ГОУ ВПО «Тверская государственная медицинская академия» Росздрава

Курс эндокринологии

История болезни

Студентка

Куриловой Е.А.

Тверь 2014 года

1. Клинический диагноз

Основное заболевание: Сахарный диабет типа 1А (10/4,5) стадия декомпенсации.

Осложнения: Кетоацидоз компенсированный. Синдром Нобекура. Ретинопатия начальная стадия.

Сопутствующие: ВСД в стадии компенсации.

2. Паспортная часть

· Фамилия, имя, отчество: -

· Возраст: -

· Домашний адрес: -

· Место учебы: школа № 29

· Дата поступления в клинику: 20.11.2014 9:55

· Клинический диагноз:

Основной: Сахарный диабет типа 1А (10/4,5) стадия декомпенсации.

3. Жалобы

При поступлении в стационар жалобы мамы на неустойчивые показатели гликемии у ребенка.

На момент курации больная жалоб не предъявляет.

4. Anamnesis morbi

Считает себя больной с 5 лет. Заболевание развивается постепенно. Первые признаки появились 5 лет назад, когда на фоне полного благополучия появилась жажда, отмечалось большое потребление жидкости и частые мочеиспуская. Обратились за медицинской помощью в детскую поликлинику к педиатру, который направил на дополнительные лабораторные обследования. После обследования был поставлен диагноз сахарный диабет. Течение заболевание лабильное, имеется склонность к кетозу. Режим и диету соблюдала не регулярно. Инсулин вводит при помощи шприц-ручки. В течении этих лет неоднократно госпитализировалась для коррекции схемы инсулин терапии. Последняя госпитализация в апреле 2014 году. В ноябре 2014 года обратились к врачу эндокринологу с жалобами на неустойчивые показатели гликемии, и были направлены в эндокринологическое отделение ГДБ №2. Настоящая госпитализация проведена для обследования и коррекции схемы инсулинотерапии.

5. Anamnesis vitae

Больная Звонова Валерия родилась в г. Твери, вторым ребенка в семь. Ребенок от третей беременности, протекающей с угрозой прерывания, первые роды без особенностей, вторые - аборт. Роды срочны, протекали без патологии. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Масса при рождении 3400 грамм, длинна 53 см. Закричала сразу. К груди приложена на первые сутки. Период новорожденности протекал без патологии. Естественное вскармливание до 1 года, прикормы введены своевременно. Физическое и нервно-психическое развитие протекало без особенностей, соответственно возрасту. Материально-бытовые условия удовлетворительные. Все прививки проведены в срок, туберкулиновые пробы проведены в сроки 11 мес., 2 г 4 мес., 3 г 5 мес., 8 л 11 мес., реакции отрицательные. Перенесенные заболевания: ветреная оспа, ОРВИ, сахарный диабет с 5 лет. ОРВИ в год болеет 3-4 раза, заболевания протекают легко, быстро, без длительных остаточных явлений. На диспансерном учете у врача эндокринолог. Контакты с инфекционными больными отрицает. Переломы костей, вывихи, контузии, сотрясения отрицает. Желтухи в детстве не было. Аллергический анамнез не отягощен, непереносимость вакцин, сывороток, бытовых аллергенов отрицает. Наследственность отягощена на сахарный диабет 2 типа по линии отцы, болеет дедушка.

Отец: из вредных привычек - курение, прием алкоголя умеренное. Здоров.

6. Status praesens

1. Общие данные.

Состояние больной средней степени тяжести. Сознание ясное, ориентирована во времени и пространстве. Окружающую обстановку оценивает адекватно. Поведение благожелательное, ровное. Температура тела 36,70С. Положение больной в постели активное.

. Телосложение.

Телосложение правильное. Тип конституции гипостенический. Рост 131 см, вес 25 кг. Физическое развитие среднее, за счет дефицита массы тела. Патологических изменений величины, формы, положения, объема движений головы, мягких и костных тканей при пальпации не выявлено.

. Кожа и слизистые оболочки.

Окраска кожи бледно-розовая с матовым оттенком. Кожные покровы умеренно влажные, мягкие, эластичные. Сыпи, кровоизлияния, рубцы, узелки, шелушения, язвы, «сосудистые звёздочки», ксантелазмы, отсутствуют. Оволосение по женскому типу. Ногти без исчерченности и уплотнений, розового окраса. Видимые слизистые бледно-красного цвета без налетов и патологических изменений. Сухости слизистых нет - равномерно увлажнены.

