

ЛД-21

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России)

КАФЕДРА ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ №2

**СХЕМА НАПИСАНИЯ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ В
ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ**

МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ

основной профессиональной образовательной программы высшего образования –
программы специалитета по специальности 31.05.01 Лечебное дело

Методические материалы предназначены для обучения студентов 5 курса (9 семестр) лечебного факультета ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России по дисциплине «Эндокринология».

СОСТАВИТЕЛИ:

Доцент кафедры внутренних болезней № 2, к.м.н. З.Т. Цаболова

Доцент кафедры внутренних болезней № 2, к.м.н. А.Б. Кусова

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ БОЛЬНОГО С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

1 ТИПА.

1. Паспортная часть

1. ФИО больного
2. Возраст, дата рождения
3. Место жительства
4. Место работы, должность
5. Дата поступления
6. Кем был направлен
7. Диагноз, с которым больной был направлен в стационар
8. Клинический диагноз (основное заболевание, осложнения, сопутствующие заболевания)

2. Жалобы больного (с нового листа)

Перечисляются все жалобы на момент курации, указываются жалобы на момент поступления. Обратите внимание на общее самочувствие больного (слабость, головная боль, головокружение, нарушение аппетита, сна и т.д.). При этом, обязательно следует проводить дополнительный опрос, активно выясняя данные об изменении самочувствия, и с чем больной их связывает.

Пример: На момент курации больной жалуется на ноющие боли в эпигастральной области постоянного характера, отдающие в спину, тяжесть в желудке после приема пищи, отсутствие аппетита, похудание на 5 кг за последние 6-х месяцев

3. Анамнез заболевания

Анамнез заболевания собирается в хронологическом порядке, для максимального отображения динамики развития клинической симптоматики. Узнайте, какое лечение больной получал до курации, потому что многие терапевтические средства изменяют клинику заболевания.

Пример: Считает себя больным с 2000 года, когда впервые появились спазмирующего характера, голодные боли в эпигастрии. Со слов больного:

“давило к низу”. Обычно боли появлялись ближе к вечеру или утром. Боль исчезала после приема стакана воды.

12.3.2001 г. появились постоянные, интенсивные, тупые, сжимающие боли в верхнем отделе живота, принимающие опоясывающий характер, с иррадиацией в спину. Тошнота, рвота не приносящая облегчения. 16.3.2001 г. обратился в городскую клиническую больницу №3, откуда был направлен в МКБСМП №2 на консультацию к хирургу.

4. Анамнез жизни

Биографические данные: место рождения, какие роды, как рос и развивался. учеба, специальность, замужество, беременность, роды и т.д.

Трудовой анамнез: начало трудовой деятельности, профессия, её перемены, условия труда, производственные травмы, участие в войне. Жилищно-бытовые условия в различные периоды жизни больного, состав семьи.

Питание: режим, регулярность, разнообразие, калорийность и т.д.

Перенесенные заболевания, травмы, операции, ранения, венерические заболевания, с описанием тяжести и продолжительности болезни, осложнения. Лечение, всевозможные вмешательства, контакт с больными.

Эпидемиологический анамнез: контакты с инфекционными больными.

Вредные привычки.

Семейный анамнез и наследственность (родители, братья, сестры, дети – их состояние здоровье, причины смерти).

Аллергический анамнез: наличие аллергических реакций у больного, его родственников и детей.

5. Объективный статус

Сначала описывается общее состояние больного на момент курации, (удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое). Далее

Сознание больного, положение, походку.

Физикальные данные: конституционный тип (нормостенический, астенический, гиперстенический), рост, вес.

Кожа и видимые слизистые, наличие сыпи (эритема, розеола, папула,

пустула, везикула, волдырь, петехии, струп, кровоподтеки, эрозии, трещины, язвы, расчесы); рубцы, сосудистые звездочки, влажность кожи; тургор кожи; тип оволосения).

Развитие подкожно-жировой клетчатки (развита слабо, умеренно, чрезмерно),

указываем места наибольшего отложения жира; наличие пастозности, характеристика отеков по локализации и распространенности. Определяем величину, консистенцию, болезненность, подвижность, лимфатических узлов (подчелюстных, шейных, над- и подключичных, локтевых, подмышечных, паховых). Определяем степень развития мышц (нормальная, избыточная, слабая, атрофия мышц - общая или местная, гипертрофия мышц - общая или местная), тонус мышц (повышенный, пониженный, нормальный).

