ТУЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

(фамилия, имя, отчество больного)

Клинический диагноз: Сахарный диабет 2 типа с инсулинопотребностью, тяжелое течение, декомпенсация.

Осложнения: диабетическая полинейропатия нижних конечностей, сенсомоторная форма 2 в стадия. Диабетическая макроангиопатия: ИБС: постинфарктный кардиосклероз (острый субэндокардиальный переднее-перегородочно-верхушечнло-боковой инфаркт миокарда от 03.03.2011г.) Стенокардия напряжения ФК 2.

Сопутствующие заболевания: ожирение 1 степени. Артериальная гипертония 3 стадии, 3 степени, риск 4. НК-1. ЖКБ - хронический калькулезный холецистит. ХИГМ 2 ст., когнитивные нарушения.

Преподаватель: Мякишева Раушан Турсуновна

Куратор:

студент 4 курса

Шраменко Наталия Алексеевна

Тула,2014

I. Паспортная часть

Фамилия, имя, отчество - \_\_\_\_\_\_

Пол - женский

Возраст- 78 лет

Место жительства - г.Тула, \_\_\_\_\_\_

Место работы - пенсионер, III группа инвалидности

Дата поступления - 01.05.2014

. Жалобы

Жалобы на сухость во рту, жажду, учащенное мочеиспускание, повышение артериального давления да 180/100 мм.рт.ст.

Из общей симптоматики больная указывает на слабость, быструю утомляемость при выполнении домашней работы.

Инспидарный синдром: учащенное мочеиспускание (8-10 раз в сутки), в ночное время (1-2 раза). Испытывает жажду - в день выпивает 4 - 5 литров воды. Ночью выпивает стакан воды.

Синдром энергетической недостаточности: отмечает повышение аппетита, непродолжительное насыщение. Аппетит усиливается к вечеру. За последние полгода поправилась на 2 кг.

Отмечает наличие слабости и снижения работоспособности, быструю утомляемость при выполнении домашней работы.

Синдром трофических нарушений: состояние ротовой полости - без особенностей. Жалобы со стороны кожных покровов: повышение сухости.

Синдром диабетической полинейропатии: отмечает утомляемость, онемение и боли в ногах, локализация - стопы и икры, снижение болевой и температурной чувствительности, сухость кожи.

Поражение ЦНС: повышенная утомляемость, снижение памяти, умственной работоспособности, снижение критики.

Признаки ангиопатии нижних конечностей: жалобы на боль в ногах, усиливающуюся после ходьбы, повышенную утомляемость. Боли ноющего характера.

Признаки нераспознанной гипогликемии: при опросе на гипогликемию жалоб не выявлено.

Признаки атеросклерозы сердца и сосудов: артериальная гипертензия (АД 180/100 мм.рт.ст.), одышка при ходьбе на расстоянии более 200 м, боли отрицает; отеки голеней и стоп.

Проявление дисфункции ЖКТ: жалобы отсутствуют.

. Анамнез болезни

Сахарный диабет II типа с 2003 года, когда впервые обратила внимание на сухость во рту, жажду (выпивала по 5 л в сутки), частое обильное мочеиспускание в течение суток(2-3 раза за ночь). Гликемия в дебюте 16 мм/л, ацетон мочи отрицательный. Была назначена инсулинотерапия: короткий инсулин 2 раза в день, продленный инсулин 2 раза в день (доз не помнит). По данным выписного эпикриза от октября 2012 г.: актрапид: завтрак 6 ед, обед - 6 ед, ужин - 6 ед, продленный инсулин:9-00-12 ед, 21-00-10 ед. С марта 2013 года переведена на диабетон МВ 60 мг за 40 минут до завтрака, протафан: 9-00-12 ед, 21-00-10 ед (вводит в данной дозе в настоящее время). Ранее госпитализирована в э/о ТОБ №1 в 2003г, в 2013г. Диабет имеет тяжелое течение, осложнения: полинейропатия нижних конечностей сенсо-моторная форма 2 в стадия, диабетическая макроангиопатия: ИБС: Постинфарктный кардиосклероз (острый субэндокардиальный переднее-перегородочно-верхнушечно-боковой инфаркт миокарда 03.03.2011г.). Стенокардия напряжения ФК2 с февраля 2011г. - одышка при ходьбе на рсстояние более 200м, боли отрицает, купируется в покое, нитраты не принимает). Гликемию амбулаторно не контролирует. Настоящее ухудшение около 1 суток, обратилась к эндокринологу поликлиники. Ухудшение связывает с несоблюдением диеты. На 30.04.2014г. гликемия 20 ммоль/л, назначен диабетон МВ 60 мг в день, протафан: 9-00-18 ед, 21-00-18 ед, направлена на госпитализацию. При поступлении глюкоза 19 ммоль/л. Показание к госпитализации - декомпенсация сахарного диабета, необходимость коррекции инсулинотерапии.

