ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава РФ

Кафедра эндокринологии

Зав. Каф: д.м.н. профессор Т. И. Родионова

Ассистент к.м.н. Каргина Л. В

**История болезни**

**ФИО ХХХ 35 лет**

**Диагноз:**

Основной: Сахарный диабет I типа. Уровень гликированого гемоглобина < 7.0%

Осложнение основного: Диабетическая микроангиопатия, диабетическая ангиопатия нижних конечностей. Дистальная симметричная диабетическая полинейропатия сенсо-моторнаяформа. Диабетическая макроангиопатия. Хроническая ишемия головного мозга диабетического и гипертонического генеза. Артериальная гипертензия 3 стадии риск 4. Жировой гепатоз.

Сопутствующий: хронический пиелонефрит, вне обострения.

Куратор студентка

курса 3 группы

Педиатрического факультета

Нестерова Н.К.

Дата курации с 30.11.13 по 4.12.13

Саратов 2013 год

**Паспортная часть**

ФИО: ХХХ

Возраст: 35 лет

Пол: женский

Занимаемая должность: оператор

Место работы Саратовский завод комбикормов

Работает в настоящее время: да

Поступила повторно, первый раз в этом году

Дата поступления в клинику: 27.11.13

Клинический диагноз:

Основной: Сахарный диабет I типа, среднетяжёлое точение, стадия компенсации обменных процессов.

Сопутствующий: хронический пиелонефрит, вне обострения.

Осложнения: Диабетическая микроангиопатия, диабетическая ангиопатия нижних конечностей. Дистальная симметричная диабетическая полинейропатия сенсо-моторнаяформа. Диабетическая макроангиопатия. Хроническая ишемия головного мозга диабетического и гипертонического генеза. Артериальная гипертензия 3 стадии риск 4. Жировой гепатоз.

**Жалобы**

На слабость, быструю утомляемость, при измерении глюкометром высокие цифры сахара крови, головокружение, затуманенность сознания, иногда «мелькание мушек» перед глазами снижение памяти, онемение пальцев стоп, при измерении высокие цифры артериального давления.

**Анамнез болезни**

Больна в течении 5 лет (с 2008 года). После аварии, в которой получила перелом обеих голеней, 11 месяцев находилась в травматологическом стационаре. Больная отметила снижение массы тела на 38 кг за последние 4 месяца, пребывания в стационаре, затем появились слабость, быстрая утомляемость, сухость во рту, полиурия, полидипсия до 10 л в сутки. К врачу по поводу беспокоящих симптомов не обращалась. В конце января 2009 года обратилась к гинекологу с жалобами на сильный зуд в промежности. При взятии крови в лаборатории сахар 20 ммоль/л, от госпитализации в эндокринологический стационар отказалась.

Через 2 недели в состоянии кетоацидоза госпитализирована в 9 ГКБ, при измерении сахар крови 28 ммоль/л. В стационаре поставлен диагноз: сахарный диабет I типа и была назначена инсулинотерапия Новорапид по 6 ед 4 раза в день, Лантус 26 ед утром.

Выписана в удовлетворительном состоянии. Каждые пол года ложилась в больницу для планового обследования и лечения. Коррекция инсулинотерапии проведена 2 года назад Новорапид 8 ед 4 раза, Лантус 32 ед. Последние 1.5 года для планового обследования и лечения не обращалась. У больной часто бывают гипогликемии. Диету не соблюдает. Поступила в стационар для планового обследования, лечения и коррекции дозы инсулина.

