Московская Медицинская Академия им. И. М. Сеченова

Кафедра Эндокринологии

**История болезни по эндокринологии.**

Исполнитель: студент 4 курса л/ф

40 группы

Брицко Дмитрий Борисович

Преподаватель: Зилов Алексей

Вадимович

МОСКВА 2001 год

Паспортная часть:

Фамилия, Имя, Отчество больной: Удалова Людмила Корниловна

Возраст: 53 года

Пол: женский

Профессия и место работы: не работает, инвалид II группы

Семейное положение: замужем, имеет двух детей и одного внука

Адрес: Москва, ул. Братиславская д.26 кв.192

Дата поступления в стационар: 28 августа 2001 года в 10 часов утра

Жалобы больной:

*Основные:* на сухость во рту, жажду, головокружение, колющие боли в области сердца, чувство онемения, жжения, покалывания в икроножных мышцах, стопах.

*Второстепенные:* на боли в позвоночнике, усиливающиеся во время движений; на боли в эпигастральной области, усиливающиеся натощак и через 2 часа после еды.

Anamnesis morbi:

В 1993 году во время прохождения диспансеризации у больной был случайно выявленный повышенный сахар крови 7,3 ммоль/л, после осмотра участковым эндокринологом был поставлен СД 2 типа и назначена диета, при соблюдении которой уровень сахара не понизился. После чего больная получила глюкометр и ей были, назначены Глюренорм, Диабетон, которые в течение 5 лет компенсировали гипергликемию. С 1998 года уровень сахара начал возрастать до 9 -10 ммоль/л, появилась жажда слабость, учащенное мочеиспускание, колющие боли в области сердца, стойкое повышение артериального давления в связи, с чем больной были назначены Маннинл; Кардикет; Энап; Верапамил; Арифон. В мае 2001 года состояние больной ухудшилось уровень сахара начал возрастать до 15—18 ммоль/л, появилась кетозурия, к выше указанным жалобам присоединились чувство онемения, жжения, покалывания в икроножных мышцах, стопах, больная была переведена амбулаторно эндокринологом на инсулинотерапию Хумулином по 10 ЕД утром и вечером. На фоне лечения уровень сахара крови снизился до 3-7 ммоль/л. Больная получила направление на госпитализацию для обследования, коррекции лечения и обучения в школе сахарного диабета.

Anamnesis vitae:

*Краткие биографические сведения:*

Родилась 23 апреля 1948 года в г. Горно-Алтайск алтайского края. Была третьим ребенком в семье. Общие условия существования были хорошими: жила в частном доме, питание получала достаточное (с детства была «упитанным» ребенком). После завершения обучения в школы окончила медицинское училище, учеба давалась легко, затем работала на «скорой помощи». В 1970 году вышла замуж и переехала в г. Москва. В настоящий момент жилищные условия хорошие, живет в отдельной квартире, в семье, питание регулярное. До получения инвалидности работала медицинской сестрой в детском психиатрическом санатории.

*Перенесенные заболевания:*

В детстве болела инфекционными заболеваниями: корью, краснухой, паротитом (без осложнений). Часто болела простудными заболеваниями, с 12 лет страдает бронхиальной астмой по поводу чего в детстве получала преднизолон, после перемены места жительства приступы прекратились. В 30 лет при гастроскопии была выявлена язва двенадцатиперстной кишки, возникла гипертоническая болезнь, в 45 лет остеохондроз позвоночника. В 45 лет была произведена резекция щитовидной железы по поводу узлового зоба, после чего развился первичный гипотиреоз (постоянно принимает Л-Тироксин).

*Наследственные заболевания:*

Наличие заболеваний передаваемых по наследству отрицает, мать умерла в возрасте 62 лет от острого нарушения кровообращения сосудов головного мозга, отец в возрасте 82 лет от опухоли сигмовидной кишки.

*Аллергические заболевания и нереносимость лекарственных средств:*

Аллергическая реакция на анальгин – отек Квинке.