Болезненность при пальпации и движении; дрожание или тремор отдельных мышц; парезы, параличи конечностей. Исследуют кости черепа, грудной клетки, таза и конечностей с целью выявления деформации, периостита, искривления, акромегалии, изменение концевых фаланг пальцев кистей и стоп, барабанные пальцы, болезненность при пальпации. Конфигурацию суставов (нормальная, припухлость, деформация). Специальный осмотр.

Голова: форма, величина, пропорциональность строения мозговой и лицевой частей черепа.

Волосы: тип оволосения головы и лица; мужской или женский; выпадение и поседение волос.

Глаза: ширина глазной щели, состояние конъюнктивы; зрачки, их форма, величина, равномерность, реакция на свет, блеск глаз, слезотечение, конвергенция.

Губы: окраска, сухость, сглаженность каймы губ (“лакированные губы”), трещины в углах рта.

Шея: форма, симметричность.

Щитовидная железа: величина, консистенция, поверхность.

6. Опрос по системам и органам

Система органов дыхания.

Осмотр: нос, гортань, грудная клетка, дыхание.

Пальпация.

Перкуссия легких: сравнительная перкуссия, топографическая перкуссия.

Аускультация.

Сердечно-сосудистая система.

Осмотр: области шеи, сердца. Верхушечный толчок, сердечный выброс.

Пальпация.

Перкуссия.

Аускультация.

Исследование сосудов.

Осмотр и пальпация

Система органов пищеварения.

Осмотр: полость рта, живот.

Пальпация (поверхностная ориентировочная пальпация живота, глубокая методическая скользящая пальпация живота).

Перкуссия живота.

Аускультация живота.

Исследование печени.

Осмотр: (определяют наличие ограниченного или диффузного выбухания, пульсации в области правого подреберья.)

Перкуссия.

Пальпация.

Размер печени. Исследование желчного пузыря.

Осмотр (В фазе вдоха определяют наличие или отсутствие выпячивания, фиксации в области проекции желчного пузыря на правое подреберье)

Пальпация.

Исследование селезенки.

Осмотр. (Определяется наличие или отсутствие выбухания в левом

подреберье при дыхании).

Перкуссия.

Пальпация.

Размер селезенки.

Аускультация. Органы мочеотделения.

Осмотр. (Определяют наличие припухлости поясничной области, покраснения и отечности кожи).

Пальпация.

Перкуссия.

Аускультация.

7. Предварительный диагноз и его обоснование

Предварительный диагноз ставится на основании жалоб, данных анамнеза заболевания, анамнеза жизни и результатов физикального обследования.

Необходимо использовать лишь типичные для этого заболевания проявления и признаки, обобщая их. При этом недопустимо повторное, последовательное изложение анамнеза и других данных.

Следует на первое место поставить наиболее вероятное заболевание у данного больного и указать другие сходные заболевания, для исключения которых необходимы дополнительные исследования. Пример: На основании жалоб больного (указать какие), данных анамнеза болезни, и результатов физикального обследования (указать какие) можно думать о...

8. План обследования

9. Лабораторные данные

В историю болезни записываются результаты всех лабораторных, инструментальных и рентгеновских исследований. Нужно также указать отклонения от нормы.

10. Дифференциальный диагноз

Нужно перечислить общие симптомы, которые могут быть при заболевании, с которым проводится дифференциация. Затем отмечаются различия в клинической симптоматике с использованием анамнестических данных,

физикального обследования, результатов лабораторного исследования.

11. Обоснование окончательного диагноза

На основании жалоб больного (указать какие), данных анамнеза болезни, и результатов физикального обследования (указать какие), данных лабораторно-инструментального исследования (указать какие) можно думать о...

Указывается форма, тяжесть заболевания, а также осложнения и сопутствующие заболевания.

12. Лечение

1. Режим;
2. Диета;
3. Физические нагрузки;
4. Медикаментозное лечение:
 - 4.1. Этиотропное;
 - 4.2. Патогенетическое;
 - 4.3. Симптоматическое;
 - 4.4. Общеукрепляющее;
 - 4.5. Фитотерапия;
5. Физиотерапия;
6. Массаж;
7. Санаторно-курортное лечение;
8. Оперативное лечение;
9. Диспансерное наблюдение и противорецидивная терапия.

