Министерство образования и науки Российской Федерации

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение

высшего профессионального образования

«Северо-Восточный федеральный университет им.М.К.Аммосова»

Медицинский институт Кафедра эндокринологии

История болезни

Выполнил: студент 4 курса группы ЛД 405-1

Васильев Валентин Семенович

Якутск 2015

1. Паспортная часть

Возраст, дата рождения: 68 лет. Дата рождения: 04.05.1947 г

Дата поступления: 01.10.2015 г.

Национальность: русский.

Домашний адрес: у. Оленек с. Заложная

Образование: Среднее, специальное

Место работы: пенсионер

Семейное положение: женат

Кем направлен больной: Оленекская ЦРБ.

Диагноз направившего лечебного учреждения:СД 2 типа

Клинический диагноз: CД 2 типа

Основной: СД 2 типа, декомпенсация. Целевой HbA1c 7,5%

Осложнения: - Нефропатия на стадии протеинурии, ретинопатия 1ст. Диабетическая полинейропатия

Сопутствующий: Брадисистолия, Синдром Фредерика, ИБС, гипертоническая болезнь 3ст, хронический гастрит.

2. Анамнез настоящего заболевания

Сахарный диабет 2 типа с 2008 года. Принимал Диабетон МВ 60мг, сиофор 500. Гликемия достигала более 20 ммоль/л. Больной лечился в кардиологическом отделении в отделении ЯГКБ по поводу НРС. Длительно персистирующая форма фп. С-м Фредерика. ИБС.

. Анамнез жизни

Родился 04.05.1947 г. в г. В Оленеке. Второй из трех по счету ребенок. Психически и физически развивался согласно возрасту. В Материально - бытовые условия хорошие, питается 3 раза в день. Служил в армии 2 года. Рост 170см. Вес 90кг. ИМТ= 31.

Семейное положение: Женат, трое детей.

Перенесенные заболевания: Туберкулез, гепатит отрицает; инсульт,

ИМ отрицает.

Травмы: нет.

Вредные привычки: Бросил курить 15 лет назад, не пьет.

Гемотрансфузии: да

Аллергологический анамнез: нет

Операции: в 1992г. По поводу эндоэнтерита. Биопротезирование аортального клапана 2011г.

Наследственность: не отягощена.

Инвалидности нет, не работает.

. Объективный осмотр

Состояние на момент курации: средней тяжести. Сознание: ясное. Положение больного: активное. Тип конституции: нормостеническое. Состояние питания: нормальное. Выражение лица спокойное. Рост - 170 см. Масса тела - 90 кг. ИМТ 31. Кожные покровы бледно- розового цвета, обычной влажности.

Влажность кожи: нормальная. Тургор кожи: нормальная. Ногти правильной формы, бледно-розового цвета. Состояния питания: нормальное, диета. ЧДД в минуту: 16 движение грудной клетки при дыхании: болезненность при пальпации грудной клетки отсутствует. Перкуторный звук над легочными полями: легочный. Аускультативно: дыхание везикулярное. Хрипы: нет. ЧСС 65 в 1 мин. АД 130/90 мм.рт.ст. Тоны сердца: приглушенные. Аритмия. Границы сердца: изменены.

Видимые слизистые оболочки розового цвета, влажные, высыпаний на слизистых нет.

Подкожно-жировая клетчатка развита и распределена равномерно. Отеков нет. Болезненность подкожно-жировой клетчатки не выявлена, крепитации нет.

Затылочные, околоушные, над- и подключичные, подмышечные лимфоузлы не пальпируются. Кожа над лимфоузлами не изменена, болезненности при пальпации нет.

Зев не гиперемирован, миндалины не выступают за пределы передних дужек. Отёчности и налёта нет.

Мышцы развиты удовлетворительно. Тонус и сила сохранены. Болезненности и уплотнения при пальпации не выявляется. Костно- мышечная система без изменений.

Активные, пассивные движения в суставах в пределах физиологической нормы. Симптом «рука праведника»

. Обоснование диагноза

Жалобы больного: Боли в подошвенной области ног. Чувство онемения в конечностях. Колебание сахара. Одышка при подъеме до 2-го этажа. Колющие боли в области сердца. Сухость во рту.

