**ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ.**

Ф.И.О.:

Возраст: 54

Пол: женский

Семейное положение

Профессия:

Дата поступления в клинику:

**ЖАЛОБЫ БОЛЬНОЙ ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ В КЛИНИКУ НА:**

* Зуд в области промежности
* Повышенное артериальное давление (до 170/100 мм рт ст)
* Полидипсию
* Сухость в ротовой полости, кожных покровов рук и ног
* Повышенную потливость
* Отечность ног в вечернее время, лица – в утреннее
* Слабость и быструю утомляемость при умеренной физической нагрузке
* Бессонницу
* Эпизодические головные боли

**ИСТОРИЯ НАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ:**

В январе 2002 года отметила появление зуда в области промежности. В этот же период отметила повышение артериального давления до 180/110 мм рт ст, сопровождающееся головными болями. При этом самостоятельно принимала «Энап» по одной таблетке в день, но никаких улучшений не наблюдала. Возникновение слабости, нервозности, повышенной утомляемости, увеличение массы тела было расценено больной как «естественные признаки климакса».

В сентябре после очередного резкого повышения уровня артериального давления до 190/110 обследовалась по месту жительства, где была обнаружена гипергликемия - 16,7 ммоль/л. После чего была направлена в клинику эндокринологии с целью подбора корригирующей терапии.

**ИСТОРИЯ ЖИЗНИ БОЛЬНОЙ:**

Больная родилась в 1948 году. В детстве перенесла скарлатину, ветряную оспу. В 1967 году была произведена тонзиллэктомия.

С 27 лет страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. При обострении заболевания принимает по 2 пакетика фосфалюгеля после еды 3 раза в день.

В 1979 году после длительного пребывания в Эфиопии (в течение 2,5 лет) отмечала резкое повышение массы тела (на 10 кг за год), утомляемость. В этом же году был поставлен диагноз первичный гипотиреоз. С 1979 года по 1995 год принимала тиреоидин и трийодтиронин. Однако в 1982 году из-за беременности лекарственная терапия не проводилась. С 1995 года терапия была изменена, и пациентка принимала L-тироксин по 100 мкг (во время еды).

При прохождении специализированных курсов по раздельному питанию в 1995 году больная потеряла 12 кг массы тела, после которых весила 85 кг. Этот вес сохранялся на протяжении 1 года. Однако к 2001 году отмечала повышение массы тела на 20 кг, вплоть до 111 кг, в результате бесконтрольного питания (со слов больной).

В 1997 году была произведена операция по удалению очагов глубоких микозов в подмышечной впадине.

В течение последних двух лет жалуется на боли за грудиной колющего характера, возникающие на фоне эмоционального стресса, резкого изменения погоды. Приступы купируются прекращением какой-либо деятельности, отдыхом, нитросорбитом. На представленных при госпитализации ЭКГ наблюдаются признаки перенесенного инфаркта миокарда.

СЕМЕЙНЫЙ АНАМНЕЗ:

Мать страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, отец страдал болезнью Паркинссона и рассеянным склерозом. Анамнез кровных родственников никакими эндокринологическими заболеваниями не отягощен.

**ОБЪЕКТИВНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ:**

Общее состояние больной удовлетворительное; сознание ясное, положение больной активное; телосложение гиперстеническое: рост 168 см, вес 96 кг, ИМТ=34. ЧДД = 18 в мин, АД = 155/90 мм рт ст.

Окраска кожных покровов бледная, влажность и потливость кожи повышенная. Под молочными железами и в подмышечной впадине выявлена опрелость. На голени наблюдаются гиперпигментация, телеангиоэктазы. Развитие подкожной жировой клетчатки по женскому типу. Выявлены отеки голени.

При осмотре передней поверхности шеи наблюдалось увеличение щитовидной железы 1 степени. Экзофтальма не наблюдалось.

При исследовании дыхательной, сердечно-сосудистой, мочеполовой систем никаких патологий не обнаружено.

При физическом обследовании пищеварительной системы был обнаружен налет на языке.

**ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ:**

*Лабораторные исследования:*

1. Общий и биохимический анализ крови
2. Общий и биохимический анализ мочи
3. Исследование гормонов щитовидной железы

*Инструментальные исследования:*

1. УЗИ щитовидной железы, поджелудочной железы, почек
2. ЭКГ
3. Гастродуоденоскопия
4. Рентгеноскопия органов грудной клетки

Рекомендуется осмотр офтальмолога, дерматолога, кардиолога.

**РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРАТОРНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Результат** | **Норма** |
| Глюкоза | 227 мг/дл | 70-110 мг/дл |
| HbA1c | 9,1 % | 3-6 % |
| ТТГ | 1,42 МЕ/л | 0,25-4 МЕ/л |
| ТАГ | 34 мг/дл | 50-150 мг/дл |
| Азот мочевины | 22 мг/дл | 10-20 мг/дл |
| Общ. холестерин | 258 мг/дл | 150-250 мг/дл |
| ЩФ | 103 ЕД/л | 32-92 ЕД/л |

**УЗИ щитовидной железы:**

Объем щитовидной железы = 15,7 см3

Правая доля = 17+20+52 мм

Левая доля = 15+21+44 мм

Перешеек = 3,6 мм

Контуры железы ровные, нечеткие, эхогенность понижена, структура диффузно неоднородна.

**Осмотр**  **офтальмолога:**

Ангиопатия сетчатки.

**КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ:**

* Впервые выявленный сахарный диабет – IIб с ожирением
* Первичный гипотиреоз средней тяжести

**ОБОСНОВАНИЕ ДИАГНОЗА:**

* Принимая во внимание, наличие у больной гипергликемии (12,6 ммоль/л), избыточной массы тела (ИМТ=34), эссенциальной артериальной гипертензии, отсутствие очевидных причин нарушения углеводного обмена, можно поставить диагноз - сахарный диабет – II б (с ожирением). В подтверждение данного диагноза указывают совокупность клинических и лабораторных признаков: зуд в области промежности; полидипсия; сухость ротовой полости, кожных покровов рук и ног; уровень гликированного Hb равен 9,1%; повышение показателей уровня общего холестерина и ТАГ.
* На основании данных о повышенном уровне ТТГ (со слов больной) в 1979 году был диагностирован первичный гипотиреоз, что и подтверждалось характерной клинической картиной: значительное увеличение массы тела (на 10 кг за год); повышенная утомляемость без всяких физических нагрузок.

**ТЕРАПИЯ:**

* Рациональное питание:

1. Необходимо соблюдать режим частого дробного питания (до 5-6 приемов пищи)
2. Энергетическая ценность не должна превышать 1630 ккал/сут
3. Рекомендуемое соотношение углеводов, белков, жиров = 50%:20%: 30%
4. Ограничение потребления простых легкоусвояемых углеводов, жиров и холестерина. Суточное потребление холестерина не должно превышать 300 мг. Предпочтительнее употреблять рыбные продукты.
5. Рекомендуется употреблять продукты с повышенным содержанием пищевых волокон (овощи, фрукты, отруби).
6. Избегать приема сластей, сладких напитков, запеченных и сушеных фруктов, винограда, а также алкоголя.

* Дозированная физическая нагрузка
* Медикаментозное лечение сахарного диабета - II

1. «Амарил» -- по 1 таблетке за 30 минут до завтрака

* Медикаментозное лечение артериальной гипертензии

1. «Энап» -- по 1 таблетке утром
2. «Арифон» – по 1 таблетке утром

* Медикаментозное лечение первичного гипотиреоза

1. L-тироксин – по 1 таблетке за 30 минут до завтрака

**ОБОСНОВАНИЕ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ:**

1. Была назначена терапия «амарилом», так как данный препарат не оказывает негативного влияния на сердечно-сосудистую систему, что необходимо учитывать в данном случае; данные ЭКГ указывают на возможность наличия перенесенного инфаркта миокарда.
2. Применение антигипертензивных средств из групп диуретиков («арифон») и ингибиторов АПФ («энап») основываются на данных (не уточненных) о перенесенном инфаркте миокарда. Одним из возможных показаний для применения диуретиков является артериальная гипертензия, сопровождающаяся сахарным диабетом. Изолированный прием «энапа» не оказывал гипотензивного действия, вследствие этого и была применена сочетанная терапия ингибитора АПФ с диуретиком.
3. При первичном гипотиреозе показана заместительная терапия L-тироксином. Доза определялась из расчета 1,6 мкг/кг. Однако при ожирении расчет ведется на 1 кг идеальной массы тела.