При описании лечения описываются, разовые и суточные дозы, продолжительность курса лечения, побочные действия препарата, противопоказания к их применению, выписываются рецепты.

Далее описывают методику физиотерапевтического лечения при данном заболевании, механизм действия физиотерапевтических процедур, методику применения, показания и противопоказания к их назначению.

13. Профилактика

14. Прогноз и его обоснование

На основании динамики заболевания, возраста больного, наличия сопутствующих заболеваний, вредных привычек, условий жизни, профессии заболевшего необходимо дать конкретное обоснование прогноза для жизни и труда.

15. Эпикриз

Эпикриз должен в краткой форме вместить в себе все основное содержание истории болезни, создавая впечатление о ходе обследования больного, диагностике, клиническом течении болезни и ее особенностях, о терапии и исходе.

В эпикризе должны быть отражены оценка формы болезни, учет атипичных симптомов, анализ тех или иных клинических данных, оценка применявшихся методов терапии и т.д.

16. Список использованной литературы.

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ ПО ЭНДОКРИНОЛОГИИ

Клинический диагноз:

Сахарный диабет, 1 тип, тяжелая форма, субкомпенсация.

Ангиоретинопатия. Нефропатия III. Симптоматическая гипертония.

Дистальная сенсорная полинейропатия. Ангиопатия нижних конечностей.

Трофические нарушения пяточных областей обеих стоп. Ампутиционная культя V пальца левой стопы, III пальца левой руки.

Жировая дистрофия печени, дискинезия желчевыводящих путей.

ИБС, стенокардия напряжения. Ф II.

Нормохромная анемия.

ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ

1. Фамилия, имя, отчество: Иванов Иван Иванович
2. Возраст: 46 лет
3. Пол: мужской
4. Национальность: русский
5. Образование: среднетехническое
6. Место работы, профессия: не работает – инвалид II группы; по профессии – плотник
7. Домашний адрес: с. Гизель
8. Дата поступления в клинику: 15.07.2002
9. Диагноз направившего учреждения: Диабетическая ангиопатия нижних конечностей

ЖАЛОБЫ БОЛЬНОГО ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ

На ноющие, распирающие, иногда – простреливающие боли в нижних конечностях, особенно выраженные в области пяточной кости, ахиллова сухожилия и на границе плюсневых костей и фаланг пальцев. Боли, жжение, покалывание в стопах больной связывает с гнойными ранами на них.

Гнойные раны в области ахиллова сухожилия.

Судороги в икроножных мышцах, которые чаще возникают, когда больной вовремя не принимает положенное лекарство. Судороги часто сопровождаются обильным потоотделением, дрожью в руках и во всем теле, значительной слабостью.

Сильные давящие головные боли, особенно яркие в затылочной и на границе лобной и височных долей, которые усиливаются при изменении погоды, эмоциональной нагрузке. При значительно выраженных головных болях, сопровождающихся головокружением и тошнотой, больной измерял артериальное давление, и оно оказывалось значительно повышенным – 240 и 130 мм рт. ст.

Нарушения зрения: все предметы кажутся окутанными легкой дымкой, перед глазами часто появляется пелена, которая становится более плотной ("как молоко") во время приступа сильных головных болей. Больной видит более четко, когда отдыхает и не испытывает никакого эмоционального дискомфорта.

Тяжесть, давление за грудиной, к которым иногда присоединяются сжимающие боли. Неприятные ощущения проходят самостоятельно в течение 10-15 минут, в покое затихают гораздо быстрее (через 5-7 минут).

Одышка, возникающая при незначительных физических нагрузках. Без одышки может подняться на 1-й этаж на костылях.

Ухудшение аппетита, сухость во рту, постоянная изжога.

Эпизодически возникающие боли в правом подреберье, иногда сопровождающиеся чувством горечи во рту. Отек живота и правой голени.

Ноющие боли в пояснице, возникновение которых больной ни с чем не связывает. Боли не усиливаются, купируются самостоятельно, длятся от 30-40 минут до 1,5 часов, неприятных эмоций не вызывают. Мочеиспускание 2-4 раза в сутки. Ночью больной не встает.

