

Работа с электронной документацией, как альтернатива курации больных на клинических кафедрах

Кафедра эндокринологии - **зав. проф. Н.А. Белякова**

ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет»
Минздрава России

Кафедра эндокринологии, базирующаяся на базе эндокринологического отделения областной клинической больницы, ведёт преподавание у студентов 5 и 6 курсов лечебного факультета. Это циклы: Эндокринология и Диабетология, а также элективы по Основам тиреоидологии и Репродуктивная эндокринология. Уже в 2017-18 гг сложилась сложная ситуация с курацией больных (отсутствие в отделении пациентов с изучаемой эндокринной патологией). Эта ситуация ухудшилась в период пандемии. В связи с этим ещё в 2017-18 гг было принято решение обратиться к электронной документации (выписным эпикризам), которая имеется в отделении эндокринологии ОКБ. Были отобраны выписные эпикризы больных с изучаемыми нозологиями: заболевания щитовидной и паращитовидных желез, патология гипофиза и надпочечников, половых желёз и сделана из них база электронных историй болезни.

Для написания истории болезни на цикле Эндокринология вместо курации больных каждому студенту выдаётся такая электронная история болезни без предварительной её обработки преподавателем. Из этой истории студент берёт всю необходимую информацию по основным разделам истории болезни: паспортные данные, жалобы, анамнез заболевания, объективные данные, результаты лабораторного и инструментального исследования. Далее студент должен проанализировать представленные данные согласно предлагаемой схеме истории болезни и ответить на дополнительные вопросы.

~~Ниже приводятся схема истории болезни и пример такого выписного эпикриза.~~

Схема истории болезни по Эндокринологии

- **1. Паспортные данные** (ФИО, возраст, место жительства, дата поступления в стационар)
 - **2. Жалобы, которые требуется расположить последовательно:** основные, связанные с заболеванием и его осложнениями и второстепенные
 - **3. Анамнез заболевания** (В котором должно быть отражено: Когда началось заболевание, с каких симптомов, обращались к врачу, проходили ли обследование, когда выставлен диагноз, чем лечились и как долго. Был ли эффект от лечения. Динамика симптомов и результатов обследования. С чем связывает ухудшение самочувствия. Результаты обследований. Показания к госпитализации).
-

Схема истории болезни по Эндокринологии

- **5. Объективные данные** (общее состояние; антропометрия включая ИМТ; кожа; слизистые; лимфатическая система; костно-суставная система; отёки; эндокринная система: глазные симптомы, пальпация и аускультация щж; органы дыхания; сердечно-сосудистая система; пищеварительная система; печень; почки, нервная система)
- **6. Вопросы по анамнезу и объективным данным**
- **7. Предварительный диагноз с обоснованием**
- **8. Результаты исследований** (лабораторные и инструментальные)
- **9. Вопросы по результатам исследования**
- **10. Окончательный клинический диагноз с обоснованием** (основной, осложнения, сопутствующие заболевания)
- **11. Дифференциальный диагноз** (заболевания, схожие по клинике: общие симптомы и различия)
- **12. Лечение** основного заболевания, осложнений и сопутствующей патологии
- **13. Рекомендации по дальнейшей тактике ведения и лечения**

2. Пример электронной истории болезни

ГБУЗ «Областная клиническая больница» г. Тверь, С.-Петербургское ш., д. 105

Эндокринологическое отделение

Выписной эпикриз из медицинской карты стационарного больного № 2017 007765

Ф.И.О. пациента: А. Алла Ивановна. Дата рождения: 29.01.1961.

Адрес: Калининский р-н, Аввакумовский с/о, Горютино д, д. 35.
Находилась на лечении с 31.03.2017 по 08.04.2017.

Жалобы

На появление отеков лица, конечностей, зябкость, сонливость (засыпает в покое). Замедление, заторможенность речи. Ухудшение памяти. Эпизодические запоры. Прибавка веса + 2 кг за 2 мес. Одышка, перебои в работе сердца, возникающие при физических нагрузках. Повышение АД на фоне эмоциональных и физических нагрузок, сопровождающееся головной болью в лобно-теменной области, сердцебиением, купирует состояние таблеткой цитрамона. Сухость во рту, эпизодически жажда, ночью встает мочиться, выделение мочи в меньшем объеме. Головокружение при резком перемене положения тела. Онемение левой в/конечности, возникающая при вынужденном положении. Боли в шейном отделе позвоночника при вынужденном положении тела. Умеренные боли в поясничном отделе слева, возникающие при наклоне, длительном вынужденном положении тела. Отрыжка, без четкой связи с приемом пищи. Ухудшение зрения.

Из анамнеза заболевания

Постепенное прогрессирование жалоб в течение 8 лет, к врачам не обращалась, не обследовалась и не лечилась. Настоящее ухудшение с декабря 2016 г. когда появились отеки на лице, конечностях, стали беспокоить зябкость, сонливость, запоры, заторможенность речи. Обратилась 17.03. 2017 г к терапевту по месту жительства (м/ж). Было назначено обследование: трансаминазы (АСТ- 37,7 МЕ/л, АЛТ- 42,4 МЕ/л), билирубин -10,7 ммоль/л (мМ/л), креатинин -118 (мкМ/л), ХС – 9,72 (мМ/л), глюкоза плазмы крови - 6,64-6,01 (мМ/л). УЗИ органов брюшной полости - Заключение: Гепатомегалия. Признаки стеатогепатоза. Диффузные изменения поджелудочной железы. Правосторонний нефроптоз. Общий анализ мочи (ОАМ) - уд. вес 1025, в остальном без патологии. Клинический анализ крови (КАК) – без патологии. В связи с вышеуказанными жалобами и гипергликемией направлена на консультацию в областную больницу. Консультация эндокринолога областной консультационной поликлиники (ОКП) 28.03.2017. - заподозрен первичный гипотиреоз и назначено обследование. По данным анализов – ТТГ- 134,87 мМЕ/л (норма 0,4-4,0), Т4 св. 2,71 пмоль/л (10,3-24,5). Госпитализирована в эндокринологическое отделение для дообследования и лечения.