Факторы риска развития сахарного диабета 2 типа

Возраст - на момент постановки диагноза сахарный диабет II типа - 62 года. Избыточный вес (79кг). Метаболический синдром (ИБС, гипертоническая болезнь). Вес рожденного ребенка около 4 кг.

. Анамнез жизни

Росла и развивалась нормально. До 55 лет работала учительницей русского языка и литературы в школе. В настоящее время не работает. Перенесенные и сопутствующие заболевания: туберкулез, гепатит, венерические заболевания, язвенную болезнь отрицает. Гинекологический анамнез: беременность - 1, роды - 1 срочные, естественным путём. Климакс в 50 лет. Операции отрицает. Эпиданамнез без особенностей. Из перенесенных заболеваний: простудные, артериальная гипертония с 1967г., максимальное АД 240/120 мм.рт.ст., адаптирована к 150/80 мм.рт.ст. Принимает капотен при высоком АД, регулярно гипотензивные средства не принимает. Рекомендованы кардиологом: зилт, метопролол 50 мг 2р/д, диротон 15 мг утро, вечер, амлодипин 2,5мг утро. ЖКБ: хронический калькулезный холецистит (по данным в/ эпикриза), больная ЖКБ отрицает. Инфаркт миокарда в 2011 году (срок пребывания в стационаре с 07.03.2011 по 26.03.2011г). Осложнение - желудочковая экстрасистолия НК-1, ФК-2. В 2012 году прединфарктное состояние (в стационаре с 06.10.12 по 19.10.12г.). Осложнение: НК 1, ФК 2. Наследственность - не отягощена. Аллергоанамнез: не отягощен. Вредные привычки отрицает. . Объективное исследование

Общее состояние средней степени тяжести, положение активное, сознание ясное. Телосложение - гиперстеник. Вес 79 кг, рост 162 см. Индекс массы тела - 30. (ожирение I степени). Температура тела 36,6.

Кожа и слизистые оболочки: цвет кожи нормальный. Кожные покровы чистые, сухие. Эластичность снижена.

Ногти: форма обычная, цвет нормальный.

Подкожная клетчатка: абдоминальный тип ожирения. Отеки стоп, голеней. Консистенция отеков мягкая. Болезненности при пальпации не отмечается.

Лимфатическая система: При пальпации определяются подчелюстные и паховые лимфатические узлы, одинаково выраженные с обеих сторон: размером около 0,4 см, мягкоэластической консистенции, подвижные, безболезненные, не спаянные друг с другом и окружающими тканями.

Мышечная система: развитие мышечной системы слабое, тонус мышц - снижен. Мышечная сила в баллах - 5 баллов (движение в полном объеме под действием силы тяжести с максимальным внешним противодействием). Болезненность мышц при пальпации и движении отсутствует.

Костная система: конфигурация суставов нормальная. Гиперемия и гипертермия отсутствуют. Пассивные и активные движения в суставах сохранены.

Эндокринная система: Щитовидная железа не увеличена, болезненности при пальпации нет, подвижна, мягко-эластической консистенции. Перешеек не пальпируется. Экзофтальма, припухлостей на шее нет. Глазные симптомы отсутствуют. Тремора нет. Поджелудочная железа не пальпируется. Рост 162, вес - 79 кг (ожирение I степени). Изменений кожи нет. Изменения первичных и вторичных половых признаков отсутствуют. Оволосенение по женскому типу. Выпадения волос, ресниц, бровей нет. Общий вид больной соответствует ее возрасту.

Нервная система: отмечается нарушение памяти, нарушение критики.

Снижение болевой и температурной чувствительности. Чувство парестезий в дистальных отделах конечностей.

