Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования “Оренбургская государственная медицинская академия Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию”

Кафедра госпитальной терапии им. Межебовского Р. Г.

**История болезни**

Ф.И.О. больной – XXXXXX XXXXXXXXX.

Клинический диагноз:

Основной: Сахарный диабет І типа (LADA) средней степени тяжести. Декомпенсация.

Осложнения основного: Диабетическая полинейропатия. Диабетическая ангиопатия сетчатки.

Сопутствующий:

Дата курации с XX. по XXXXXX

группа XX,педиатрического факультета

куратор – студентка

Оренбург 2010

**1. Паспортные данные**

ФИО – XXXXXXX XXXXXXXXXXX Возраст – 38 лет Пол – женский Профессия XXXXXXXXX лаборант Домашний адрес – XXXXXXXXXXX Дата поступления – XX.XX.XX. Диагноз направившего учреждения – Сахарный диабет І типа. Средней степени тяжести. Декомпенсация. Диагноз при поступлении – Сахарный диабет І типа. Средней степени тяжести. Декомпенсация. Диагноз клинический – Основной: Сахарный диабет І типа (LADA) средней степени тяжести. Декомпенсация. Осложнения основного: Диабетическая полинейропатия. Диабетическая ангиопатия сетчатки. Сопутствующий:

**2. Жалобы**

Жалобы при курации – на слабость, периодическое онемение нижних конечностей, особенно левой, чувство ползания мурашек по ногам, судороги ног, периодические боли в икроножных мышцах.

Жалобы при поступлении в клинику – на слабость, умеренную жажду (до 3-х литров в сутки), сухость во рту, умеренную полиурию ( до 3-х литров, в сутки) шум в ушах, потеря в весе 10 кг за последние 6 месяцев, периодическое онемение нижних конечностей, чувство ползания мурашек по ногам, особенно левой, судороги ног, периодические боли в икроножных мышцах.

**3. История настоящего заболевания (Anamnesis morbi)**

Считает себя больной в течение трех лет, когда внезапно произошло снижение зрения. На приеме у окулиста было обнаружено спазмирование сосудов. В поликлинике по месту жительству был впервые сделан анализ на сахар крови – 19 ммоль/ л. Наблюдалась у эндокринолога по месту жительства. Был поставлен диагноз: Сахарный диабет ІІ типа. Были назначены Манинил по 1 таб. (3,5 мг) утром и Сиафор по 1 таб. (850 мг) вечером. Пропила 5 месяцев. Сахар крови – 10,0 ммоль/л. После чего была переведена на Амарил по 1 таб. (4 мг) утром и Сиафор по 1 таб. ( 850 мг) вечером. Принимает регулярно. Сахар крови – 8,0 ммоль/л. За последние 2 месяца отмечает ухудшение, когда стала нарастать слабость, жажда, сухость во рту, полидипсия, учащенное мочеиспускание, сахар крови 10-15 ммоль/л. Направлена в эндокринологическое отделение ОКБ№2 для дальнейшей диагностики и лечения.

**4. История жизни (Anamnesis vitae)**

Росла и развивалась соответственно возрасту. Жилищные и бытовые условия удовлетворительные в различные периоды жизни. Материальная обеспеченность удовлетворительная. Питание нормальное, диету соблюдает. Условия работы нормальные, проф. вредностей нет. Вредных привычек нет. Нервно-психические реакции на окружающее адекватные. Неблагоприятная обстановка в семье – алкогольная зависимость у мужа. Сон спокойный. Перенесенные заболевания- ОРЗ, ОРВИ. Туберкулез, венерические заболевания, гепатит, краснуху, дифтерию, корь отрицает Операция аппендэктомия в 1983 году. Менструация с 14 лет, регулярно. Беременностей не было – бесплодие. Наследственность отягощена по сахарному диабету - сахарный диабет у матери и отца. Аллергическая реакция на стрептоцид по типу отека Квинке. Переливаний крови не было.

**5. Объективное исследование (status presens)**

Общее состояние средней степени тяжести. Сознание: ясное. Положение активное. Самочувствие удовлетворительное. Телосложение нормостеническое. Рост 165 см. Масса тела 80 кг. ИМТ= 30. Повышенного питания.

Кожные покровы

Кожные покровы бледно-розовой окраски. Патологические пигментации и участки депигментации отсутствуют. Поверхностная венозная сеть не выражена. Кожные покровы чистые. Влажность кожных покровов - нормальная. Эластичность кожи — нормальная. Рост волос не нарушен. Тип оволосения женский. Ногти не изменены. Видимые слизистые — бледно-розовые

Подкожная клетчатка. Степень развития подкожной жировой клетчатки умеренно увеличена (толщина кожной складки на животе на уровне пупка – 3,5 см). Подкожный жировой слой распределен равномерно.

Лимфатическая система.

При пальпации определяются одинарные подчелюстные, подмышечные одинаково выраженные с обеих сторон (диаметром 0,5; 0,7мм соответственно), мягкоэластической консистенции, подвижные, безболезненные, неспаянные друг с другом и с окружающими тканями. При осмотре лимфатические узлы не видны. Затылочные, заушные, околоушные, подбородочные , поверхностные шейные, надключичные, локтевые, подколенные, паховые лимфатические узлы не пальпируются.

Мышечная система.

Общее развитие мышечной системы умеренное. Атрофии и гипертрофии отдельных мышц и мышечных групп не отмечается. Болезненность при ощупывании мышц отсутствует. Тонус мышц нормальный. Мышечная сила удовлетворительная. Гиперкинетических расстройств не выявлено.

Костная система

При исследовании костей черепа, грудной клетки, позвоночника, таза, верхних конечностей, деформаций, а также болезненности при ощупывании и поколачивании не отмечается.

Суставы

Жалоб нет. При осмотре суставы нормальной конфигурации. При пальпации суставов их припухлости и деформации, изменений околосуставных тканей, а также болезненности не отмечается. Объем активных и пассивных движений в суставах сохранен. Болевые ощущения, хруст и крепитация при движении отсутствуют.

Система дыхания

Дыхание через нос свободное. Выделений из носовых ходов нет. Обоняние сохранено.

