги нижних конечностей (после нагрузки) и гипестезию боковых поверхностей голеней.

Опорно-двигательный аппарат: больной предъявляет жалобы на периодические боли в нижних конечностях, связанные с нагрузкой или переменой погоды, иногда беспокоит чувство мышечной слабости. Движения в суставах в полном объеме, изменений формы и конфигурации суставов не наблюдается. Руки и ноги нормальной температуры.

Органы чувств: больной отмечает снижение зрения, мелькание “мушек” перед глазами. Вкус, слух и обоняние не нарушены.

**V. Органы внутренней секреции:**

*Гипофиз*: рост 190 см. вес тела колеблется в пределах 90 кг. Рост и вес отвечает возрастным нормам, тело пропорционально развито, распределение подкожного жирового слоя равномерно по мужскому типу. Телосложение нормостеническое, пропорциональное. Аппетит не нарушен. Исытывает чувство жажды, облегчающееся приемом жидкости. Отмечается никтурия (2-4 раза)

*Щитовидная железа*: не пальпируется; опухолевидных образований на шее не обнаружено; жалобы на боль или сдавление органов шеи больной не предъявляет. Экзофтальм отсутствует, на нарушений зрения больной не жалуется.

*Паращитовидные железы*: Больной жалуется на на боль по ходу мышц после нагрузки и при перемене погоды. Боли локализуются в нижних конечностях. Иногда после физической нагрузки наблюдаются парестезии нижних конечностей; ломкости ногтей, выпадения волос не отмечает.

*Островковый аппарат поджелудочной железы*: жалобы на слабость, сухость во рту в сочетании с жаждой. Наблюдается учащение мочеиспусканий (до 8-10) без ночного перерыва. Больной также отмечает плохую заживляемость ран, дерматиты.

*Надпочечники*: рост и развитие без отклонений. Кожа бледная, слизистые без видимых изменений. Распределение жировой клетчатки по андроидному типу.

*Половые железы*: Телосложение нормостеническое. Оволосение по мужскому типу.

**VI. Anamnesis vitae**

Родился в 1947 году в срок, вторым ребенком в семье. Жилищные условия в период детства оценивает как удовлетворительные. В школу пошел в 8 лет. Учился хорошо. В физическом развитии от сверстников не отставал. В детстве часто болел простудными заболеваниями. После службы в армии работал каменщиком. Из профессиональных вредностей отмечает частые переохлаждения. Питался нерегулярно, часто ел всухомятку. Курил на протяжении 30 лет, спиртным не злоупотребляет.

В 1967 и 1969 гг. перенес операцию по поводу паховой грыжи.

Женат, имеет двоих детей. Наследственность не отягощена. Аллергический анамнез не отягощен. Венерические заболевания отрицает.

**VII. Status praesens objectivus**

Состояние больного удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Выражение лица спокойное. Телосложение правильное - нормостеническое. Рост 190 см, вес 90 кг. Температура тела нормальная. Осанка сутуловатая, голос громкий, речь ясная. Кожа бледного цвета, на ощупь обычная, тургор удовлетворительный, шелушений нет, обычной влажности. Температура кожи нижних конечностей нормальная. Волосы на голове без изменений. Подкожно-жировой слой развит умеренно, распределен равномерно. Отеков не наблюдается. Слизистые нормального цвета, без изменений.

Затылочные, заушные, предушные, шейные, под- и надключичные, подмышечные, локтевые паховые лимфатические узлы не пальпируются.

Подчелюстные лимфоузлы - подвижные, мягкие, безболезненные, не спаянные с кожей размером 0.5x0.8см.

Лицо симметричное, правильной формы, отеки под глазами, цвет кожи бледный.

Конечности симметричны, пропорциональны по отношению к другим частям тела. Степень развития мышц удовлетворительная.

Дыхательная система: Дыхание носом свободное, ритм правильный. Дыхательных движений 18 в минуту. Тип дыхания брюшной. Голос громкий, чистый. Форма грудной клетки нормостеническая, угол Людовика выражен умеренно, над- и подключичные области втянуты, обе половины грудной клетки симметричны. Надчревной угол прямой, межреберные промежутки умеренно резистентны. Грудная клетка симметрична при дыхании, дополнительная мускулатура в дыхании не участвует. Голосовое дрожание на симметричных участках одинаково. Перкуторный звук на симметричных участках одинаков, ясный легочной. Ширина полей Кренига - 5см. Высота стояния верхушек на уровне остистого отростка VII шейного позвонка. Грудная клетка безболезненна при пальпации.

