

АО «Медицинский университет Астана»
Кафедра семейной и доказательной медицины

Тема СРИ: Распространенные заболевания в терапии

**Клинический случай
пациента:**

Клинический диагноз:

- Основное заболевание: Сахарный диабет II типа. Средняя степень тяжести. Стадия субкомпенсации.
- Осложнение: Диабетическая ретинопатия, двусторонняя, непролиферативная стадия, диабетическая сенсомоторная дистальная симметричная полинейропатия.
- Сопутствующие заболевания: Аденома предстательной железы, 2 стадия

Подготовил врач-интерн: Сайлауова Б.Э.

Группа: 647ВОП

Преподаватель: Букатова Ш.К.

Информация о пациенте:

- ФИО пациента:Шек Федор Накенович
- Дата рождения:10.01.1947г
- Дом. адрес:Астана,ул. Сауран д 3-1-423 кв.
- Номер участка:12
- Место работы:пенсионер

- Рост:167
- Вес:70
- t^0 тела:36,8

Жалобы при обращении в учреждение ПМСП:

- на сухость во рту, жажду, частое, обильное, затрудненное мочеиспускание в течение всех суток, снижение массы тела, парестезии, чувство онемения и зябкость нижних конечностей, усиливающиеся в покое, ухудшение зрения, снижение аппетита, слабость, повышенную утомляемость.

Проведите детализацию жалоб (сформулируйте вопросы) и напишите на них ответы данного пациента

№ п/п	Вопрос	Ответ
1	Какие жалобы беспокоит вас?	на сухость во рту, жажду, частое, обильное, затрудненное мочеиспускание в течение всех суток, снижение массы тела, парестезии, чувство онемения и зябкость нижних конечностей, усиливающиеся в покое, ухудшение зрения, снижение аппетита, слабость, повышенную утомляемость.
2	С какого момента считает себя больным?	болеет около 7 лет, с 2010 г., когда впервые обратил внимание на сухость во рту, жажду (выпивает до 6 л жидкости в сутки), частое обильное мочеиспускание в течение всех суток (в том числе 3-4 раза за ночь),
3	В каком году был поставлен диагноз СД? Где наблюдался/ обследовался?	повышение уровня сахара крови до 18 ммоль/л в марте 2010г., стационарное лечение в отделении эндокринологии ГБ1 с диагнозом сахарный диабет, 2 тип, к имеющимся симптомам парестезии, чувства онемения и зябкости в нижних конечностях, усиливающих в покое,
4	Какое лечение было назначено эндокринологом? Преп., доза, время приема: Эффективность лечения?	положительный эффект от лечения: снижение уровня сахара крови до 8 ммоль/л, амбулаторную терапию диабетом-МВ (30 – 60 мг/сут), Потом повышением уровня глюкозы крови до 19 ммоль/л из-за погрешности в диете, присоединение в 2015 г.
5	Наследственность?	ухудшение зрения с августе 2017 года отягощенная наследственность: все

Данные объективного осмотра:

- **Общее состояние:**Общее состояние удовлетворительное. Положение активное. Сознание ясное. Лицо спокойное. Рост 167 см. Вес 70 кг. Конституция нормостеническая. Температура тела в момент осмотра 36,8 С.
- **Кожные покровы и видимые слизистые:**Кожа с загаром, сухая. Эластичность кожи обычная. Присутствуют депигментированные пятна. На животе послеоперационные рубцы. Оволосение по мужскому типу, равномерное.
- **Периферические лимфоузлы:**- подчелюстные лимфоузлы при пальпации округлые, мягкие, эластичные, подвижные, гладкие, безболезненные, величиной с чечевицу, не спаяны между собой и с окружающими тканями;
- подмышечные лимфоузлы при пальпации округлые, мягкие, эластичные, подвижные, гладкие, безболезненные, величиной меньше горошины, не спаяны между собой и с окружающими тканями;
- паховые лимфоузлы при пальпации округлые, мягкие, эластичные, подвижные, гладкие, безболезненные, величиной с горошину, не спаяны между собой и с окружающими тканями.
Кожа над пальпируемыми лимфоузлами без изменений. Подбородочные, шейные, подключичные, затылочные, окоuloшные, локтевые, бедренные, подколенные лимфоузлы не пальпируются.
- **Состояние мышц:**Мышцы развиты равномерно, в достаточной степени, тонус мышц сохранён. Мышечная сила сохранена равномерно с обеих сторон. Болезненности при пальпации нет, уплотнения, местные гипертрофии и атрофии отсутствуют.
- **Состояние костной системы:**Патологии скелета не обнаружено, форма костей черепа, позвоночника, конечностей не изменена; узуры отсутствуют. Болезненности при пальпации и поколачивании грудины, рёбер, трубчатых костей, позвонков, костей таза не наблюдается.