ОСМОТР: Форма грудной клетки – нормостеническая, симметричная. Ширина межреберных промежутков обычная. Лопатки плотно прилежат к грудной клетке. Эпигастральный угол прямой, стернальный угол слабо выражен. Над- и подключичные пространства симметричные. Тип дыхания грудной. Число дыхательных движений в минуту – 19. Дыхание глубокое, ритмичное. Одышки нет.

ПАЛЬПАЦИЯ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ: При пальпации грудной клетки болезненности не выявляется; грудная клетка эластичная. Голосовое дрожание равномерно на симметричных участках.

ПЕРКУССИЯ: 1) Сравнительная перкуссия: По всем полям — ясный легочный звук.

2) Топографическая перкуссия: верхушки легких спереди выступают над ключицами на 2,5 см. Высота положения верхушек сзади - уровень остистого отростка 7 шейного позвонка. Ширина полей Кренига: левое–5 см, правое–6 см.

Нижние границы легких:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Линия | Правое | Левое |
| Парастернальная  | 5 межреберье | - |
| Среднеключичная  | 6 ребро | - |
| Передняя подмышечная  | 7 ребро | 7 ребро |
| Средняя подмышечная  | 8 ребро | 8 ребро |
| Задняя подмышечная  | 9 ребро | 9 ребро |
| Лопаточная  | 10 ребро | 10 ребро |
| Околопозвоночная  | Остистый отросток XI грудного позвонка | Остистый отросток XI грудного позвонка |

Подвижность нижнего края легких:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Линия | Вверх | Вниз |
| слева | справа | слева | справа |
| Среднеключичная  | - | 2 см | - | 2 см |
| Средняя подмышечная  | 2 см | 2 см | 2 см | 2 см |
| Лопаточная  | 2 см | 3 см | 2 см  | 2 см |

АУСКУЛЬТАЦИЯ ЛЕГКИХ: По всем легочным полям дыхание везикулярное, хрипов нет. Крепитация, шум трения плевры не определяются. Бронхофония одинакова с обеих сторон в симметричных точках.

Система кровообращения Температура тела 36.6 по Цельсию. Пульс 65 уд/мин. АД- 120/80.

ОСМОТР: Область сердца не изменена, патологической пульсации в области сердца и надчревия не выявлено.

ПАЛЬПАЦИЯ: Верхушечный толчок умеренной силы, определяется в 5 межреберье на 1 см кнутри от среднеключичной линии. Симптом “кошачьего мурлыканья” не определяется. Сонные артерии при пальпации мягкие. Пульс на периферических артериях (подмышечные, лучевые, бедренные, подколенные, тыла стопы) ритмичный, симметричный справа и слева, удовлетворительного наполнения и напряжения, частота пульса – 65 ударов в минуту.

ПЕРКУССИЯ: Границы относительной сердечной тупости:

Правая: 4 межреберье на 1 см кнаружи от правого края грудины.

Левая: 5 межреберье на 1,0 см кнутри от среднеключичной линии.

Верхняя: на 3 ребре по левой окологрудинной линии.

Поперечник сердца – 10 см.

Границы абсолютной сердечной тупости:

Правая: 4 межреберье по левому краю грудины.

Левая: 5 межреберье на 2 см кнутри от среднеключичной линии.

Верхняя: 4 ребро по левой окологрудинной линии.

Конфигурация сердца нормальная. Ширина сосудистого пучка 6 см.

АУСКУЛЬТАЦИЯ СЕРДЦА: Тоны сердца ясные, ритм правильный, частота сердечных сокращений 65 уд. в мин. Патологические шумы не выслушиваются, шум трения перикарда не определяется. При аускультации сосудов патологии не найдено. Артериальное давление 120/80 мм рт.ст.

Система пищеварения

Вкусовые ощущения не изменены. На момент осмотра жажда не усилена (в сутки выпивает 2000 мл жидкости). Глотание свободное, безболезненное. Деятельность кишечника регулярная, стул 1 раз в день,безболезненный,кал оформленный обычной окраски. Испражнения оформленной консистенции. Отхождение газов свободное, умеренное.

Полость рта: запах обычный. Слизистая оболочка внутренней поверхности губ, щек, мягкого и твердого неба нормальной окраски; высыпания, изъязвления, афты отсутствуют. Зубы санированы. Язык влажный, чистый. Зев бледно-розовый окраски. Слизистая оболочка глотки не гиперемирована.

Осмотр живота: живот овальный, симметричный, грыжевых выпячиваний не наблюдается. Расширение подкожных вен не наблюдается.

ПАЛЬПАЦИЯ ЖИВОТА: При поверхностной ориентировочной пальпации живот мягкий, безболезненный. Брюшная стенка равномерно участвует в акте дыхания. Симптомы раздражения брюшины отрицательны. Жидкости в брюшной полости при пальпации не обнаружено.

При глубокой методической скользящей пальпации живота по методу Образцова-Стражеско:

Сигмовидная кишка: пальпируется в левой подвздошной области на границе средней и наружной трети линии, соединяющей пупок с передней верхней остью подвздошной кости, в виде гладкого, плотноватого, безболезненного, не урчащего цилиндра, толщиной около 3 см. Смещается в стороны на 3-4 см.

Слепая кишка: пальпируется в правой подвздошной области на границе средней и наружной трети линии, соединяющей пупок с передней верхней остью подвздошной кости, в форме гладкого, безболезненного, расширяющегося к низу, слегка урчащего цилиндра, умеренно упругого и слабо подвижного цилиндра толщиной около 4 см. Пассивная подвижность 1-2 см.

Восходящая и нисходящая части ободочной кишки: прощупываются в виде цилиндров умеренной плотности, толщиной 2-2,5 см. Не урчащие, безболезненные.

Поперечная ободочная кишка: не пальпируется.

Желудок: не пальпируется. Симптомов раздражения брюшины нет. Пальпация области поджелудочной железы безболезненна.

ПЕРКУССИЯ: При перкуссии тимпанический звук над всей поверхностью живота, над кишечником более высокий, чем над желудком.

АУСКУЛЬТАЦИЯ: Выявляется отсутствие перистальтики слева. Шум плеска в желудке и кишечнике, а также шум трения брюшины не определяется.

Гепатолиенальная система: Асимметрии и деформации в области правого и левого подреберья не определяется.