Стул регулярный, 1 раз в сутки.

Повышение вечерней температуры до 37,5°C.

ИСТОРИЯ НАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

Считает себя больным в течение 21 года. Впервые обратился к врачу 21 год назад (в 25 лет) по поводу резкой потери веса (45-50 кг) за 2-3 года.

Жаловался также на слабость, вялость, апатию, значительную утомляемость после легкой физической нагрузки, сильное потоотделение. В поликлинике по месту жительства был сделан общий анализ крови – уровень глюкозы 23 ммоль/л. Больной госпитализирован, проведен курс инсулинотерапии.

Чувствовал себя удовлетворительно, ходил на работу, дома самостоятельно применял препараты инсулина.

В возрасте 36 и 41 года попадал в больницы с диагнозом

"Гипогликемическая кома", которые наступали из-за того, что больной вовремя не принимал пищу. Потеря сознания длилась не более 3 минут (со слов больного).

Постоянно беспокоили зубы – разрушались и болели, примерно в 1997 году (больной точно не помнит) – вставные зубы (все).

Летом 1999 года больной поранил стопу в области пятки. К врачу не обратился, так как боли не испытывал, красноты и припухлости в области раны не обнаружил. Рана не заживала в течение 2-х недель, потом появились признаки воспаления: боль, припухлость, краснота, отечность, стало неудобно наступать на пятку. Появилось желтоватое гнойное отделяемое.

При рентгенологическом исследовании был обнаружен остеопороз обеих пяточных костей (со слов больного). Длительное лечение гнойной раны оказалось малоуспешным, периодически наступают обострения. В 2000 году больной наколол мизинец левой ноги, рана также не заживала, затем гнойное воспаление стало распространяться, началась гангрена. Проведена ампутация этого пальца. В этом же (2000) году ампутирован средний палец левой руки по поводу диабетической гангрены.

С 2001 года больной отмечает приступы очень высокого АД (240 и 130мм рт.ст.), сопровождающиеся сильными давящими головными болями. В 2001 же году появились нарушения зрения (пелена перед глазами).

В начале 2002 года появились гнойные длительно не заживающие раны и на другой ноге, с жалобами на обострение которых больной и был госпитализирован в настоящий момент.

По словам больного, последние 3 года он лечится в стационаре не менее 2 раз в год. Терапия осуществляется по поводу высокого АД и диабетической стопы. Последний раз госпитализировался в апреле 2002 года. В настоящий момент принимает 8.00 – хумулин НПХ 16 ЕД + актропид 8 ЕД; 17.00 – хумулин Р 5 ЕД, 22.00 – хумулин НПХ 10 ЕД. Всего за сутки больной получает 39ЕД.

ИСТОРИЯ ЖИЗНИ БОЛЬНОГО

Родился в Воронеже, в семье рабочих. Рос и развивался в соответствии с возрастом. В школе учился удовлетворительно, при известном прилежании – хорошо. Закончил проф. тех. училище, получил специальность плотника-столяра. Работал на строительных объектах. Периодически приходилось работать на улице при неблагоприятных погодных условиях (снег, дождь, сильный ветер). Из профессиональных вредностей отмечает частое поднятие тяжестей, контакт с едкими и сильно пахнущими веществами (олифа, краски, растворители). На работе старался в конфликты не вступать, с сослуживцами и начальством без труда находил общий язык. В настоящее время не работает, получает пенсию как инвалид II группы. В выходные дни и отпуск работал на даче, иногда – на строительных объектах, требующих срочной сдачи в эксплуатацию.

Курит с 17-18 лет. Сейчас выкуривает пачку за 3 дня, 3 года назад курил по 2 пачки в день. Алкоголь не употребляет последние 5-7 лет, до того – злоупотреблял ("выпивал порядочно").

Туберкулез, онкологические, венерические заболевания и СПИД отрицает. Аллергию к пищевым продуктам и лекарственным веществам, аллергические заболевания отрицает.

Женат, сыну 19 лет.

У родителей и близких родственников сахарного диабета никогда не было.

НАСТОЯЩЕЕ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНОГО

Общий осмотр: состояние больного средней тяжести, сознание ясное, но больной слегка заторможен: на вопросы отвечает медленно, очень раздумчиво, но правильно. Положение больного активное. Выражение лица спокойное, несколько отрешенное. Телосложение нормостеническое.