. Подкожная клетчатка.

Подкожный жировой слой слабо выражен, перераспределение на туловище. Отеков нет.

. Переферические лимфатические узлы.

Затылочные, околоушные, подчелюстные, подбородочные, шейные, надключичные и подключичные, подмышечные, локтевые, паховые, подколенные лимфоузлы не пальпируются.

. Мышцы.

Мышечная масса развита хорошо, симметрична. Тонус мышц не изменен, сила мышц не снижена. Тургор мышечных групп достаточный. Мышечные судороги, парезы, параличи, атрофия мышц не наблюдаются. При пальпации мышцы безболезненные. Самостоятельной болезненности не выявляется.

. Суставы.

Конфигурация суставов не изменена, деформаций не обнаружено. Функция суставов сохранена, движения активные, амплитуда движений не нарушена. Моноартритов и олигоартритов нет. Хруста при движении, наличия жидкости в суставных полостях не наблюдается. Барабанных пальцев на кистях и стопах нет. Лордоза, кифоза нет. Отмечается сутулость. Деформации, утолщения, размягчения костей не наблюдается.

. Органы дыхания.

Форма носа правильная, носовое дыхание свободное, крылья носа в акте дыхания не участвуют. Гортань правильной формы, положение нормальное, при пальпации гортань подвижна, безболезненна. Грудная клетка нормостенической формы, обе половины симметричны между собой. Обе половины грудной клетки симметрично участвуют в акте дыхания, смешанный тип дыхания, Частота дыхания 20-22 движений в минуту, дыхание среднее по глубине, ритмичное. Вспомогательная дыхательная мускулатура в акте дыхания не участвует.

При пальпации грудная клетка безболезненна, патологических изменений кожи, подкожно-жирового слоя, межреберных мышц и нервов не отмечается, эластичность грудной клетки не снижена. Голосовое дрожание над всей поверхностью легких не изменено.

Перкуссия легких:

При сравнительной выявляется ясный легочный звук.

При топографической перкуссии:

1) высота стояния верхушек:

спереди: справа - на 2 см выше уровня ключицы

слева - на 2 см выше уровня ключицы

сзади: на уровне остистого отростка 7 шейного позвонка.

2) нижние границы:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Топографические линии | справа | слева | |
| Lin. Parasternalis | V межреберье | - |
| Lin. medioclavicularis | VI межреберье | - |
| Lin. axillaries anterior | VIIIмежреберье | VIII межреберье |
| Lin. axillaries media | IX межреберье | IX межреберье |
| Lin. axillaries posterior | X межреберье | X межреберье |
| Lin. Scapularis | XI межреберье | XI межреберье |
| Lin. Paravertebralis | Остистый отросток ThXI | Остистый отросток ThXI |

3) Подвижность легочного края:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Топографические линии | справа | | | слева | | |
| Lin. medioclavicularus | 2 | 1,5 | 3,5 | - | - | - |
| Lin. axillaries media | 2 | 2 | 4 | 2 | 3 | 5 |
| Lin. Scapularis | 2 | 2,5 | 4,5 | 2 | 2 | 4 |

Аускультация легких:

Над всей поверхностью легких выслушивается везикулярное дыхание. Хрипов нет. Добавочные дыхательные шумы (крепитация, шум трения плевры) не определяются. Бронхофония над симметричными участками грудной клетки не изменена и одинаковая с обеих сторон.

. Сердечно-сосудистая система.

При осмотре набухания шейных вен, патологической пульсации вен («положительный венный пульс») и артерий («пляска каротид») не обнаружено.

При осмотре области сердца сердечного горба не замечено, верхушечный толчок не виден. Сердечный толчок отсутствует, эпигастральной, а также других пульсаций в области сердца нет.

Пальпация области сердца: верхушечный толчок обнаружен в области 5 межреберья на 1,5 см внутри от linea medioclavicularis sinistra, шириной 2 см, низкий, умеренной силы. Сердечный толчок и другие пульсации при пальпации не выявлены. Пальпаторно вибрация мягких тканей не определяется.

Артериальный пульс по величине кровенаполнения на лучевых артериях рук одинаковый, ритмичный, частота пульса 86 ударов в минуту, наполнение, напряжение, величина и скорость пульса удовлетворительные, дефицита пульса не наблюдается.

