## Паспортная часть

1. ФИО: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Возраст: 49 лет
3. Профессия: Зав. Отделом ВГТС
4. Место жительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. Дата поступления в клинику: 24,11,2003
6. Дата курации: 05,01,2004
7. Диагноз: а). Основной: Сахарный диабет тип 2, тяжелая форма, субкомпенсация, синдром диабетической стопы, трофическая язва 1 пальца левой ноги.

б). Сопутствующие заболевания: ГБ. Ст.2, риск 4, ИБС, очаговый кардиосклероз.

## Жалобы

Жалобы больной при поступлении: больная предъявляет жалобы на наличие гнойничка в области 1 пальца, также на слабость, потливость, вялость, быструю утомляемость и плохое общее самочувствие.

## Анамнез болезни

Считает себя больной с 1994 года, когда впервые был поставлен диагноз: Сахарный диабет тип 2, компенсированный, гипогликемии и кетоацидоза не было, после чего до 2001 принимала пероральные препараты. С 2001 года состояние резко ухудшилось до субкомпенсированой стадии плюс ГБ. Ст.2, риск 4, ИБС АД(180/100). С этого време больная получат инсулинотерапию (Актрапид) и кардиопрепараты (Энап) Больная связывает заболевание с неправильным питанием и образом жизни.. В ноябре 2003 года с жалобами на гнойник 1 пальца больная обратилась к хирургу в поликлинику по месту жительства. Назначенное лечение оказалось малоэффективным и, 24,11,2003 года больная была госпитализирована.

**Анамнез жизни**

Родилась в Воронеже. Росла и развивалась без отклонений. Окончила среднюю школу. Поступила и закончила ВГТУ. С работает начальником отдела ВГТС.

Перенесенные заболевания. С 2001 года – гипертоническая болезнь, 2 стадия риск 4 АД(180/100).

Акушерско-гинекологический анамнез: менструации с 12 лет, регулярные, обильные. Беременность в 22 25 28 лет. Гинекологические заболевания отрицает, климакс в 48 лет.

Семейное положение: замужем, имеет трёх детей.

Наследственность отягощена, аналогичное заболевание у родственников.

Привычные интоксикации отрицает.

Профессиональные вредности: работа связана с постоянным нервным напряжением.

Эмоционально-психический статус: нарушение сна, раздражительность, вялость.

Аллергологический анамнез отягощен: пенициллин, новокаин, сульфапрепараты.

Эпидемиологический анамнез не отягощен

Туберкулез, гепатиты, тифы, малярию, дизентерию и венерические заболевания отрицает. Контакта с лихорадящими больными контакта не имела. Операций по переливанию крови не было. Контакта с ВИЧ – инфицированными не имела.

## Общий статус

Состояние больной удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Телосложение правильное. Повышенное питание. Гиперстенический тип конституции.

Кожные покровы: обычной окраски, чистые, сухие. Тургор сохранен. Потоотделение и салоотделение в норме. Дермографизм не изменен.

Волосы густые, сухие, блестящие, не секутся.

Тип оволосения соответствует полу и возрасту.

Ногти овальной формы, ломкость, деформация ногтевых пластинок отсутствует.

Видимые слизистые оболочки бледно - розового цвета .

Подкожно - жировая клетчатка развита хорошо, распределена равномерно. Отеков нет.

Толщина подкожно - жировой складки в области пупка 5 см.

Периферические лимфатические узлы: затылочные, околоушные, подчелюстные, над и подключичные, подмышечные, кубитальные, паховые, подколенные - не пальпируются.

Мышечный корсет развит хорошо, тонус и сила мышц сохранены, одинаковы с обеих сторон. Кости не деформированы, суставы правильной формы, движения в них в полном объеме, безболезненны.

Пульс ритмичный частотой 84 уд в минуту, не напряженный, на ногах не пальпируется.

При перкуссии левая граница относительной сердечной тупости в 5 и 4 м/р. на уровне левой среднеключичной линии.

При аускультации тоны сердца чистые, ясные.

АД 180/100

Границы в легких в норме. При аускультации дыхание везикулярное.

Побочных дыхательных шумов нет.