Обследование по системам

Органы дыхания

Осмотр: дыхание через нос свободное, отделяемое из носа отсутствует, обоняние сохранено. Гортань не деформирована, голос звучный. Грудная клетка гиперстенической формы. Надключичные ямки не выражены, эпигастральный угол больше 90 градусов, лопатки плотно прилегают к грудной клетке, грудная клетка симметрична. Искривления позвоночника отсутствуют. Тип дыхания грудной, обе половины клетки одинаково участвуют в акте дыхания, глубина дыхательных движений обычная. 18 дыхательных движений в минуту.

Пальпация: грудной клетки безболезненна. Эластичность грудной клетки сохранена. Голосовое дрожание проводится одинаково с обеих сторон.

Перкуссия:

Сравнительная - над верхушками легких, в межреберных промежутках отмечается ясный легочный звук.

Топографическая

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Место перкуссии | Справа | Слева |
| Верхняя граница | | |
| Высота стояния верхушек спереди | Выше ключицы на 4,5 см | Выше ключицы на 4 см |
| Высота стояния верхушек сзади | На уровне остистого отростка | 7 шейный позвонок |
| Ширина полей Кренига | 6 см | 5 см |
| Нижняя граница | | |
| Окологрудинная линия | 5 межреберье | - |
| Среднеключичная линия | 6 ребро | - |
| Передняя подмышечная линия | 7 ребро | 7 ребро |
| Средняя подмышечная линия | 8 ребро | 8 ребро |
| Задняя подмышечная линия | 9 ребро | 9 ребро |
| Лопаточная линия | 10 ребро | 10 ребро |
| Околопозвоночная линия | Остистый отросток 11 грудного позвонка | Остистый отросток 11 грудного позвонка |
| Дыхательная экскурсия нижнего края легкого | | |
| Среднеключичная линия | 3 см | 3 см- |
| Средняя подмышечная линия | 4 см | 4 см |
| Лопаточная линия | 3 см | 3 см |

Аускультация: над легкими определяется везикулярное дыхание, побочные дыхательные шумы не выслушиваются. Бронхофония одинакова с обеих сторон, нормальной звучности.

Органы кровообращения

При осмотре области сердца деформации не выявлено. Верхушечный толчок визуально не определяется. Сердечный толчок не определяется, сердечного горба нет. Пульсация в эпигастральной области, в области сонных артерий и яремной ямки не визуализируется. Пальпация сердца и крупных сосудов: верхушечный толчок пальпируется в пятом межреберье на 1 см кнаружи от левой среднеключичной линии. Пульсация в эпигастральной области умеренная.

Перкуссия сердца:

Границы относительной тупости сердца:

. Верхняя - на уровне третьего ребра

. Левая - на 1 см кнаружи от левой среднеключичной линии в пятом межреберье.

. Правая - на 1 см кнаружи от правого края грудины в четвертом межреберье.

Абсолютная тупость сердца:

. Правая - по левому краю грудины

. Левая - 1 см кнутри от границы относительной тупости

Верхняя - на 4 ребре по левой окологрудинной линии

Аускультация сердца: Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС - 80 в минуту. Шумов нет.

Исследование сосудов: пульсация сонных, подключичных, плечевых, бедренных, подколенных и задних большеберцовых артерий сохранена. При пальпации стенки мягкие и эластичные. Пульс одинаковый на правой и левой лучевых артериях, ритмичный, правильный, хорошего наполнения. Дефицит пульса отсутствует. АД dex 180/90. АД sin 180/90 мм.рт.ст. При осмотре вен нижних конечностей выявлено варикозное расширение вен. Пальпация их безболезненна.

Система органов пищеварения

Запах изо рта обычный. Зубы - вставные. Болей при жевании не отмечает. Глотание свободное, безболезненное. Губы розовые, чистые. Десны - розовой окраски, не кровоточат. Язык нормальной величины и формы, расположен по средней линии, розовой окраски, влажный, чистый. Небный дужки хорошо контурируются. Миндалины не увеличены, их слизистая розового цвета, налетов и гнойных пробок нет.

При осмотре живот округлой формы, увеличен за счет жирового слоя, не вздут. Участвует в акте дыхания. Видимой перистальтики ЖКТ не отмечается. Расширение вен передней брюшной стенки нет. Пульсации в околопупочной области не визуализируются. Видимых грыжевых выпячиваний по ходу средней линии живота, в пупочной области при глубоком дыхании и натуживании не обнаруживается. Кожа живота чистая, рубцов нет.

Дефекация один раз в день ежедневно - кал оформленный, колбасовидный, обычного цвета.