Объективные данные на момент госпитализации

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Телосложение гиперстеническое. Питание избыточное. Рост 162 см, вес 88 кг, ИМТ = 33,53 кг/м². Увеличение черт лица. Кожа сухая, гиперкератоз локтей, коленей, пясти сухие с трещинами, без отделяемого. Плотные отеки лица, конечностей, передней брюшной стенки. Стрии розовые (послеродовые) на передней брюшной стенке. Остеоидный рост волос на сексуальнозависимых зонах (верхняя губа, подбородок). Пупочная грыжа, вправимая. Пальпация безболезненная. Периферические лимфоузлы не увеличены, с окружающими тканями не спаяны, безболезненные при пальпации. Костно-мышечная система: без особенностей. Грудные железы без уплотнений, выделений нет. Щитовидная железа увеличена, плотноватая, подвижная, безболезненная. В области перешейка пальпируется узловое образование в диаметре до 1 см. Глазные симптомы отрицательные. Экзофтальма нет. Тремора пальцев рук нет. Паращитовидные железы не пальпируются. Симптом Труссо отрицательный. Симптом Хвостека 1,2,3: отрицательный. Система органов дыхания: ЧДД 15 в 1 минуту. Перкуторно над легкими звук ясный, легочный с обеих сторон. Аускультативно дыхание с жестким оттенком. Хрипы не выслушиваются. Сердечно-сосудистая система: пульс - частота 69 в 1 минуту, удовлетворительного наполнения, ритмичный, без дефицита, АД на правой и левой руках - 130/100 мм. рт. ст. Границы сердца: правая - норма, верхняя - норма, левая - по срединно-ключичной линии в 5 межреберье. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент 2-го тона над аортой, шумов нет. Система пищеварения: язык влажный, чистый, увеличен в размерах, отпечатки зубов на боковых поверхностях. Запаха ацетона изо рта нет. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Печень +1 см из-под края реберной дуги. Селезенка не увеличена. Мочеполовая система: почки не пальпируются. Поколачивание по поясничной области безболезненное (б/б). Пульсация на артериях *dorsalis pedis*, *tibialis posterior* сохранена. Язвенно-некротические поражения стоп: нет.

1. Дать ответы на вопросы и задания по анамнезу и объективным данным

1. Всё ли отражено в анамнезе заболевания? Если не всё, то что нужно ещё?
2. Какая информация нужна из анамнеза жизни?
3. Предварительный диагноз и его обоснование.
4. План обследования для уточнения диагноза.

Ф.И.О. пациента А. Алла Ивановна. Дата рождения: 29.01.1961.

Обследования перед госпитализацией:

21.03.17. КАК: лейкоциты (Л) - $5,98 \times 10^9$, эритроциты (Эр) - $4,11 \times 10^{11}$, гемоглобин (гем) - 129 г/л, тромбоциты (Тр) - 245×10^9 , формула: нейтрофилы (н) - 39,1%, лимфоциты (л) - 47%, моноциты (м) - 9,2%, эозинофилы (э) - 3,7%, базофилы (б) - 1% и СОЭ - 16 мм/ч.

26.03.17. ОАМ: цвет: соломенно жёлтый (с/желт), прозрачность: лёгкая муть (л/м), удельный вес (уд.вес) - 1,025, белок - нет, сахар - нет, лейкоциты (л) - 0-1-1, эритроциты (эр) - нет, эпителий плоский (эп/п) - 2-4.

31.03.17. Электрокардиография (ЭКГ): Ритм синусовый, брадикардия 57 в мин, Вертикальное положение электрической оси сердца (Э.О.С). Признаки (перегрузки?) гипертрофии левого желудочка.

25.04.16. Флюорография (ФЛГ): без патологии

Проведённое обследование в стационаре

Анализ крови и мочи:

03.04.17. биохимический анализ крови (БАК): калий - 4,20 мМ/л, натрий - 135,0 мМ/л, кальций - 2,30 мМ/л, хлориды - 104,0 мМ/л, фосфор - 1,50 мМ/л, билирубин общий - 14,0 мкМ/л, билирубин прямой - 2,0 мкМ/л, АСТ - 0,94 мккат/л, АЛТ - 1,05 мккат/л, щелочная фосфатаза (ЩФ) - 1,70 мккат/л, фракции холестерина: холестерин общий (ХО) - 6,0 мМ/л, холестерин ЛПВП (ХЛПВП) - 1,40 мМ/л, холестерин ЛПНП (ХЛПНП) - 4,60 мМ/л, триглицериды (Тг) - 1,50 мМ/л, белок - 69 г/л, мочевины - 8,9 мМ/л, креатинин - 132,1 мкМ/л, мочевины кислота - 380 мкМ/л, протромбиновый индекс (ПТИ) - 93 %.

03.04.17. Гликемический профиль: время: 08:00: глюкоза - 6,2 мМ/л; 12:00: глюкоза - 7,5 мМ/л.

05.04.17. БАК: калий - 4,90 мМ/л, натрий - 147,0 мМ/л, белок - 70 г/л, мочевины - 7,6 мМ/л, креатинин - 124,0 мкМ/л (СКФ - 42 мл/мин $8/1,73\text{м}^2$).

05.04.17. Время: 08:00: глюкоза капиллярная - 7,0 мМ/л

05.04.17. ОАМ: с/жёлт, л/м, реакция- кислая, уд. вес - 1,010, белок качеств.-- отр, белок количественно - 0,00 г/л, эп/п - 0-0-1, эп. Переходный - 0; эп. почечный - нет, л - единичные, эр - нет; цилиндры гиалиновые - нет, цилиндры зернистые - нет, цилиндры восковидные - нет, слизь - нет; бактерии - отр., соли - нет, грибки - нет.

05.04.17. Анализ крови на пролактин - 180 мМЕ/л.