**Анамнез жизни**

Второй по счёту ребёнок в семье. В физическом и психическом развитии от сверстников не отставала. Образование среднее специальное. Родители живы. Старшая сестра больная МКБ. Замужем, муж пенсионер, инвалид. сахарный диабет микроангиопатия ангиопатия

Mens с 12 лет по 3 дня каждые 28 дней. Беременностей 8, 2 закончились родами. 6 прерваны по желанию женщины. Двое детей Старший мальчик 18 лет (ожирение) от первой беременности, первых родов вес при рождении 3600г рост 51 см. Роды срочные, самостоятельные. Младшая девочка 10 лет (хронический пиелонефрит) от 8 беременности, вторых родов родилась на сроке 36 недель, масса при рождении 3200г, рост 49см, беременность протекала на фоне нарушения маточно-плацентарного кровообращения, открытой шейки матки, роды самостоятельные.

Привычные интоксикации курение на протяжении 20 лет (по 1 пачке в день).

Имеется Аллергия на цефалоспорины.

Туберкулёз, венерические и психические заболевания у себя и родственников отрицает.

Хронические заболевание: хронический пиелонефрит.

Перенесённые операции: 2008- остеосинтез. 2010- диагностическая лапароскопия. 2012- ринопластика.

**Status praesense**

Общее состояние удовлетворительное, положение активное, сознание ясное. Тип телосложение нормостенический, рост 162см, вес 67 кг. ИМТ 25. Кожные покровы чистые. На ощупь кожа теплая, умеренной влажности, тургор сохранен; стрии на коже живота. Видимые слизистые оболочки обычного цвета, умеренной влажности. Тип оволосения женский. Волосы густые, светлые. Пальцы и ногти на руках и ногах обычной формы. При пальпации периферические лимфатические узлы не определяются. Подкожно-жировой слой развит умеренно, распределение равномерное. Мышцы при пальпации безболезненны, тонус сохранен, развиты умеренно. Кости при поколачивании и пальпации безболезненны. Суставы не деформированы, подвижность в полном физиологическом объеме.

**Протокол осмотра и пальпации области сердца и сосудов:**

При осмотре область сердца без видимых изменений. «Сердечный горб» отсутствует. Верхушечный толчок не виден на глаз. При пальпации определяется в положении стоя на выдохе в 5 межреберье на 1,5 см кнутри от левой срединно-ключичной линии, низкий, ограниченный (площадь ≈ 1 см²), умеренной силы, резистентный.

Сердечный толчок, пульсация аорты не определяются. Симптомы «кошачьего мурлыканья» и «систолического дрожания» над аортой, «симптом червя» отрицательны. Видимой пульсации сосудов нет. Набухания, узловатости сосудов нет.

**Протокол перкуссии грудной клетки (перкуссия сердца):**

Границы относительной сердечной тупости:

) правая - в 4-ом межреберье по правому краю грудины;

2) верхняя - во 3-ем межреберье по парастернальной линии;

) левая - в 5-ом межреберье на 1,5 см кнутри от срединно-ключичной линии.

Поперечник относительной сердечной тупости - 9,5 см. Конфигурация сердца нормальная , талия сохранена. Сосудистый пучёк не выступает за края грудины. Поперечник сосудистого пучка - 5 см.

Границы абсолютной сердечной тупости:

) правая - в 4-ом межреберье по левому краю грудины;

2) верхняя - 4-ем межреберье по парастернальной линии;

4) Левая - в 5 межреберье на 1,5 см кнутри от срединно-ключичной линии.

**Протокол аускультации сердца и сосудов:**

При аускультации тоны сердца ясные, ритмичны, чистые. Шумы не выслушиваются.

При аускультации сонной, подключичной, бедренной артерий, яремных вен шумы не выслушиваются.