Нижние границы легкого:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Место перкуссии | Правое легкое | Левое легкое |
| Окологрудинная линия | пятое межреберье | - |
| Среднеключичная линия | VI ребро | - |
| Передняя подмышечная линия | VII ребро | VII ребро |
| Средняя подмышечная линия | VIII ребро | VIII ребро |
| Задняя подмышечная линия | IX ребро | IX ребро |
| Лопаточная линия | X ребро | X ребро |
| Околопозвоночная линия | Остистый отросток ThXI | Остистый отросток ThXI |

Подвижность нижних краев легких:

Подвижность нижнего края легкого в см

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Линия | Правого | | | Левого | | |
| на вдохе | на выдохе | суммарная | на вдохе | на выдохе | суммарная |
| Linea medioclavicularis | 2.5 | 2.5 | 5 | - | - | - |
| Linea axillaris media | 3.5 | 3.5 | 7 | 3.5 | 3.5 | 7 |
| Linea scapularis | 2.5 | 2.5 | 5 | 2.5 | 2.5 | 5 |

Сравнительная аускультация легких: дыхание на симметричных участках легких (в над-, подключичных, подмышечных, над-, меж и подлопаточных областях) везикулярное. Патологических шумов и хрипов нет.

Сердечно-сосудистая система: Сосуды шеи: видна пульсация сонных артерий. Сосуды височной, лучевой, бедренной артерии не извитые, жестковатые. Пульсация на обеих ногах симметрично ослаблена. Пульсации в области сердца, на шее, подключичной ямке, по краям грудины, в эпигастральной области нет. Пульс - 76уд/мин, ритмичный хорошего наполнения, напряжения, одинаков на обеих руках. Артериальное давление 120/70. На ногах варикозное расширение вен, вены безболезненны. Область сердца без видимых изменений. Верхушечный толчок невидимый, слабый, ограниченный, положительный. Перкуссия сердца:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Границы тупости | Относительная | Абсолютная |
| Правая | на 1 см правее правого края грудины | По левому краю грудины |
| Верхняя | III ребро | IV ребро |
| Левая | в V межреберье на 1.5 см кнутри от linea medioclavicularis sinistra | на 1.5 см кнутри от границы отностительной тупости |

Ширина сосудистого пучка – 6 см.

Аускультация сердца: в области верхушки сердца - ритм правильный, выслушиваются два тона, тоны слегка приглушены, без патологических шумов.

При выслушивании у основания мечевидного отростка мелодия не отличается от данных аускультации на верхушке.

При аускультации у основания сердца определяются два тона, второй тон громче первого. Над аортой акцент II тона .

В точке Боткина-Эрба мелодия сердца не отличается от таковой на верхушке сердца. Внесердечные шумы не выслушиваются. Пульс на a. dorsalis pedis ослаблен.

Органы пищеварения: запах изо рта обычный, губы обычного цвета, без видимых патологических изменений. Слизистая оболочка губ, щек, твердого и мягкого неба нормального розового цвета, суховата. Десны розовые, зубы санированы. Язык нормальных размеров, влажный, обложен сероватым налетом с отпечатками зубов по краям, сосочки умеренно выражены. Небные дужки и задняя стенка глотки слегка гиперемированы. Миндалины не увеличены, нормальной окраски. Живот правильной конфигурации, симметричен, участвует в акте дыхания. Расширения подкожных вен и капилляров не обнаружено. Визуально перистальтические волны не определяются. На коже видны послеоперационные рубцы. При поверхностной пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной обл. и правом подреберье. Напряжения мышц брюшного пресса нет. Свободная жидкость в брюшной полости методом флуктуации не определяется. Пупочное кольцо и паховая линия без изменений. При глубокой пальпации: сигмовидная кишка прощупывается в виде гладкого, эластичного, слегка болезненного, не урчащего цилиндра шириной 3см., слегка смещаемого на 2-3см. в обе стороны. Слепая кишка пальпируется в виде гладкого, умеренно упругого и подвижного на 2-3см безболезненного слегка урчащего цилиндра шириной 3см. Восходящий и нисходящий отделы толстой кишки пальпируются в виде гладких, безболезненных, не урчащих, умеренно подвижных цилиндров шириной 2-3см. Нижняя граница желудка определена методами пальпации, перкуссии и пальпаторной аускультации (шум плеска вызвать не удалось), расположена на 2 см выше пупка. Поперечно-ободочная кишка пальпируется в виде безболезненного, слегка урчащего цилиндра шириной 3см .

Перкуторно границы печени определяются по следующим топографическим линиям:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Верхняя | Нижняя |
| По linea parasternalis dextra | 5 ребро | на 3см ниже реберной дуги |
| По linea medioclavicularis dextra | 6 ребро | на 3 см ниже реберной дуги |
| По linea axillaris anterior dextra | 7 ребро | на 2см ниже реберной дуги |

При пальпации: печень умеренно увеличена, нижний край мягкий, закругленный, гладкий, болезненный. Желчный пузырь болезненный при пальпации, не пальпируется.