07.04.17. Анализ крови на антитела к тиреоидной пероксидазе (Анти-ТПО) - 30,0 МЕ/мл.

Инструментальные обследования:

04.04.17. ЭКГ: Синусовая брадикардия с ЧСС 57 уд. в минуту, вертикальное направление Э.О.С. Снижение электрической активности миокарда.

Перегрузка левого желудочка с нарушением процессов реполяризации распространённого характера.

04.04.17. Реоэнцефалография (РЭГ)

Сонные артерии: Справа: Пульсовое кровенаполнение сосудов резко снижено. Тонус магистральных артерий сохранен. Тонус артериол повышен. Венозный отток нарушен.

Слева: Пульсовое кровенаполнение сосудов резко снижено. Тонус магистральных артерий сохранен. Тонус артериол повышен. Венозный отток нарушен.

Позвоночные артерии: Справа: Пульсовое кровенаполнение сосудов резко снижено. Тонус магистральных артерий сохранен. Тонус артериол повышен. Венозный отток нарушен.

Слева: Пульсовое кровенаполнение сосудов резко снижено. Тонус магистральных артерий сохранен. Тонус артериол повышен. Венозный отток нарушен.

05.04.17. Ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости:

Печень расположена обычно, контуры ровные. Размеры печени умеренно увеличены за счет правой доли. Определяется повышенное поглощение ультразвука тканью печени, эхогенность ее повышена, эхоструктура мелкозернистая. Диаметр воротной вены 10 мм. Сосудистый рисунок печени ослаблен. Внутривенные желчные протоки не расширены, общий желчный проток имеет внутренний диаметр 4 мм.

Желчный пузырь не увеличен, расположен в типичном месте, овальной формы. Стенки пузыря уплотнены, не утолщены, содержимое гомогенное. Четких эхоструктур, подозрительных на конкременты, в полости желчного пузыря не определяется.

Поджелудочная железа визуализируется, увеличения не отмечается. Контур железы неровные, эхогенность повышена, эхоструктура мелкозернистая. Панкреатический проток не визуализируется.

Селезенка расположена в типичном месте, контуры ровные, четкие, в размерах не увеличена, эхоструктура однородная.

Акустический доступ для осмотра правой почки удовлетворительный. Почка опущена, верхний полюс ее в положении лежа на левом боку проецируется ниже уровня диафрагмы на 50-55 мм. Обращает на себя внимание повышенная подвижность почки при перемене положения тела. В размерах не изменена. Границы почки четкие, контуры ровные. Паренхима прослеживается толщиной от 14 до 17 мм, средней эхогенности, обычной эхоструктуры. Расширения полостей почки и наличия конкрементов не отмечается. Мочеточник не дифференцируется.

Акустический доступ к левой почке удовлетворительный. Форма левой почки не изменена, опущена значительно меньше контрлатеральной, не ротирована. Почка в размерах не изменена. Границы почки четкие, контуры ровные. Паренхима почки средней эхогенности, обычной эхоструктуры, толщиной от 14 до 18 мм. Полости левой почки не расширены. Конкременты не определяются. Мочеточник не дифференцируется.

Заключение: Увеличение печени с диффузными изменениями в паренхиме расценены как признаки жирового гепатоза (стеатогепатоз). Диффузные изменения в поджелудочной железе (жировая инфильтрация?). Опускание преимущественно правой почки без признаков нарушения оттока мочи.

05.04.17. УЗИ щитовидной железы:

Суммарный объём 9,41 куб. см. Щитовидная железа не увеличена в размерах, контуры её размыты, неровные. Эхогенность железы понижена, эхоструктура неоднородная за счёт гипоэхогенных участков, в основном мелких и средних размеров, неравномерно распределяющихся в тиреоидной ткани обеих долей. Измененные лимфоузлы в области шеи и загрудинно, в зоне, доступной для осмотра, не дифференцируются.

Заключение: Ультразвуковые (УЗ) признаки хронического тиреоидита.

05.04.17. Эхокардиография (Эхо-КГ):

ЛЕВОЕ ПРЕДСЕРДИЕ — 3,2 см (N: 23–40 мм), его объём — 38 мл (N: не > 22 ± 6 мл/м²).

Митральный клапан: без особенностей. Скорость трансмитрального кровотока: 0,9 м/с (N = 0,6–1,3), регургитация — 0 степени.

ЛЕВЫЙ ЖЕЛУДОЧЕК:

Толщина межжелудочковой перегородки — 1,02 см (N: Ж < 9 мм М < 10 мм), толщина задней стенки — 1,06 см (N: Ж < 9 мм М < 10 мм). Конечный диастолический размер - 4,5 см (N: Ж < 53 мм М < 59 мм). Конечный диастолический объём — 83 мл (N: не > 35–75 мл/м²). Диастолическая функция не нарушена. Нарушения локальной сократимости не выявлены. Фракция выброса (Simpson) - 68% (N: 55–75%). В полости - фальш-хорда.

ПРАВОЕ ПРЕДСЕРДИЕ — 3,8 см (N: < 45 мм).

ПРАВЫЙ ЖЕЛУДОЧЕК — 2,1 см (N: не > 30 мм), в 4-х камерной позиции не увеличен 2,6 см (N: не > 33 мм).

АОРТА — уплотнена, диаметр корня — 3,1 см (N: 24–39 мм), восходящий отдел — 3,0 см.

Аортальный клапан - трёхстворчатый, амплитуда раскрытия створок достаточная — 1,9 см (N: > 14 мм). Уплотнение клапанного кольца и створок. Скорость кровотока — 1,17 м/с (N = 1,0–1,7), регургитация 1 ст.

Трикуспидальный клапан — скорость кровотока — 0,63 м/с, регургитация — 1 ст.

ЛЁГОЧНАЯ АРТЕРИЯ — диаметр — 1,8 см, скорость кровотока — 0,82 м/с, регургитация 1 ст.