Рост 184 см, масса тела – 85 кг. Индекс массы тела : $85 / 1,842 = 25,1 \text{ кг/м}^2$

Общее питание нормальное.

Кожные покровы бледные, чуть желтоватые, губы слегка цианотичные, лицо несколько одутловатое; на стопах, голенях, задней поверхности плеч и в области локтевого сустава наблюдаются множественные светло-коричневые пигментные пятна диаметром от 0,5 до 1 см. Кожа сухая, холодная, на голенях и стопах грубая, шелушащаяся, с белыми крупными (0,3- 0,5 см) чешуйками, тургор ее снижен. В правой подвздошной области – рубец после аппендэктомии. На обеих стопах в области ахилловых сухожилий – гнойный раны 1*2 и 2*3,5 см – трофические язвы.

Ногти выпуклые, напоминают по форме часовые стекла. Оволосение по мужскому типу, умеренное. Волосы на животе, особенно по белой линии, длинные, жесткие. Волосы на голове и теле почти полностью седые.

Выраженный отек правой голени. Асцит (уровень жидкости не определен).

Шейные, подключичные лимфатические узлы не увеличены, справа пальпируется подчелюстной лимфатический узел 0,5-0,7 см, слегка болезненный, с кожей не спаян.

Мышечная система хорошо развита, тонус и сила мышц достаточные, болезненность мышц голени, изредка наблюдаются их судороги.

Кости и суставы правильной формы, недеформированы, при ощупывании и пальпации безболезненные. Ампутирован V палец левой стопы и III палец левой кисти.

Температура тела субфебрильная – 37,5°C.

Система органов дыхания: грудная клетка нормальной формы, тип дыхания брюшной, ЧДД = 16, ритм дыхания правильный, дыхание глубокое. В покое одышки нет. Перкуторный звук ясный над всеми легочными полями.

Граница легких по средино-ключичной линии – нижний край 6 ребра, по средней подмышечной – нижний край 8 ребра. Подвижность легочного края справа – 3 см, слева – 4 см. При аускультации выслушивается жесткое дыхание в верхней трети легких, далее – везикулярное. Единичные сухие свистящие хрипы.

Система органов кровообращения: границы сердца смещены влево: правая граница – 1-2 см влево от правого края грудины, верхняя – верхний край 4-го ребра, левая – смещена влево на 2-3 см от средино-ключичной линии.

При аускультации : тоны сердца ритмичные, тахикардия (до 100 уд. в минуту), ритм правильный. На верхушке тоны сердца усилены, особенно 1-й. На аорте – акцент и расщепление 2-го тона. Шумов нет.

Пульсация сосудов шеи и предплечья хорошо выражена. Пульсация а. dorsalis pedis ослаблена на обеих ногах.

Пульс ритмичный, 96 ударов в минуты, хорошего наполнения и напряжения. АД на момент осмотра – 150 и 90. Максимальное – 240 и 130. В состоянии покоя – 140 и 90.

Система органов пищеварения: запаха изо рта нет. Губы слегка цианотичные, слизистая оболочка внутренней поверхности губ, щек, твердого и мягкого неба, десен бледная, влажная. Зубов нет – вставные. Язык обычного размера, ярко-малиновый, слегка влажный, со сглаженными сосочками, с темным желтоватым налетом, более выраженным справа.

Живот увеличен в размере, "лягушачий", участвует в акте дыхания. При поверхностной пальпации выявлена умеренная болезненность в области правого подреберья и в эпигастральной области. Асцит.

Печень выступает на 0,5-1 см за край реберной дуги. Размеры по Курлову: 9, 10 и 12 см. Край печени в связи с выраженностью подкожной жировой

клетчатки и асцитом хорошо пропальпировать не удалось. Селезенка не пальпируется.

Система мочеотделения: мочеиспускание свободное, безболезненное, 3-4 раза в сутки. Изредка возникает легкая болезненность в области поясницы.

Симптом Пастернацкого с обеих сторон отрицательный.