При пальпации артерий и вен других областей морфологических изменений не обнаружено.

Артериальное давление одинаковое на обеих руках, составляет 110/60 мм рт.ст.

Перкуссия сердца:

1) высота стояния диафрагмы по lin. medioclavicularis dextra на уровне 6 межреберья

2) границы относительной сердечной тупости:

правая - на уровне 4 межреберья на 1 см кнаружи от правого края грудины;

левая - на уровне 5 межреберья 1,5 см внутри от lin. medioclavicularis;

верхняя - на уровне 3 межреберья по lin. parasternalis sinistra

3) Размеры сердца:

правая медиана - 2,5 см;

левая медиана - 7,5 см;

поперечник сердца - 10 см;

4) Границы абсолютной сердечной тупости:

правая - по левому краю грудины;

левая - на уровне 5 межреберья 2,5 см внутри от lin. medioclavicularis;

верхняя - на уровне 4 ребра;

5) Границы сосудистого пучка:

правая - по правому краю грудины;

левая - по левому краю грудины;

ширина пучка - 4 см;

Аускультация сердца:

Тоны сердца громкие, звучные, чистые, ритмичные. Частота сердечных сокращений 86 ударов в минуту. Расщепления или раздвоения тонов, появления трехчленных ритмов не отмечается. Сердечные шумы не выслушиваются.

Аускультация сосудов: патологических тонов или шумов не обнаружено.

. Органы пищеварения.

Слизистая оболочка ротовой полости бледно-красного цвета, миндалины розового цвета, не увеличены. Налета на миндалинах, зеве и глотке, а также их патологических изменений нет. Прикус правильный. Десны не кровоточат, не разрыхлены. Признаков пародонтоза, а также язв и высыпаний на деснах нет.

Язык правильной формы, красной окраски, влажный, без налетов, сосочки хорошо выражены. Трещины, язвы, опухоли на языке отсутствуют. Девиации не выявлено.

Живот правильной формы, не увеличен, обе половины симметричны. Мышцы брюшной стенки участвуют в акте дыхания. Участков гиперпигментации, физиологической или патологической перистальтики, сыпи, рубцов, грыж, венозных коллатералей, кровоизлияний при осмотре живота не обнаружено.

Пальпация поверхностная:

Живот мягкий, безболезненный. Локального напряжения передней брюшной стенки не выявлено. Симптомы: пузырные - Ортнера, Мерфи, Мюси-Георгиевского, Керра - отрицательные. Симптом «отрыва» и Щеткина-Блюмберга - отрицательные. Расхождения прямых мышц живота и грыж нет.

Пальпация глубокая по Образцову-Стражеско:

Сигмовидная кишка пальпируется в левой подвздошной области, в виде подвижного образования цилиндрической формы, эластической консистенции, с гладкой поверхностью, безболезненна, урчит. Слепая кишка пальпируется в правой подвздошной области, в виде цилиндра толщиной 2 см, плотноэластической консистенции, с гладкой поверхностью, безболезненна. Поперечно-ободочная кишка пальпируется в мезогастральной области, в виде подвижного цилиндра толщиной 3 см, эластической консистенции, с ровной поверхностью, немного болезненна. Печеночный и селезеночный углы не пальпируются. Большая кривизна желудка определяется методами глубокой пальпации и аускультофрикции на 4 см выше пупка. Малая кривизна желудка не пальпируются. Опухоли брюшной полости не обнаружены. Поджелудочная железа не пальпируется.

Перкуссия: определяется тимпанический звук, свободной и осумкованной жидкости в брюшной полости не определяется.

Аускультация: выслушиваются перистальтические кишечные шумы.

Печень:

Печеночная тупость сохранена. Выходит из-под реберной дуги на 5 см. Край ровный, плотный, безболезненный. Симптомы Курвуазье, Мерфи, Ортнера не определяются.

Перкуссия печени:

) верхняя граница - в 6 межреберье по lin. medioclavicularis dextra

) нижняя граница: по lin. axillaries anterior - на уровне 10 межреберья

по lin. medioclavicularis dextra - на 4 см ниже

реберной дуги

по lin. parasternalis dextra - по краю реберной дуги

по lin. mediana anterior - на 4 см ниже

эпигастрального угла

по lin. parasternalis sinistra - на уровне 6

межреберья

Размеры печеночной тупости по Курлову:

1) по lin. medioclavicularis dextra: 8 см

2) по lin. mediana anterior: 11 см

3) по левой реберной дуге: 14 см

Селезенка: видимого увеличения, выпячиваний и деформаций не наблюдается. Пальпации не поддается.