ПЕРКУССИЯ:

Размеры печени по Курлову: 9 х 8 х 7 см

Размер тупости селезенки по Образцову: 6 х 5 см

ПАЛЬПАЦИЯ: край печени - мягкий, безболезненный. Размеры печени не увеличены. Желчный пузырь не пальпируется. Селезенка не пальпируется.

Система мочевыделения

Мочеиспускание безболезненное, 5-6 раз в сутки, обычной окраски. Дизурических расстройств нет. При осмотре области почек патологических изменений не выявляется. Почки не пальпируются. Болезненность при пальпации в области верхних и нижних мочеточниковых точек отсутствует. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочевой пузырь перкуторно не выступает над лонным сочленением.

Эндокринная система.

Вид больной соответствует возрасту и полу. Телосложение нормостеническое. Вторичные половые признаки развиты достаточно, волосяной покров распределен соответственно полу, выпадения волос нет. Видимые слизистые светло – розового цвета, без высыпаний. Подкожно-жировая клетчатка развита удовлетворительно, распространена равномерно. При пальпации щитовидная железа не увеличена, безболезненная, эластичная, подвижная. Патологические симптомы (Грефе, Мебиуса, Штельвага, Кохера, Дельримпля, Репрева-Мелехова, Илленка, Боткина, Краусса, «телеграфного столба») отсутствуют. Лицо симметричное, мимика не нарушена, глазные щели одинаковые, зрачки одинаковые, реакция на свет живая. Отеки отсутствуют. Потоотделение нормальное. Наличие угревидных, папулезных, пустулезных высыпаний, рубцов, следов расчесов на коже не найдено.

Нервно-психическая сфера

Больная правильно ориентирована в пространстве, времени и собственной личности. Контактна, охотно общается с врачом. Восприятие не нарушено. Внимание не ослаблено, способна долго сосредотачиваться на одном деле. Память сохранена. Интеллект соответствует уровню образования. Мышление не нарушено. Настроение ровное. Поведение адекватное. Головных болей, головокружений, обмороков нет. Дермографизм красный, нестойкий. Движения в здоровых конечностях сохранены. Сухожильные рефлексы сохранены. Чувствительность не нарушена.

**6. Анализы и специальные методы исследования**

Клинический анализ крови от 22.09.10

эритроциты 4.6\*10г/л,

Нв-132 г/л,

лейкоциты-4.8\*10/л

эозинофилы-2 %,

палочкоядерные нейтрофилы-3%,

сегментоядерные-59%,

моноциты-5%,

лимфоциты-31%,

СОЭ-3 мм.ч

Заключение: норма

Общий анализ мочи от 22.09.10

Цвет – соломенно-желтый

Удельный вес -1019

Реакция – с/к

Белок - отр

Глюкоза- отр

Лейкоциты – 2-3 в п.з.

Заключение: норма.

Сахар в крови 22.09.10г.

Глюкоза в кр. - 19 ммоль/л

Заключение: гипергликемия.

Анализ крови на глюкозу от 23.09.10

8˚˚ Глюкоза крови – 9,06 ммоль/л

11˚˚ Глюкоза крови – 15,02 ммоль/л

20˚˚ Глюкоза крови – 10,2 ммоль/л

23˚˚ Глюкоза крови – 9,2 ммоль/л

Заключение: гипергликемия.

Анализ крови на глюкозу от 27.09.10

8˚˚ Глюкоза крови – 8,03 ммоль/л

11˚˚ Глюкоза крови – 13,08 ммоль/л

20˚˚ Глюкоза крови – 9,05 ммоль/л

23˚˚ Глюкоза крови – 8,01 ммоль/л

Заключение: гипергликемия.

Анализ крови на глюкозу от 30.09.10

8˚˚ Глюкоза крови – 7,01 ммоль/л

11˚˚ Глюкоза крови – 8,8 ммоль/л

20˚˚ Глюкоза крови – 8,00 ммоль/л

23˚˚ Глюкоза крови – 7,05 ммоль/л

Заключение: гипергликемия

Анализ крови на глюкозу от 06.10.10

8˚˚ Глюкоза крови – 6,08 ммоль/л

11˚˚ Глюкоза крови – 4,8 ммоль/л

20˚˚ Глюкоза крови – 7,2 ммоль/л

23˚˚ Глюкоза крови – 8,0 ммоль/л

Заключение: гипергликемия

ЭКГ от 23.09.10г.

Заключение: Синусовый ритм с ЧСС 65 в мин. ЭОС отклонена влево. Нарушение процессов реполяризации нижней стенки.

Консультация окулиста 27.09.10

Глазное дно: ГД бледно-розовое, контуры чёткие, вены расширены, полнокровны.

Заключение: начальные проявления диабетической ангиопатии сетчатки.

Консультация невролога 27.09.10

Заключение: диабетическая полинейропатия.

**7. Дневник**

24.09.10

Больная предъявляет жалобы на – слабость, периодическое онемение нижних конечностей, особенно левой, чувство ползания мурашек по ногам, судороги ног, периодические боли в икроножных мышцах.

Объективно: состояние больной средней степени тяжести. Сознание ясное, положение активное. Кожные покровы бледно-розовые. Отеков нет. ЧД = 18/минуту. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Ps = 72/минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения, ритмичный. При аускультации сердца – тоны ясные, ритмичные. ЧСС=82уд./мин. Шумов нет. Язык чистый, не обложен. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Стул в норме. Диурез около 1,5л., самостоятельный.

Назначения: лечение по листу назначений продолжать.

от 23.09.10

Rp:

NovoRapid 4 ED

D.S: За 20 минут до еды 3 раза в день подкожно.

От 24.09.10

Rp:

# Sol. Actovegini 5 ml

D.S: Добавить в 200,0 мл физ. р-ра в/в капельно № 10

25.09.10

Больная предъявляет жалобы на – слабость, периодическое онемение нижних конечностей, особенно левой, чувство ползания мурашек по ногам, судороги ног, периодические боли в икроножных мышцах.

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледно-розовые, чистые. ЧД = 17/минуту. В легких дыхание везикулярное над всей поверхностью, хрипов нет. Ps=76/минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения, ритмичный, дефицита пульса нет. АД = 120/80 мм.рт.ст. При аускультации сердца – выслушиваются тоны, ритм работы сердца правильный, ЧСС=76уд./мин. Шумов нет. Язык чистый. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Стул в норме 1р/д. Мочеиспускание безболезненное. Диурез около 1,5л., самостоятельный.