Эндокринная система: рост 184 см, вес 85 кг, индекс массы тела 25,1: ОТ 93 см, ОБ 102 см, $ОТ / ОБ = 93 / 102 = 0,9$. Пальпируется перешеек щитовидной железы толщиной 0,5-0,7см. Запаха ацетона изо рта у больного нет. Зрение ухудшилось за последний год. Ноги холодные, ощущения жжения и покалывания – полинейропатия. Глазные щели обычной формы, больной пропорционального телосложения, нормального роста. Вторичные половые признаки хорошо выражены.

Нервная система: сознание сохранено, речь ясная, слегка замедленная, легкая заторможенность. Память на текущие события хорошо сохранена, снижена на прошлые события (больной не может припомнить, как давно произошло событие, забывает названия лекарств). Настроение ровное, сниженное. Больной тревожен. Зрачки диаметром 3 мм с обеих сторон. Прямая и содружественная реакции на свет выражены, симметричны. Парезов и параличей нет, снижена болевая чувствительность в области обеих стоп.

ДАННЫЕ ЛАБОРАТОРНЫХ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ:

Общий анализ крови: 28.08 18.09

гемоглобин 78 66

эритроциты $2,6 2,46 \cdot 10^{12}$

цветной показатель 0,9

лейкоциты $10,2 \cdot 10^9$

палочкоядерные 3%

сегментоядерные 72%

эозинофил 5%

лимфоциты 12%

моноциты 8%

СОЭ 59

Общий анализ мочи (30.07): прозрачность N, относительная плотность 1010, белок 2,3 мг/л, лейкоциты 2-3, эритроциты 5-6, гиалиновые цилиндры 0-1.

Биохимический анализ крови (18.09): мочевины 14,0, креатинин 209, общий белок 63.

Биохимический анализ крови (16.08): АСТ 17, АЛТ 30, билирубин общий 5,0, мочевины 14,6, креатинин 172, холестерин 5,3, липопротеиды 6,5, протромбиновый индекс 86, амилаза крови 5,0, общий белок 69.

Проба Реберга (15.07): суточный диурез 2,0, минутный – 1,38, креатинин крови – 172 ммоль/л, креатинин мочи – 15,4 ммоль/л, фильтрация – 123,5 ммоль/л (65 -120), реабсорбция 98,9 (98 – 99) ммоль/л.

Гликемический профиль (15.07): 8.00 – 19,1, 11.00 – 23,8, 14.00 – 11,3, 17.00 – 13,0, 21.00 – 15,2 ммоль/л.

Гликемический профиль (13.09): 8.00 – 9,7, 11.00 – 12,4, 14.00 – 8,4 ммоль/л.

ЭКГ: Синусовая тахикардия, ЭОС – нормальное положение, ЧСС = 100 уд/мин, признаки гипертрофии левого предсердия и левого желудочка.

Ишемические изменения по передней стенке и перегородке сердца.

Бак. посев на чувствительность флоры к антибиотикам: оксациллин, эритромицин, цефазолин, ципрофлоксацин, ванкомицин.

ДИАГНОЗ

Сахарный диабет, 1 тип, тяжелая форма, субкомпенсация. Ангиоретинопатия.

Ангиопатия нижних конечностей. Дистальная сенсорная полинейропатия.

Трофические нарушения пяточных областей обеих стоп. Ампутационная культя V пальца левой стопы, III пальца левой руки. Нефропатия III.

Симптоматическая гипертония.