**Протокол исследования пульса лучевой артери**и

Пульс лучевой артерии на обеих руках синхронный, одинаковый по величине, с частотой 74 в 1', удовлетворительного напряжения и наполнения, средний по величине, медленный по форме. АД 120 и 80 мм рт. ст

**Протокол пальпации, перкуссии и аускультации органов дыхания**

При осмотре форма грудной клетки нормостеническая. Ключицы расположены симетрично. Над- и подключичные ямки сглажены, вдавления в грудине отсутствуют. Надчревный угол 90°. Направление ребер косое. Позвоночник -не изменён. Расположение лопаток симметричное. Грудной тип дыхания, синхронное участие обеих половин грудной клетки в акте дыхании, вспомогательная мускулатура не участвует в дыхании. Дыхание через нос свободное, выделений из носа нет. При пальпации грудная клетка безболезненна, обычной резистентности. Голосовое дрожание одинаково на симметричных участках грудной клетки. Ощущения трения плевры нет.

Над всеми полями легких ясный легочный звук, пространство Траубе сохранено. Высота стояния верхушек спереди над ключицами 2 см, сзади - на уровне VII шейного позвонка, поля Кренинга - 6 см (с обеих сторон).

Нижние границы легких:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Опознавательные линии | Справа (ребро) | Слева (ребро) |
| Срединно-ключичная | 6 |  |
| Передняя подмышечная | 7 | 7 |
| Средняя подмышечная | 8 | 8 |
| Задняя подмышечная | 9 | 9 |
| Лопаточная | 10 | 10 |
| Околопозвоночная | 11 | 11 |

Подвижность нижнего легочного края (см):

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Опознавательные линии | правого | | | левого | | |
|  | На вдохе | На выдохе | Суммарная | На вдохе | На выдохе | Суммарная |
| Срединно-ключичная | 4 | 4 | 8 | - | - | - |
| Средняя подмышечная | 4 | 4 | 8 | 4 | 4 | 8 |
| Лопаточная | 4 | 4 | 8 | 4 | 4 | 8 |

При аускультации основной дыхательный шум над легкими - везикулярное дыхание. Над гортанью - бронхиальное. Побочные дыхательные (хрипы, крепитация, шум трения плевры) не выслушиваются. Бронхофония одинаковая на симметричных участках грудной клетки.

**Протокол осмотра полости рта и живота:**

Губы обычного цвета, увлажнены, высыпаний, трещин, изъязвлений нет. Слизистая ротовой полости розовая, влажная, чистая; кровоизлияний нет. Язык розовый, влажный, чистый, сосочки выражены удовлетворительно; трещин, отпечатков зубов по краям, дрожания и девиации высунутого языка нет. Десны розовые, не разрыхленные, язв и кровоточивостей нет. Слизистая глотки розовая. Миндалины не выступают из-за дужек. Глотание не затруднённое, безболезненное.

При осмотре живот округлый, симметричный, не вздут, не участвует в акте дыхания. Западений и выпячивания, видимой перистальтики, расширения вен стенки живота нет. Видимой пульсации в околопупочной области не отмечается. При пальпации мягкий, безболезненный.

**Протокол пальпации, перкуссии и аускультации органов брюшной полости**

При перкуссии передней брюшной стенки определяем тимпанический звук. Напряжения стенки живота, болезненности и флюктуации нет.

Симптом Менделя отрицательный. При поверхностной ориентировочной пальпации живот мягкий, безболезненный. Расхождения мышц живота, паховых и околопупочных колец нет. Брюшная стенка не напряжена.

Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. При глубокой, методической, скользящей пальпации по Образцову-Стражеско в левой подвздошной области определяется сигмовидная кишка: плотная, безболезненная, малоподвижная, диаметром 3 см с ровной, гладкой поверхностью, не урчит. В правой подвздошной области пальпируется слепая кишка: плотная, малоподвижная, безболезненная, диаметром около 3 см, с ровной, гладкой поверхностью, урчит. Методом аускультоаффрикции нижняя граница желудка определяется на 2 см выше пупка. На уровне пупка пальпируется поперечно-ободочная кишка: мягкой консистенции, безболезненная, подвижная, гладкая, диаметром 3 см, не урчит. Большая кривизна желудка при пальпации определяется в виде округлого валика, ровная, гладкая, безболезненная. Привратник не пальпируется. При аускультации кишечника перистальтика обычная. Шум трения брюшины не выслушивается. Стул регулярный, 1-2 раза в день. Кал оформленный, обычного цвета. Акт дефекации безболезненный.