Перкуссия живота: отмечается тимпанит. Асцита нет. Свободного газа в брюшной полости нет. Ориентировочная поверхностная пальпация живота: живот мягкий, безболезненный. Защитного напряжения брюшной стенки не выявляется. Глубокая пальпация живота: безболезненна. Симптом Щеткина - Блюмберга отрицательный.

Аускультация живота: выслушиваются нормальные перистальтические кишечные шумы.

Скользящая глубокая пальпация живота: ободочной киши по Образцову -Стражеско: в левой подвздошной области пальпируется сигмовидная кишка, мягкая, подвижная, эластичная, безболезненная. На уровне пупка пальпируется поперечно-ободочная кишка, плотная, подвижная безболезненная. Большая кривизна желудка пальпируется в виде ровного гладкого, безболезненного валика на 2 см выше пупка.

Печень при пальпации безболезненная. Передненижний край печени закруглен, плотной консистенции.

Рамзеры печени по Курлову:

размер - по правой среднеключичной линии - 12см

размер - по правой окологрудинной линии - 10 см

размер - по левой реберной дуге - 9 см

При пальпации желчный пузырь не прощупывается. Симптомы Керра, Мерфи, Ортнера, Лепене, Мюсси-Георгиевского отрицательные. Селезенка - ограниченного выпячивания в области левого подреберья нет, ограничения дыхания в этой области не наблюдается. Не пальпируется. Перкуссия селезнки: передняя граница - на 1-2 см левее передней подмышечной линии. Поперечник селезенки равен 6 см, длинник - 8 см. Верхняя граница - 9 ребро, нижнее 11 ребро.

Мочеполовая система

Припухлости, отечности, сглаживания контуров в поясничной области не наблюдается. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочевой пузырь визуально не определяется, не пальпируется. Перкуторное притупление на уровне лобковой кости. Почки не пальпируются. Болезненность отсутствует при пальпации мочеточниковых точек. Диурез повышен.

VI. Предварительный диагноз

Сахарный диабет II типа

Диабет - симптом мочеизнурения (учащенное мочеиспускание (8-10 раз в сутки), в ночное время (1-2 раза). Испытывает жажду - в день выпивает 4 - 5 литров воды. Ночью выпивает стакан воды).

Сахарный - наличие стойкой гипергликемии натощак и через два часа после еды. тип - характерно постепенно начало заболевания, нередко на фоне ожирения (вес пациентки 79 кг, рост 162 см, ИМТ - 30, ожирение I степени); Возраст пациентки на момент дебюта заболевания 62 года; Имеется инсулинорезистентность и хорошая реакция на сахаропонижающие препараты; случая кетоацидоза не выявлено.

. План обследования больного

. Гликемический профиль - обязательное исследование, проводимое всем без исключения больным.

. Общий анализ крови - обязательное исследование, проводимое всем без исключения больным.

. Общий анализ мочи показывает отсутствие белка, наличие не более 2-3 лейкоцитов, наличие не более 1-2 эритроцитов.

. Биохимический анализ крови показывает нормальное содержание креатинина и мочевины.

. ЭКГ у больных сахарным диабетом выявляет разнообразные нарушения сердечного ритма и проводимости.

. Данные лабораторных и инструментальных исследований

. Анализ крови

Дата анализа 02.05.2014г.

-00 - 12,3 мм/л

-00 - 15,3 мм/л

-00 - 16,1 мм/л

-00 - 14,5 мм/л

-00 - 12,5 мм/л

-00 - 11,1 мм/л

Уровень глюкозы крови повышен. Критерий диагноза СД - глюкоза 11,1 ммоль/л

. Общий анализ крови

Лейкоциты - 7,8 \* 10(9)л; эритроциты - 4,53\*10(12)л; средний объем эритроцитов - 36,5%; средний объем эритроцита - 80,6 л; тромбоциты - 276\*10(9)л; СОЭ - 15 мм/ч; эозинофилы - 1, палочкоядерные нейтрофилы - 3, сегментоядерные нейтрофиллы - 59, лимфоциты - 29, моноциты - 9.

. Общий анализ мочи (2.05.2014г.)

Количество мочи 3,0; цвет - соломенно-желтый; прозрачность - прозрачная; удельный вес - 1010, Суточный белок abs; глюкоза +++, ацетон отрицательный; реакция - кислая; лейкоциты - 4-8 в поле зрения; эритроциты - 2-3 в поле зрения; эпителий плоский 1-5 в поле зрения.