Перкуторно поперечник селезенки определяется между 9 и 11 ребрами по левой передней подмышечной линии. Пальпаторно нижний край селезенки определить не удалось. При перкуссии и пальпации селезенка безболезненна.

При аускультации живота над областью кишечника отчетливо выслушиваются кишечные шумы урчащего зарактера.

Мочевыделительная система: Поясничная область без особенностей. Почки и мочевой пузырь пальпировать не удалось. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочеотделение учащено, не нарушено, без ночного перерыва, цвет мочи – соломенно-желтый.

Опорно-двигательный аппарат: Мышечная система развита нормально, сила и тонус сохранены, дрожания и подергивания отдельных групп мышц не отмечается. При пальпации безболезненны. Кости без видимых деформаций и изменений, безболезненны при пальпации. Суставы неизмененной конфигурации с полным объемом движений, кожа над суставами нормальная.

Нервная система: Интеллект нормальный, речь без изменений, мимика адекватная, без особенностей. Глазные щели нормальной ширины. Зрачки равномерно расширены, реагируют на свет, аккомодация не изменена. Больной устойчив в позе Ромберга. Дермографизм красный. Глоточные, брюшные и сухожильные рефлексы сохранены, не изменены. Патологических рефлексов нет.

Со слов больного – характер спокойный, уравновешенный. Сон не нарушен. Память снижена. Беспокоят периодические головные боли в теменной и затылочной области при нагрузке или перемене погоды. Боли снимаются анальгетиками. На дистальных участках нижних и верхних конечностей больной отмечает ослабление чувствительности кожи: гипестезию, парестезию. По ночам, периодически, возникают судороги мышц голени.

Органы чувств: зрение значительно ухудшилось, особенно, за последние 3 года;

Слух, вкус и обаняние не нарушены.

**VIII. ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ :**

Инсулинозависимый сахарный диабет легкой степени в стадии компенсации. Диабетическая ангиопатия нижних конечностей.

***IX. План обследования***

1. Общий анализ крови

2. Общий анализ мочи

3. Биохимическое исследование крови

4. Коагулограмма

5. ЭКГ

6. Гликемический профиль

7. Консультации специалистов

***XI. Лабораторные исследования***

**Общий анализ крови :**

Эр. 4.8 \* 1012

Hb 125 г\л

Цв. п. 0,9

Тромбоциты 286\*109 1/л

Лейкоциты 6,5 \* 109 1/л

Эоз. 3, баз. 0,

Нейтр.: ю. - 0, п. 5, с. 50

Лимфоциты 37

Моноциты 10

СОЭ 8 мм\ч

Свертываемость крови 2’50”

**Коагулограмма:**

Протромбиновый индекс - 80%

Фибриноген: 1.32

**Биохимия крови:**

Общий белок: 61 г/л

Сахар крови 9.5 ммоль\л,

Холестерин 8.5 ммоль\л,

a-липопротеиды 20%,

б-липопротеиды 80 %,

Альбумины 60 %,

А1 глобулины 5 %,

А2 глобулины 8 %,

В глобулины 15 %,

Г глобулины 12%,

АлТ 0,4 ммоль\л , АсТ 0,3 ммоль\л.

Сиаловая кислота 0.2 ед опт. пл.

Мочевина 5.55 ммоль/л

Остаточный азот 23.4 мг%

Креатинин 68.4 мкмоль/л

С-реактивный белок (-)

**Общий анализ мочи :** к-во 200 мл., цвет св. жел., уд.вес. 1030, ацетон (-), м\скопия осадка : цилиндры (-), эпителий 2-4 в п\з, эр. (-), лейк. 6-8 в п\з.

Белок 0.033 г/л, сахар 18 г/л

**Гликемичечкий профиль 18.10.99**

|  |  |
| --- | --- |
| Время | Сахар в ммоль/л |
| 800 | 8.8 |
| 1200 | 7.3 |
| 1700 | 7.7 |

**ЭКГ**: ЧСС=84 уд/мин

R-R=0.71”

PQ=0.18”

QT=0.32”

QRS=0.08”

Ритм синусовый, правильный. Нормограмма. Умеренно выражены диффузные изменения в миокарде.

***XI. Консультации специалистов***

***Заключение окулиста:*** Зрение - близорукость (носит очки -1.5D). Кровоизлияний в сетчатку и стекловидное тело не обнаружено. Со стороны сетчатки умеренные дистрофические изменения.

***Заключение невропатолога***: диабетичеческая нейропатия, гипералгическая форма. На основании объективного обследования: снижение сухожильных рефлексов, снижение мышечной силы, снижение тепловой, холодовой чувствительности.