ОБОСНОВАНИЕ ДИАГНОЗА И ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Учитывая, что заболевание началось в молодом возрасте (23-25 лет), протекало злокачественно (высокие показатели глюкозы крови, склонность к гипогликемическим комам, быстрое прогрессирование, раннее развитие тяжелых осложнений), неотягощенный по сахарному диабету семейный анамнез, предполагаем: сахарный диабет, 1 тип, тяжелая форма. Учитывая жалобы больного на ухудшение зрения только в последний год, отсутствие физических нагрузок, стрессовых ситуаций, травм, предполагаем: ангиоретинопатия, осложнение СД. Для уточнения состояния больного и диагноза: консультация окулиста, просмотр амбулаторной карты больного. Учитывая бледность, похолодание кожи голеней, ослабление пульса а. *dorsalis pedis*, характерные жалобы больного, длительный стаж курения, предполагаем: ангиопатия нижних конечностей. Можем думать и о начинающемся облитерирующем эндартериите. Для уточнения – консультация ангиохирурга. Учитывая жалобы больного на парестезии, судороги в икроножных мышцах, изменения болевой чувствительности, наличие трофических язв, сухость и шелушение кожи, предполагаем: дистальная сенсорная полинейропатия. Трофические нарушения пяточных областей обеих стоп ("диабетическая стопа"). Для уточнения: консультация невролога, рентгенограмма голеней и стоп. Учитывая наличие гнойного отделяемого из раны, значительный отек только одной ноги (правой), стойкое субфебрильное повышение температуры тела больного, предполагаем бактериальное инфицирование трофической язвы правой стопы. Для подтверждения диагноза: бак. посев, определение чувствительности микроорганизмов к антибиотикам, посев крови на стерильность. Учитывая выраженную протеинурию (2,3 г/л), выраженную артериальную гипертензию, нормальную скорость клубочковой фильтрации, длительность заболевания около 23 лет, жалобы больного на ноющие, тянущие боли в области поясницы, предполагаем: нефропатия III. Для

уточнения диагноза: УЗИ почек, консультация нефролога. Учитывая случаи повышения АД до 240 и 130, жалобы больного на сильные головные боли, возникшие года назад, некоторую одутловатость его лица, предполагаем: симптоматическая гипертония (почечная). Для уточнения: более тщательный опрос больного: были ли в семье больные ГБ, случались ли у него самого приступы повышения АД, сопровождались ли они неприятными ощущениями. Изучение амбулаторной карты больного. Учитывая заторможенность больного, ухудшение памяти: предполагаем: начальные признаки энцефалопатии? Учитывая наличие болей при пальпации в правом подреберье, чувство горечи во рту, злоупотребление алкоголем несколько лет назад, предположим: дискинезия желчевыводящих путей. Для уточнения диагноза: консультация гастроэнтеролога, провести дуоденальное зондирование, исследовать химические свойства желчи. Возможно, что наблюдается жировая дистрофия печени (сахарный диабет в анамнезе, злоупотребление алкоголем). Учитывая низкие показатели гемоглобина и эритроцитов крови, нормальный ЦП, выраженную тахикардию, бледность кожных покровов пациента, предполагаем: нормохромная анемия. Принимая во внимание прогрессирование анемии, болезненность в зоне эпигастрия, наличие жидкости в брюшной полости, а также курение больного, предполагаем: кровотечение. Учитывая, что у больных СД болевая чувствительность может быть снижена, провести: макроскопическое и химическое исследование кала (оценить цвет, консистенцию, наличие крови). Консультация хирурга, гастроэнтеролога. Рекомендовать противоанемические препараты (Дурулес, Тотема). Учитывая жалобы больного на боли в области сердца, ишемические изменения миокарда, признаки гипертрофии левых отделов сердца (по ЭКГ), постоянно высокое АД, предполагаем: ИБС, стенокардия. Требуется дифференциация: напряжения или покоя: детальный расспрос больного о его положении, состоянии, настроении в момент возникновения сердечных болей. При необходимости – проба с физической нагрузкой. Возможно также: ИБС и

миокардиосклероз как результат диабетической макроангиопатии (поражаются сосуды сердца). Консультация кардиолога, при решении вопроса о необходимости коронароартериографии – кардиохирурга. Учитывая заторможенность больного, некоторую одутловатость его лица, наличие в анамнезе тяжелого эндокринного заболевания – сдать кровь на ТТГ и Т4. Опровергнем гипотиреоз.

Таким образом, диагноз можно дополнить следующими пунктами: жировая дистрофия печени, дискинезия желчевыводящих путей, диабетическая макроангиопатия, ИБС, стенокардия напряжения. Анемия.

ЛИСТ НАЗНАЧЕНИЙ:

1. Стол №9.
2. 8.00 – хумулин НПХ 16 ЕД + актропид 8 ЕД; 17.00 – хумулин Р 5 ЕД, 22.00 – хумулин НПХ 10 ЕД. Всего за сутки больной получает 39ЕД.
3. Tab. Erythromycini 0,25 – по 2 таблетки 5 раз в день.
4. перевязки с промыванием ран 3% раствором H₂O₂ (Sol. Hydrogenii peroxydi diluta – 20 ml) и хлоргексидином (
5. Sol. Chlorhexidini 0,05% – 500 ml). Асептическая повязка.