Анамнез болезни: Сахарный диабет 2 типа с 2008 года. Принимал Диабетон МВ 60мг, Сиофор 500. Гликемия достигала более 20 ммоль/л. Больной лечился в кардиологическом отделении в отделении ЯГКБ по поводу НРС. Длительно персистирующая форма фп. С-м Фредерика. ИБС. Инвалидности нет, не работает.

Объективного статуса: Состояние средней тяжести. Аритмии. Изменение границы сердца. Симптом «рука праведника».

Результаты анализов: - Общий анализ крови от 02.10.2015г:

Заключение: Тромбоцитопения (отн.)

Биохимический анализ крови от 02.10.2015г.

Заключение: Гипергликемия.

ОАМ от 02.10.2015 г.

Заключение: протеинурия. - Узи от 02.10.2015 г. Заключение: хронический холецистопанкреатит. Уплотнения ЧЛС обеих почек.

ЭКГ от 02.10.2015 г.

Заключение: фибрилляция предсердий с ЧЖС 42-88 уд в 1 мин. Склонность к брадисистолии. ЭОС отклонена влево. Блокада правой н.п. Гиса. Блокада передней ветви ЛНПГ. Одиночная желудочковая экстрасистолия. Признаки гипертрофии обеих желудочков.

Консультация: невролога от 02.10.2015 г.

Заключение: диабетическая полинейропатия 1 ст, компенсированная.

Окулист от 03.10.2015 г.

Заключение: диабетическая непролиферативная ангиопатия ретины.

6. План обследования

ОАК, ОАМ, анализ мочи на СПБ, кал на я/глист по Грехэм, анализ крови Б/Х , исследование крови на глюкозу, исследование крови на сифилис экспресс методом, гликемический профиль, исследование сыворотки на крови на С-реактивный белок, гликированный гемоглобин, РФ,АСХО, ЭКГ, консультация невролога, окулиста, уролога.

7. Лечение больного

Лечение, предпринятое у данного больного:

1. Режим свободный, палатный, стол № 9

2. Назначено:

) Лантус 21-00 16ед. Апидра 3 раза в день по 6 ед.

2) Верошпирон 50 мг. утром

3) Крестор 10 мг вечером

) Амлодипин 10 мг утром

) Вальсакор 160 мг 2 раза в день (утром, вечером).

8. Система органов дыхания

Дыхание через нос свободное, не затруднено. Гиперемии слизистых, отделяемого из носа, нет. Гортань не деформирована, не смещена, не отечна. Голос громкий, чистый, охриплости и афонии нет.

Грудная клетка нормостеническая. Лопатки на одном уровне, плотно прилегают к грудной клетке. Грудная клетка симметрична, конической формы. Дыхательная экскурсия 6 см.

Тип дыхания брюшной. Дыхательные движения симметричны, вспомогательная мускулатура не задействована. Число дыханий - 16 в минуту в покое.

Грудная клетка при пальпации болезненна, эластична. Голосовое дрожание на симметричных участках грудной клетки одинаково, не изменено.

При аускультации: везикулярное дыхание, шума трения плевры нет. Хрипов нет. Бронхофония на симметричных участках грудной клетки одинакова, не изменена.

Таблица 1 Топографическая перкуссия легких

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Верхняя граница легких: | Справа | Слева |
| высота стояния верхушек спереди | на 2,5см выше ключицы | на 2,5см выше ключицы |
| высота стояния верхушек сзади | на уровне остистого отростка VII шейного позвонка | на уровне остистого отростка VII шейного позвонка |
| Нижняя граница легких: |
| по окологрудинной линии | VI межреберье | не определяется |
| по среднеключичной линии | VI ребро | не определяется |
| по передней подмышечной линии | VII ребро | VII ребро |
| по средней подмышечной линии | VIII ребро | VIII ребро |
| по задней подмышечной линии | IX ребро | IX ребро |
| по лопаточной линии | X ребро | X ребро |
| по околопозвоночной линии | остистый отросток XI грудного позвонка | остистый отросток XI грудного позвонка |
| Экскурсия нижнего края легких по лопаточной линии | 3+3=6 см | 3+3=6 см |

. Система органов кровообращения

Вены шеи не набухают. Симптомы положительного венного пульса и "пляски каротид" не выявляются.