*Вредные привычки:* отсутствуют.

*Гинекологический анамнез:*

Менструации с 16 лет, регулярные с 18 лет. Замужем с 22 лет. Перенесла 7 беременностей и них 2 закончились родами, и было сделано 5 абортов. Из гинекологических заболеваний: миома матки 8 недель с 43 лет.

Status praesens:

Состояние: удовлетворительное.

Сознание: ясное

Положение: активное.

Телосложение: гиперстеническое, рост 158 см. вес 87 кг. ИТМ =34,85 (ожирение II степени), ИТБ=0,95

Кожные покровы: обычной окраски и влажности, чистые. Тургор кожи нормальный. Черезмерная степень развития подкожно-жирового слоя, распределение равномерное.

Костная система: искривления, выбухания и прочей деформации не выявлено.

Мышечная система: хорошей степени развития, тонус мышц нормальный.

Осмотр суставов: активные и пассивные движения в суставах не ограничены, безболезненны, отечности, деформации суставов не выявлено.

Лимфатические узлы: затылочные, околоушные, шейные, подмышечные, паховые не пальпируются.

Органы дыхания: жалоб нет. Дыхание через нос свободное, обе половины грудной клетки участвуют в дыхании равномерно, при пальпации безболезненны, голосовое дрожание не изменено. ЧДД 18 в минуту. При перкуссии ясный легочный звук, при аускультации дыхание жесткое, хрипов нет.

Органы кровообращения: Жалобы: на боли в области сердца, жгучего, сдавливающего характера, без иррадиации, возникающие после умеренных физических нагрузок или эмоционального перенапряжения, проходящие после приема нитроглицерина; повышение артериального давления до 190/90 мм. рт. ст. При осмотре: сердечный горб, сердечный толчок отсутствует. Локальной эктопической пульсации в прекардиальной области нет. Верхушечный толчок определяется в 6 межреберье по переднеподмышечной линии. Местной болезненности при пальпации нет.

Перкуторные границы относительной сердечной тупости:

правая: у края грудины

левая: на 1,5 см левее по переднеподмышечной линии (смещение влево)

верхняя: II ребро

При аускультации тоны приглушены, ритмичные, шумов нет, ЧСС 76. Пульс на лучевых артериях одинаковый 76 в минуту, сосудистая стенка гладкая. Артериальное давление: справа 170/85 мм. рт. ст., слева 170/85 мм. рт. ст. При исследование вен выявлено расширение, извитость вен голеней.

Органы брюшной полости: аппетит снижен, язык сухой, обложен серым налетом, зубы требуют санации. Живот симметричный, не увеличен, при пальпации умеренная болезненность в эпигастрии и области правого подреберья. Печень в норме, безболезненная при пальпации, край закруглен поверхность гладкая. Размеры печени: по переднеподмышечной линии 10 см; по среднеключичной 9 см; по окологрудинной 8 см. Пальпация поджелудочной железы умеренно болезненная. Стул регулярный. Селезенка не увеличена, не пальпируется, безболезненная, расположена между IX-XI ребрами.

Мочевыделительная система: жалоб нет, мочеиспускание свободно. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Щитовидная железа: степень увеличения 0; плотная, неподвижная. При осмотре передней поверхности шеи изменений не отмечается. Пучеглазия (экзофтальма) нет. Окружность шеи на уровне щитовидной железы – 38 см. Симптомы: Мебиуса (ослабление конвергенции), Щтельвага (редкое мигание), Грефе (при движении глазного яблока вниз появляется полоска склеры между верхнем веком и радужной оболочкой), Мари (тремор кистей рук) – отрицательные. При аускультации щитовидной железы шумы не выслушиваются.

Молочные железы: при пальпации узлов нет.

Нервно-психическая сфера: больная правильно ориентирована в пространстве, времени и собственной личности. Контактна, охотно общается. Восприятие не нарушено. Внимание не ослаблено. Память сохранена. Интеллект высокий. Мышление не нарушено. Настроение ровное, поведение адекватное. Сон не глубокий, после пробуждения возникают ощущения разбитости. Чувствительность: в области стоп отмечается локальное выпадение температурной и болевой чувствительности, вибрационная справа 6-6; слева 7-7.