**Протокол исследования печени и желчных путей**

Видимое увеличения печени и желчного пузыря при осмотре не определяется, пульсации печени нет. При перкуссии верхняя граница абсолютной печеночной тупости - VII ребро по правой срединно-ключичной линии. Нижняя граница печени на 1 см ниже реберной дуги по правой срединно-ключичной линии.

При перкуссии по Курлову размеры печени:

I - по правой срединно-ключичной линии 9 см;

II - по передней срединной линии 8 см;

III - по левой реберной дуге 7 см.

Симптомы Ортнера и Василенко отрицательные.

При пальпации нижний край печени не выступает из под реберной дуги. Край печени болезненный, закругленный, ровный, плотной консистенции, поверхность его ровная.

Симптом Курвуазье отрицательный.

При пальпации определяются пузырная точка и точка Дежардена болезненные, эпигастральная, холедохопанкреатическая зоны, точка диафрагмального нерва, углов лопаток, акромиальная, позвоночные безболезненны. Симптом Образцова-Мерфи отрицательный.

**Протокол обследования почек**

При осмотре поясничная область без изменений. Выпячивания и болезненности при поколачивании над лобком нет. Мочевой пузырь не пальпируется.

Верхние и нижние мочеточниковые точки безболезненны. При глубокой скользящей бимануальной пальпации в положении на спине и стоя почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Мочеиспускание 9-10 раз в сутки, безболезненное. Моча соломенно-желтого цвета.

**Протокол осмотра, пальпации, перкуссии селезенки**

Область селезенки без видимых изменений. При пальпации на правом боку и на спине селезенка не определяется. При перкуссии по средне-подмышечной линии селезеночная тупость определяется между IX и XII ребрами, поперечник селезенки 6 см. Длинник 8 см.

**Нейро-психический статус.**

Больная контактна, эмоционально лабильна, интеллект соответствует полученному образованию в социальной среде, мышление обычного типа, память снижена. Состояние зрительных и слуховых анализаторов соответствует возрасту. Физиологические рефлексы сохранены, патологические - не выявлены. Менингиальных знаков нет. Отмечает онемение пальцев ног (особенно слева), нарушение поверхностной чувствительности пальцев стоп по типу носков.

**Предварительный диагноз**

Основной: Сахарный диабет I типа, среднетяжёлое точение, стадия компенсации обменных процессов.

Осложнение основного: Диабетическая микроангиопатия, диабетическая ангиопатия нижних конечностей. Диабетическая макроангиопатия. Хроническая ишемия головного мозга диабетического и гипертонического генеза. Артериальная гипертензия 3 стадии риск 4.

Сопутствующий: хронический пиелонефрит.

**План обследования**

1. Сахар крови натощак (2 раза в неделю).

. Гликемический профили при поступлении, в ходе лечения и при выписке.

. Гликированный гемоглобин.

. Сахар в суточной моче (2 раза в неделю).

. Ацетон мочи.

. Общий анализ крови (в динамике).

. Биохимический анализ крови

. Биохимическое исследование минерального обмена

. Общий анализ мочи (в динамике).

. Проба Земницкого

. Проба Нечипоренко

. Исследование суточной микроальбуминурии.

. ЭКГ

. УЗИ органов брюшной полости

. РВГ голеней и стоп.

. Консультация окулиста (исследование глазного дна с предварительной атропинизацией).

. Консультация сосудистого хирурга.

**Данные дополнительных методов исследования и консультаций врачей других специальностей**

28.11.13 Сосудистый хирург

Заключение: Диабетическая ангиопатия нижних конечностей.

Рекомендации: Таб. Галидор 0.1 по 1 таблетке 2 р/д 2 мес.