Назначения:

Rp:

NovoRapid 4 ED

D.S: За 20 минут до еды 3 раза в день подкожно.

От 25.09.10

Rp:

Biosulin N 2 ED

D.S: В 22.00 подкожно.

От 24.09.10

Rp:

# Sol. Actovegini 5 ml

D.S: Добавить в 200, 0 мл физ. р-ра в/в капельно № 10

27.09.10

Больная предъявляет жалобы на – слабость, периодическое онемение нижних конечностей, особенно левой. Отмечает значительное улучшение общего самочувствия.

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледно-розовые, чистые. Видимые слизистые влажные, бледно-розовые. ЧД=16/минуту. В легких дыхание везикулярное, над всей поверхностью. Ps=80/минуту, ритмичный, дефицита пульса нет. АД = 120/80 мм.рт.ст. При аускультации сердца – выслушиваются тоны, ритм правильный, ЧСС=80уд./мин. Шумов нет. Язык не обложен. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Стул в норме 1р/д. Диурез около 1,5л., самостоятельный, безболезненный.

Назначения:

Rp:

NovoRapid 4 ED

D.S: За 20 минут до еды 3 раза в день подкожно.

От 27.09.10

Rp:

Levemir 3 ED

D.S: В 22.00 подкожно.

От 24.09.10

Rp:

# Sol. Actovegini 5 ml

D.S: Добавить в 200,0 мл физ. р-ра в/в капельно № 10

28.09.10

Больная предъявляет жалобы на – периодическое онемение нижних конечностей, особенно левой. Отмечает значительное улучшение общего самочувствия.

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледно-розовые, чистые. Видимые слизистые влажные, бледно-розовые. ЧД=16/минуту. В легких дыхание везикулярное, над всей поверхностью. Ps=80/минуту, ритмичный, дефицита пульса нет. АД = 120/80 мм.рт.ст. При аускультации сердца – выслушиваются тоны, ритм правильный, ЧСС=80уд./мин. Шумов нет. Язык не обложен. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Стул в норме 1р/д. Диурез около 1,5л., самостоятельный, безболезненный.

Назначения: Лечение то же.

29.09.10

Больная предъявляет жалобы на – периодическое онемение нижних конечностей, особенно левой. Отмечает значительное улучшение общего самочувствия.

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледно-розовые, чистые. Видимые слизистые влажные, бледно-розовые. ЧД=18/минуту. В легких дыхание везикулярное, над всей поверхностью. Ps=71/минуту, ритмичный, дефицита пульса нет. АД = 120/80 мм.рт.ст. При аускультации сердца – выслушиваются тоны, ритм правильный, ЧСС=80уд./мин. Шумов нет. Язык не обложен. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Стул в норме 1р/д. Диурез около 1,5л., самостоятельный, безболезненный.

Назначения: Лечение то же.

30.09.10

Больная предъявляет жалобы на – периодическое онемение нижних конечностей, особенно левой. Отмечает значительное улучшение общего самочувствия.

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледно-розовые, чистые. Видимые слизистые влажные, бледно-розовые. ЧД=18/минуту. В легких дыхание везикулярное, над всей поверхностью. Ps=75/минуту, ритмичный, дефицита пульса нет. АД = 120/80 мм.рт.ст. При аускультации сердца – выслушиваются тоны, ритм правильный, ЧСС=80уд./мин. Шумов нет. Язык не обложен. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Стул в норме 1р/д. Диурез около 1,5л., самостоятельный, безболезненный.

Назначения: Лечение то же.

01.10.10

Больная предъявляет жалобы на – периодическое онемение нижних конечностей, особенно левой. Отмечает значительное улучшение общего самочувствия.

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледно-розовые, чистые. Видимые слизистые влажные, бледно-розовые. ЧД=18/минуту. В легких дыхание везикулярное, над всей поверхностью. Ps=75/минуту, ритмичный, дефицита пульса нет. АД = 120/80 мм.рт.ст. При аускультации сердца – выслушиваются тоны, ритм правильный, ЧСС=80уд./мин. Шумов нет. Язык не обложен. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Стул в норме 1р/д. Диурез около 1,5л., самостоятельный, безболезненный.

Назначения: Лечение то же.

02.10.10

Больная предъявляет жалобы на – периодическое онемение нижних конечностей, особенно левой. Отмечает значительное улучшение общего самочувствия.

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледно-розовые, чистые. Видимые слизистые влажные, бледно-розовые. ЧД=18/минуту. В легких дыхание везикулярное, над всей поверхностью. Ps=75/минуту, ритмичный, дефицита пульса нет. АД = 120/80 мм.рт.ст. При аускультации сердца – выслушиваются тоны, ритм правильный, ЧСС=80уд./мин. Шумов нет. Язык не обложен. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Стул в норме 1р/д. Диурез около 1,5л., самостоятельный, безболезненный.

Назначения: Лечение то же.

04.10.10

Больная предъявляет жалобы на – периодическое онемение нижних конечностей, особенно левой. Отмечает значительное улучшение общего самочувствия.

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледно-розовые, чистые. Видимые слизистые влажные, бледно-розовые. ЧД=18/минуту. В легких дыхание везикулярное, над всей поверхностью. Ps=75/минуту, ритмичный, дефицита пульса нет. АД = 120/80 мм.рт.ст. При аускультации сердца – выслушиваются тоны, ритм правильный, ЧСС=80уд./мин. Шумов нет. Язык не обложен. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Стул в норме 1р/д. Диурез около 1,5л., самостоятельный, безболезненный.

Назначения: От 04.09.10

Rp:

 Sol. Trentali 10 ml

D.S: Добавить в 250, 0 мл физ. р-ра в/в капельно № 3

Остальное лечение то же.

05.10.10

Больная предъявляет жалобы на – периодическое онемение нижних конечностей, особенно левой. Отмечает значительное улучшение общего самочувствия.