При проведении обследований получены следующие результаты:

*Общий анализ крови:*

Эритроциты 4,68 х 1012/л

Гемоглобин 138,8 г/л

Гематокрит 40%

Лейкоциты 7,53 х 109/л

ЦВП 0,89

СОЭ 4 мм/ч

Тромбоциты 224,5 х 109/л

Общий анализ крови в пределах нормы.

*Биохимический анализ крови:*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатель | Результат | Норма |
| АСАТ | 82 ЕД/л | 10 – 40 ЕД/л |
| АЛАТ | 41 ЕД/л | 10 – 40 ЕД/л |
| Глюкоза | 84 мг/дл | 70 – 110 мг/дл |
| Общ. холестерин | 241 мг/дл | 150 – 250 мг/дл |
| триглицериды | 155 мг/дл | 50 – 150 мг/дл |
| ЛПОНП | 31,1 мг/дл | 10 – 30 мг/дл |
| Na+ | 147 ммоль/л | 135 – 145 ммоль/л |
| K+ | 4,42 ммоль/л | 3,5 – 5,0 ммоль/л |
| Cl+ | 112,7 ммоль/л | 98 – 110 ммоль/л |

Из данного анализа видно увеличение АСАТ, триглицеридов, ЛПОНП, Na+, Cl+, общий холестерин, АЛАТ в верхних границах нормы.

*Результаты на RW, ВИЧ, HbsAg –* отрицательные.

*Коагулограмма крови –* без изменений.

*Исследование на гормоны щитовидной железы:*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Гормоны | Результат | Нормы | Единицы |
| Т4 | 156,6 | 60 — 169 | Нмоль/л |
| ТТГ | 0,12 | 0,25- 4,0 | МЕ/л |

Снижение ТТГ, при верхнем уровне Т4 на фоне заместительной терапии Л-Тироксином.

*Уровень гликированного гемоглобина НвАIс:* 6,7 % (при норме 3-6 %)

*Общий анализ мочи:*

Количество: 120

Цвет: соломенный

Реакция: рН 5

Уд. вес: 1013

Прозрачность: неполная

Белок: нет

Сахар: нет

Ацетон: нет

Желчные кислоты: нет

Уробилиноиды: нет

Полиморфные эпителиальные клетки: нет

Лейкоциты: ед. в поле зрения

Эритроциты: ед. в поле зрения

Слизь: умеренное количество

Бактерии: немного

*Проба Реберга:*

Креатинин крови: 0,7 мг/дл

Креатинин мочи: 41,7 мг/дл ↑

Конц. Индекс: 59,6 мг/дл ↑

Суточный диурез: 3000 мл ↑

Минутный диурез: 2,1 мл/мин ↑

Фильтрация: 124,1 мл/мин

Реабсорбция: 98,3%

*Исследование мочи по Нечипоренко:*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатель | Результат | Норма |
| Количество | 60 мл |  |
| Реакция | кислая | кислая |
| Белок | нет | нет |
| Количество в 1 мл мочи |
| Лейкоциты | 1000 | до 4000 |
| Эритроциты | 1000 | до 1000 |
| Цилиндры | нет | до 250 |

*Глюкозурический профиль:*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Количество | Плотность | Глюкоза | Кетонов. тела | Белок |
| 3000 | 1008 | нет | нет | 0,03 0/00 |

*Динамическая сцинтиграфия почек:* почки обычной формы, размеров и положения. Накопительно-выделительная функция почек сохранена.

*Осмотр окулиста:* очаговой диабетической ретинопатии не выявлено. Гипертоническая ангиопатия сетчатки.