Перкуссия: 1) верхняя граница по lin. axillaries media - на уровне 9

ребра

) нижняя граница по lin. axillaries media - на уровне верхнего

края 11 ребра

) передняя граница - на 1 см кнутри от lin. axillaries anterior

Длинник по 10 ребру - 8 см, поперечник (между 9 и 11 ребрами) - 4см.

. Мочевыделительная система.

При осмотре поясничной области и области мочевого пузыря сглаживания контуров, выбухания, покраснения и припухлости не обнаружено. Поколачивание по поясничной области безболезненно, симптом поколачивания отрицательный. Почки не пальпируются. Мочевой пузырь перкуторно не выступает над лобком и не пальпируется. При пальпации мочеточниковых точек и мочевого пузыря болезненности не возникает.

. Кроветворная система.

Окраска кожи бледно-розовая с матовым оттенком, слизистые розовые. Геморрагий не наблюдается. Болезненности при постукивании по грудине и трубчатым костям не возникает. Лимфатический аппарат и селезенка в удовлетворительном состоянии. Гемические шумы на сердце и сосудах не определяются.

. Эндокринный статус.

Щитовидная железа А) местно: при пальпации безболезненна, обычных размеров, эластической консистенции, узлов и уплотнений не обнаружено. Зоба нет. Б) симптомы и признаки дисфункции: симптомы Грефе, Кохера, Мебиуса, Жоффруа, Штельвага, Дальримпля, Розенбаха - отрицательные. Симптомов тиреотоксикоза нет.

Общее развитие соответствует возрасту. Рост и отдельные части тела пропорциональны между собой. Размеры стоп и ладоней пропорциональны. Размеры носа, челюстей и ушных раковин не увеличены. Усиленной пигментации кожи и слизистых не замечено. Оволосение по женскому типу. Лицо овальной формы, бледно розового цвета. Депигментации кожного покрова нет. Отеков нет. Тремор рук и век отсутствует. Ожирения нет.

. Нервная система.

Сознание ясное, ориентирована во времени и пространстве. Окружающую обстановку оценивает адекватно. Поведение благожелательное, ровное. При пальпации нервные стволы безболезненны. Нарушения поведения, интеллекта и мимики не наблюдается. Глазные щели одинаковой величины, глаза одинакового размера, мидриаза и миоза нет. Реакция зрачков на свет прямая и содружественная. Нистагма, ригидности затылочных мышц, параличей и судорог не выявлено. Тактильная, болевая и термическая чувствительность в норме. Патологических рефлексов, тремора рук, нарушения походки не наблюдается. В позе Ромберга устойчива.

. Психический статус.

Психика не нарушена. Настроение благожелательное, ровное. Память хорошая, не сбивается в рассказе. Окружающую обстановку оценивает адекватно. Характер спокойный. Засыпает и просыпается сразу. Сон достаточен.

7. Результаты дополнительного обследования

1. Клинический анализ крови: от 21.11.14

Эритроциты 4,3 х 1012/л

Гемоглобин 129 гр/л

Цветной показатель 0,8

Лейкоциты 5,3 х 109/л

Б Э П/я С/я Л М П

2 3 33 56 6 0

СОЭ 5 мм/час

Заключение: значения в приделах нормы

2. Кровь на сахар

21.11.2014 8:00 4,9 ммоль/л

:00 6,7 ммоль/л

:00 15,1 ммоль/л

:00 6,6 ммоль/л

.11.2014 8:00 21,9 ммоль/л

:00 16.4 ммоль/л

:00 8,4 ммоль/л

:00 11,0 ммоль/л

.11.2014 8:00 4,9 ммоль/л

:00 5,5 ммоль/л

:00 6,0 ммоль/л

:00 6,1 ммоль/л

.11.2014 8:00 6,7 ммоль/л

:00 9,8 ммоль/л

:00 12,9 ммоль/л

:00 15,4 ммоль/л

.12.2014 8:00 18,8 ммоль/л

:00 9,4 ммоль/л

:00 13,7 ммоль/л

:00 17,1 ммоль/л

Заключение: декомпенсированная гипергликемия.