Сердечного горба нет, верхушечный толчок, сердечный толчок и эпигастральная пульсация, пульсация во II межреберье справа, слева, в яремной ямке визуально не определяются. Атипичной пульсации: парадоксальной, отрицательной пульсации нет.

Верхушечный толчок пальпируется в 5 межреберье на 0.5 см снаружи от среднеключичной линии, ослаблен. Площадь около 2 см2 , (расширены границы сердца).

Сердечный толчок, эпигастральная пульсация пальпаторно не определяются.

Дрожания в области сердца на верхушке, на основании сердца не определяется.

Патологической пульсации во II межреберье справа, слева, в яремной ямке не определяются. Пальпаторной болезненности в прекардиальной области нет.

Границы относительной тупости сердца: слева - на 0.5 см снаружи от срединно-ключичной линии( в V межреберье), сверху - на уровне III ребра, справа - на 0,5 см кнаружи от правого края грудины. Поперечник относительной тупости сердца - 11 см, ширина сосудистого пучка - 6 см. Конфигурация сердца патологическая.

Ритм неправильный, число сердечных сокращений - 65 в 1 минуту. I и II тоны глухие, расщепления, раздвоения тонов нет. Акцента второго тона нет. Дополнительных тонов, ритма галоп не выслушивается.

Шумы сердца и шум трения перикарда не выслушиваются.

Пульсация периферических артерий сохранена, аритмичная. Артерии эластичны, не извиты, артериальные стенки гладкие. Пульсации аорты в яремной ямке не определяется, шумы на сонных артериях не выслушиваются.

Артериальный пульс на лучевых артериях одинаковый справа и слева, аритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения, 65 в мин.

Артериальное давление на плечевых артериях - 130/90 мм рт.ст.

Варикозного расширения вен нет. Болезненности, уплотнений по ходу вен не выявляется.

10. Желудочно-кишечный тракт

Аппетит средний, отвращения к каким-либо продуктам нет. Стул регулярный, 1 раз в сутки, умеренного количества, оформленный, коричневый. Признаков кровотечения нет.

При осмотре: язык влажный, не обложен, сосочковый слой сохранен, трещин, язв нет.

Живот симметричный, участвует в акте дыхания; видимой перистальтики, венозных коллатералей нет, умеренно вздут. Грыж белой линии и пупочного кольца, стрий на передней брюшной стенке нет.

Над всей поверхностью живота определяется тимпанический перкуторный звук; свободной или осумкованной жидкости в брюшной полости не определяется.

При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный.

Сигмовидная, слепая, поперечная ободочная кишка не пальпируется.

Восходящий и нисходящий отделы ободочной кишки не пальпируются.

На всей поверхности живота выслушивается живая перистальтика, шума трения брюшины, сосудистых шумов не выслушивается. Границы печени по Курлову: Верхняя граница абсолютной тупости печени по правой срединно-ключичной линии - на уровне VII ребра. Нижняя граница абсолютной тупости печени: по правой срединно-ключичной линии - на уровне нижнего края реберной дуги, по срединной линии - на границе верхней и средней третей расстояния от мечевидного отростка до пупка, по левой реберной дуге - по левой парастернальной линии.

Размеры печени по Курлову: 8-7-6. Cелезенка не пальпируется.

11. Система органов мочеотделения

Мочеиспускание свободное, безболезненное. Дизурических расстройств нет. Моча соломенно - желтого цвета. Диурез в норме

Симптом Пастернацкого отрицательно с обеих сторон.

Почки не пальпировались. Мочевой пузырь не пальпируется. Болезненность при пальпации по ходу мочеточника не определяется.

. Эндокринная система

Нарушений роста, телосложения и пропорциональности отдельных частей тела нет. Клинических симптомов акромегалии нет. При пальпации щитовидной железы боковые доли ее не определяются, а перешеек прощупывается в виде поперечно лежащего, гладкого, безболезненного валика плотноэластической однородной консистенции. Ширина перешейка не превышает ширину среднего пальца руки. Блеск глаз, экзофтальм отсутствуют.

