История болезни

Сахарный диабет 1 типа. Декомпенсация

1.ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ

Ф.И.О: Иванов Иван Иванович

Возраст: 37 лет

Дата рождения: 08.05.1978

Семейное положение: Женат, 2 детей

Домашний адрес: г. Пермь ул. Петропавловская 87-64.

Образование: высшее

Место работы: инженер

Дата поступления в стационар:

Дата курации:

Диагноз при поступлении: Сахарный диабет 1 типа. Декомпенсация.

2.ЖАЛОБЫ НА МОМЕНТ ОСМОТРА

На момент курации пациент предъявляет жалобы на чувство онемения в нижних конечностях.

.АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Больным себя считает с 2014 года, когда при обратился за помощью в поликлинику с синдромом гипергликемии (сухость во рту, жажда, учащенное мочеиспускание(до 12 раз в сутки)), где после обледования был выставлен диагноз: сахарный диабет 1 типа. Декомпенсация. В качестве лечения был прописан инсулин короткого действия, который больной принимал по схеме 6-6-6. От проводимой инсулинотерапии пациент ощущал незначительное улучшение состояния. Диету не соблюдал. Течение заболевания проходило с повторными обострениями настоящих жаоб. Максимальный уровень глюкозы в крови 28,2 ммоль/л Позднее настоящего больного стали беспокоить жалобы на ухудшение со стороны зрения, которые носили обратимый характер (связывает с повышением уровня глюкозы в крови) и чувство онемения в нижних конечностях, которое носило волнообразный характер (имелись промежутки "просветления")

В августе 2015 года при плановом осмотре в поликлинике больной предъявлял жалобы на сухость во рту, жажду, учащенное мочеиспускание, чувство онемевания в нижних конечностях, ухудшение зрения, потерю массы тела на 10 кг. При обследовании выявлена высокая кетонурия и гипергликемия (показатель, со слов больного, не удалось измерить). 26 августа 2015 года экстренном порядке больной госпитализирован в эндокринологическое отделение ПККБ всвязи с декомпенсацией для подбора и коррекции лечения заболевания, где находится и по сегодняшний день.

АНАМНЕЗ ПО Е.М. ТАРЕЕВУ



4.АНАМНЕЗ ЖИЗНИ

Родился в 8 мая 1978 года в г. Пермь, в полной семье, был вторым ребенком. Рос и развивался нормально. По умственному и физическому развитию от своих сверстников не отставала. Служил в армии в стройбате.

Бытовой анамнез: На данный момент проживает в отдельной квартире со всеми удобствами, материально обеспечен хорошо. Питается 3 раза в день разнообразной горячей пищей в достаточном количестве, дома. Живет с семьей.

Трудовой анамнез: работает инженером с ООО "Стройдиалог", вахтовым методом

Аллергологический анамнез: аллергические реакции на медикаменты и пищевые продукты, химические вещества отрицает.

Семейный анамнез: женат, 2 детей.

Наследственность: у деда был СД 1 типа

Перенесенные операции: аппендэктомия

Перенесенный заболевания: Простудные заболевания. Хронический гепатит С (с 2004 года)

Трансфузионный анамнез: переливаний крови не осуществлялось.

Вредные привычки Курит с 18 лет непостоянно 1 пачка в день. Алкого принимает в ограниченных количествах.

5.ОБЪЕКТИНЫЙ СТАТУС

1. НАРУЖНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ

ОБЩИЙ ОСМОТР БОЛЬНОГО: общие состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное; выражение лица спокойное; внешний вид больной соответствует возрасту; телосложение нормостеничесеого типа; осанка прямая, походка устойчивая; рост 178 см, масса тела 61кг ; ИМТ 19,25; рот без особенностей, форма шеи не изменена; питание хорошее.

КОЖНЫЕ ПОКРОВЫ Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. Патологической пигментации, сыпей, эрозий, трещин, трофических язв, кровоизлияний, телеангиэктазий, шелушений, расчесов, рубцов нет. Зона гиперестезии в эпигастральной области.