***Заключение уролога***: полиурия, никтурия, наличие сахара и белка в моче, периодическое повышение АД. Диагноз: диабетическая нефропатия I ст. (пренефротическая стадия)

***Заключение гастроэнтеролога***: печень увеличена, болезненна при пальпации, чувство дискомфорта в эпигастрии после приема пищи. Аппетит сохранен, сухость во рту, жажда при обычном питьевом режиме, послабление стула. Диагноз - хронический холецистопанкреатит, хронический гастрит в стадии ремиссии.

**XII. КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ**

*Сахарный диабет инсулинзависимого типа легкой степени в состоянии компенсации, универсальная диабетическая микроангиопатия, макро и микроангиопатия нижних конечностей, диабетическая пролиферативная ретинопатия. Периферическая диабетическая нейропатия.*

Диагноз поставлен на основании жалоб больного (боль, чувство онемения в нижних конечностях, жажду, слабость, быструю утомляемость; ухудшение зрения, памяти, растройства стула), данных объективного исследования (относительное снижение температуры нижних конечностей, ослабление пульса на артериях нижних конечностей), заключений узких специалистов (гипералгическая нейропатия, пролиферативная ретинопатия, нефропатия І степени), лабораторных методов исследований (гипергликемия 9.5 ммоль/л, глюкозурия 18 г/л).

**XIII. Дифференциальная диагностика**

Гипергликемию при сахарном диабете необходимо дифференцировать с гипергликемией при болезни Иценко-Кушинга, при которой также отмечается прогрессирующее ожирение, и появление багровых полос на коже живота, нарушение половой функции.

|  |  |
| --- | --- |
| Болезнь Иценко-Кушинга | Сахарный диабет |
| Гипергликемия носит эпизодический характер, нормализация углеводного обмена происходит при изленчении основного заболевания. | Гипергликемия носит постоянный характер, высокий уровень, обнаруживается натощак, часто сопровождается глюкозурией |

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

|  |  |
| --- | --- |
| Несахарный диабет | Сахарный диабет |
| Полиурия не сочетается с глюкозурией, высокой относительной плотностью мочи и гипергликемией | Полиурия сочетается с глюкозурией, высокой относительной плотностью мочи и гипергликемией |

**XIV. Лечение**

*Диета* - обеспечение физиологических норм потребления пищи и оптимального баланса белков, жиров и углеводов. Частый прием пищи - 5-6 раз в день. Рекомендовано следующее распределение суточного рациона:

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

Диета включает в себя: продукты питания, содержащие растительные волокна (помидоры, капусту, кабачки, салат, фрукты и ягоды за исключением винограда, персиков) Рекомендуют “диабетический” хлеб с большой примесью отрубей.

Продукты, богатые витаминами А, С, В1, В2, РР, В12, фолиевой, папнтотеновой кислот - гречненвая крупа, шиповник, пивные дрожжи, фасоль, горох и т. д.

Продукты, богатые метионином: творог, овсяная крупа, треска и т. д.

Из питания исключить продукты, богатые холестерином и легкоусвояемыми углеводами.

Вместо сахара необходимо принимать сорбит или ксилит. Необходимо использовать растительные жиры.

Инсулинотерапия: Ins. Lente -30 ЕД утром и Ins. Actrapid - 5 ЕД вечером.

Препараты, нормализирующие обмен липидов:

Lipostabil 1 caps. 3 раза в день.

Trental - амп. 15%-10мл в/в капельно N10.

Витаминотерапия: Vit A в амп. в/м N10, тиамина хлорид 0.002 N50 по 1 таблетке 3 раза в день. Vit В1/ В6 в/м через день. Кокарбоксилаза 50мг в/м N15.

Глазные капли: Офтан иду® 1-2 капли в оба глаза 3 раза в день.

***XV. Дневник обследования 27.10.99.***

Состояние улучшилось. Предъявляет жалобы на слабость, быструю утомляемость, расстройство. PS 78 уд/мин. Тоны сердца приглушены. В легких: дыхание везикулярное, патологические шумы не выслушиваются. ЧД 18 дых/мин. Печень +1.5см. Сон и аппетит не нарушены. Мочеотделениие не нарушено. Продолжает получать лечение. Сахар крови нормализовался до 5.8 ммоль/л.

**XVI. Эпикриз**

*Больной* ***ФИО,*** *52 года.* Поступил в клинику 14.10.99 по направлению врача-эндокринолога районной поликлинники с жалобами на боль, чувство онемения в нижних конечностях, жажду, слабость, быструю утомляемость; ухудшение зрения, памяти; растройства стула. После обследования был поставлен диагноз с*ахарного диабета инсулинзависимого типа легкой формы в состоянии компенсации, универсальной диабетическая микроангипатия, макро и микроангиопатии нижних конечностей, диабетической пролиферативной ретинопатии, периферической диабетической нейропатии.*

Больному была откорректирована инсулинотерапия, проведена симптоматическая терапия, назначено лечение для профилактики осложнений.

Прогноз в отношении выздоровления неблагоприятный, для жизни -благоприятный.