. Нервная система и органы чувств

Сознание ясное, ориентирован в окружающей обстановке, месте и времени. Интеллект сохранён. Больной уравновешен, общителен, спокоен. Нарушений речи нет. Со слов иногда нарушен сон. Нарушений двигательных функций, дрожи, судорог нет. Признаков вегетативной лабильности: потливости, дерматографизма нет. Вкус, обоняние не нарушены. Со слов слух снизился за последнее время. Чувствительность сохранена. Грубой неврологической симптоматики: диплопии, птоза, асимметрии носогубных складок, расстройства глотания, девиации языка, дисфонии не выявляется. Менингеальных симптомов нет, в позе Ромберга устойчива, изменения тонуса мышц нет.

. Локальное состояние (status localis)

Cтопы розового цвета, симметричные относительно друг друга, ногти без изменений. Конфигурация стопы нормальная, язв нет, трещин нет. Пульсация сохранена не обеих ногалх. Имеется мазоли под большим пальцем. Инструментальное исследование камертоном, чувствительность сохранена, за исключением подошвенной стороны больших пальцев.

Исследование монофиламентом чувствительность сохранена, за исключением подошвенной стороны больших пальцев.

Оценка рефлексов: коленный рефлекс - не изменен, ахиллов рефлекс - не изменен.

. Предварительный диагноз

СД 2 типа.

Обоснование диагноза:

1. Жалобы: общая слабость, сухость во рту, боли в подошвенной области ног. Чувство онемения в конечностях. Колебание сахара. Одышка при подъеме до 2-го этажа. Колющие боли в области сердца.

2. Анамнез: Сахарный диабет 2 типа с 2008 года. Принимал Диабетон МВ 60мг, сиофор. Гликемия достигала более 20 ммоль/л. Больной лечился в кардиологическом отделении в отделении ЯГКБ по поводу НРС. Длительно персистирующая форма фп. С-м Фредерика. ИБС. Инвалидности нет, не работает. Живет с женой и 3 детьми. Переведен для коррекции и подбора дозы инсулина.

3. Объективного осмотра: общая слабость. Сознание ясное. Положение активное. Выражение лица спокойное.

Рост - 180 см. Масса тела - 90 кг. Телосложение - нормостеник.

Кожные покровы бледно-розовые, обычной влажности.

Тургор сохранен. Ногти правильной формы, бледно-розового цвета. Состояния питания: нормальное. ЧДД в минуту: 18 движение грудной клетки при дыхании: болезненность при пальпации грудной клетки: Перкуторный звук над легочными полями: легочный. Аускультативно: дыхание везикулярное. Хрипы: нет. ЧСС 65 в 1 мин. АД 130/80 мм.рт.ст. Тоны сердца: глухие. Ритм неправильный. Границы сердца: расширены.

Видимые слизистые оболочки розового цвета, влажные, высыпаний на слизистых нет.

Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно и распределена равномерно. Отеков нет. Болезненность подкожно-жировой клетчатки не выявлена, крепитации нет.

Затылочные, околоушные, над- и подключичные, подмышечные лимфоузлы не пальпируются. Кожа над лимфоузлами не изменена, болезненности при пальпации нет.

Зев не гиперемирован, миндалины не выступают за пределы передних дужек. Отёчности и налёта нет.

Мышцы развиты удовлетворительно. Тонус и сила сохранены. Болезненности и уплотнения при пальпации не выявляется.

Активные, пассивные движения в суставах в пределах физиологической нормы. Стул без особенностей. Система мочеотделения: мочеиспускание свободное. Цвет мочи: соломенно - желтый. Диурез: в норме. Симптомы пастернацкого отрицательно.