3. Биохимический анализ крови от 21.11.14

Общий белок72 г\л

Трансаминазы: АСТ 81 ЕД

АЛТ 147 ЕД

Билирубин общий 6,9 ммоль/л

Креатинин 58,0 мкмоль/л (42 - 110 мкмоль/л)

Мочевина 2,5 ммоль/л (2,5 - 8,3 ммоль/л)

Холестерин 4,1 ммоль/л (3,0 - 6,2 ммоль/л)

липопротеиды 4800 мг/л (3000 - 5500 мг/л)

тимоловая проба 1,6

ЛПВП 1,6 ммоль/л

ЛПНП 1,9 ммоль/л

Триглицериды 1,2 ммоль/л

Заключение: высокие показатели АСТ и АЛТ свидетельствуют о поражение печени, а именно жировом гепатозе при синдроме Нобекура.

. Клинический анализ мочи от 21.11.14

Плотность 1025

Цвет соломенно-желтый

Прозрачность легкая муть

Белок 0

Сахар -

Эритроциты -

Лейкоциты -

Эпителий плоский единичный

переходный 0

почечный -

Цилиндры -

Слизь -

Бактерии -

Кетоновые тела 1,5 ммоль/л

Заключение: тест на кетонурию слабоположителен.

5. ЭКГ: от 20.11.14

Синусовая тахикардия (73-83/ уд). Горизонтальное расположение электрической оси сердца. Преобладание электрических потенциалов миокарда левого желудочка.

. Мазок на бакпосев на возбудителей дизентерии, сальмонеллеза 19.11.2014

Заключение: отрицательно

. Анализ крови на HbA1 от 21.11.14

,9 %

Заключение: декомпенсированная гликемия

. Осмотр невролога: Заключение: ВСД в стадии относительной компенсации.

. Осмотр окулиста: OU спокойный, передний отрезок не изменен. Оптические среды прозрачны. Глазное дно: ДЗН бледно розового цвета. Границы четкие, артерии сужены, вены расширены, полнокровны.

Заключение: Ангиопатия сетчатки OU.

. Анализ мочи на сахар от 24.11.14

Уд. Вес. 1020 1015 1030

Сахар 28 56 14

Ацетон отр. 0,5 0,5

Заключение: глюкозурия, ацетонурия.

. УЗИ щитовидной железы: Заключение: Эхогенность железы не изменена.

. УЗИ брюшной полости: Заключение: Гепатомегалия. Реактивное состояние поджелудочной железы.

8. Клинический диагноз и его обоснование

Основное заболевание: Сахарный диабет типа 1А (10/4,5) стадия декомпенсации.

Осложнения: Кетоацидоз компенсированный. Синдром Нобекура. Ретинопатия начальная стадия.

Сопутствующие: ВСД в стадии компенсации.

Диагноз сахарный диабет типа 1А (10/4,5) стадия декомпенсации поставлен на основании: жалоб больного на неустойчивые показатели гликемии у ребенка. Анамнеза заболевания: Больна сахарным диабетом с 2010 года, когда появились чувство жажды, большое потребление жидкости и обильное мочеиспускание за сутки. До настоящего времени находилась на стационарном лечение и неоднократно госпитализировалась для коррекции инсулинотерапии. Течение заболевание лабильное, имеется склонность к кетозу. Режим и диету соблюдала не регулярно. Последняя госпитализация в апреле 2014 году. В ноябре 2014 года обратились к врачу эндокринологу с жалобами на неустойчивые показатели гликемии, и были направлены в эндокринологическое отделение ГДБ №2. Настоящая госпитализация проведена для обследования и коррекции схемы инсулинотерапии. Анамнеза жизни: На диспансерном учете у врача эндокринолога. Наследственность отягощена на сахарный диабет 2 типа по линии отцы, болеет дедушка. Объективные данные: физическое развитие среднее, дисгармоничность за счет дефицита массы тела. Подкожно жировой слой выражен недостаточно. Из данных лабораторных исследований: анализ крови на сахар - заключение: декомпенсированная гипергликемия. Анализ крови на HbA1, так же говорит о наличии декомпенсированной гипергликемии. Анализ мочи на сахар: глюкозурия. Узи брюшной полости: Реактивное состояние поджелудочной железы.