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледно-розовые, чистые. Видимые слизистые влажные, бледно-розовые. ЧД=18/минуту. В легких дыхание везикулярное, над всей поверхностью. Ps=75/минуту, ритмичный, дефицита пульса нет. АД = 120/80 мм.рт.ст. При аускультации сердца – выслушиваются тоны, ритм правильный, ЧСС=80уд./мин. Шумов нет. Язык не обложен. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Стул в норме 1р/д. Диурез около 1,5л., самостоятельный, безболезненный.

Назначения: Лечение то же продолжить.

06.10.10

Жалоб нет.

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледно-розовые, чистые. Видимые слизистые влажные, бледно-розовые. ЧД=18/минуту. В легких дыхание везикулярное, над всей поверхностью. Ps=75/минуту, ритмичный, дефицита пульса нет. АД = 120/80 мм.рт.ст. При аускультации сердца – выслушиваются тоны, ритм правильный, ЧСС=80уд./мин. Шумов нет. Язык не обложен. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Стул в норме 1р/д. Диурез около 1,5л., самостоятельный, безболезненный.

Назначения: Подготовка к выписке. Следовать рекомендациям врача.

**8. Клинический диагноз**

Основной: Сахарный диабет І типа (LADA) средней степени тяжести. Декомпенсация.

Осложнения основного: Диабетическая полинейропатия. Диабетическая ангиопатия сетчатки.

Сопутствующий:

**9. Обоснование диагноза**

На основании жалоб на: слабость, умеренную жажду (до 3-х литров в сутки), сухость во рту, умеренную полиурию (до 3-х литров в сутки), потеря в весе 10 кг за последние 6 месяцев.

На основании данных анамнеза заболевания: Считает себя больной в течение трех лет, когда внезапно произошло снижение зрения. На приеме у окулиста было обнаружено спазмирование сосудов. В поликлинике по месту жительству был впервые сделан анализ на сахар крови – 19 ммоль/ л.

На основании данных анамнеза жизни: Наследственность отягощена по сахарному диабету - сахарный диабет у матери и отца. Неблагоприятная обстановка в семье – алкогольная зависимость у мужа, постоянные стрессы на этом фоне.

На основании лабораторных методов диагностики: Сахар в крови 22.09.10г.

Глюкоза в крови - 19 ммоль/л.

Анализ крови на глюкозу от 23.09.10

8˚˚ Глюкоза крови – 9,06 ммоль/л

11˚˚ Глюкоза крови – 15,02 ммоль/л

20˚˚ Глюкоза крови – 10,2 ммоль/л

23˚˚ Глюкоза крови – 9,2 ммоль/л

Можно поставить диагноз: Сахарный диабет.

На основании жалоб на: слабость, умеренную жажду (до 3-х литров в сутки), сухость во рту, умеренную полиурию (до 3-х литров в сутки), потеря в весе 10 кг за последние 6 месяцев.

На основании данных анамнеза заболевания: Считает себя больной в течение трех лет, когда внезапно произошло снижение зрения. На приеме у окулиста было обнаружено спазмирование сосудов. В поликлинике по месту жительству был впервые сделан анализ на сахар крови – 19 ммоль/ л. Наблюдалась у эндокринолога по месту жительства. Был поставлен диагноз: Сахарный диабет ІІ типа. Были назначены таблетированные гипогликемические средства. Принимает регулярно. За последние 2 месяца отмечает ухудшение, когда стала нарастать слабость, жажда, сухость во рту, полиурия, сахар крови 10-15 ммоль/л.

На основании данных анамнеза жизни: Наследственность отягощена по сахарному диабету - сахарный диабет у матери и отца. Неблагоприятная обстановка в семье – алкогольная зависимость у мужа, постоянные стрессы на этом фоне.

Можно поставить диагноз: Сахарный диабет І типа.

На основании следующих данных: женщина старше 35-40 летзаболевание манифестировало не столь ярко (умеренная полидипсия и полиурия). В данном случае пациентке вначале был установлен диагноз сахарного диабета 2 типа и были назначены таблетированные гипогликемические средства: Манинил по 1 таб. утром и Сиафор по 1 таб. вечером. Пропила 5 месяцев. Сахар крови – 10,0 ммоль/л. После чего была переведена на Амарил по 1 таб. утром и Сиафор по 1 таб. вечером. Принимает регулярно. Сахар крови – 8,0 ммоль/л., которые какое-то время обеспечивали приемлемую компенсацию сахарного диабета. Но спустя 3 года у пациентки появились симптомы, обусловленные нарастающим абсолютным дефицитом инсулина: похудение на 10 кг за полгода, невозможность поддержания нормальной гликемии на фоне таблетированных сахароснижающих препаратов, эти данные говорят о латентном аутоиммунном диабете взрослых – LADA-диабете.

Можно поставить диагноз: Сахарный диабет І типа (LADA)

На основании жалоб на: слабость, умеренную жажду (до 3-х литров в сутки), сухость во рту, умеренную полиурию (до 3-х литров в сутки), потеря в весе 10 кг за последние 6 месяцев, периодическое онемение нижних конечностей, хождение мурашек по ногам, особенно левой, судороги ног, периодические боли в икроножных мышцах

На основании данных анамнеза заболевания: Считает себя больной в течение трех лет, когда внезапно произошло снижение зрения. На приеме у окулиста было обнаружено спазмирование сосудов. В поликлинике по месту жительству был впервые сделан анализ на сахар крови – 19 ммоль/ л. За последние 2 месяца отмечает ухудшение, когда стала нарастать слабость, жажда, сухость во рту, полиурия, сахар крови 10-15 ммоль/л.

На основании лабораторных методов диагностики: Сахар в крови 22.09.10г.

Глюкоза в крови - 19 ммоль/л.

Анализ крови на глюкозу от 23.09.10

8˚˚ Глюкоза крови – 9,06 ммоль/л

11˚˚ Глюкоза крови – 15,02 ммоль/л

20˚˚ Глюкоза крови – 10,2 ммоль/л

23˚˚ Глюкоза крови – 9,2 ммоль/л

Можно поставить диагноз: Сахарный диабет І типа (LADA). Средней степени тяжести.

На основании жалоб на: слабость, умеренную жажду (до 3-х литров в сутки), сухость во рту, умеренную полиурию (до 3-х литров в сутки), потеря в весе 10 кг за последние 6 месяцев.