16. Результаты лабораторных и инструментальных исследований

Таблица 2 Общий анализ крови от 02.10.2015г:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатели | Результат | Норма |
| Лейкоциты (WBC) | 7,40\*109/л | 4,50 - 11,00 |
| Эритроциты (RBC) | 5.11\*12/л | 4,20-5,60 |
| Гемоглобин (HGB) | 160 г/л | 131-172 |
| Гематокрит (HCT) | 44,50% | 39,00-50,00 |
| Средний объем эритроцитов (MCV) | - | 81-101 |
| Среднее содержание гемоглобина (MCH) | - | 27-35 |
| Средняя концентрация гемоглобина (MCHC) | - | 32-36 |
| Тромбоциты (PLT) | 124\*109/л | 150-400 |
| Тромбокрит (PCT) | - | 0,10-0,28 |
| Лимфоциты абс.(LYMF) | - | 1,20-3,00 |
| Моноциты абс. (MON) | - | 0,09-0,60 |
| Гранулоциты (Gran) | - | 47-72% |
| Эозинофилы  | 1% | 1-5 |
| Базофилы | 1% | 0-1 |
| Лимфоциты | 30% | 19-37 |
| Моноциты | 10% | 3-11 |
| Палочкоядерные нейтрофилы | 1% | 1-6 |
| Сегментоядерные нейтрофилы | 55% | 47-72 |
| СОЭ | 9 мм/ч | 1-10 |

Заключение: тромбоцитопения (отн).

Таблица 3 Биохимическое исследование крови от 02.10.2015 г.:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатели | Результат | Норма |
| Альбумин | 36,1 г/л | 25-57 |
| Общий белок | 62,2 г/л | 64-89 |
| Креатинин | 65 мкмоль/л | 62-115 |
| Мочевина | 4,86 ммоль/л | 2,50-6,40 |
| Мочевая кислота | 302 мкмоль/л | 210-420 |
| Общий холестерин | 3,76 ммоль/л | 1,20-5,20 |
| Глюкоза | 11.26 ммоль/л | 4,60-6,40 |
| Билирубин общий | 14,3 мкмоль/л | 3,40-17,10 |
| Билирубин прямой | 7 мкмоль/л | 0-7,90 |
| АЛТ | 20,4 ед/л | 10-40 |
| АСТ | 17,9 ед/л | 0-37 |

Заключение: Гипергликемия

) Общий анализ мочи от 02.10.2015 г.

Количество мочи - 100 мл

Удельный вес - 1020

Цвет мочи - соломенно-желтый

Прозрачность - прозрачная

Реакция - кислая

Белок - 94 мг/л, протеинурия

Ацетон - отриц.

Эпителий в поле зрения - единичные

Лейкоциты в поле зрения - единичные

Эритроциты в поле зрения - 2-3

Слизь - отриц.

Соли оксалаты - отриц.

Бактериурия - отриц.

Заключение: протеинурия.

Инструментальные методы исследования:

Лучевая диагностика: на рентгенограмме 02.10.2015. Заключение: Р- признаки хронического бронхита.

УЗИ: хронический холецистопанкреатит. Уплотнения ЧЛС обеих почек.

Гликированный гемоглобин 02.10.2015.

Гемолизат гликированного гемоглобина: 11.60% (Нормальными считаются значения HbA1c от 4 % до 5,9 %.).

ЭКГ: от 02.10.2015. заключение: фибрилляция предсердий с ЧЖС 42-88 уд в 1 мин. Склонность к брадисистолии. ЭОС отклонена влево. Блокада правой н.п. Гиса. Блокада передней ветви ЛНПГ. Одиночная желудочковая экстрасистолия. Признаки гипертрофии обеих желудочков.

Консультации: Консультация невролога от 01.10.2015. ДЗ: диабетическая полинейропатия 1 ст, компенсированная. Рекомендации: симптоматическое лечение.

Консультация окулиста: ДЗ: диабетическая непролиферативная ангиопатия ретины. Рекомендации: Эмоксипин, квинакс по 1кап 3 рвд 30 дней.

. Дневники курации

Дата: 5 октября 2015 года.

Время курации: 10:30 минут.

Состояние больного: общая слабость, сухость во рту

Жалобы:, одышка при ходьбе.

Стул: оформленный

Мочеиспускание: свободное, учащенное

Дыхание: везикулярное

Пульс: 74 уд/мин.

Состояние А/Д: 120/80 мм.рт.ст.

Язык: цвет бледный, влажный.