ВОЛОСЯННОЙ ПОКРОВ развит на голове, на лице. В подмышечных впадинах присутствует. Отмечается ломкости и выпадения волос . Оволосение по мужскому типу. Ногти обычной формы, исчерченности нет.

ВИДИМЫЕ СЛИЗИСТЫЕ розового цвета. Высыпаний нет.

Подкожная жировая клетчатка. Развита умеренно. Толщина кожной складки выше правой реберной дуги-1,5 см. Отложение жира равномерное.

ОТЕКОВ и подкожной эмфиземы нет.

ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ: подчелюстные, шейные, околоушные, затылочные, надключичные, подключичные, подмышечные, кубитальные, подколенные лимфатические узлы не пальпируются; кожа в этих областях не изменена.

МЫШЕЧНАЯ СИСТЕМА: развита хорошо, тонус мышц сохранен, при ощупывании и движениях болезненности нет; мышечная сила удовлетворительна; судорог нет.

КОСТНАЯ СИСТЕМА. Развитие скелета пропорционально. Деформация, искривления костей нет. Форма головы симметрична. Форма носа без дефектов. Утолщение дистальных фаланг пальцев ног и рук отсутствует. Болезненности при поколачивании костей (грудины, ребер, трубчатых костей конечностей, позвоночника), утолщений, неровностей, размягчения костей при ощупывании не наблюдается. Позвоночник не деформирован.

СУСТАВЫ. Конфигурация суставов и их подвижность не изменена. Объем активных и пассивных движений неограничен, при этом хруста, болезненности при движениях, изменения цвета кожи и повышения местной температуры над суставами нет.

2. СИСТЕМА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ.

ВЕРХНИЕ ДЫХАТЕЛЬНЫЕ ПУТИ: Дыхание через нос свободное. Выделений из носа нет. Крылья носа не участвуют в акте Тип дыхания грудной, ритм правильный. ЧД 18 раз в минуту. Отставания при дыхании правой и левой половин грудной клетки, одышки нет. ПЕРКУССИЯ ЛЕГКИХ. Топографическая перкуссия: нижняя граница легких.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Линии | Правое легкое | Левое легкое |
| Окологрудинная | 5 межреберье | ----------------------------------- |
| Среднеключичная | 6 межреберье | ----------------------------------- |
| Передняя подмышечная | 7 ребро | 7 ребро |
| Средняя подмышечная | 8 ребро | 8 ребро |
| Задняя подмышечная | 9 ребро | 9 ребро |
| Лопаточная | 10 ребро | 10 ребро |
| Околопозвоночная | Ост. отр-к 11 гр. позвонка  | Ост. отр-к 11 гр. позвонка |

Высота стояния верхушек легких спереди 4 см, сзади на уровне остистого отростка 7 шейного позвонка (слева и справа идентично). Ширина полей Кренига 6 см с обеих сторон. Подвижность нижних легочных краев по линиям:

лопаточной = 6 см

средней подмышечной = 7 см

срединно-ключичной = 6 см

Сравнительная перкуссия. Над симметричными участками обоих легких выстукивается ясный легочной звук.

АУСКУКУЛЬТАЦИЯ: над симметричными участками обоих легких выслушивается везикулярное дыхание. Хрипов, крепитации, шума трения плевры, звука плеска, звука падающей капли нет.

. СЕРДЕЧНО - СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА.

ОСМОТР ОБЛАСТИ СЕРДЦА И КРУПНЫХ СОСУДОВ: Выпячивания грудной клетки в области сердца нет. Верхушечный толчок не виден. Сердечный толчок не определяется.

ПУЛЬС НА ЛУЧЕВЫХ АРТЕРИЯХ:. Пульс симметричный, правильный.

Частота сердечных сокращений 74 ударов в минуту. Удовлетворительного наполнения и напряжения. Величина пульсовых волн одинакова, пульс равномерный. Дефицит пульса отсутствует. Пульс на артериях тыла стопы прощупывается. Сосудистая стенка вне пульсовой волны мягкая.