*При посещении кабинета диабетической стопы:*

Данные сосудистого осмотра: пульсация сохранена на обеих конечностях. При осмотре незначительное плоскостопие; выраженный гиперкератоз, сухость кожи, онихомикоз; незначительные отеки; вены голени расширены, извиты; язвенных дефектов нет. Вибрационная чувствительность справа 6-6; слева 7-7. Локальное выпадение тактильной и температурной чувствительности в области стоп.

*Заключение:* Диабетическая периферическая полинейропатия, диабетический тип, сенсорно-симметричная форма. Хроническая венозная недостаточность. Варикозная болезнь. Онихомикоз.

*Дневник больного сахарным диабетом 2 типа:*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата | Завтрак | Обед | Ужин | На ночь | 3 часа ночи |
| 29.08.01 | 3,7 | 3,6 | 10,7 | 5,2 | 2,9 |
| 10.09.01 | 8,4 | 9,9 | 8,4 | 5,5 |  |
| 20.09.01 | 4.1 | 5.2 | 5.4 | 5.1 |  |

*УЗИ органов брюшной полости:* печень умеренно увеличена, контур ровный с явлениями жировой инфильтрации; желчный пузырь, поджелудочная железа в норме; селезенка не увеличена; почки нормальных размеров.

*Данные эндоскопии:* антральный гастрит, деформация луковицы двенадцатиперстной кишки, пилуродуоденит, дуоденогастральный рефлюкс, язва двенадцатиперстной кишки.

*Консультация гастроэнтеролога:* хронический панкреатит в стадии умеренно выраженного обострения. Антральный гастрит, пилуродуоденит, дуоденогастральный рефлюкс, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки в стадии обострения.

*УЗИ щитовидной железы:* состояние после резекции щитовидной железы; правая доля 10х14х33 мм, левая доля 12х13х32 мм, перешеек не определяется; объем железы 4,8 см3 (в норме 9-18 см3); контуры нечеткие волнистые, паренхима пониженной эхогенности.

*Рентгенологическое исследование органов грудной полости:* диафрагма на уровне 6 ребра, легочные края повышенной прозрачности, очаговых изменений не выявлено. Сердце в поперечнике не расширенно, левый желудочек увеличен.

*Данные ЭКГ:* ритм синусовый; правильный; ЧСС 74’; ЭОС влево; гипертрофия левого желудочка.

*Рентгенологическое исследование грудного и поясничного отдела позвоночника:* в грудном отделе позвоночника остеохондроз наиболее выражен на уровне ThIV-ThIX. В поясничном отделе позвоночника остеохондроз наиболее выражен на уровне LIV-LV.

Обоснование диагноза: По уровню гликированного гемоглобина можно судить о субкомпенсации сахарного диабета за последние 3 месяца. Из диабетической микроангиопатии: жалоб на зрение у больной нет, при осмотре окулиста диабетической ретинопатии не выявлено; при исследовании мочи протеинурии нет, но уровень суточной микроальбуминурии составляет 30 мг/сут, при нормальной реабсорбции и скорости клубочковой фильтрации приближающейся к верхней границе нормы. Чтобы исключить инфекционные заболевания почек был сделан анализ мочи по Нечипоренко, который в пределах нормы. Следовательно, есть основания заподозрить III начинающуюся стадию диабетической нефропатии по Могенсену. С учетом высоких цифр артериального давления лечение должно производиться ингибиторами АПФ в гипотензивных дозах с ограничением потребления пищевой соли не более 5 г/сут.

Из диабетической макроангиопатии у больной: ишемическая болезнь сердца, стенокардия напряжения ФК II, по клиническим жалобам, положительной реакции на нитроглицерин (во время приступов), отсутствии рубцовых и очаговых изменений на ЭКГ (ЭХО-КГ не проводилась). За гипертоническую болезнь говорит гипертрофия левого желудочка сердца, гипертоническая ангиопатия сетчатки, высокие цифры артериального давления. При посещении больной кабинета диабетической стопы на основании жалоб и осмотра, при котором выявилось: сухость кожи, гиперкератоз, локальное выпадение температурной и тактильной чувствительности в области стоп, снижение вибрационной чувствительности справа, что указывает на сенсорно-симметричную форму диабетической периферической полинейропатии дистального типа. Данная больная относится к группе с повышенным риском синдрома диабетической стопы.