Живот: мягкий

Пальпация живота: безболезненная

Объективно: Кожные покровы, видимые слизистые оболочки физиологической окраски. Лимфатические узлы не увеличены, безболезненны. Сердечные тоны приглушенные, аритмичные. Периферических отеков нет.

Дата: 6 октября 2015 года. Время курации: 12:30 минут.

Состояние больного: общая слабость, колющие боли в области сердца

Жалобы: одышка при ходьбе.

Стул: оформленный

Мочеиспускание: свободное, учащенное

Дыхание: везикулярное

Пульс: 74 уд/мин.

Состояние А/Д: 130/80 мм.рт.ст.

Язык: цвет бледный, суховат.

Живот: мягкий

Пальпация живота: безболезненная

Объективно: Кожные покровы, видимые слизистые оболочки физиологической окраски. Лимфатические узлы не увеличены, безболезненны. Сердечные тоны глухие, аритмичные. Периферических отеков нет.

Дата: 8 октября 2015 года.

Время курации: 10:30 минут.

Состояние больного: общая слабость

Жалобы: одышка при ходьбе, одышка при подъеме на 2 этаж

Стул: оформленный

Мочеиспускание: свободное

Дыхание: везикулярное

Пульс: 74 уд/мин.

Состояние А/Д: 120/80 мм.рт.ст.

Язык: цвет бледный, влажный.

Живот: мягкий

Пальпация живота: безболезненная

Объективно: Кожные покровы, видимые слизистые оболочки физиологической окраски. Лимфатические узлы не увеличены, безболезненны. Сердечные тоны глухие, аритмичные. Периферических отеков нет.

18. Выписной эпикриз

Возраст 68 лет.

Мед учреждение: ГБУ РС(Я) ЯГКБ

Пациент находился на обследовании и лечении в отделении эндокринологии с 01.10.2015. по 09.10.2015

Диагноз направившего лечебного учреждения:СД 2 типа

Диагноз при поступлении:

Диагноз основной: СД 2 типа на инсулине, декомпенсация.

Осложнения: Нефропатия на стадии протеинурии, ретинопатия 1ст. Диабетическая полинейропатия

Сопутствующий: Брадисистолия, Синдром Фредерика, ИБС, гипертоническая болезнь 3ст, хронический гастрит.

Диагноз при выписке:

Диагноз основной: СД 2 типа на инсулине, декомпенсация. Целевой HbA1c 7,5%

Осложнения: - Нефропатия на стадии протеинурии, ретинопатия 1ст. Диабетическая полинейропатия

Сопутствующий: Брадисистолия, Синдром Фредерика, ИБС, гипертоническая болезнь 3ст, хронический гастрит.

Жалобы:

Боли в подошвенной области ног. Чувство онемения в конечностях. Колебание сахара. Одышка при подъеме до 2-го этажа. Колющие боли в области сердца.

Анамнез:

Сахарный диабет 2 типа с 2008 года. Принимал Диабетон МВ 60мг, сиофор. Гликемия достигала более 20 ммоль/л. Больной лечился в кардиологическом отделении в отделении ЯГКБ по поводу НРС. Длительно персистирующая форма фп. С-м Фредерика. ИБС. Инвалидности нет, не работает. Живет с женой и 3 детьми. Переведен для коррекции и подбора дозы инсулина.

Состояние при поступлении: средней степени тяжести.

Результаты клинико-диагностического обследования при выписке:

Общ. Анализ крови: эритр. Гем. Лейк. Э Л М СОЭ

Общ анализ мочи: Реакция уд.вес, белок, сахар, лейк, эритр.

Биохимический анализ крови: Лейк=7. Гем= 160г/л. Эритр= 5,11. Гематокрит 44,7. Эозинофилы = 0. П/я= 1, с/я= 55, лимф=30. Моноциты=10. Тромбоциты = 124. СОЭ 9мм/ч. Альбумин = 36.10. Щелочная фосфатаза = 112. АЛТ = 20.8. АСТ = 17.6. Билирубин общий = 14.56. Прямой = 7.2. Холестерин = 3.76. Креатинин = 65. Глюкоза = 11.26. ЛПВП = 1.13. ЛПНП = 2.44. Триглицериды = 1.21. Общий Белок = 62.2. Мочевина = 4.86. ОАМ = удельный вес = 1020. Белок = 94 мг/л. Ацетон = отриц. Лейкоциты = един. Гликированный гемоглобин = 11.60 %.