ПАЛЬПАЦИЯ В ОБЛАСТИ СЕРДЦА Верхушечный толчок находится в 5 межреберье на 1 см кнутри от левой срединно-ключичной линии. Шириной 1,5 см, сильный, низкий, резистентный. Ощущения дрожания в области сердца нет. Кожной гиперальгезии в предсердечной области не наблюдается. Ретростернальная пульсация дуги аорты отсутствует.

Перкуссия сердца. Границы относительной тупости сердца:

Правая - 4 межреберье на 1см к наружи от правого края грудины.

Левая - 5 межреберье на 1см внутри от левой срединно-ключичной линии.

Верхняя - нижний край 3 ребра по левой окологрудинной линии.

Границы абсолютной тупости сердца:

Правая - 4 межреберье по левому краю грудины.

Левая - 5 межреберье на 1см внутри от левой границы ОТС.

Верхняя - на уровне нижнего края 4 ребра по левой окологрудинной линии.

Талия сердца выражена. Границы сердечно - сосудистого контура: правая и левая границы располагаются по краям грудины, его ширина составляет 6 см. Поперечник 11см. Длинник сердца 14 см. Конфигурация нормальная.

АУСКУЛЬТАЦИЯ СЕРДЦА В положении стоя, лежа на спине над всеми точками выслушивается двухчленный ритм. ЧСС 70 ударов в минуту. Тоны сердца ритмичные, правильные, усиления и ослабления тонов, а также акцента второго тона нет. Расщепления и раздвоения тонов отсутствует

АД 130/80 мм. рт. ст.

4. СИСТЕМА ПИЩЕВАРЕНИЯ

ОСМОТР ПОЛОСТИ РТА: Язык розового цвета, влажный, без налета.

ИССЛЕДОВАНИЕ ЖИВОТА: живот овальной формы, симметричный, без выпячиваний и втяжений. Активно участвует в акте дыхания. Расширенных венозных анастомозов, грыж нет. Имеется рубец от проведенной аппендэктомии.

ПРИ ПЕРКУССИИ: Над всей поверхностью выстукивается тимпанический звук. Симптом флюктуации отсутствует.

ПАЛЬПАЦИЯ ЖИВОТА: При поверхностной пальпации отсутствует напряжение мышц брюшной стенки. Живот мягкий, безболезненный. Патологических образовании, расхождения прямых мышц живота не наблюдается.

ПАЛЬПАЦИЯ ПЕЧЕНИ: Нижний край печени пальпируется по правой срединно - ключичной линии на уровне края правой реберной дуги. Край печени мягкий, безболезненный, гладкий, подвижный. Расположение нижнего края печени:

РАЗМЕРЫ ПЕЧЕНИ ПО КУРЛОВУ:

1. 9 см

2. 8 см

. 8 см

. МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА.

ПРИ ОСМОТРЕ поясничной области сглаженности и выбухания контуров нет. Кожа не гиперемирована.

ПРИ ПАЛЬПАЦИИ: почки не прощупываются. Болевых точек при пальпации не выявлено. Мочевой пузырь не прощупывается.

Мочевыделение частое (10-12 раз в сутки)

. ЭНДОКРИННАЯ СИСТЕМА

ПРИ ОСМОТРЕ области шеи увеличения ее размеров не отмечается.

ПАЛЬПАТОРНО щитовидная железа не увеличена, безболезненна. Экзофтальма, глазных симптомов, тремора пальцев вытянутых рук, повышенного блеска и тусклости глазных яблок нет.

Нарушений роста, телосложения, пропорций тела нет. Вторичные половые признаки соответствуют паспортному полу. Физическое и умственное развитие соответствует возрасту.. Отложение жира характерно мужскому типу.

.НЕРВНАЯ СИСТЕМА.