На основании данных анамнеза заболевания: Считает себя больной в течение трех лет, когда внезапно произошло снижение зрения. На приеме у окулиста было обнаружено спазмирование сосудов. В поликлинике по месту жительству был впервые сделан анализ на сахар крови – 19 ммоль/ л. Наблюдалась у эндокринолога по месту жительства. Был поставлен диагноз: Сахарный диабет ІІ типа. Были назначены Манинил по 1 таб. утром и Сиафор по 1 таб. вечером. Пропила 5 месяцев. Сахар крови – 10,0 ммоль/л. После чего была переведена на Амарил по 1 таб. утром и Сиафор по 1 таб. вечером. Принимает регулярно. Сахар крови – 8,0 ммоль/л. Принимает регулярно.За последние 2 месяца отмечает ухудшение, когда стала нарастать слабость, жажда, сухость во рту, полиурия, сахар крови 10-15 ммоль/л.

На основании лабораторных методов диагностики: Сахар в крови 22.09.10г.

Глюкоза в крови - 19 ммоль/л.

Анализ крови на глюкозу от 23.09.10

8˚˚ Глюкоза крови – 9,06 ммоль/л

11˚˚ Глюкоза крови – 15,02 ммоль/л

20˚˚ Глюкоза крови – 10,2 ммоль/л

23˚˚ Глюкоза крови – 9,2 ммоль/л

Можно поставить диагноз: Сахарный диабет І типа (LADA). Средней степени тяжести. Декомпенсация.

На основании жалоб на: периодическое онемение нижних конечностей, хождение мурашек по ногам, особенно левой, судороги ног, периодические боли в икроножных мышцах.

На основании консультации невролога от 27.09.10. Заключение: диабетическая полинейропатия.

Можно поставить диагноз: Сахарный диабет І типа (LADA) средней степени тяжести. Декомпенсация. Диабетическая полинейропатия.

На основании консультации окулиста от 27.09.10

Глазное дно: ГД бледно-розовое, контуры чёткие, вены расширены, полнокровны.

Заключение: начальные проявления диабетической ангиопатии сетчатки.

Можно поставить диагноз: Сахарный диабет І типа (LADA) средней степени тяжести. Декомпенсация. Диабетическая полинейропатия. Диабетическая ангиопатия сетчатки.

Дифференциальный диагноз

Сахарный диабет I типа дифференцируется от диабета II типа

По этиологии при сахарном диабете I типа: аутоиммунная деструкция В-клеток островков ПЖЖ. При сахарном диабете II типа: инсулинорезистентность в сочетании с секреторной дисфункцией В-клеток.

При сахарном диабете II типа жалобы на: умеренную полиурию, полидипсию, сухость во рту, кожный зуд, ожирение, повышение аппетита, может протекать бессимптомно, в половине случаев на момент диагностики выявляются поздние осложнения, когда как при I типе все симптомы выражены более остро. При сахарном диабете I тип LADA-диабете жалобы ( у данной больной)- в течение двух месяцев полиурия, полидипсия, общая и мышечная слабость, похудение на 10 кг за полгода.

По данным анамнеза жизни: Факторами риска развития сахарного диабета 2 типа являются:

1. ожирение, особенно висцеральное;
2. этническая принадлежность (особенно при смене традиционного образа жизни на западный);
3. сахарный диабет 2 типа у ближайших родственников;
4. малоподвижный образ жизни;
5. особенности диеты (высокое потребление рафинированных углеводов и низкое содержание клетчатки);
6. артериальная гипертензия.

В отличие от диабета первого типа для второго типа характерно медленное развитие заболевания. Иногда может пройти несколько месяцев, а то и лет, до постановки диагноза.Часто диабет обнаруживают случайно, обследуясь по совсем другим поводам.

Сахарный диабет 1 типа является заболеванием с наследственной предрасположенностью, но ее вклад в развитие заболевания невелик (определяет его развитие примерно на 1/3). Вероятность развития сахарного диабета 1 типа у ребенка при больной матери составляет 1-2 %, отце - 3-6 %, брате или сестре - 6 %. У данной больной отец и мать имеют сахарный диабет.

По данным анамнеза заболевания при сахарном диабете I типа (LADA). : женщина 38 летзаболевание манифестировало не столь ярко (умеренная полидипсия и полиурия). В данном случае пациентке вначале был установлен диагноз сахарного диабета 2 типа и были назначены таблетированные сахароснижающие препараты, которые какое-то время обеспечивали приемлемую компенсацию сахарного диабета. Но спустя 3 года у пациентки появились симптомы, обусловленные нарастающим абсолютным дефицитом инсулина: похудение на 10 кг за полгода, невозможность поддержания нормальной гликемии на фоне таблетированных сахароснижающих препаратов, что говорит о диабете 1 типа (LADA)

При сахарном диабете II типа при обычном течении длительное время прием таблетированных сахароснижающих препаратов позволяет обеспечивать компенсацию сахарного диабета.

По данным лабораторной диагностики: Диагностика сахарного диабета 1 типа в подавляющем большинстве случаев базируется на выявлении **значительной гипергликемии у пациентов с выраженными клиническими проявлениями абсолютного дефицита инсулина. Оральный глюкозотолерантный тест**с целью диагностики сахарного диабета 1 типа приходится проводить очень редко. У данной пациентки:

Глюкоза в крови - 19 ммоль/л. Заключение: гипергликемия.

Анализ крови на глюкозу

8˚˚ Глюкоза крови – 9,06 ммоль/л

11˚˚ Глюкоза крови – 15,02 ммоль/л

20˚˚ Глюкоза крови – 10,2 ммоль/л

23˚˚ Глюкоза крови – 9,2 ммоль/л

Заключение: гипергликемия.

Всомнительных случаях (выявление умеренной гипергликемии при отсутствии явных клинических проявлений, манифестация в относительно немолодом возрасте), а также с целью дифференциальной диагностики с другими типами сахарного диабета используется определение уровня **С-пептида**(базального и через 2 часа после приема пищи).В сомнительных случаях может иметь определение **иммунологических маркеров** сахарного диабета 1 типа - антитела к островкам поджелудочной железы, к глутаматдекарбоксилазе (GAD65) и тирозинфосфатазе (IA-2 и IA-2P).