Нижняя полая вена не расширена, хорошо коллабируется на вдохе — > 50%.

Выпот в полости перикарда по ЗСЛЖ и за ПП до 6 мм.

Систолическое давление в легочной артерии, рассчитанное по скорости струи трикуспидальной регургитации — 20–25 мм рт.ст. (< 30 мм рт.ст.).

Комментарии: При ЦДК — шунтовых сбросов кровотока не выявлено.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Небольшая концентрическая гипертрофия миокарда левого желудочка. Размеры полостей сердца и их функциональное состояние в пре-

делах нормы. Уплотнение стенок аорты, створок аортального клапана с аортальной регургитацией 1 степени. Небольшой перикардиальный выпот.

Консультации специалистов

07.04.17. Консультация нефролога:

Заключение: Хронический тубулоинтерстициальный нефрит. Двусторонний нефроптоз 1-2 ст ХБПС 3б (СКФ - 41,93 мл/мин)

Рекомендовано: 1. Ношение бандажа. Избегать подъема тяжестей. 3. Канефрон 2 табл 3 раза в день - месяц. 4. Контроль за БАК (мочевина, креатинин, СКФ); ОАМ в динамике, моча на микроальбуминурию (МАУ), суточная протеинурия. 5. Осмотр нефролога через 3 месяца с результатами анализов.

2. Дать ответы на вопросы и задания по дополнительным обследованиям

1. Интерпретация результатов обследования.
2. Соответствуют ли они объективным данным и Вашему предварительному диагнозу?
3. Нужны ли ещё какие-нибудь обследования?
4. Ваш окончательный диагноз, его обоснование и дифференциальный диагноз.
5. Лечение в стационаре и рекомендации по лечению на дом.

3. Эталоны ответов на вопросы и задания

1. По анамнезу и объективным данным:

1. В анамнезе необходимо уточнить, что предшествовало появлению жалоб (перенесенные стрессы, заболевания, инсоляция), а также дополнительные сведения из анамнеза жизни.

2. Нужна информация о наследственной отягощенности у пациента; о перенесенных заболеваниях; о регионе рождения и проживания; о профессиональной деятельности в течение жизни; гинекологическом анамнезе.

3. Предварительный диагноз: Первичный гипотиреоз, манифестный. Ожирение 1 степени ВОЗ, смешанного генеза. Гипергликемия неуточненная. Нефроптоз. Артериальная гипертензия. Диагноз первичного гипотиреоза поставлен предварительно на основании характерных жалоб (отеков лица, конечностей, зябкость, сонливость, замедление, заторможенность речи, ухудшение памяти, прибавка массы тела), клинической картины (повышенного питания; кожа сухая, гиперкератоз локтей, коленей, пяточных областей, трещины пяточных областей, без отделяемого; плотные отеки лица, конечностей, передней

На цикле Диабетология, так же в связи с переходом на дистанционное обучение (весна 2020 г), мы были вынуждены обратиться к электронной документации и начали уже с конца 2019 г. создавать базу из электронных историй болезни пациентов с сахарным диабетом, находящихся на госпитализации в эндокринологическом отделении ОКБ. Предварительно мы поработали с пациентами и их историями болезни, дополнили их и постарались приблизить к предлагаемой схеме. В начале цикла, так же вместо курации, преподаватель раздаёт студентам уже готовые истории (одна на каждого студента), включающие те же разделы: паспортные данные, жалобы, анамнез заболевания и жизни, объективные данные, результаты лабораторного и инструментального обследования.

СХЕМА ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ ДЛЯ ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ на цикле Диабетология

- **1. Паспортные данные** (ФИО, возраст, место жительства, место работы, профессия, дата поступления, диагноз направившего учреждения, диагноз при поступлении, окончательный клинический диагноз)
- **2. Жалобы** (основные, связанные с сахарным диабетом и его осложнениями и второстепенные)
- **3. Анамнез заболевания** (в каком возрасте заболел, как началось заболевание, как быстро нарастали симптомы, какой уровень гликемии был при первом обращении к врачу, какой диагноз был поставлен и чем лечили, острые осложнения сахарного диабета, поздние осложнения, лечение на протяжении всего периода болезни, лечение в течение последнего года, уровень гликемии, показания к госпитализации)
- **4. Анамнез жизни** (рос и развивался в детстве, детские инфекции, мат-быт. условия, трудовой анамнез, акушерский анамнез, перенесенные заболевания, в том числе болезнь Боткина, наследственность, аллергологический анамнез, вредные привычки, эпид. анамнез (в том числе туберкулёз), страховой анамнез)
- **5. Объективные данные** (общее состояние, ИМТ, кожа, слизистые, лимфатическая система, костно-суставная система, органы дыхания, сердечно-сосудистая система, пищеварительная система, печень, почки, нервная система, эндокринная система)
- **6. Предварительный диагноз**
- **7. План обследования** (какой Вы бы назначили?)
- **8. Результаты исследований** (лабораторные и инструментальные с интерпретацией)
- **9. Окончательный клинический диагноз с обоснованием** (основной, осложнения, сопутствующие заболевания)
- **10. Дифференциальный диагноз**
- **11. Лечение в стационаре и рекомендации при выписке** (диета, меню-раскладка, сахароснижающая терапия, лечение и профилактика осложнений и сопутствующих заболеваний).
- **12. Прогноз** для жизни и трудоспособности

История болезни № 202030 больного Е., 41 год, жителя Тверской области, автослесарь

- Находился в эндокринологическом отделении с 27.02.20 по 06.03.20 г.
- Самообращение
- Диагноз при поступлении: Сахарный диабет 1 типа, декомпенсация

ЖАЛОБЫ БОЛЬНОГО

- При поступлении в стационар жалобы зуд кожных покровов, постоянное чувство жажды и обильное частое мочеиспускание. Периодически приступы слабости, потливости, онемение конечностей продолжительность от 20 минут до 3 часов один-два раза в день, гликемию при приступах не измерял. Глюкоза крови утром натощак 5,5 – 6,0 ммоль/л, после еды 8 ммоль/л. Больной постоянно отмечает горечь во рту, изжогу, плохой аппетит, нарушение сна, периодические тупые боли в левом подреберье с иррадиацией в спину.