Слизистая щек, губ, твердого неба розового цвета.

Десны чистые, розовые, обычной влажности.

Живот мягкий, безболезненный.

Печень не пальпируется.

Почки не пальпируются, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Психическое состояние без особенностей.

Зрачковые и сухожильные рефлексы сохранены, одинаковы с обеих сторон.

Кожная чувствительность сохранена.

Патологические рефлексы и тремор конечностей отсутствуют.

## Специальный статус

На первом пальце левой ноги гнойничковый процесс распространяющийся дистально. Произведена экзартикуляция 5,01,2004, постоперационных осложнений нет. Пульс на ногах не пальпируется, ноги холодные, кожа сухая, шелушится, чувствительность на ногах резко снижена.

**Лабораторные данные**

Общий анализ крови:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Показатель** | **2,12,03** | **25,12,03** | **Норма** |
| Гемоглобин г\л | 114 | 130 | 132-164 |
| Цветной показатель | 0,92 |  | 0,85 – 1,05 |
| Эритроциты 1012 | 3,7 |  | 4,5-5,1 |
| Лейкоциты 103 | 7,5 | 6,8 | 4,78-7,68 |
| Палочкоядерные % | 1 |  | 1 – 6 |
| Сегментоядерные % | 77 |  | 47 – 72 |
| Лимфоциты % | 17 |  | 19 – 37 |
| Моноциты % | 3 |  | 3 – 11 |
| СОЭ мм/час | 40 | 20 | менее 15 |

Заключение: Небольшой сдвиг лейкоцитарной формулы влево, повышенная СОЭ.

Общий анализ мочи

|  |  |
| --- | --- |
| **Показатель** |  |
| Цвет | св-желтая |
| Прозрачность | сл. мутная |
| Белок г\л | Отр. |
| Относительная плотность | 1030 |
| Глюкоза | Отр. |
| Лейкоциты | 3-4 в п.зр. |
| Эпителий | плоский незначительно |
| Эритроциты | Отр. |
| Соли | Отр. |

Заключение: все показатели в пределах нормы

Биохимические показатели крови

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Показатели** | **27.05.03** | **Норма** |
| Биллирубин общий | 11,0 | 8,55 – 20,5 мкмоль/л |
| Биллирубин прямой | отр. | отр. |
| Общий белок | 71,7 | 65 – 85 г/л |
| Глюкоза | 4,7 | 3,3 – 5,5 ммоль/л |
| Мочевина | 3,3 | 2,5 – 8,3 ммоль/л |
| Креатинин | 78,5 | 53 - 97 ммоль/л |

Заключение: все показатели в пределах нормы

**Реакция Вассермана –** отрицательна.

**Пероральный тест толерантность к глюкозе**

Заключение: сахарный диабет.

ЭКГ заключение Ритм синусовый, нормальная ЭОС, Очаговые изменения миокарда боковой стенки левого желудочка

**Предварительный диагноз.**

На основании жалоб:

* на наличие гнойничка в области 1 пальца, также на слабость, потливость, вялость, быструю утомляемость и плохое общее самочувствие
* анамнеза:
* на снижение чувствительности на ногах

На основании объективного обследования: наличие гнойничка в области 1 пальца, общее состояние

На основании данных лабораторных исследований

Предварительный диагноз: Сахарный диабет тип 2, тяжелая форма, субкомпенсация, синдром диабетической стопы, трофическая язва 1 пальца левой ноги бляшечная склеродермия, стадия уплотнения.

## Дифференциальный диагноз

Диагностика сахарного диабета основывается на результатах исследования гликемии. Если уровень гликемии натощак при повторном исследовании превышает 140 мг% (6,7 ммоль/л), то устанавливается диагноз сахарного диабета. При уровне гликемии натощак менее 140 мг% диагноз сахарного диабета уточняется в пероральном тесте толерантности к глюкозе (ПТТГ): когда прием натощак 75 г глюкозы вызывает гипергликемию через 2 часа более 200 мг% (11,1 ммоль/л) и, кроме того, хотя бы в одной промежуточной точке исследования гликемия также превышает 200 мг%, то в этом случае диагностируется сахарный диабет.