- **Органы дыхания:** Нос. Дыхание через нос свободное. Болевые ощущения и чувство сухости в носу, а так же боли в области придаточных пазух отсутствуют. Выделений из носа нет.
- Гортань. Голос чистый. Болей при разговоре и глотании нет.
- Грудная клетка цилиндрической формы. Обе ее половины синхронно участвуют в акте дыхания. Пальпаторно: голосовое дрожание на симметричных участках грудной клетки не изменено. Перкуторно: легочный звук, ясный над симметричными участками грудной клетки. Границы легких:
 - правое легкое левое легкое
 - окологрудинная линия V межреберье -
 - среднеключичная линия VI межреберье -
 - передняя подмышечная линия VII межреберье VII ребро
 - средняя подмышечная линия VIII ребро
 - задняя подмышечная линия IX ребро
 - лопаточная линия X ребро
 - околопозвоночная линия остистый отросток XI грудного позвонка
- Экскурсия нижнего края легких по средней подмышечной линии 7 см. Аускультативно: везикулярное дыхание над обоими легочными полями. ЧДД 18/мин.
- Сердечно-сосудистая система
- Видимой патологической пульсации в проекции крупных сосудов нет. Область сердца на глаз не изменена. Верхушечный толчок в V межреберье на 1,5 см кнутри от левой среднеключичной линии. Границы относительной сердечной тупости: левая – на 1,5 см кнутри от левой среднеключичной линии, верхняя – в III межреберье слева, правая – по правой окологрудинной линии. Аускультативно: тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС = пульс = 72 уд/мин, АД = 130/70 мм рт. ст.

- **Сердечно-сосудистая система:**

- Осмотр: Тоны сердца приглушены, ритмичны, ЧСС-72 уд/мин. Пульс удовлетворительного наполнения и напряжения. АД.-140/100 мм. рт-ст. Нарушена трофика тканей нижних конечностей в следствии диабетической макроангиопатии.

Пальпация:

- верхушечный толчок располагается в 5 межреберье на 1,5-2 см латеральнее левой среднеключичной линии (нормальной силы, ограниченный).

Перкуссия:

- Поперечник относительной тупости сердца: 12-13 см

- Ширина сосудистого пучка: 6-7 см, 2 межреберье слева и справа (соответствует ширине грудины)

- Конфигурация сердца: нормальная.

- **Система пищеварения:** Язык влажный, розовый, слегка обложен у корня белесым налетом. Полость рта санирована и протезирована. Зев спокоен. Миндалины не увеличены. Глотание свободное, безболезненное. Живот округлой формы, симметричный, мягкий, обе его половины равномерно участвуют в акте дыхания. Пальпаторно безболезнен. Печень по краю реберной дуги, пальпация ее безболезненна. Селезенка не увеличена. Желчный пузырь не пальпируется. Симптом Ортнера отрицательный. Размеры печени по Курлову: по правой среднеключичной линии – 9,5 см, по срединной линии живота – 8,5 см, по левой реберной дуге – 7,5 см. Стул регулярный, оформленный.
- **Система мочеотделения:** Область почек на глаз не изменена. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицателен билатерально. Мочеиспускание частое, обильное, затрудненное, безболезненное.

Подведите итоги опроса и осмотра пациента (резюмируйте данные):

На основе жалоб и осмотра пациента можно выделить следующие синдромы:

1. **Синдром Астеновегетативный** (снижение аппетита, слабость, повышенную утомляемость.)
2. **Гипергликемический синдром-**(Это состояние, развивающееся при росте концентрации глюкозы свыше 11 ммоль/л. Длительное повышение глюкозы при сахарном диабете характерно такими симптомами: возникновение инфекций кожи и половых органов, прогрессирующее понижение зрения, повреждение нервов, хронический запор или понос).
3. **Нефротический синдром** (появление белка в моче (до 5 гр. в сутки и больше); задержка жидкости, сопровождающаяся массивными отеками; слабость; жажда; потеря аппетита; головная боль; ощущение тяжести в поясничной области; вздутие живота; олигурия (выделение мочи в объеме меньше одного литра в сутки);)