ИСТОРИЯ НАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ (Anamnesis morbi)

- Страдает сахарным диабетом с 2004 года, глюкоза крови при выявлении 17 - 18 ммоль/л. В дебюте заболевания похудение на 40 кг за 4 мес. Госпитализирован в эндокринологическое отделение ГБУЗ ОКБ. Назначена инсулинотерапия ИКД с положительным эффектом (гликемия до 5,5 ммоль/л натощак и до 6, 5 после еды, эпизоды гипогликемии). В связи с частыми гипогликемическими состояниями с 2009 по 2014 г. находился только на диетотерапии, гликемия 6,5-4,9 ммоль/л. Возобновление инсулинотерапии с 2014 г. в связи с повышением глюкозы до 10 ммоль/л. С 2014 г. постоянно проводилась заместительная терапия аналогами инсулинов человека УКД (аспарт перед завтраком 4 Ед/2 ХЕ, обед 7 Ед/3 ХЕ, ужин 13 Ед/4 ХЕ). Последняя госпитализация в эндокринологическое отделение в 08.2019 г. С момента госпитализации и по настоящее время инсулинотерапия: 22-00 деглудек 8 Ед , аспарт за 15 мин перед завтраком, обедом, ужином из расчета 2 Ед/ 1ХЕ. Гликемия натощак 5,5 - 6 ммоль/л, после еды до 7,5 - 8 ммоль/л. Гипогликемические состояния 1 раз в 3 дня днем при нагрузке, симптоматика гипогликемии при уровне глюкозы 3,5 ммоль/л. Ухудшение самочувствия с декабря 2019 г., когда стал отмечать выраженные диффузные сдавливающие головные боли, снижение остроты зрения, головокружение. 27.02.20 однократно эпизод помрачения сознания с ретроградной амнезией. Обратился в приемное отделение ОКБ, при обследовании: глюкоза венозная: 12,1 ммоль/л, ЭКГ : синусовый ритм, тахикардия 90 в мин., АД 130/70 мм рт. ст. Госпитализирован в эндокринологическое отделение ОКБ для дообследования, коррекции лечения, обучения в школе Диабета.

ИСТОРИЯ ЖИЗНИ (Anamnesis vitae)

Родился в Тверской области. Единственный ребенок в семье, материально-бытовые условия удовлетворительные. В физическом и умственном развитии в раннем детском, дошкольном, школьном, юношеском возрасте не отставал. В школе учился нормально, занимался физкультурой. Прохождение службы в армии - сухопутные войска, комиссование в срок. Окончил техникум по специальности автослесарь.

Основная профессия – автослесарь, условия труда – с физической нагрузкой, подвижный характер деятельности.

Материально-бытовые, жилищные и санитарно-гигиенические условия на протяжении жизни удовлетворительные. Женат, имеет сына. Соблюдает строгую рекомендованную диету, с подсчетом хлебных единиц. Финансовое положение выше среднего.

Перенесенные болезни: ОРВИ, гепатит А.

Семейный анамнез и наследственность: У матери бронхиальная астма, узловой зоб.

Аллергологический анамнез: Аллергию на лекарства отрицает.

Вредные привычки: Курение, алкоголь и потребления наркотических веществ отрицает.

Страховой анамнез: Автослесарь, нуждается в б/л.

НАСТОЯЩЕЕ СОСТОЯНИЕ (Status praesens)

- Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Телосложение правильное. Питание избыточное. Рост 172 см, Вес 84 кг. Окружность талии - 97 см, окружность бедер 95 см.
- Кожа и видимые слизистые: цвет кожи и слизистых: нормальный, влажность: нормальная. Тургор (эластичность) кожи сохранен. Температура: 36,6, Патологические изменения на коже: следы расчесов на шее и предплечьях. Стрии отсутствуют. Тип оволосения по мужскому типу. Отеки отсутствуют.
- Лимфатические узлы не пальпируются. Развитие мышечной системы умеренное, симметричное, болезненности при ощупывании мышц нет. Тонус нормальный. Конфигурация суставов правильная. Изменения величины, цвета тканей и кожной температуры над суставами не наблюдается. При пальпации - безболезненны. Объем активных и пассивных движений не изменен. При осмотре костей позвоночника, таза, верхних и нижних конечностей нарушений не обнаружено. Деформации, утолщений, размягчения, болезненности при пальпации и поколачивании не отмечается. Симптома «барабанных» пальцев нет.
- Правильная форма носа; свободное носовое дыхание; крылья носа в акте дыхания не участвуют. Осмотр и пальпация гортани: правильная форма, нормальное положение, при пальпации болезненности не отмечается, подвижность гортани в норме.
- Грудная клетка правильной формы, ребра имеют нормальный ход, межреберья не широкие, эпигастральный угол тупой. Обе половины грудной клетки симметричны, односторонних западений и выпячиваний нет. Обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. Смешанный тип дыхания. Частота дыхания в норме: 18 дыхательных движений в минуту. Дыхание ритмичное, нормальной глубины. В акте дыхания вспомогательная мускулатура шеи, плечевого пояса, межреберных мышц не участвует.
- Тканевые структуры грудной стенки без изменений.
- Болезненности и патологических изменений кожи, подкожно-жирового слоя над грудной клеткой, межреберных мышц и нервов, ребер не отмечается. Эластичность обеих половин грудной клетки в норме. Голосовое дрожание над всеми топографическими областями неизменено. Добавочные дыхательные шумы (сухие хрипы, шум трения плевры) при пальпации не определяются. Над всей поверхностью легких определяется ясный легочный звук. Границы легких в норме. Над симметричными участками обоих легких выслушивается везикулярное дыхание.
- Набухания шейных вен, патологической пульсации вен («положительный венный пульс») и артерий («пляска каротид») – нет. Выбухания всей области сердца (сердечный «горб») или отдельных ее частей у больного не наблюдается. Сердечный толчок и эпигастральная пульсация не определяется. Патологическая пульсация левого предсердия и левого желудочка – не определяется. Патологической пульсации сосудов (аорты и легочной артерии) нет. Верхушечный толчок локализуется в 5 межреберье по левой средне-ключичной линии. Границы сердца: правая - норма, верхняя - норма, левая - по сред/ключ линии в 5 м/р ЧСС: частота 74 уд. в 1 мин., Тоны сердца ясные, ритмичные. Шумы: нет.
- Пульс: частота 74 в 1 минуту, удовлетворительного наполнения, ритмичный. АД правая рука 130/80, левая рука 120/70 мм рт.ст. Пульсация на артериях dorsalis pedis, tibialis posterior сохранена. ЛПИ 1.0 Сухость кожи стоп, поверхностные трещины на пяточной области. Признаков варикозного расширения вен и тромбофлебитов не выявлено.