Осложнения: Кетоацидоз. Синдром Нобекура. Ретинопатия. Выставлены на основании дополнительных методол. обследования и лабораторных данных: Анализ мочи на ацетон: ацетонурия. УЗИ брюшной полости: гепатомегалия. Биохия крови: повышение АСТ и АЛТ, свидетельствует о поражении печени. Консультация окулиста: Ангиопатия сетчатки.

. Дифференциальный диагноз

На основании полученных данных заболевание необходимо дифференцировать с сахарным диабетом типа II. Данные формы диабета являются разными нозологическими единицами. Ключевым патогенетическим звеном, их объединяющим, является развитие синдрома развития хронической гипергликемии. Поэтому выделяют две группы симптомов: к первой группе относят общие симптомы для обоих типов сахарного диабета, которые патогенетически связаны с гипергликемическим состоянием (жажда, полиурия, кожный зуд, склонность к инфекциям). Вышеперечисленную симптоматику следует так же рассматривать как признаки декомпенсации сахарного диабета на фоне неадекватной сахаропонижающей терапии. Вторую группу симптомов составляют признаки специфичные для каждого типа сахарного диабета в отдельности. Так, для сахарного диабета тип I будет характерно значительное похудание, выраженная слабость, сонливость; повышение аппетита в начале заболевания, который в последующем на фоне развития кетоацидоза, сменяется анорексией. Кетоацидотическое состояние сопровождается появлением запаха ацетона изо рта. Патогенетически данная симптоматика указывает на абсолютный дефицит инсулина в организме. СД I как правило манифестирует остро (анамнез заболевания будет составлять несколько месяцев).

Противоположен во второй группе симптомов СД II: для него в целом не характерна общая слабость, нет нарушения аппетита, ожирение в 80% случаев. Что касается течения, то для сахарного диабета 2-го типа характерно постепенное, часто субклиническое течение. Вследствие чего диагноз выставляется уже при наличии осложнений.

Если рассматривать возрастные категории людей страдающих этими формами сахарного диабета, то увидим, что для СД I характерен круг лиц до 30 лет, с двумя пиками (в 14 и 25 лет). Когда как для СД II характерен контингент старше 40 лет.

. План дальнейшего обследования

Все сделано.

. Лечение.

. Режим общий.

. Диета:

Стол №9а

а) процент от суточного потребления пищи: белки 10-20 %, жиры (суммарно) не более 30%, холестерин не более 300 мг, углеводы 55-60%, поваренная соль не более 3 гр., клетчатка 40 гр.

б) исключение моно- и дисахаров.

в) утром должна преобладать пища богатая углеводами, вечером - белками.

г) количество воды в сутки: нет ограничения.

д) продукты, не рекомендуемые для употребления: карамель, шоколад, конфеты, торты, мед, желе, мармелад, мороженное, майонез, сладкие соки, сахаросодержащие лимонады, сладкое молоко, запеченные фрукты.

е) шестиразовое питание - три основных и два «перекуса».

. Медикаментозная терапия:

а) инсулинотерапия:

показана интенсивная терапия по следующей схеме:

:00 Iр 3 ЕД (новорипид)

IIр 6 ЕД (левемир)

:00 4 ЕД

:00 4 ЕД

:00 5 ЕД

Всего - 22 ЕД

Суточная потребность - 0,88 ЕД/кг/сут

б) Улучшение кровообращения:

Линоевая кислота 1т х 3р/д в теч. 2 нед.

в) Гепатопротектор: Берлитион на 300мл 2 раза в день в течении 2 недель.

г) Ферменты: Панкреатин 1 таб. 3 раза в день в течении 2 недель.

. Дневник

.12.14. Состояние удовлетворительное, средней степени тяжести. Активна. Жалобы не предъявляет. Аппетит сохранен. Жажду отрицает, запаха ацетона нет. Катаральных явлений нет Кожа и видимые слизистые чистые. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, звучные. Частота сердечных сокращений 84 ударов в минуту. Живот мягкий безболезненный. Диурез в норме. Режим соблюдает.

Гликемия от 30.12.14 8 10 12 15 18 21

,9 2,2 3,3 4,9 12,5 15,0

Инсулин по схеме:

:00 Iр 3,5 ЕД (новорипид)

IIр 6 ЕД (левемир)

:00 4 ЕД

:00 4 ЕД

:00 5 ЕД

Всего - 22,5 ЕД

Суточная потребность - 0,9 ЕД/кг/сут.