Можно предположить диагноз: Учитывая жалобы больного на сухость во рту, жажду, частое, обильное, затрудненное мочеиспускание в течение всех суток, снижение массы тела, парестезии, чувство онемения и зябкость нижних конечностей, усиливающиеся в покое, ухудшение зрения, снижение аппетита, слабость, повышенную утомляемость; данные анамнеза: болеет около 7 лет, с 2010 г., когда впервые обратил внимание на сухость во рту, жажду (выпивает до 6 л жидкости в сутки), частое обильное мочеиспускание в течение всех суток (в том числе 3-4 раза за ночь), повышение уровня сахара крови до 18 ммоль/л в марте 2010г., стационарное лечение в отделении эндокринологии 1ГБ с диагнозом сахарный диабет, 2 тип, положительный эффект от лечения: снижение уровня сахара крови до 8 ммоль/л, амбулаторную терапию диabetоном-МВ (30 – 60 мг/сут), Потом повышением уровня глюкозы крови до 19 ммоль/л из-за погрешности в диете, присоединение в 2015 г. к имеющимся симптомам парестезии, чувства онемения и зябкости в нижних конечностях, усиливающих в покое, ухудшение зрения с августа 2017 года, отягощенная наследственность: все родственники по материнской линии, а также родная сестра страдают сахарным диабетом 2 типа, данные осмотра: сухость и снижение тургора кожи, снижение всех видов поверхностной и глубокой чувствительности в нижних конечностях билатерально; можно поставить предварительный диагноз: Сахарный диабет, 2 тип, стадия декомпенсации, диабетическая ретинопатия (?), диабетическая полинейропатия (?).

Сопутствующий диагноз: Аденома предстательной железы (?).

С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику по основному синдрому, перечислите (минимум 3 заболевания):

1. Болезнь Иценко-Кушинга

Гипергликемия носит эпизодический характер, нормализация углеводного обмена происходит при излечении основного заболевания. Гипергликемия носит постоянный характер, высокий уровень, обнаруживается натощак, часто сопровождается глюкозурией

2. Почечный 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.

3. Несахарный диабет

Полиурия не сочетается с глюкозурией, высокой относительной плотностью мочи и гипергликемией. Полиурия сочетается с глюкозурией, высокой относительной плотностью мочи и гипергликемией

Какие лабораторные исследования проведены данному пациенту, их результаты и интерпретация

№ п/п	Анализ	Результат	Интерпретация
1	Общий анализ крови	Эритроциты $4,5 \cdot 10^{12}/л$ Гемоглобин 149 г/л ЦП 0,9 Лейкоциты $4,7 \cdot 10^9/л$ СОЭ 2 мм/ч	Все в норме.
2	Биохимический анализ крови	Общий белок 66 г/л Креатинин 89 ммоль/л Билирубин общий 17,2 ммоль/л АСТ 0,13 ммоль/ч/л АЛТ 0,09 ммоль/ч/л	Все в норме.
3	Кровь на RW, ВИЧ, HbS-антиген	отрицательна.	Отр.
4	Уровень глюкозы крови	14.09.17, 06.00 – 7,2 ммоль/л 14.09.17, 18.00 – 12,2 ммоль/л	Выше нормы.
5	Общий анализ мочи	цвет соломенно-желтый	Протеинурия

Какие инструментальные исследования проведены данному пациенту, их результаты и интерпретация

№ п/п	Исследование	Результат	Интерпретация
1	ЭКГ		Ритм синусовый, правильный. Горизонтальное направление ЭОС, трудно исключить рубец задней стенки. ЧСС=67 в минуту.
2	Рентгенография органов грудной клетки		Органы грудной полости в пределах нормы.
3	Осмотр невропатолога		Диагноз: Диабетическая сенсомоторная дистальная симметричная полинейропатия
	Осмотр уролога		Диагноз: Аденома простаты, 2 стадия.
	Осмотр окулиста		Диагноз: Диабетическая ретинопатия, 1 стадия.

Проведите дифференциальный диагноз, последовательно исключая все заболевания, кроме одного:

- 1) Учитывая, что данный блезнь не носит эпизодический характер и не сопровождается глюкозурией, то диагноз Болезнь Иценко-Кушинга исключается
- 2) Учитывая, что у больного присутствуют ангио- и нейропатии, то диагноз Почечный диабет исключается
- 3) Учитывая, что полиурия не сочетается с глюкозурией, высокой относительной плотностью мочи и гипергликемией полиурия сочетается с глюкозурией, высокой относительной плотностью мочи и гипергликемией, то диагноз Несахарный диабет исключается
- 4) Наиболее вероятным остается диагноз: Сахарный диабет II типа. Средняя степень тяжести. Стадия субкомпенсации.