Лечение, предпринятое у данного больного:

1. Режим свободный, стол 9

2. Назначено:

) Лантус 21-00 16ед. Апидра 3 раза в день по 6 ед.

2) Верошпирон 50 мг. утром

3) Крестор 10 мг вечером

) Амлодипин 10 мг утром

) Вальсакор 160 мг 2 раза в день (утром, вечером).

Проводились лабораторные - инструментальные исследования:

- Общий анализ крови от 02.10.2015г:

Заключение: Тромбоцитопения (отн.)

Биохимический анализ крови от 02.10.2015г.

Заключение: Гипергликемия.

ОАМ от 02.10.2015 г.

Заключение: протеинурия. - Узи от 02.10.2015 г. Заключение: хронический холецистопанкреатит. Уплотнения ЧЛС обеих почек.

ЭКГ от 02.10.2015 г.

Заключение: фибрилляция предсердий с ЧЖС 42-88 уд в 1 мин. Склонность к брадисистолии. ЭОС отклонена влево. Блокада правой н.п. Гиса. Блокада передней ветви ЛНПГ. Одиночная желудочковая экстрасистолия. Признаки гипертрофии обеих желудочков.

Консультация: невролога от 02.10.2015 г.

Заключение: диабетическая полинейропатия 1 ст, компенсированная.

Окулиста 03.10.2015 г.

Заключение: диабетическая непролиферативная ангиопатия ретины.

Выписан: выздоровлением, улучшением, без изменения, переведен в другое отделение (кардио.)

Трудоспособность: восстановлена полностью, снижена, утрачено временно, стойко утрачена в связи с данным заболеванием, с другими причинами.

Рекомендации: 1 Лекарственные препараты 1. Инсулин Лантус в 22:00- 18 ЕД. Инсулин Апидра перед едой, в среднем по 6-8 ЕД. 2. Амлодипин 10 мг 09:00 3. Верошпирон 50 мг. В 09:00 4. Вальсакор 160 мг в 09:00- 21:00 5. Крестор 10 мг. В 20:00. 6. Глюкофаж Лонг 750 мг вечером.

. Физиолечение и ЛФК. 3. Диета: стол №9 4. Санаторно - курортное лечение ВК свыше 4 препаратов от 08.10.2015. 5. Не работает 6. Повторная госпитализация 1 раз в год в плановом порядке. 7. Диспансеризация и наблюдение врачами - специалистами 1) Диспансерное наблюдение и лечение у эндокринолога по месту жительства. 2) Частое дробное лечение 5-6 разовое питание с подсчетом ХЕ. 3) Ежедневное поддерживание чистоты ног, осмотр на наличие трещин, порезов, язв, при выявлении которых обращаться в кабинет «диабетической стопы». 4) Ежедневный осмотр мест введения инсулинов на наличие уплотнений. 5) Соблюдение условий хранения инсулинов. 6) Гликированный гемоглобин 1 раз в 3 месяца, целевой уровень которой не более 7%. 7) Анализ мочи на МАУ 1-2 раза в год. 8) Контроль сахара натощак, после еды через 2 часа, перед сном. 9) Осмотр глазного дна у окулиста 2 раза в год, консультация невролога 1-2 раза в год. Раз в год сосудистая общеукрепляющая терапия.

. Дифференциальная диагностика

Сахарный диабет - это группа метаболических (обменных) заболеваний, характеризующихся гипергликемией, которая развивается вследствие абсолютного или относительного дефицита инсулина и проявляется также глюкозурией, полиурией, полидипсией, нарушениями липидного (гиперлипидемия, дислипидемия), белкового (диспротеинемия) и минерального (например, гипокалиемия) обменов, кроме того, провоцирует развитие осложнений. Клинические проявления болезни иногда могут быть связаны с перенесенной инфекцией, психической травмой, панкреатитом, опухолью поджелудочной железы. Нередко сахарный диабет развивается при ожирении и некоторых других эндокринных заболеваниях. Определенную роль может играть также наследственность. Сахарный диабет по медико-социальной значимости находится непосредственно после сердечных и онкологических заболеваний.