- Язык правильной формы, обычной величины, нормальной влажности и цвета, сосочки умеренно выражены; налета, отпечатков зубов, трещин, язв, опухолей на языке нет.
 - Форма живота правильная. Половины живота симметричны; пупок нормальный; живот участвует в акте дыхания. Участков гиперпигментации, перистальтики (физиологической и патологической), сыпи, грыж, венозных коллатералей, расчёсов, кровоизлияний не выявлено. При пальпации живот мягкий, болезненный в мезогастральной области. Признаков раздражения брюшины нет. Расхождения прямых мышц живота, грыж, поверхностно расположенных опухолей не обнаружено. При выполнении глубокой, скользящей, методической, топографической пальпации по методу Образцова-Стражеско патологических отклонений не выявлено, диффузная болезненность в мезогастральной области без четкой локализации. Пальпируется нижний край правой доли печени на 0,5 см ниже реберной дуги. Край ровный, закругленный, мягкий, умеренно-плотной консистенции, безболезненный. Желчный пузырь не пальпируется. Френикус-симптом, а также симптомы Ортнера и Кера отрицательные. Селезенка пальпаторно не определяется. Пальпация поджелудочной железы безболезненна.
 - Сглаживания контуров, покраснения, припухлости, выбухания поясничной области и области мочевого пузыря не отмечается.
 - Поколачивание по поясничной области безболезненно. Почки и мочевой пузырь не пальпируются.
 - Поведение, интеллект, речь и мимика не нарушены. Реакция зрачков на свет прямая, содружественная. Нистагма, ригидности затылочных мышц нет.
 - Болезненность по ходу нервных стволов при пальпации не определяется. Параличей, судорог нет. Периодическое онемение нижних конечностей. Тактильная чувствительность - гипестезия по полиневритическому типу. Вибрационная чувствительность 5 УЕ. Температурная чувствительность сохранена.
 - Умственное и физическое развитие соответствует полу и возрасту. Первичные и вторичные половые признаки: явления евнухоидизма, феминизма отсутствуют. Нарушение роста тела (гигантизм, карликовость) отсутствуют, размеров и соотношения частей лицевого скелета и других частей тела отсутствуют. Пропорциональность тела - пропорционально.
 - Грудные железы без уплотнений. Выделений нет. Щитовидная железа не увеличена, неоднородная. Узловые образования не пальпируются. Глазные симптомы отрицательные. Экзофтальм нет. Тремор пальцев рук нет. Паращитовидные железы не пальпируются. Симптом Труссо отрицательный. Симптом Хвостека 1,2,3: отрицательный
 -
-

ДААННЫЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ (лабораторных и инструментальных). КОНСУЛЬТАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ

- **Обследование перед госпитализацией**
- 1. **Ан. крови** от 21.01.20 ТТГ - 9,51, Т4 св. 0,87.
- 2. **ЭКГ** (14.02.2020)
- **Заключение:** синусовый ритм с ЧСС 73 уд/мин, правильное направление ЭОС
- **3. Консультация офтальмолога** (14.02.2020)
- Оба глаза спокойны. Роговица прозрачная, передняя камера средняя, влага прозрачная, радужка спокойная, рисунок чёткий, зрачок медикаментозно расширен (мидриацил 1%). Факосклероз. В стекловидном теле обоих глаз единичные деструктивные элементы. Глазное дно: ДЗН бледно-розовый с чёткими границами, макулярная зона микроаневризмы, вены расширенные, полнокровные, ход извитой, артерии суженные.

Исследования: VOD = 0,2 с -1,0 су1 -1,0 ах 95=1,0 ВГД OD =13,6 мм рт. ст. (б/к) VOS =0,4 с -1,0=0,9
ВГД OS =14,2 мм рт.ст. (б/к)

- **Заключение:** Диабетическая ретинопатия обоих глаз непролиферативная. Миопия обоих глаз слабой степени.
- **4. Консультация невролога** (14.02.2020)
- Сознание ясное. В месте, времени и собственной личности ориентирован. Критика сохранена. Мнестических расстройств нет. Менингеальных симптомов нет. Симптомы натяжения не выражены. Зрачки D=S, фотореакция и корнеальные рефлексы живые. SpHNy нет, объём движений глазных яблок достаточный. Точки выхода 5 пары - б\блезненны. Лицо симметрично. Слух не нарушен. Глотание и фонация не нарушены. Язык по средней линии. Парезов нет. Тонус мышц равномерный, не повышен. Сухожильные рефлексы D=S, ахилловы рефлексы сохранены, D=S. Тактильная чувствительность сохранена. Вибрационная чувствительность 6 уЕД. Температурная чувствительность сохранена. Координационные пробы выполняет удовлетворительно. Паравертебральные точки б\блезненны в шейного отдела позвоночника. Напряжения мышц спины нет. Нарушений функции тазовых органов нет.
- **Заключение:** Диабетическая дистальная полиневропатия, сенсо-моторная форма, стадия клинических проявлений. Соматоформная дисфункция ВНС с пароксизмами по типу панических атак, вестибулопатия