.11.13 Окулист

Заключение: Деструкция стекловидного тела

Рекомендации: Наблюдение офтальмолога по месту жительства 1 раз в год.

.11.13 РВГ нижних конечностей

Заключение: Тип кровообращения пограничный между магистральным и коллатеральным в голени справа и стопе справа, смешанный в голени слева и стопе слева. Пульсовое кровенаполнение снижено в голенях и стопе слева, значительно снижено в стопе справа. Выявлена ассиметрия кровенаполнения в стопах (слева меньше чем справа на 45%). Соотношение кровенаполнения стопа/голень справа 3.41 (N=1.40-1.60). Регионарное сосудистое переферическое сопротивление снижено во всех сегментах.

.11.13 ЭКГ

Заключение: Ритм синусовый правильный с ЧСС 74 в мин. ЭОС горизонтальная. Нарушение внутрижелудочковой проводимости. Умеренные изменения миокарда по зубцу Т.

.11.13 УЗИ

Заключение: Диффузные изменения поджелудочной железы. Расширение мозгового слоя паренхимы обеих почек.

.11.13 исследование крови на сахар

Глюкоза крови 4.5 ммоль/л

Сахар мочи 0 г/л

Ацетон мочи 0

.11.13 Гликемический профиль при поступлении

.00 4.6 ммоль/л

.00 6.9 ммоль/л

.30 9.6 ммоль/л

.00 5.0 ммоль/л

.11.13 Гликемический профиль текущий

.00 4.2 ммоль/л

.00 4.9 ммоль/л

.30 6.2 ммоль/л

.00 7.0 ммоль/л

.11.13 исследование крови на гликозилированный гемоглобин

Нв А(ic) 6.9%

.11.13 ОАК

Эритроциты 4.62 млн/мкл

Гемоглобин 130 г/л

Лейкоциты 3.9 тыс/мкл

Гематокрит 41%

Тромбоциты 182 тыс/мкл

СОЭ 6мм/ч

Эозинофилы 0%

п/я 1%

с/я 58%

лимфоциты 39%

моноциты 2%

.11.13 Биохимический анализ крови

Общий белок. Сыв. 66 г/л

Мочевина 4.0 ммоль/л

Креатинин 70 мкмоль/л

Билирубин общий 12 мкмоль/л

Билирубин прямой 3 мкмоль/л

Билирубин непрямой 9 мкмоль/л

Холестерин общий 4.2 ммоль/л

ЛПВП 1.2 ммоль/л

ЛПНП 2.2 ммоль/л

Триглицериды 1.6 ммоль/л

Алт 12 Е/л

Аст 15 Е/л мочевая кислота 220 мкмоль/л

.11.13 б/х исследование минерального обмена

К 4.2 ммоль/л

Na 139 ммоль/л

Са 2.1 ммоль/л

Р 1.5 ммоль/л

Хлориды 100 ммоль/л

.11.13 ОАМ

Цвет соломенно жёлтый

Прозрачная

Уд. Вес 1020

Реакция слабокислая

Белок отр

Сахар отр

Лейк 2-3 в п/з

.11.13 РМП (положительный) №1633 (2+)

.11.13 Исследование мочи по Земницкому

Дневной диурез 800мл

Ночной диурез 540мл

Общий диурез 1340мл

Уд.вес 1008-1020

.11.13 Проба Нечипоренко

Лейкоциты 1500 ед/мл

Эритроциты 0 ед/мл

Цилиндры 0 ед/мл

**Лечение**

Обучение в школе «Сахарного диабета»

Режим стационарный

Диета:

Стол № 9

Расчет суточной калорийности:

Основной обмен = (0,0342 \* 67 + 3,5377) \* 240 = 1398 ккал

Потребность в калориях из расчета на трудовую деятельность и физическую активность: 1/6 Основного обмена = 1/6 \* 1398 = 233;

Инсулинотерапия

Завтрак Новоропид 6 ед. Лантус 24 ед.