.12.14. Состояние удовлетворительное, средней степени тяжести. Активна. Жалобы не предъявляет. Аппетит сохранен. Жажду отрицает, запаха ацетона нет. Катаральных явлений нет Кожа и видимые слизистые чистые. В легких везикулярное дыхании, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, звучные. Частота сердечных сокращений 84 ударов в минуту. Живот мягкий безболезненный. Диурез в норме. Режим соблюдает.

Гликемия от 1.12.14 8 10 12 15 18 21

,0 3,2 9,3 8,4 8,0 4,0

Инсулин по схеме:

:00 Iр 3,5 ЕД (новорипид)

IIр 6 ЕД (левемир)

:00 4 ЕД

:00 4 ЕД

:00 5 ЕД

Всего - 22,5 ЕД

Суточная потребность - 0,9 ЕД/кг/сут.

.12.14. Состояние удовлетворительное, средней степени тяжести. Активна. Жалобы не предъявляет. Аппетит сохранен. Жажду отрицает, запаха ацетона нет. Катаральных явлений нет Кожа и видимые слизистые чистые. В легких везикулярное дыхании, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, звучные. Частота сердечных сокращений 84 ударов в минуту. Живот мягкий безболезненный. Диурез в норме. Режим соблюдает. Лечение по прежней схеме.

Гликемия от 2.12.14 8 10 12 15 18 21

,9 7,2 3,9 6,7 6,5 8,0

.12.14. Состояние удовлетворительное, средней степени тяжести. Активна. Жалобы не предъявляет. Аппетит сохранен. Жажду отрицает, запаха ацетона нет. Катаральных явлений нет Кожа и видимые слизистые чистые. В легких везикулярное дыхании, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, звучные. Частота сердечных сокращений 84 ударов в минуту. Живот мягкий безболезненный. Диурез в норме. Режим соблюдает.

Гликемия от 3.12.14 8 10 12 15 18 21 4,9 6,9 3,4 3,1 6,1 6,0

. Выписной эпикриз

сахарный диабет ретинопатия кетоацидоз

Больная находилась в стационаре с 20.11.14 по 4.12.14 ГБУЗ КДБ №2 с диагнозом сахарный диабет типа 1а в стадии декомпесации.

Поступила в стационар планово 20.11.14 г. для обследования и коррекции схемы инсулинотерапии. Больна Сахарным диабетом с 5 лет. При самоконтроле уровня гликемии отмечалась гипергликемия до 19 ммоль/л. В стационаре было проведено обследование: анализ мочи на сахар - глюкозурия и ацетон (++)- ацетонурия, анализ крови на сахар от 21.11.12 - 13,9 ммоль/л. Заключение: Гликемия, декомпенсация по углеводному обмену. Гликемический профиль- гипергликемия. Общий анализ мочи: Кетонурия. Назначено лечение по схеме: новорапид и левемир.

:00 Iр 3,0 ЕД (новорипид)

IIр 6 ЕД (левемир)

:00 4 ЕД

:00 4 ЕД

:00 5 ЕД

Всего - 22 ЕД

Суточная потребность - 0,88 ЕД/кг/сут.

б) Улучшение кровообращения:

Линоевая кислота 1т х 3р/д в теч. 2 нед.

в) Гепатопротектор: Берлитион на 300мл 2 раза в день в течении 2 недель.

г) Ферменты: Панкреатин 1 таб. 3 раза в день в течении 2 недель.

Больная находится в удовлетворительном состоянии. Рекомендовано соблюдение режима и диеты.

Рекомендации:

1. Наблюдение у эндокринолога и окулиста.

2. Диета, стол 9.

. Инсулинотерапия по схеме:

:00 Iр 3,0 ЕД (новорипид)

IIр 6 ЕД (левемир)

:00 4 ЕД

:00 4 ЕД

:00 5 ЕД

Всего - 22 ЕД

Суточная потребность - 0,88 ЕД/кг/сут.

Панкреатин 1 таб. 3 раза в день

4. Через 6 месяцев повторный прием у невролога.

5. Плановая госпитализация через 6 месяцев

. УЗИ брюшной полости 1 раз в пол года.

. Контроль уровня глюкозы крови 1 раз в 6 месяцев.