**10. Лечение**

1. Диета № 9.

Расчет питания ведется с учетом общего состояния, пола, ростовесовых показателей и затрат энергии (на конкретный вид деятельности). Норма: 30 ккал/кг физиологического веса. Физиологический вес данной больной – 80 кг. Расчет: 80х30=2400 ккал/сут.

Частый прием пищи - 5-6 раз в день. Рекомендовано следующее распределение суточного рациона:

|  |  |
| --- | --- |
| Прием пищи | Объем в % |
| Первый завтрак 8 ч. | 20 % |
| Второй завтрак 12 ч. | 10 % |
| Обед 14 ч. | 20-30 % |
| Полдник 17 ч. | 10 % |
| Ужин 19 ч. | 20 % |
| Второй ужин 21 ч. | 10% |

1. Режим стационарный.
2. инсулинотерапия

Показанием к инсулинотерапии является Сахарный диабет І типа, снижение веса на 10 кг за полгода.

от 23.09.10

Rp:

NovoRapid 4 ED

D.S: За 20 минут до еды 3 раза в день подкожно.

Механизм действия: Препарат аналог человеческого инсулина короткого действия для заместительной терапии при инсулинзависимом сахарном диабете. Взаимодействует со специфическим рецептором внешней цитоплазматической мембраны клеток и образует инсулин-рецепторный комплекс, стимулирующий внутриклеточные процессы, в т. ч. синтез ряда ключевых ферментов (гексокиназа, пируваткиназа, гликогенсинтетаза и др.). Снижение содержания глюкозы в крови обусловлено повышением ее внутриклеточного транспорта, усилением усвоения тканями, стимуляцией липогенеза, гликогеногенеза, снижением скорости продукции глюкозы печенью и др. Фармакологическое действие – гипогликемическое.

От 25.09.10

Rp:

Biosulin N 2 ED

D.S: В 22.00 подкожно.

Механизм действия: Инсулин человеческий средней продолжительности действия для заместительной терапии при инсулинзависимом сахарном диабете. Взаимодействует со специфическим рецептором внешней цитоплазматической мембраны клеток и образует инсулин-рецепторный комплекс, стимулирующий внутриклеточные процессы, в т.ч. синтез ряда ключевых ферментов (в т.ч. гексокиназа, пируваткиназа, гликогенсинтетаза). Снижение содержания глюкозы в крови обусловлено повышением ее внутриклеточного транспорта, усилением поглощения и усвоения тканями, стимуляцией липогенеза, гликогеногенеза, снижением скорости продукции глюкозы печенью. Фармакологическое действие – гипогликемическое.

От 27.09.10

Rp:

Levemir 3 ED

D.S: В 22.00 подкожно.

Механизм действия: Гипогликемический препарат. Является растворимым базальным аналогом человеческого инсулина с плоским и прогнозируемым профилем активности, обладающим пролонгированным действием. Профиль действия препарата Левемир значительно менее вариабелен по сравнению с изофан-инсулином и инсулином гларгин.
Пролонгированное действие препарата Левемир обусловлено выраженной самоассоциацией молекул инсулина детемир в месте инъекции и связыванием молекул препарата с альбумином посредством соединения с боковой цепью. Инсулин детемир по сравнению с изофан-инсулином к периферическим тканям-мишеням поступает медленнее. Эти комбинированные механизмы замедленного распределения обеспечивают более воспроизводимый профиль абсорбции и действия препарата Левемир по сравнению с изофан-инсулином.

Взаимодействует со специфическим рецептором внешней цитоплазматической мембраны клеток и образует инсулин-рецепторный комплекс, стимулирующий внутриклеточные процессы, в т.ч. синтез ряда ключевых ферментов (гексокиназа, пируваткиназа, гликогенсинтетаза).Снижение содержания глюкозы в крови обусловлено повышением ее внутриклеточного транспорта, усилением усвоения тканями, стимуляцией липогенеза, гликогеногенеза, снижением скорости продукции глюкозы печенью. Фармакологическое действие – гипогликемическое.

Таким образом инсулинотерапия состоит в приеме Новорапида 3 раза в день перед едой по 2 ЕД и Левемира на ночь 3 ЕД.

1. Метаболическая терапия.

Показанием является диабетическая полинейропатия.

От 24.09.10

Rp:

# Sol. Actovegini 5 ml

D.S: Добавить в 200,0 мл физ. р-ра в/в капельно № 10

Механизм действия: актовегин активирует клеточный метаболизм (обмен веществ) путем увеличения транспорта и накопления глюкозы и кислорода, усиливая их внутриклеточную утилизацию. Эти процессы приводят к ускорению метаболизма АТФ (аденозинтрифосфорной кислоты) и повышению энергетических ресурсов клетки. При условиях, ограничивающих нормальные функции энергетического метаболизма (гипоксия /недостаточное снабжение ткани кислородом или нарушение его усвоения/, недостаток субстрата) и при повышенном потреблении энергии (заживление, регенерация /восстановление ткани), актовегин стимулирует энергетические процессы функционального метаболизма (процесс обмена веществ в организме) и анаболизма (процесс усвоения веществ организмом). Вторичным эффектом является усиление кровоснабжения.

Показание к назначению является диабетическая ангиопатия сетчатки.

От 04.09.10

Rp:

 Sol. Trentali 10 ml

D.S: Добавить в 250,0 мл физ. р-ра в/в капельно № 3

Механизм действия: трентал улучшает реологические свойства крови (текучесть) за счет воздействия на патологически измененную деформируемость эритроцитов, ингибируя агрегацию тромбоцитов и снижая повышенную вязкость крови. Трентал улучшает микроциркуляцию в зонах нарушенного кровообращения.

В качестве активного действующего вещества Трентал содержит производное ксантина — пентоксифиллин. Механизм его действия связан с ингибированием фосфодиэстеразы и накоплением цАМФ в клетках гладкой мускулатуры сосудов и форменных элементов крови.

Оказывая слабое миотропное сосудорасширяющее действие, пентоксифиллин несколько уменьшает ОПСС и незначительно расширяет коронарные сосуды.

Фармакологическое действие - сосудорасширяющее, улучшающее микроциркуляцию, нормализующее реологические свойства крови.