Обед Новоропид 6 ед.

Ужин Новоропид 6 ед.

Ноотропы для улучшения мозгового кровообращения:

Rp: Tab. Piracetami 0.2.t.d № 60

S: по 2 таблетки утром и перед обедом на 6-8 недель

Антигипертензивные:

Rp: Tab. Indapamidi 0.0025

D.t.d № 30

S: по 1 таблетке 1 раз в день 9 дней

Rp: Tab. Enalaprili 0.01.t.d № 20

S: по 2 таблетке 2 раза в дент 9 дней

Для улучшения кровообращения в сосудах нижних конечностей

Rp: Tab. «Галидор» 0.1

D.t.d № 50

S: по 1 таблетке 2 р/д 2 мес.

**Дневники**

|  |  |
| --- | --- |
| Обследование | Назначения |
| 29.11.13. Жалобы на периодическую сухость во рту, жажду, слабость, онемение стоп, головокружение, снижение. Температура тела 36.6 град.С, АД 140/80 мм.рт.ст. Пульс 74. Состояние относительно удовлетворительное, кожа и видимые слизистые нормальной окраски и влажности, тоны сердца приглушены ритм правильный. Дыхание везикулярное, ЧДД 16 в мин. Пальпация живота безболезненная во всех отделах. Физиологические отправления в норме. | Режим стационарный Стол № 9 1.Инсулинотерапия Завтрак Новоропид 6 ед. Лантус 24 ед. Обед Новоропид 6 ед. Ужин Новоропид 6 ед. 2.Rp: Tab. Piracetami 0.2 D.t.d № 60 S: по 2 таблетки утром и перед обедом 3.Rp: Tab. Indapamidi 0.0025 D.t.d № 30 S: по 1 таблетке 1 раз в день 4.Rp: Tab. Enalaprili 0.01 D.t.d № 20 S: по 2 таблетке 2 раза в день 5.Rp: Tab. «Галидор» 0.1 D.t.d № 50 S: по 1 таблетке 2 р/д Исследование мочи по Земницкому, проба Нечипоренко. |
| 30.11.13. Жалобы на периодическую сухость во рту, жажду, слабость, онемение стоп, снижение памяти. Температура тела 36.6 град.С, АД 130/80 мм.рт.ст. Пульс 75. Состояние относительно удовлетворительное, кожа и видимые слизистые нормальной окраски и влажности, тоны сердца приглушены ритм правильный. Дыхание везикулярное, ЧДД 16 в мин. Пальпация живота безболезненная во всех отделах. Физиологические отправления в норме. Показатели гликемии удовлетворительные. Исследование мочи по Земницкому Дневной диурез 800мл. Ночной диурез 540мл Общий диурез 1340мл. Уд.вес 1008-1020 Проба Нечипоренко Лейкоциты 1500 ед/мл Эритроциты 0 ед/мл Цилиндры 0 ед/мл | Режим стационарный Стол № 9 1.Инсулинотерапия Завтрак Новоропид 6 ед. Лантус 24 ед. Обед Новоропид 6 ед. Ужин Новоропид 6 ед. 2.Rp: Tab. Piracetami 0.2 D.t.d № 60 S: по 2 таблетки утром и перед обедом 3.Rp: Tab. Indapamidi 0.0025 D.t.d № 30 S: по 1 таблетке 1 раз в день 4.Rp: Tab. Enalaprili 0.01 D.t.d № 20 S: по 2 таблетке 2 раза в день 5.Rp: Tab. «Галидор» 0.1 D.t.d № 50 S: по 1 таблетке 2 р/д |
| 02.12.13. Слабость не отмечает, сохраняется онемение стоп. Головокружение не отмечает. Температура тела 36.6 град.С, АД 130/80 мм.рт.ст. Пульс 76в мин. Состояние относительно удовлетворительное, кожа и видимые слизистые нормальной окраски и влажности, тоны сердца приглушены ритм правильный. Дыхание везикулярное, ЧДД 16 в мин. Пальпация живота безболезненная во всех отделах. Физиологические отправления в норме. | Режим стационарный Стол № 9 1.Инсулинотерапия Завтрак Новоропид 6 ед. Лантус 24 ед. Обед Новоропид 6 ед. Ужин Новоропид 6 ед. 2.Rp: Tab. Piracetami 0.2 D.t.d № 60 S: по 2 таблетки утром и перед обедом 3.Rp: Tab. Indapamidi 0.0025 D.t.d № 30 S: по 1 таблетке 1 раз в день 4.Rp: Tab. Enalaprili 0.01 D.t.d № 20 S: по 2 таблетке 2 раза в день 5.Rp: Tab. «Галидор» 0.1 D.t.d № 50 S: по 1 таблетке 2 р/д |
| 03.12.13. Слабость не отмечает, сохраняется онемение стоп Головокружение не отмечает. Температура тела 36.6 град.С, АД 130/80 мм.рт.ст. Пульс 75. Состояние относительно удовлетворительное, кожа и видимые слизистые нормальной окраски и влажности, тоны сердца приглушены ритм правильный. Дыхание везикулярное, ЧДД 16 в мин. Пальпация живота безболезненная во всех отделах. Физиологические отправления в норме. | Режим стационарный Стол № 9 1.Инсулинотерапия Завтрак Новоропид 6 ед. Лантус 24 ед. Обед Новоропид 6 ед. Ужин Новоропид 6 ед. 2.Rp: Tab. Piracetami 0.2 D.t.d № 60 S: по 2 таблетки утром и перед обедом 3.Rp: Tab. Indapamidi 0.0025 D.t.d № 30 S: по 1 таблетке 1 раз в день 4.Rp: Tab. Enalaprili 0.01 D.t.d № 20 S: по 2 таблетке 2 раза в день 5.Rp: Tab. «Галидор» 0.1 D.t.d № 50 S: по 1 таблетке 2 р/д |