При осмотре больной выявлен экзогенно-конституциональный тип ожирения II степени (ИМТ =34,85%). В биохимическом анализе крови: общий холестерин в верхних границах нормы, содержание триглицеридов и ЛПОНП повышено, поэтому больной необходимо строго соблюдать диету, при неэффективности которой нужно назначить прием лекарственных средств, нормализующий липидный спектр.

При изучении электролитного состава плазмы крови: повышенное содержание Na+ видимо из-за повышенного содержания инсулина (к сожалению, концентрация С-пептида не измерялась). Во время нахождения в стационаре была подобрана необходимая доза инсулина по 8 ЕД. утром и вечером (по контролю уровня гликемии). К моменту выписки больной из отделения с помощью гипотензивной терапией были компенсированы высокие цифры артериального давления до 130/80 мм.рт.ст.

Из сопутствующих заболеваний: состояние после резекции щитовидной железы в 1993 году по поводу узлового зоба, при пальпации щитовидной железы степень увеличения 0; по данным УЗИ объем железы снижен, в сыворотке крови снижено количество ТТГ; больная постоянно принимает в качестве заместительной терапии Л-тироксин.

Основной диагноз: Сахарный диабет 1 типа в фазе субкомпенсации. Диабетическая микроангиопатия: III начинающаяся стадия диабетической нефропатии по Могенсену (микроальбуминурия 30мг/сут, повышение скорости клубочковой фильтрации). Диабетическая макроангиопатия: ИБС, стенокардия напряжения, ФК II; атеросклеротический кардиосклероз без нарушения ритма и проводимости: атеросклероз аорты, коронарных, церебральных артерий; гипертоническая болезнь IIб степени. Диабетическая полинейропатия: диабетическая периферическая полинейропатия, диабетический тип, сенсорно-симметричная форма. Первичный гипотиреоз средней тяжести в фазе компенсации (состояние после резекции щитовидной железы по поводу узлового зоба в 1993 году). Хроническая венозная недостаточность. Варикозная болезнь. Онихомикоз. Экзогенно-конституциональный тип ожирения II степени.

Второстепенный диагноз: Хронический панкреатит в стадии умеренно выраженного обострения. Антральный гастрит, пилуродуоденит, дуоденогастральный рефлюкс, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки в стадии обострения. Остеохондроз поястнично-грудного отдела позвоночника.

Лечение:

Диетотерапия: коррекция избыточного веса из расчета 17ккал/кг/сут, соответственно 1479ккал/сут, из них углеводы должны составлять 50%, белки-20%, жиры-30%. Питание должно быть дробным 5-6 раз в день, по количеству пищи распределено: завтрак-25%, второй завтрак-10%, обед-25%, полдник-10%, ужин-25%, перед сном-5%. Суточное количество соли не должно превышать 5 г.

Дозированная физическая нагрузка.

Инсулинотерапия: Хумулин по 8 ЕД п\к утром и перед сном.

Манинил по 3.5 мг 1-0-1

Л-Тироксин 50 мг утром.

Энап по 5 мг 2 раза в день.

Верапамил 40 мг 1т. 3 раза в день.

Кардикет 20 мг 1 т. 2 раза в день.

Арифон 1 таблетка утром.

Омез по 1 т. 2 раза в день.

Эспа-липон 600 мг в/в капельно, ежедневно.

Панзинорм по 1 капсуле 3 раза в день.

Де-нол по 2т. 2 раза в день.

Трамадол 2мл в/м на ночь.

Реланиум 2мл в/м на ночь.

Обучение в школе сахарного диабета.

После выписки рекомендовано наблюдение у эндокринолога, раз в 6месяцев посещение окулиста; исследование мочи на микроальбуминурию; посещение кабинета диабетической стопы.