- **5. ЭГДС (18.02.2020)**

- Пищевод свободно проходим. На стенках слизь. Слизистая розового цвета, в дистальном отделе умеренно выраженные продольные полосы гиперемии. z-линия слабо дифференцирована. Кардия плотно не смыкается. В желудке слизь. Складки тела выражены, изваиты, воздухом расправляются. Перистальтика равномерная глубокая. Стенки эластичные. Угол выражен. Антральный отдел широкий. Слизистая разрыхлена. Луковица 12-ти п.к. не деформирована. Слизистая начальных отделов 12-ти п.к. гиперемирована, складки воздухом расправляются, просвет кишки широкий, желчи нет. Папиллярная зона визуально не изменена.

- **Заключение:** Дистальный поверхностный эзофагит, недостаточность кардии, гастрит поверхностный, дуоденит поверхностный

- **6. УЗИ ОБП 17.02.2020**

- Отчётливого увеличения размеров печени не отмечается, контуры её ровные, форма обычная. Эхогенность паренхимы средняя, структура однородная, периферический сосудистый рисунок достаточно выражен, очаговые изменения не дифференцируются. Внутривенечные желчные протоки не расширены. Холедох 5 мм. Воротная вена 12 мм. Желчный пузырь умеренно растянут, не увеличен в размерах, имеет динамический перегиб в области тела. Стенки пузыря уплотнены, толщиной до 3 мм. Содержимое гомогенное. Чётких эхоструктур, подозрительных на конкременты, в полости желчного пузыря не определяется. Поджелудочная железа визуализируется на всём протяжении, контуры её ровные, расположена в типичном месте, не увеличена в размерах. Железа умеренно повышенной эхогенности, однородной эхоструктуры, расширения вирсунгова протока не определяется. Толщина головки 20 мм, тела 15 мм, хвоста 15 мм. Селезенка не увеличена в размерах, площадь продольного сечения 49 см² (N-до 50 см²). Эхоструктура паренхимы однородная. Почки нормальных размеров, овальной формы, контуры ровные. Паренхима почек толщиной 18 мм, средней эхогенности. Полости почек не расширены, конкременты не определяются. Мочеточники не дифференцируются. Объёмные образования в проекции надпочечников не визуализируются.

- **Заключение:** УЗИ признаки хронического холецистита.
-

- **Обследование в стационаре**

- **Анализы**

- **1. Клинический анализ крови (28.02.2020) –**

- Эритроциты – $5,49 \cdot 10^{12}/л$, Гемоглобин – 135 г/л, ЦП – 0,81, Гематокрит – 0,48, Тромбоциты – $164 \cdot 10^9/л$, Лейкоциты – $6,05 \cdot 10^9/л$, Палочкоядерные нейтрофилы – 2 %, Сегментоядерные нейтрофилы – 54%, Лимфоциты – 33,1%, Моноциты – 10,1%, СОЭ – 12 мм в час

- Длительность кровотечения – 45 сек

- Время свертывания крови – 6 мин

- **2. Биохимические исследования крови (28.02.2020)**

- Калий: 5,20 ммоль/л, натрий: 140,0 ммоль/л, глюкоза венозная: 7,92 ммоль/л, Билирубин общий: 12,0 мкмоль/л; билирубин прямой: 1,0 мкмоль/л; АСТ: 28,0 Ед/л; АЛТ: 31,0 Ед/л. Фракции холестерина: холестерин общий: 4,89 ммоль/л, холестерин ЛПВП: 1,2 ммоль/л; холестерин ЛПНП: 2,4 ммоль/л; белок: 75,1 г/л; мочевины: 5,7 ммоль/л; креатинин: 111,5 мкмоль/л.

- **3. Гликемический профиль – ммоль/л (28.02.2020)**

8:00 – 15,0, 12:00 – 10,0, 16:00 – 8,9, 20:00 – 7,2

- **Гликемический профиль- ммоль/л (4.03.2020)**

8:00 – 5,0, 12:00 – 8,0, 16:00 – 8,9, 20:00 – 7,2

- **4. Исследование мочи (28.02.2020)**

Цвет – соломенно-желтый, Прозрачность – легкая муть, Реакция – кислая,

Удельный вес – 1,015 г/л, Белок – нет, Сахар – нет, Ацетон – нет, Плоский эпителий – 2-3 в п./зр., Лейкоциты – 2 кл. в п./зр., Бактерии – нет

- Суточная протеинурия: 0,04 г/сут; Микроальбумины: слабоположительная.

- **5. Маркеры гепатитов, АТ к ВИЧ, РВ – отрицательные**

- **6. 25-гидроксикальциферол – 31 нг/мл**

- **7. Гормональные исследования (4.03.2020)**

Т-4 свободный – 10,6 нмоль/л, ТТГ – 4,5 мМЕ/л, Анти-ТПО – 294 ед/мл

Дополнительные исследования

- **8. ЭХО-КГ (28.02.2020) Ритм синусовый**

Левое предсердие: размер — 3,4 см, объём — 42 мл. Митральный клапан: створки не уплотнены. Скорость кровотока — 0,95 м/с, регургитация 1 степени. **Левый желудочек:** ТМЖП — 0,85 см, ТЗСЛЖ — 0,9 см, КДР — 4,8 см., КДО — 82 мл, ФВ левого желудочка — 60%. Нарушения локальной сократимости нет. Диастолическая функция в норме. **Аорта** не уплотнена. Диаметр корня 3,4 см. Аортальный клапан трёхстворчатый, амплитуда раскрытия створок аортального клапана достаточная (1,8 см), скорость кровотока 1,21 м/с, максимальный градиент давления — 6 мм рт ст., регургитации нет. **Правое предсердие:** размер — 3,0 см, объём — 35 мл. Трёхстворчатый клапан: створки не изменены, скорость кровотока — 0,6 м/с, трикуспидальная регургитация 1 степени. **Правый желудочек:** размер — 2,4 см. Толщина свободной стенки правого желудочка — 4 мм. **Легочная артерия:** диаметр 1,8 см. Скорость кровотока 0,9 м/с, градиент давления 4 мм рт. ст., регургитация 1 степени. Систолическое давление в лёгочной артерии: 24 мм рт.ст. Нижняя полая вена: не расширена, адекватно спадается при вдохе.