**Эпикриз**

Больная ФИО находится в стационаре с 27.11.13г с диагнозом: сахарный диабет I типа, период компенсации обменных процессов, осложнения: : Диабетическая микроангиопатия, диабетическая ангиопатия нижних конечностей. Дистальная симметричная диабетическая полинейропатия сенсо-моторнаяформа. Диабетическая макроангиопатия. Хроническая ишемия головного мозга диабетического и гипертонического генеза. Артериальная гипертензия 3 стадии риск 4. Жировой гепатоз.

Сопутствующий: хронический пиелонефрит, вне обострения.

Диагноз сахарный диабет позволяют поставить характерные жалобы больной на слабость, быструю утомляемость, при измерении глюкометром высокие цифры сахара крови. Анамнестические данные также свидетельствуют в пользу данного заболевания: впервые диагноз поставлен в 9 ГКБ на основании госпитализации в состоянии кетоацидоза. выявлении повышения уровня гликемии до 28 ммоль/л.

Для решения вопроса о типе диабета (1) проанализированы следующие данные: к моменту начала заболевания возраст пациентки был 29 лет, женский пол, быстрое начало заболевания, ярко выраженные симптомы (жалоб на снижение массы тела на 38 кг за 4 месяца, полиурию, полидипсию ( до 10л/сут)).

Диабетическая микроангиопатия, диабетическая ангиопатия нижних конечностей подтверждается жалобами на чувство онемения стоп и данными реовазографии от 27.11.13.

Дистальная симметричная диабетическая полинейропатия сенсо-моторнаяформа. Подтверждается жалобами на чувство онемения стоп и данными физикального обследования - нарушение поверхностной чувствительности пальцев стоп по типу носков.