Походка без особенностей. Координация движений сохранена. Сухожильные рефлексы в норме. Парезов и параличей нет. Речь последовательная, спокойная, внятная. Нарушения слуха, жевания и глотания нет.

.ПСИХИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ

Ориентируется в месте, пространстве и в ситуации. Контактен. Речь и мышление последовательны и логичны. Память сохранена. Настроение ровное, устойчивое. Внимание устойчивое. Поведение спокойное.

6.ПРЕДВАРИТЕ5ЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Основной диагноз: Сахарный диабет 1 типа. Декомпенсация

Сопутствующий диагноз: Хронический гепатит С (с 2004 г)

Осложнение: Диабетическая полинейропатия нижних конечностей. Диабетическая микроангиопатия: ретинопатия? Нефропатия?

7.ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОГО

1. Общий анализ крови эритроцитоз

Можно обнаружить гипергемоглобинемию

. Общий анализ мочи Можно обнаружить глюкозурии, протеинурию ацетон. Относительная плотность мочи нередко высокая.

. Биохимический анализ крови

Увеличение глюкозы гиперхолестеринемия, гипертриглицеридемия, гипоальбуминемия, повышение содержания глабулинов

. Анализ крови гликемииический профиль после еды

Может быть увеличение глюкозы натощак

. Анализ глюкозурический профиль

.Определение С-пептида При сахарном диабете 1 типа С-пептид понижен, при сахарном диабете 2 типа -он нормален или повышен.

.Гликолизированный >6% гемоглобин

.Микраль тест Микроальбуминурия

. ЭКГ Нарушение ритма. Безболевая ишемия

. Консультация у офтальмолога Наличие ретинопатии

. УЗИ органов брюшной полости Наличие изменений в поджелудочной железе

.Ro легких Группа риска по развитию туберкулеза

.Кровь на ВИЧ, RW, гепатиты

. Кал на яйца глист.

8.РЕЗУЛЬТАТЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ В КЛИНИКЕ

Рентгенография легких и средостения от 28.08.15

Заключение: Патологии в легких и средостении не выявлено.

Глюкоза крови

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Время | 28.08.15 | 31.08.15 | 02.09.15 | Норма |  |  |
| 8.00 | 8,5 | 15.1 | 6,9 | 3.3-6.3 |  |  |
| 11.00 | 11,9 | 17,2 | 12,9 | 3.3-6.3 |  |  |
| 22.00 | 15,6 | 16,6 | 8,5 | 3.3-6.3 |  |  |

Заключение: синдром хронической гипегликемии.

Коагулограмма от 27.08.15

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатель | Результат | Норма |
| Протромбиновое время (сек) | 13,6 |  |
| АПТВ (сек) | 36,9 | 34+/-8 |
| Тромбиновое время (сек) | 14,6 | 13+/-3 |
| Фибриноген (г/л) | 3,9 | 2-4 |
| МНО | 0,90 | 0,9-1,3 |

Заключение: патологии гемостаза не выявлено.

Анализ крови от 27.08.15

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатель | Результат | Норма |
| Эозинофилы | 1% | 1-5% |
| Н. палочкоядерные | 1% | 1-6% |
| Н. сегментоядерные | 64% | 47-72% |
| Лимфоциты  | 26% | 19-37% |
| Моноциты | 8% | 3-11% |

Заключение: воспалительной реакции не выявлено.

Биохимическое исследование от 28.08.15

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатель  | Результат  | Норма  |
| СКФ | 93,62 | 97.00-137.00 |
| Креатинин сыворотки | 85.00 | 62.00-116.00 |

Заключение: хроническая болезнь почек 1 стадии.

Скрининговый тест инфекционных заболеваний от 28.08.15

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатель  | Результат  | Норма  |
| HBsAg (ИФА) | Не выявлены | - |
| Anti-HCV сумм.(ИФА) | Выявлены | - |

Заключение: хронический гепатит С

Исследование образцов крови в ИФА на СПИД от 31.08.15

Заключение: Антитела к ВИЧ не обнаружены.