**Рекомендации:**

1. Стол № 9. исключение легкоусвояемых углеводов (сахар, мёд, белые крупы, пшеничная мука); использование продуктов, содержащих клетчатку и пектин; распределение углеводов в течение суток в зависимости от дозы получаемого инсулина. Оптимальный режим питания: 3 основных приема пищи и 2 или 3 дополнительных.

2. Регулярный прием препаратов инсулина: Новорапид 4 ЕД 3 раза в день за 20 минут до еды, Левемир 3 ЕД в 22.00. Берлитион 300- 300мг 1 раз в сутки в течение 1 месяца. Трентал 100мг 3 раза в сутки в течение 1 месяца.

3. Контроль сахара крови (Определение уровня сахара желательно выполнять перед каждым приемом пищи. Дополнительно нужно контролировать уровень сахара перед сном и во всех случаях ухудшения самочувствия)

4. Рекомендуется вести дневник, в который заносятся данные самоконтроля уровня сахара в крови и моче, количество вводимого инсулина, особенности принятой пищи. Также нужно записывать и особенности самочувствия. Дневник необходимо иметь с собой при каждом посещении врача. Это позволит врачу вовремя заметить ухудшение самочувствия пациента и проводить эффективное лечение болезни.

5. Наблюдение у эндокринолога 1 раз в 3 месяца.

6 Стационарное лечение 1 раз в год.

**11. Прогноз**

Прогноз в отношении выздоровления неблагоприятный, для жизни – благоприятный, при соблюдении диеты и режима инсулинотерапии. Трудовой прогноз благоприятный.

**12. Эпикриз**

Больная XXXXXXXXX XXXXXXXXXXXX, поступила в клинику 22.09.2010 по направлению врача-эндокринолога поликлиники для диагностики и лечения с жалобами на слабость, умеренную жажду (до 3-х литров в сутки), сухость во рту, умеренную полиурию ( до 3-х литров , в сутки) шум в ушах, потеря в весе 10 кг за последние 6 месяцев, периодическое онемение нижних конечностей, чувство ползания мурашек по ногам, особенно левой, судороги ног, периодические боли в икроножных мышцах. Из анамнеза: Считает себя больной в течение трех лет, наблюдалась у эндокринолога по месту жительства. Был поставлен диагноз: Сахарный диабет ІІ типа. Были назначены таблетированные сахароснижающие препараты, в течение некоторого времени обеспечивали приемлемую компенсацию сахарного диабета. Но спустя 3 года у пациентки появились симптомы, обусловленные нарастающим абсолютным дефицитом инсулина: похудение на 10 кг за полгода, невозможность поддержания нормальной гликемии на фоне таблетированных сахароснижающих препаратов. Проведено обследование. Лабораторные показатели: Анализ крови на глюкозу от 23.09.10 - 8˚˚ глюкоза крови –8˚˚ Глюкоза крови – 9,06 ммоль/л , 11˚˚ Глюкоза крови – 15,02 ммоль/л, 20˚˚ Глюкоза крови – 10,2 ммоль/л, 23˚˚ Глюкоза крови – 9,2 ммоль/л. ЭКГ от 23.09.10г.Заключение: Синусовый ритм с ЧСС 65 в мин. ЭОС отклонена влево. Нарушение процессов реполяризации нижней стенки. Консультация окулиста 27.0910 Глазное дно: ГД бледно-розовое, контуры чёткие, вены расширены, полнокровны. Заключение: начальные проявления диабетической ангиопатии сетчатки. Консультация невролога 27.09.10Заключение: диабетическая полинейропатия. Проведено дообследование, установлен диагноз: Сахарный диабет І типа (LADA) средней степени тяжести. Декомпенсация. Осложнения: Диабетическая полинейропатия. Диабетическая ангиопатия сетчатки. Больной подобрана инсулинотерапия, проведена симптоматическая терапия, назначено лечение для профилактики осложнений, проведены курсы в школе диабета. В удовлетворительном состоянии выписана домой. Рекомендовано: 1. Стол № 9. исключение легкоусвояемых углеводов (сахар, мёд, белые крупы, пшеничная мука); использование продуктов, содержащих клетчатку и пектин; распределение углеводов в течение суток в зависимости от дозы получаемого инсулина. Оптимальный режим питания: 3 основных приема пищи и 2 или 3 дополнительных.2. Регулярный прием препаратов инсулина: Новорапид 4 ЕД 3 раза в день за 20 минут до еды, Левемир 3 ЕД в 22.00. Берлитион 300- 300мг 1 раз в сутки в течение 1 месяца. Трентал 100мг 3 раза в сутки в течение 1 месяца. 3. Контроль сахара крови (Определение уровня сахара желательно выполнять перед каждым приемом пищи. Дополнительно нужно контролировать уровень сахара перед сном и во всех случаях ухудшения самочувствия)4. Рекомендуется вести дневник, в который заносятся данные самоконтроля уровня сахара в крови и моче, количество вводимого инсулина, особенности принятой пищи. Также нужно записывать и особенности самочувствия. Дневник необходимо иметь с собой при каждом посещении врача. Это позволит врачу вовремя заметить ухудшение самочувствия пациента и проводить эффективное лечение болезни. 5. Наблюдение у эндокринолога 1 раз в 3 месяца.6 Стационарное лечение 1 раз в год. Прогноз в отношении выздоровления неблагоприятный, для жизни – благоприятный, при соблюдении диеты и режима инсулинотерапии. Трудовой прогноз благоприятный.

**13. Список использованной литературы**

1. Балаболкин М.И. Эндокринология: Учеб. пособие. -М.: Медицина, 1989. 416 с.(Учеб. лит. Для субординаторов и интернов).

2. И. И. Дедов, Г. А. Мельниченко, В. А. Фадеев Эндокринология- М. « Гэотар-Медиа» 2007г.

3. Медведев В.В., Волчек Ю.З. Клиническая лабораторная диагностика 4. Потемкин В.В. Эндокринология. -М.: Медицина, 1986. 432 с., ил.

5.Справочник для врачей . Под ред. В.А. Яковлева. - СПб.: Гиппократ, 1995. -208 с.

6.Машковский М.Д. Лекарственные средства. В двух частях. Ч. 1., Ч.2-М.: Медицина, 1993.