. Биохимический анализ крови

Общий белок - 60г/л; креатинин - 94 мкмоль/л; холестерин - 5,73 ммоль/л; прямой билирубин - 11.0 ммоль/л; мочевая кислота - 254 ммоль/л; АЛТ - 14 ЕД/л; АСТ - 20 ЕД/л; ГГТ - 21 Ед/л

. ЭКГ - ритм синусовый, ЧСС - 85 ударов в минуту.

. Клинический диагноз

Сахарный диабет 2 типа с инсулинопотребностью, тяжелое течение, декомпенсация.

Осложнения: диабетическая полинейропатия нижних конечностей, сенсомоторная форма 2 в стадия. Диабетическая макроангиопатия: ИБС: постинфарктный кардиосклероз (острый субэндокардиальный переднее-перегородочно-верхушечнло-боковой инфаркт миокарда). Стенокардия напряжения ФК 2.

Сопутствующие заболевания: ожирение 1 степени. Артериальная гипертония 3 стадии, 3 степени, риск 4. НК-1. ЖКБ - хронический калькулезный холецистит. ХИГМ 2 ст., когнитивные нарушения.

сахарный диабет жалоба

. Лечение

. Rp: Actrapidi 40ЕД-1ml

D.s.: завтрак - 6 ЕД, обед - 6 ЕД, ужин - 6 ЕД

2. Protafani - 9-00 - 10 ЕД, 21-00 - 10 ЕД

. Rp: Lorista 50

D.t.d № 30 in tab

S.: 1т 7-00, 1т 19-00

. Tab. Cardiomagnili 75 mg 20-00

. Tab. Metoclopramidi 25 mg 1/2т 7-00, 1/2т 19-00

. Tab. Monochinqae 40 mg 7-00

. Rp:Vit.A 2 ml

D.t.d.№10 in amp.

S. по 1 ампуле в/м 1 р/д

Rp:Vit.B1 2 ml

D.t.d.№10 in amp.

S. по 1 ампуле в/м 1 р/д

Пример меню с подсчетом хлебных единиц

Завтрак 8-00

Творог (250г) -1ХЕ

Изюм (20г) 10 шт - 1 ХЕ = 3ХЕ

Банан (60г) 1 шт - 1ХЕ

Обед 13-00

Картофельное пюре (150г) 4 ст.л. - 2ХЕ

Котлеты (140г) 2 шт - 2ХЕ =4ХЕ

Салат из помидоров и огурцов(100г)

Ужин 17-30

Жареный картофель (70г) 4 ст.л. - 2 ХЕ

Говядина (200г)

Ржаной хлеб (25г) - 1ХЕ

Всего 9 ХЕ

Расчет сахароснижающей терапии.

Масса тела - 60 кг\*0,5 = 30ЕД (суточная доза инсулина)

% на продленный инсулин, 50% на короткий инсулин

ЕД Лантуса 1 раз в сутки (после ужина)

ЕД Актрапида Завтрак - 3ХЕ\*2=6ЕД; Обед - 4ХЕ\*1,5= 6ЕД; Ужин - 3ХЕ\*1=3ЕД

Индивидуальные рекомендации по физическим нагрузкам

. Пешие прогулки на свежем воздухе

. Дыхательная гимнастика

. Дневники

.05.2014.

Жалобы на сухость во рту, на чувство жажды, частое обильное мочеиспускание, легкое чувство онемения в нижних конечностях, слабость. Объективно: состояние средней степени тяжести, положение в постели активное, сознание ясное, кожные покровы сухие. Аускультативно: в легких везикулярное дыхание, ЧДД - 18 в минуту; тоны сердца глухие, ритмичные. Пульс - 85 в минуту, АД - 150/90 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Симптом Пастернацкого отрицателен. Стул регулярный, оформленный. Диурез - учащен.- 4,7; Na - 142; Сl - 109; Ca - 1,18

Гликемия - 11,4 - 15,7 - 13 - 14,7 - 10,2 - 10,2 (от 04.05.2014)

Холестерин 5,73; креатинин 94, мочевая кислота 254, билирубин общ - 11; прямой 1,0; АСТ - 14; АЛТ 20

Рекомендовано - Моночинкве 40 mg, Актрапид 8-8-8 ЕД

.05.2014

Жалобы на сухость во рту, чувство жажды уменьшилось, частота мочеиспускания, стала меньше, легкое чувство онемения в нижних конечностях, слабость уменьшилась. Объективно: состояние средней степени тяжести, положение в постели активное, сознание ясное, кожные покровы сухие. Аускультативно: в легких везикулярное дыхание, ЧДД - 17 в минуту; тоны сердца глухие, ритмичные. Пульс - 90 в минуту, АД - 140/80 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Симптом Пастернацкого отрицателен. Стул регулярный, оформленный. Диурез - учащен.