Анализ мочи от 01.09.15

Микроальбумин менее 20

Заключение: Патологии почек не выявлено.

Биохимический анализ крови от 27.08.15

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатель | Результат  | Норма  |
| Общий белок (г/л) | 65.49 | 65.00-85.00 |
| АЛАТ (U/L) | 18.00 | 0.00-41.00 |
| АСАТ (U/L) | 15.36 | 0.00-38.00 |
| Гликолизированный гемоглобин (%) | 15.00 | 4.00-6.00 |
| С-Пептид (ммоль/л) | 0.101 | 0.370-1.470 |
| Индекс атерогенности | 2.76 | 0.00-3.40 |
| Холестерин ЛПОНП (ммоль/л) | 0.48 | 0.10-0.50 |
| Холестерин (ммоль/л) | 5.14 | 3.30-5.20 |
| Холестерин ЛПВП (ммоль/л) | 1.38 | 1.40-1.70 |
| Холестерин ЛПНП (ммоль/л) | 3.05 | 0.00-3.50 |
| Триглицериды (ммоль/л) | 1.0 | 0.5-1.7 |

Заключение: Сахарный диабет 1 типа. Декомпенсация

Анализ мочи от 26.08.15

Солом.-желт, удельный вес 1030, кислая, мутная, белок 0,09 г/л, сахар 1 %, Ацетон +, лейкоциты до 15 в поле зрения, эритроциты единично в поле зрения.

Заключение: Сахарный диабет 1 типа. Декомпенсация.

Биохимический анализ крови от 27.08.15

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатель  | Результат  | Норма  |
| СКФ | 97.00 - 137.00 | 111.59 |
| Креатинин сыворотки (мкмоль/л) | 62.00-116.00 | 73.00 |
| Общий белок (г/л) | 65.00-85.00 | 65.49 |
| Билирубин общий (ммоль/л) | 0.00 - 20.50 | 12.90 |
| АЛАТ (U/L) | 0.00 - 41.00 | 18.00 |
| АСАТ (U/L) | 0.00-38.00 | 15.36 |
| Гликолизированный гемоглобин (%) | 4.00-6.00 | 15.00 |
| С-Пептид (мкмоль/л) | 0.370 - 1.470 | 0.101 |
| Индекс атерогенности | 0.00 - 3.40 | 2.76 |
| Холестерин ЛПОНП (мкмоль/л) | 0.10 - 0.50 | 0.48 |
| Холестерин (ммоль/л) | 3.30-5.20 | 5.14 |
| Холестерин ЛПВП (мкмоль/л) | 1.40-1.70 | 1.38 |
| Холестерин ЛПНП (ммоль/л) | 0.00 - 3.50 | 3.05 |
| Триглицериды (ммоль/л) | 0.5 - 1.7 | 1.0 |

Заключение: Сахарный диабет 1 типа. Декомпенсация

Биозимический анализ крови от 26.08.15

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатель  | Результат  | Норма |
| АСАТ | 17 | До 38 |
| АЛАТ | 19 | До 41 |
| Общий белок | 68 | 65-85 |
| О. билирубин | 7 | 1-18 |
| Глюкоза | 27.4 | 3.3-6.3 |
| Креатинин | 80 | До 124 |
| Мочевина | 5,9 | 1.7-8.3 |
| K+ | 4,4 | 3.2-5.25 |
| Na+ | 135 | 134-155 |
| Cl- | 101 | 98-107 |

Консультация офтальмолога от 28.08.15 Заключение: Диабетической ретинопатии нет

Консультация невролога от 29.08.15 Пациента нет на месте.

.ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Сахарный диабет дифференцируют от ренальной глюкозурии, почечного диабета, алиментарной глюкозурии и несахарного диабета.

Ренальная глюкозурия наблюдается у беременных, при нефрозе, пиелонефрите, гломерулонефритах, отравлении цианидами, лечении глюкокортикоидамию.