ДНЕВНИК БОЛЬНОГО

18.09. Хирург. Гранулирующие раны по бокам ахиллова сухожилия, площадью около 7 см². На стенках раны – гнойно-некротическое отделяемое, проведено частичное иссечение стенок и дна раны. Наблюдается положительная динамика, площадь раневой поверхности уменьшается. Продолжать перевязки.

Куратор. Жалобы на ноющие боли в области голеней и стоп. Несильная головная боль, пелена перед глазами. Субфебрильная температура (37,1°С) Болезненность при пальпации в эпигастральной области. Больной бледен, заторможен, утомлен. АД 150 и 90, пульс 96, ЧДД 16. Тахикардия, тоны сердца ритмичные, ясные, усиление тонов на верхушке сердца, акцент и

расщепление 2-го тона на аорте.

19.09. Хирург. Трофическая язва со скудным серозно-геморрагическим отделяемым.

Куратор. Больной недавно проснулся, поэтому выглядит заторможенным.

Голова не болит, пелена перед глазами сохраняется. Жалобы на ноющие боли в икроножных мышцах. Температура 37,0°C. АД 145 и 80 мм рт.ст, пульс 92 удара в минуту, ЧДД 14. Нистагма нет. Болевая чувствительность на стопах снижена.

ЭПИКРИЗ

Иванов Иван Иванович, 46 лет поступил 15.07 с жалобами на боли, жжение, покалывание в икроножных мышцах, наличие на обеих ногах длительно не заживающих гнойных ран. 5-й палец на левой стопе и 3-й – на левой кисти ампутированы. Отмечает сухость во рту, головные боли, головокружение, пелену перед глазами. сильную слабость. Болен сахарным диабетом в течение 21-22 лет. Заболел в 23-25 лет, остро, потерял в весе > 40 кг. При первичной госпитализации уровень глюкозы в крови составил 23 ммоль/л. Постоянно принимает препараты инсулина. За последние 3 года состояние ухудшилось: появились трофические язвы, ухудшилось зрение, появились головные боли и повышение АД до 240 и 130. Объективно: наличие на обеих стопах в области ахиллова сухожилия трофических язв с желтоватым гнойным отделяемым. Выраженная тахикардия (пульс около 100-105 в минуту). Больной бледен, наблюдается обильное потоотделение. Запаха ацетона нет. Уровень глюкозы крови в 11.00 (15.07) – 23,8 ммоль/л.

Выявлено инфицирование ран стафилококковой флорой, чувствительной к эритромицину, оксациллину, цефазолину. Выраженная протеинурия (2,3). На ЭКГ – признаки ишемических изменений передней стенки и перегородки сердца. На основании анамнеза, расспроса, осмотра, данных лабораторных и инструментальных методов лечения, поставлен диагноз: Сахарный диабет, 1 тип, тяжелая форма, субкомпенсация. Ангиоретинопатия. Ангиопатия

нижних конечностей. Дистальная сенсорная полинейропатия. Трофические нарушения пяточных областей обеих стоп. Ампутационная культя V пальца левой стопы, III пальца левой руки. Нефропатия III. Симптоматическая гипертония. Жировая дистрофия печени, дискинезия желчевыводящих путей. ИБС, стенокардия напряжения. Нормохромная анемия.

Заболевание протекает тяжело, с большим количеством тягостных осложнений, прогноз малоблагоприятный.

Больной получал препараты инсулина (39 ЕД в сутки), антибиотик эритромицин (2,5 г в сутки), проводились перевязки ран; назначен стол №9. Во время нахождения в больнице состояние больного в плане коррекции СД улучшилось (уровень глюкозы значительно приблизился к нормальному), но общее состояние больного осложнилось анемией. В общем лечение можно оценить как эффективное.

Рекомендации участковому врачу: посоветовать больному выполнять упражнения для сохранения и улучшения трофики конечностей, соблюдать диету, контролировать уровень глюкозы в крови, питаться полноценно и разнообразно. Больному следует бросить курить. Посоветовать ему носить удобную одежду и обувь. Контролировать АД пациента, подобрать ему антиангинальные препараты, постоянно следить за уровнем холестерина и липидов крови.

ЛИТЕРАТУРА:

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