Проводится обучение в школе сахарного диабета

.05.2014

Жалобы на сухость во рту, на небольшую слабость. Объективно: состояние средней степени тяжести, положение в постели активное, сознание ясное, кожные покровы сухие. Аускультативно: в легких везикулярное дыхание, ЧДД - 16 в минуту; тоны сердца глухие, ритмичные. Пульс - 80 в минуту, АД - 130/80 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Симптом Пастернацкого отрицателен. Стул регулярный, оформленный. Диурез - в норме.

Лечение продолжить.

Эпикриз

Больная \_\_\_\_\_ 73 года, находилась в ТОБ№2 с 01.05.2014 по 09.05.2014г.

Клинический диагноз - Сахарный диабет 2 типа с инсулинопотребностью, тяжелое течение, декомпенсация.

Осложнения: диабетическая полинейропатия нижних конечностей, сенсомоторная форма 2 в стадия. Диабетическая макроангиопатия: ИБС: постинфарктный кардиосклероз (острый субэндокардиальный переднее-перегородочно-верхушечнло-боковой инфаркт миокарда). Стенокардия напряжения ФК 2.

Сопутствующие заболевания: ожирение 1 степени. Артериальная гипертония 3 стадии, 3 степени, риск 4. НК-1. ЖКБ - хронический калькулезный холецистит. ХИГМ 2 ст., когнитивные нарушения.

Поступила с жалобами - на сухость во рту, жажду, учащенное мочеиспускание, повышение артериального давления да 180/100 мм.рт.ст.

Из общей симптоматики больная указывала на слабость, быструю утомляемость при выполнении домашней работы.

Анамнестические данные - Сахарный диабет II типа с 2003 года, когда впервые обратила внимание на сухость во рту, жажду (выпивала по 5 л в сутки), частое обильное мочеиспускание в течение суток(2-3 раза за ночь). Гликемия в дебюте 16 мм/л, ацетон мочи отрицательный. Была назначена инсулинотерапия: короткий инсулин 2 раза в день, продленный инсулин 2 раза в день (доз не помнит). По данным выписного эпикриза от октября 2012 г.: актрапид: завтрак 6 ед, обед - 6 ед, ужин - 6 ед, продленный инсулин:9-00-12 ед, 21-00-10 ед. С марта 2013 года переведена на диабетон МВ 60 мг за 40 минут до завтрака, протафан: 9-00-12 ед, 21-00-10 ед (вводит в данной дозе в настоящее время). Ранее госпитализирована в э/о ТОБ №1 в 2003г, в 2013г. Диабет имеет тяжелое течение, осложнения: полинейропатия нижних конечностей сенсо-моторная форма 2 в стадия, диабетическая макроангиопатия: ИБС: Постинфарктный кардиосклероз (острый субэндокардиальный переднее-перегородочно-верхнушечно-боковой инфаркт миокарда 03.03.2011г.). Стенокардия напряжения ФК2 с февраля 2011г. - одышка при ходьбе на рсстояние более 200м, боли отрицает, купируется в покое, нитраты не принимает). Гликемию амбулаторно не контролирует.

Наследственность - не отягощена. Аллергоанамнез: не отягощен. Вредные привычки отрицает.

При физическом исследовании больного - состояние средней степени тяжести. Сознание ясное, критика, память снижены. Положение активное. Конституция - гиперстенический тип. Кожные покровы - чистые, сухие, нормальная окраска. Подкожно-жировой слой - ИМТ 30, абдоминальный тип ожирения. Отеки - голеней, стоп. Лимфатические узлы не увеличены. Щитовидная железа - не увеличена, безболезненная, плотно-эластичная. Костно-мышечная система - пульсация на артериях нижних конечностей сохранена, трофических явз нижних конечностей нет. Осмотр грудной клетки - гиперстеническая. ЧДД - 18 в минуту. Перкуссия - ясный легочный звук. Аускультация - дыхание везикулярное. Дыхательных шумов нет. Границы относительной сердечной тупости увеличены влево на 1 см. Аускультация - тоны приглушены, ритм правильный. Артериальный пульс - 80 в минуту. АД 180/90 мм.рт.ст. Язык - чистый, влажный. Осмотр области живота - увеличен в размерах за счет жирового слоя. Пальпация живота - безболезненный, мягкий. Печень - +1 см из под края реберной дуги. Стул регулярный 1 раз в день. Поколачивание по поясничной области - безболезненное. Диурез в норме.