Почечный диабет возникает вследствие генетических дефектов в ферментах реабсорбции почек - гексокиназы и щелочной фосфатазы.

В отличие от сахарного диабета при почечном диабете, ренальной или алементарной глюкозурии отмечается нормальное содержание сахара в крови натощак и не нарушены показатели теста толерантности к глюкозе. Глюкозурия при почечном диабете не зависит от количества введенных углеводов. Обычно она незначительна. При почечном диабете отсутствуют симптомы и осложнения, присущие сахарному диабету. Однако при резко выраженной глюкозурии могут появиться полидепсия и полиурия.

Сахарный диабет 1 типа можно сравнивать с сахарным диабетом 2 типа:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Признаки | СД 1 тип  | СД 2 тип |
| Распространенность  | 10-15 %  | 70-80 % |
| Возраст  | до 35 лет (у настоящего больного диагностировали СД 1 типа в 36 лет, но наличие осложнений свидетельствует о более раннем начале развития, примерно за 3-4 года до диагностики)  | старше 35 |
| Начало  | острое, типичная клиника  | медленное, без четких признаков |
| Масс тела  | снижается (у настоящего больного снижение массы тела на 10 кг)  | исходно повышена |
| Клиника  | отчетливо выражена (ярковыраженный гипегликемический синдром)  | стертая |
| Течение  | лабильное  | стабильное |
| Кетоацидоз  | выражен при поступлении ацетон +++ | отсутствует |
| Осложнения  | микроангиопатии разви ваются через 3-5 лет (диабетическая нефропатия) Диабетическая полинейропатия нижних конечностей.  | микроангиопатии имеются при диагностике СД |
| ИРИ, С-пептид  | низкие 0,101 от 27.07.15  | высокие или норма |
| Аt к бета- клеткам  | имеются  | нет |
| Наследственность  | Нет, но у настоящего больно в анамнезе есть болеющие СД 1 типа, что может обуславливать риск развития аутоиммунных заболеваний.  | есть |
| Лечение  | Инсулин, диетотерапия В анамнезе имеет место быть прием короткого инсулина по схеме 6-6-6  | Диета, пероральные сахароснижающие препараты |

. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Основной диагноз: Сахарный диабет 1 типа. Декомпенсация

Сопутствующий диагноз: Хронический гепатит С (с 2004 г). Неактивный, с минимальным фиброзом.

Осложнение: Диабетическая полинейропатия нижних конечностей. Диабетическая микроангиопатия: Нефропатия (хроническая болезнь почек I стадии)

11. ОБОСНОВАНИЕ ОСНОВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

Основной диагноз: Сахарный диабет 1 типа. Декомпенсация

Диагноз Сахарный диабет 1 типа поставлен на основании наличии гипергликемического синдрома. (полиурия (до 12 раз в день, ночью 2 раза), максимальный уровень глюкозы в крови 28,2 ммоль/л (при госпитализации), полидипсия (выпивает до 5 литров в день), снижение массы тела, наличие инсулинотерапии в анамнезе, а также наличие сопутствующих заболеваний характерных для сахарного диабета (полинейропатия и нефропатия). На основании анамнеза выявлена склонность к аутоиммунным заболеваниям, о чем свидетельствует наличие СД 1 типа в наследственности. Из лабораторных методик диагноз подтверждает наличие низкого уровня С-пептида 0.101 мкмоль/л (б/х анализ крови от 27.08.15)

Декомпенсация поставлена на основании исследования уровня гликолизированного гемоглобина 15% от 27.08.15. (норма 4-6%)

12.ЛЕЧЕНИЕ

ЛЕЧЕНИЕ ОСНОВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ:

.ДИЕТОТЕРАПИЯ:

Стол №9

.ИНСУЛИНОТЕРАПИЯ:

Так как у настоящего больного дебют сахарного диабета 1 типа, то дозировка будет рассчитываться исходя из нормы 0,5 ED\ кг массы тела больного в сутки. ИМТ = 19,25 (N), следовательно суточная дозировка инсулина составляет 30 ED

Пролонгированный инсулин:

Инсулин-изофан 5 ED подкожно в 900

Инсулин-изофан 5 ED подкожно в 2100

Инсулин короткого действия:

Хумулин Р 10 ED подкожно за 20 мин до приема пищи

Хумулин Р 6 ED подкожно за 20 мин до приема пищи

Хумулин Р 4 ED подкожно за 20 мин до приема пищи

## ХАРАКТЕРИСТИКА ПРЕПАРАТОВ

## Инсулин-изофан Человеческий инсулин средней продолжительности действия. Взаимодействует со специфическими рецепторами внешней цитоплазматической мембраны клетки и образует инсулинорецепторный комплекс, стимулирующий внутриклеточные процессы, в т.ч. синтез ряда ключевых ферментов (гексокиназа, пируваткиназа, гликогенсинтетаза и др.). Снижение содержания глюкозы в крови обусловлено повышением ее внутриклеточного транспорта, усилением поглощения и усвоения тканями, снижением скорости продукции глюкозы печенью. Стимулирует липогенез, гликогеногенез, синтез белка.В среднем, после п/к введения начало действия - через 1,5 ч, максимальный эффект развивается в промежутке между 4 и 12 ч, продолжительность действия - до 24 ч.

Хумулин Р ДНК-рекомбинантный инсулин человека, короткого действия. Регулирует метаболизм глюкозы. Анаболическим действие.( ускоряет анаболизм белков, преобразование глюкозы в гликоген в печени, ингибирует глюконеогенез и стимулирует преобразование избытка глюкозы в жир) Начало действия препарата - через 30 мин после введения, максимальный эффект действия - между 1 и 3 ч, продолжительность действия - 5-7 ч. сахарный диабет диета инсулинотерапия

ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ:

## Диабетическая полинейропатия нижних конечностей:

## ВАЗОНИТ Производное ксантина. Улучшает микроциркуляцию в зонах нарушенного кровоснабжения. Улучшает реологические свойства крови (текучесть) за счет воздействия на патологически измененную деформируемость эритроцитов, повышает эластичность мембран эритроцитов, ингибирует агрегацию эритроцитов и тромбоцитов и снижает повышенную вязкость крови. Механизм действия препарата связан с угнетением фосфодиэстеразы и накоплении. Тормозит агрегацию тромбоцитов и эритроцитов, снижает уровень фибриногена в плазме крови и усиливает фибринолиз, что приводит к уменьшению вязкости крови и улучшению ее реологических свойств. Улучшает снабжение тканей кислородом в зонах нарушенного кровообращения (в т.ч. в конечностях, ЦНС, и в меньшей степени - в почках). При окклюзионном поражении периферических артерий (перемежающейся хромоте) приводит к увеличению дистанции ходьбы, устранению ночных судорог икроножных мышц, уменьшению болей в покое. При нарушении мозгового кровообращения улучшает симптоматику. Оказывает слабое миотропное вазодилатирующее действие, несколько снижает ОПСС и незначительно расширяет коронарные сосуды.

# Rp.: Tabl. Pentoxifyllini 0,6 N.20

D.S. Принимать по 1 таблетке 2 раза в день (утром и вечером)

## ДИАБЕРИЧЕСКАЯ АНГИОПАТИЯ: НЕФРОПАТИЯ:

Лизиноприл Ингибитор АПФ. Снижение содержания ангиотензина II ведет к прямому уменьшению выделения альдостерона. Уменьшает деградацию брадикинина и увеличивает синтез ПГ. Снижает ОПСС, АД, преднагрузку, давление в легочных капиллярах, вызывает увеличение минутного объема крови и повышение толерантности миокарда к нагрузкам у больных с ХСН. Расширяет артерии в большей степени, чем вены. Некоторые эффекты объясняются воздействием на тканевую ренин-ангиотензин-альдостероновую систему (РААС). При длительном применении уменьшается гипертрофия миокарда и стенок артерий резистивного типа. Улучшает кровоснабжение ишсмизированного миокарда. Начало антигипертензивного действия - через 1 ч. Максимальный эффект наблюдается через 6-7 ч. Аитигипертензивное действие сохраняется в течение 24 ч. Продолжительность эффекта также зависит от величины дозы. При артериальной гипертензии эффект отмечается в первые дни после начала лечения, стабильное действие развивается через 1-2 месяца.