Перикард: выпота в полости перикарда и плевральных полостях нет.

- **Заключение:** Размеры полостей сердца в пределах нормы, их функциональное состояние не нарушено. Клапанный аппарат без гемодинамически значимой патологии. Полость перикарда не изменена.
-

- **9. УЗИ щитовидной железы (3.03.2020)**

Щитовидная железа обычно расположена, контуры ее четкие, неровные. Размеры и объём щитовидной железы:

	Длина	Ширина	Толщина	Объём
Правая доля	38 мм	15 мм	16 мм	4,37 куб. см
Левая доля	40 мм	12 мм	12 мм	2,76 куб. см

Толщина перешейка 2 мм. Суммарный объём 7,13 куб. см.

Щитовидная железа в размерах не увеличена. Эхоструктура тиреоидной ткани неоднородная за счёт участков сниженной эхогенности мелких и частично средних размеров, а также гиперэхогенных тяжистых включений, неравномерно распределённых в обеих долях щитовидной железы. Эхогенность тиреоидной ткани в общей массе смешанная. В режиме ЦДК определяется повышенная васкуляризация тиреоидной ткани. Отчётливо выраженных и визуально заметных узловых образований в проекции обеих долей и перешейка щитовидной железы достоверно не выявлено. Паращитовидные железы в типичных местах локализации не визуализируются. При осмотре области шеи слева и справа по ходу кивательной мышцы измененные лимфоузлы достоверно не дифференцируются.

- **Заключение:** Диффузные изменения тиреоидной ткани (не исключаются УЗ-признаки хронического тиреоидита)

- **10. Колоноскопия (2.03.2020)**

- **Заключение:** полип сигмовидной кишки

- **11. Консультация гастроэнтеролога (4.03.2020)**
- **Заключение:** Стеатоз поджелудочной железы. Реактивная панкреатопатия. Синдром раздраженного кишечника с болями, метеоризмом. ГЭР с эзофагитом 1 ст, хронический гастродуоденит, неполная ремиссия. Убедительных данных за НЭО на момент осмотра нет.
- **12. УЗДГ БЦА (02.03.2020)**

Плечеголовной ствол : проходим, диаметр 9 мм сосудистая геометрия не изменена. Внутрисосудистые образования: нет. ОСА (Общая сонная артерия) справа: диаметр 6,0 мм., эхогенность комплекса интима - медиа (КИМ) повышена, толщиной до 0,7 мм.ход прямолинейный, ЛСК 69 см/сек, IR 0,7 V_{ср} 33 см/сек., Внутрисосудистые образования: нет. ОСА (Общая сонная артерия) слева: диаметр 6,4 мм., эхогенность комплекса интима - медиа (КИМ) повышена, толщиной до 0,6 мм.ход прямолинейный, ЛСК 65 см/сек, IR 0,7 V_{ср} 44см/сек. Внутрисосудистые образования: нет. ВСА (Внутренняя сонная артерия) справа: диаметр в устье 6,4 мм., далее 3,9 мм., ход прямолинейный, ЛСК 61см/сек, IR 0,6 ., V_{ср}.44 см/сек., Внутрисосудистые образования:нет. ВСА(Внутренняя сонная артерия) слева: диаметр в устье 5,4 мм, далее 3,6 мм, ход прямолинейный, ЛСК 77 см/сек, IR 0,6 ., V_{ср}. 40 см/сек. Внутрисосудистые образования : нет ПКЛ.А (Подключичная артерия) справа: магистральный тип кровотока, ПКЛ.А (Подключичная артерия) слева: магистральный тип кровотока, ПА (Позвоночная артерия)справа: диаметр 3,8 мм., проходима, 1 сегмент: ход прямолинейный. Внутрисосудистые образования : нет. Вхождение на уровне С6, в канале (2 сегмент) ход непрямолинейный, неравномерный, V_{ср}. 20 см/сек. ПА (Позвоночная артерия) слева: диаметр 3,0 мм., ход прямолинейный. Внутрисосудистые образования : нет. Вхождение на уровне С6, в канале (2 сегмент) ход непрямолинейный, V_{ср}. 20 см/сек.

- **Заключение:** Неравномерность и непрямолинейность хода ПА справа, слева в канале поперечных отростков шейных позвонков (С6-С5, С3-С2) (признаки шейного остеохондроза).
-

- Как при очном, так и дистанционном обучении студентов на кафедре эндокринологии им предлагается список литературы, которую они используют при написании истории болезни.
 - **Достоинства и недостатки такой работы студентов**
 - **Достоинства:**
 - возможность дистанционного обучения,
 - возможность детального анализа уже представленных данных (при работе по выписным эпикризам на цикле Эндокринология).
 - **Недостатки:**
 - студенты не видят больных и не проводят сами обследования, включающего все основные разделы курации: сбор жалоб, анамнеза, объективные данные.
-

- **Учитывая, что и далее может использоваться дистанционное обучение студентов, то кафедрам желательно обмениваться своими методическими материалами. Мы предполагаем, что другие кафедры также имеют свои методические наработки, которыми, как и мы, готовы поделиться. В частности, нам хотелось бы иметь видеофильмы по обследованию больных с использованием пропедевтических методик, неврологическому обследованию, офтальмологическому, хирургическому при синдроме диабетической стопы. Мы очень надеемся на помощь в этом методических советов и учебно-методического управления, которые должны стать координаторами этой работы.**
-

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!