Данные лабораторных и инструментальных исследований: 1. Анализ крови

Дата анализа 02.05.2014г.

-00 - 12,3 мм/л

-00 - 15,3 мм/л

-00 - 16,1 мм/л

-00 - 14,5 мм/л

-00 - 12,5 мм/л

-00 - 11,1 мм/л

Уровень глюкозы крови повышен. Критерий диагноза СД - глюкоза 11,1 ммоль/л

. Общий анализ крови

Лейкоциты - 7,8 \* 10(9)л; эритроциты - 4,53\*10(12)л; средний объем эритроцитов - 36,5%; средний объем эритроцита - 80,6 л; тромбоциты - 276\*10(9)л; СОЭ - 15 мм/ч; эозинофилы - 1, палочкоядерные нейтрофилы - 3, сегментоядерные нейтрофиллы - 59, лимфоциты - 29, моноциты - 9.

. Общий анализ мочи (2.05.2014г.)

Количество мочи 3,0; цвет - соломенно-желтый; прозрачность - прозрачная; удельный вес - 1010, Суточный белок abs; глюкоза +++, ацетон отрицательный; реакция - кислая; лейкоциты - 4-8 в поле зрения; эритроциты - 2-3 в поле зрения; эпителий плоский 1-5 в поле зрения.

. Биохимический анализ крови

Общий белок - 60г/л; креатинин - 94 мкмоль/л; холестерин - 5,73 ммоль/л; прямой билирубин - 11.0 ммоль/л; мочевая кислота - 254 ммоль/л; АЛТ - 14 ЕД/л; АСТ - 20 ЕД/л; ГГТ - 21 Ед/л

. ЭКГ - ритм синусовый, ЧСС - 85 ударов в минуту.

Проведено лечение: 1. Rp: Actrapidi 40ЕД-1ml - завтрак - 6 ЕД, обед - 6 ЕД, ужин - 6 ЕД 2. Protafani - 9-00 - 10 ЕД, 21-00 - 10 ЕД. 3. Rp: Lorista 50 S.: 1т 7-00, 1т 19-00 4. Tab. Cardiomagnili 75 mg 20-00 5. Tab. Metoclopramidi 25 mg 1/2т 7-00, 1/2т 19-00 6. Tab. Monochinqae 40 mg 7-00 7. Rp:Vit.A 2 ml Rp:Vit.B1 2 ml

В результате лечения наблюдалась положительная динамика.

Рекомендовано:

наблюдение терапевта, окулиста, кардиолога

диета с ограничением соли и животных жиров, без сахара

- протафан: 9-00-18 ед, 21-00-18 ед

Лориста 50 мг на ночь

Метопролол 25 мг. 2 раза в день

Контроль гликемии, гликированного гемоглобина.

Список используемой литературы

Балаболкин М.И. Эндокринология: Учеб. пособие. --- М.: Медицина,

. --- 416 с. --- (Учеб. лит. Для субординаторов и интернов).

Потемкин В.В. Эндокринология. --- М.: Медицина, 1986. --- 432 с., ил.

Терапия: пер. с англ. доп. // гл. ред. А.Г. Чучалин --- М.: ГЭОТАР

МЕДИЦИНА, 1997. С. 58--65, 537--546, 617--621.

Внутренние болезни. В 10 книгах. Книги 7; 9: Пер. с англ./ Под ред.

Е. Браунвальда, К.Дж. Иссельбахера, Р.Г. Петерсдорфа и др. --- М.:

Медицина. --- 1995.

Медведев В.В., Волчек Ю.З. Клиническая лабораторная диагностика:

Справочник для врачей / Под ред. В.А. Яковлева. --- СПб.: Гиппократ,

. --- 208 с.

Тетенев Ф.Ф. Физические методы исследования в клинике внутренних

болезней (клинические лекции). --- Томск: Изд-во Том. ун-та, 1995.