Диабетическая макроангиопатия. Хроническая ишемия головного мозга диабетического и гипертонического генеза. Подтверждается жалобами на головокружение, затуманенность сознания, снижение памяти. Наличием диагноза: Артериальная гипертензия 3 стадии риск 4.

Артериальная гипертензия 3 стадии риск 4 можно поставить на основании жалоб на головокружение, «мелькание мушек» перед глазами. Так же подтверждается наличием на ЭКГ изменений миокарда, нарушений внутрижелудочковой проводимости. При измерении давления это повышенные цифры АД 130-140 верхнее, 80 нижнее. Наличие органических изменений в других органах, связанных с данным заболеванием - хроническая ишемия головного мозга.

Жировой гепатоз поставлен на основании данных физикального обследования: Край печени болезненный, закругленный, ровный, плотной консистенции, поверхность его ровная. Данных анамнеза: 2 беременность протекала на фоне токсикоза.

Сопутствующий: хронический пиелонефрит, вне обострения. Подтверждается данными анамнеза, отсутствием жалоб и дизурических расстройств. Проба Нечипоренко Лейкоциты 1500 ед/мл

За время пребывания в стационаре больная получала лечение:

.Инсулинотерапия

Завтрак Новоропид 6 ед. Лантус 24 ед.

Обед Новоропид 6 ед.

Ужин Новоропид 6 ед.

2.Rp: Tab. Piracetami 0.2.t.d № 60

S: по 2 таблетки утром и перед обедом

3.Rp: Tab. Indapamidi 0.0025.t.d № 30

S: по 1 таблетке 1 раз в день

4.Rp: Tab. Enalaprili 0.01.t.d № 20

S: по 2 таблетке 2 раза в день

.Rp: Tab. «Галидор» 0.1

D.t.d № 50

S: по 1 таблетке 2 р/д

На фоне лечения цифры сахара не превышали 5 ммоль/л на тощах и 7.8 после приёма пищи. Инсулинотерапия полностью компенсирует отсутствие инсулина. 1 раз отмечалось подъём сахара до 18 ммоль/л из-за несоблюдения режима питания и как следствие не достаточно введённой дозы инсулина. Больная отмечает улучшение самочувствия, практически прошла слабость, нет жалоб на головокружение.

Больная продолжает находиться в стационаре для наблюдения и лечения осложнений.

**Прогноз**

Для жизни прогноз благоприятный: На данный момент заболевание в стадии компенсации обменных процессов. Больная проходит обучение в школе «Сахарного диабета», при соблюдении всех рекомендаций, постоянного (2 раза в год) лечения в больнице, своевременного начала лечения имеющихся и профилактики возможных осложнений возможно добиться длительной компенсации и улучшения качества жизни.

Для трудовой деятельности прогноз не благоприятный, поскольку в данный момент работа больной связана с тяжёлым физическим трудом, в ближайшее время необходимо сменить работу на менее тяжёлую или не работать.

**Рекомендации**

Рекомендуется наблюдение у терапевта, офтальмолога, невролога, сосудистого хирурга по месту жительства 1 раз в год с целью своевременного выявления осложнений.

Тщательное наблюдение за уровнем сахара крови и правильный расчет доз Новоропида в зависимости от характера принимаемой пищи. Так же следует продолжать приём ноотропов и антигипертензивных препаратов.

Обязательно обратится к дерматовенерологу для лечения сифилиса.

Рекомендации по питанию

· Регулярный прием пищи полезен для всех

· Планируйте время еды и меню с учетом нагрузок. На ваше решение должны влиять такие факторы, как занятия спортом в течение дня или многочасовая работа за письменным столом.

· При необходимости делайте дополнительные инъекции инсулина, например, когда вы на званом обеде в гостях, или когда съели много сладкого.

· В качестве перекуса лучше съесть свежий фрукт, чем выпить стакан фруктового сока.

· Стремитесь повысить содержание клетчатки в рационе.