1 типа - хроническое заболевание, вызванное абсолютным дефицитом инсулина, возникающим вследствие недостаточной его выработки поджелудочной железой. СД 1 типа приводит к стойкой гипергликемии и развитию осложнений. Частота выявляемости - 15:100 000 населения. Развивается преимущественно в детском и подростковом возрасте.

2 типа - хроническое заболевание, вызванное относительным дефицитом инсулина (снижена чувствительность рецепторов инсулинзависимых тканей к инсулину) и проявляющееся хронической гипергликемией с развитием характерных осложнений. На долю СД 2 типа приходится 80% всех случаев сахарного диабета. Частота встречаемости - 300:100 000 населения. Преобладающий возраст, как правило, старше 40 лет. Чаще диагностируется у женщин. Факторы риска - генетические и ожирение.

Маркеры сахарного диабета 1 типа

· Генетические - HLA DR3, DR4 и DQ.

· Иммунологические - антитела к декарбоксилазе глутаминовой кислоты (GAD), инсулину (IAA) и антитела к клеткам островков Лангерганса (ICA).

· Метаболические - гликогемоглобин А1, утрата первой фазы секреции инсулина после внутривенного глюкозотолерантного теста.типирование

Согласно современным представлениям, СД 1 типа, несмотря на острое начало, имеет длительный скрытый период. Принято выделять шесть стадий в развитии заболевания. Первая из них - стадия генетической предрасположенности характеризуется наличием или отсутствием генов, ассоциированных с сахарным диабетом 1 типа. Большое значение имеет наличие антигенов HLA, особенно II класса - DR 3, DR 4 и DQ. При этом риск развития заболевания возрастает многократно. На сегодняшний день генетическая предрасположенность к развитию сахарного диабета 1 типа рассматривается как комбинация различных аллелей нормальных генов.

Наиболее информативными генетическими маркерами сахарного диабета 1 типа являются HLA-антигены. Изучение генетических маркеров, ассоциированных с сахарным диабетом 1 типа у больных с LADA, представляется целесообразным и необходимым для проведения дифференциального диагноза между типами сахарного диабета при развитии заболевания после 30 лет. «Классические» гаплотипы, характерные для СД 1 типа, были выявлены у 37,5% больных. В то же время у 6% пациентов были обнаружены гаплотипы, считающиеся протективными. Возможно, именно этим можно объяснить более медленное прогрессирование и более мягкое клиническое течение сахарного диабета в этих случаях.

Таблица 4

|  |  |
| --- | --- |
| Тип сахарного диабета | Характеристика типа сахарного диабета |
| Сахарный диабет 1 типа | Разрушение клеток поджелудочной железы, которое обычно приводит к абсолютному дефициту инсулина |
| Сахарный диабет 2 типа | Наличие преимущественной резистентности (нечувствительности) к инсулину и, как следствие, относительная инсулиновая недостаточность. Также возможно наличие дефектов выработки инсулина |
| Гестационный | Данный вид сахарного диабета возникает во время беременности |
| Эндокринопатии (заболевания желез внутренней секреции) |
| Сахарный диабет, вызванный воздействием различных лекарственных средств или химикалий |
| Сахарный диабет, вызванный инфекционными заболеваниями |
| Необычные формы иммунноопосредованного сахарного диабета |
| Другие генетические синдромы, сочетающиеся с сахарным диабетом |

сахарный диабет пациент заболевание

Таблица 5

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Клинические признаки | Сахарный диабет 1 типа | Сахарный диабет 2 типа |
| Распространенность | 10-20% | 80-90% |
| возраст начала заболевания | до 25 лет (юношеский) | старше 35 лет |
| начало болезни | острое | медленное |
| масса тела | понижена или нормальная | повышена у 80% больных |
| чувствительность к препаратам инсулина | высокая | Низкая |
| содержание инсулина | понижено или не определяется | нормальное или слегка увеличенное |
| содержание С-пептида | понижено или не определяется | нормальное или слегка увеличенное |
| содержание проинсулина | возрастает | не изменяется |