# Rp.: Tabl. Lisinoprili 0,01 N.10

D.S. Принимать по 1 таблетке 1 раза в день, под контролем АД.

13.ДНЕВНИКИ

.09.2015г.

T=36.6 C

Жалобы на умеренную слабость, чувство онемения в нижних конечностях.

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. АД 130/80 мм.рт.ст. пульс 78 в минуту, ритмичный, симметричный. Тоны сердца звучные, ритмичные, патологических шумов нет. Акцент II тона над аортой Дыхание через нос свободное. При аускультации дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД = 19 в минуту Живот мягкий, безболезненный. Стул, диурез без особенностей

Уровень гликемии:

.00ч. - 6,9 ммоль/л

.00ч. - 12,9 ммоль/л

.00ч. - 8,5 ммоль/л

Рекомендовано: - коррекция дозы инсулина

продолжить обучение в школе для больных сахарным диабетом

Лечение получает.

Биосулин Р 6ED перед завтраком;

Биосулин Р 6 ED перед обедом;

Биосулин Р 4 EDперед ужином;

Биосулин Н 10 ED в 8.30

Биосулин Н 12 ED 22.00

.09.2015г.

T=36.7 C

Жалобы на умеренную слабость, чувство онемения в нижних конечностях. Незначительную сухость во рту.

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. АД 125/85 мм.рт.ст. пульс 78 в минуту, ритмичный. Тоны сердца звучные, ритмичные, побочных шумов нет. Акцент II тона над аортой Дыхание через нос свободное. При аускультации дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД = 18 в минуту Живот мягкий, безболезненный, доступен глубокой пальпации. Стул оформлен, диурез без особенностей

Проходит школу для больных СД 1 типа

Получает лечение:

Биосулин Р 8ED перед завтраком;

Биосулин Р 6 ED перед обедом;

Биосулин Р 4 EDперед ужином;

Биосулин Н 10 ED в 8.30

Биосулин Н 12 ED 22.00

.09.2015г.

T=36.7 C

Жалобы на умеренную слабость. Незначительную сухость во рту.

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. АД 130/90 мм.рт.ст. пульс 78 в минуту, ритмичный. Тоны сердца звучные, ритмичные, побочных шумов нет. Акцент II тона над аортой Дыхание через нос свободное. При аускультации дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД = 16 в минуту Живот мягкий, безболезненный. Стул, диурез без особенностей. Отеков нет

Проходит школу для больных СД 1 типа

Получает лечение:

Биосулин Р 8ED перед завтраком;

Биосулин Р 6 ED перед обедом;

Биосулин Р 4 EDперед ужином;

Биосулин Н 10 ED в 8.30

Биосулин Н 12 ED 22.00

.09.2015г.

T=36.5 C

Активных жалоб пациент не предъявляет.

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. АД 130/80 мм.рт.ст. пульс 76 в минуту, ритмичный. Тоны сердца звучные, ритмичные, побочных шумов нет. Акцент II тона над аортой Дыхание через нос свободное. При аускультации дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД = 18 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Стул, диурез без особенностей. Отеков нет

Проходит школу для больных СД 1 типа

Получает лечение:

Биосулин Р 8ED перед завтраком;

Биосулин Р 6 ED перед обедом;

Биосулин Р 4 EDперед ужином;

Биосулин Н 10 ED в 8.30

Биосулин Н 12 ED 22.00