Сформулируйте заключительный диагноз согласно классификации и обоснуйте основное заболевание с осложнениями (см. пример в таблице)

- Клинический диагноз:
- Основное заболевание: Сахарный диабет II типа. Средняя степень тяжести. Стадия субкомпенсации.
- Осложнение: Диабетическая ретинопатия, двусторонняя, непролиферативная стадия, диабетическая сенсомоторная дистальная симметричная полинейропатия.
- Сопутствующие заболевания: Аденома предстательной железы, 2 стадия

Пункт диагноза для обоснования	Анамнез	Клиника	Лабор. данные	Инструм. данные
Сахарный диабет II типа.	снижение аппетита, слабость, повышенную утомляемость.)	Синдром Астеновегетативный	14.09.17, 06.00 – 7,2 ммоль/л 14.09.17, 18.00 – 12,2 ммоль/л	
Средняя степень тяжести.	Длительное повышение глюкозы при сахарном диабете характерно такими симптомами: возникновение инфекций кожи и половых органов, прогрессирующее понижение зрения, повреждение нервов, хронический запор или понос).	Гипергликемический синдром		Осмотр невропатолога Диагноз: Диабетическая сенсомоторная дистальная симметричная полинейропатия
Стадия субкомпенсации.	(появление белка в моче (до 5 гр. в сутки и больше); задержка жидкости, сопровождающаяся массивными отеками; слабость; жажда; потеря аппетита; головная боль; ощущение тяжести в поясничной области; вздутие живота; олигурия (выделение мочи в объеме меньше одного литра в сутки);)	Нефротический синдром	цвет соломенно-желтый прозрачность полная реакция нейтральная удельный вес 1025 белок – 5гр сахар 5,5 ммоль/л лейкоциты 2-3 в поле зрения эпителий: плоский в умеренном количестве	

Опишите принципы лечения данного пациента:

№ п/п	Принцип лечения	Описание
1	Воздействие на факторы риска	<p>Факторы риска сахарного диабета типа II</p> <p>Повышенная инактивация инсулина вследствие избытка антагонистов инсулина или экзогенного введения их гормональные контринсулярные факторы (соматотропин при акромегалии, глюко-кортикоиды при болезни Иценко-Кушинга, катехоламины при феохромоцитоме), тиреоидные гормоны при тиреотоксикозе, половые гормоны при длительном приеме противозачаточных средств, содержащих эстрогены, кортикотропин, глюкагон, беременность (как фактор, способствующий гормональной перестройке), в связи с чем усиливается действие контринсулярных гормонов, метаболические контринсулярные факторы (увеличение свободных жирных кислот, повышение уровня мочевой кислоты), увеличение резистентности тканей к инсулину, нарушение процесса перехода инсулина — связанного в свободный, вследствие атеросклеротического поражения сосудов, нарушение кровообращения поджелудочной железы у пожилых и престарелых, что также может способствовать развитию сахарного диабета.</p> <p>К факторам повышенного риска сахарного диабета II типа относятся:</p> <ul style="list-style-type: none">родственные связи первой степени с больным инсулинонезависимым диабетом или наличие члена семьи с наследственной отягощенностью диабетом типа II;рождение ребенка массой более 4 кг в группе населения с конституционально малой массой тела;наличие избыточной массы тела;отношение к этнической группе с высоким распространением диабета;применение пероральных контрацептивов, глюкокортикоидов, гормонов;

План диспансеризации данного больного (приказ №885):

№ п/п	Мероприятие	Выполнение
1	Наименование и частота лабораторных и диагностических исследований	ОАК – 4 раз в год (в течении 2-3 дней) Гликемия – 1 раз в месяц.(в течении 1 дня) Глюкозурия – 1 раз в недели(в течение 1 дня) БАК(холестерин, ост.азот, креатинин) – 6 раз в год.(в течение 1 недели) Исследование функции почек-1 раз в год. .(в течение 1 недели)Рентген исследование легких, сердца,крупн.сосудов- 1 раз в год.(в течение 1 недели)
2	Медицинские осмотры СМР (среднего медицинского работника)	Направление и контроль за соблюдением частоты лабораторных и других диагностических исследований. Действие по маршруту пациента, при появлении признаков прогрессирования и изменении лабораторных показателей направление к ВОП
3	Частота осмотра СМР	4 раз в год (плановая)
4	Медицинские осмотры ВОП	Контроль за состоянием пациента. При ухудшении состояние направление к эндокринологу решение вопроса госпитализации
5	Частота осмотра ВОП	3 раза в год (плановая), по показаниям частота может увеличиться
6	Консультация профильных специалистов	Врач- эндокринолог,Нефролог,Невролог офтальмолог
7	Частота наблюдения профильными	По направлению ВОП