Если в ПТТГ гликемия натощак не превышает 140 мг%, через 2 часа после приема глюкозы выше 140 мг%, но не более 200 мг%, а в промежуточных точках не выше 200 мг%, тогда такое состояние называют нарушенной толерантностью к глюкозе(НТГ). Следует иметь в виду, что далеко не во всех случаях НТГ переходит в дальнейшем в сахарный диабет: толерантностью к глюкозе может восстановиться или остаться нарушенной на неопределенно долгое время.

ПТТГ нецелесообразно проводить в следующих случаях: (а) когда натощак определяется высокая гипергликемия (более 140 мг%); (б) у больных с острыми заболеваниями или на постельном режиме; (в) получающих диуретики, пропранолол, дифенин, глюкокортикоиды, эстрогены или контрацептивные средства.

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

Лист назначений

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Стол №9 |  |  | 25,11 |
| Хлеб | 150 |  | 26,11 |
| Инсулин НПХ | 14 ед |  | 28,11 |
| Инсулин Р | 14 ед |  | 29,11 |
| Инсулин Р | 6 ед |  | 30,11 |
| Инсулин Р | 8 ед |  | 1,12 |
| Инсулин НРХ | 14 ед |  | 2,12 |
| Sol. Ciprofloxacini | 100 ml | в/в капельно |  |
| Sol. Metolacer-retard | ½ tab | Утром |  |
| Prestarinum | 4 mg | Утром |  |
| Nistatini | 500 000 ed | 4 р/д |  |
| Sol. Cefasolini | 1.0 | 2 р/д в/в |  |
| Sol. Zincomicini | 300 mg | 2 р/д в/м |  |
| Sol. Proserini | 1.0 | в/м |  |
| Ac. Ascorbinici | 5 dragee | 3 р/д |  |
| Sol. Cefax | 1.0 | 2 р/д в/в |  |
| Sol. Albe | 1 ml | п/к |  |

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, пантотеновой кислот - гречневая 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.

## Окончательный диагноз

На основании жалоб больной, данных анамнеза, данных анамнеза жизни, данных лаб.исследований можно поставить диагноз Сахарный диабет тип 2, тяжелая форма, субкомпенсация. Сопутствующие заболевания: ГБ. Ст.2, риск 4, ИБС, очаговый кардиосклероз.

## XV. Дневник обследования 05.01.2004.

Состояние улучшилось. Предъявляет жалобы на слабость, быструю утомляемость, расстройство. PS 78 уд/мин. Тоны сердца приглушены. В легких: дыхание везикулярное. ЧД 18 дых/мин. Печень +1.5см. Сон и аппетит не нарушены. Мочеотделение не нарушено. Продолжает получать лечение. Сахар крови нормализовался до 6,4 ммоль/л. Проведена экзартикуляция 1 пальца левой ноги.

## Эпикриз

Больная Бянкина Светлана Васильевна, 49 лет. Поступила в клинику 25.11.2004 по направлению хирурга районной поликлинники с жалобами на на наличие гнойничка в области 1 пальца, также на слабость, потливость, вялость, быструю утомляемость и плохое общее самочувствие. После обследования был поставлен диагноз сахарного диабета инсулиннезависимого типа тяжёлой формы в состоянии декомпенсации, макро и микроангиопатии нижних конечностей, синдром диабетической стопы, диабетической пролиферативной ретинопатии, периферической диабетической нейропатии.

Больной была откорректирована инсулинотерапия, проведена симптоматическая терапия, назначено лечение для профилактики осложнений, произведена экзартикуляция 1 пальца левой ноги

## Прогноз

В отношении жизни и выздоровления прогноз у данного больного неблагоприятный. Заболевание не закончится полным выздоровлением. Трудоспособность резко ограничена.

## Куратор Орлов Александр Александрович

## Литература

1. Дедов И. И., Мельниченко Н.И., Фадеев "Эндокринология.
2. "Алгоритмы диагностики и лечения болезней эндокринной системы" под ред. И.И. Дедова. М.,1995.
3. Г.Галстян "Диабетическая нейропатия".
4. М.И. Балаболкин "Эндокринология", М., 1998.