**Паспортная часть.**

1. Фамилия, имя, отчество: \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*
2. Возраст больного: 58 лет.
3. Пол: женский.
4. Место работы: пенсионерка.
5. Домашний адрес:
6. Дата поступления:
7. Клинический диагноз: сахарный диабет II типа, инсулинопотребный, в стадии

декомпенсации, средней степени тяжести.

1. Осложнения основного заболевания: нет.
2. Время курации:
3. Фамилия куратора:

**Жалобы при поступлении.**

При поступлении предъявляла жалобы на сухость во рту, жажду (пьет до 1,5 л/сут), учащение мочеиспускания, в т.ч. в ночное время, на периодически возникающий кожный зуд, слабость, утомляемость, сухость кожи, головные боли, головокружение, отеки ног, рук, зябкость ног, чувство жжения и покалывания в области стоп, тошноту после еды, тупые опоясывающие боли в левом подреберье, тупые боли в поясничной области.

**История развития заболевания.**

Больна в течение 14 лет, когда после перенесенного сильного психоэмоционального стресса в августе 1988 года появились первые признаки заболевания (сухость во рту, повышенный аппетит, учащенное мочеиспускание, слабость). Через два месяца обратилась к участковому терапевту с соответствующими жалобами. Было проведено определение уровня глюкозы в крови, показатель составил 14 ммоль/л. Был поставлен диагноз – сахарный диабет II типа. Соблюдала диету и принимала сахаропонижающие препараты (манинил). Два года назад уровень глюкозы в крови достиг 19 ммоль/л и не снижался при приеме пероральных сахаропонижающих препаратов, что было показанием для назначения инсулинотерапии. Пациентка получает в/к: утром актрапид 12 ЕД, монотард 16 ЕД, вечером 12 ЕД монотард, а также принимает внутрь 10 мг манинила перед ужином. Ежегодно проходит плановое стационарное лечение. Последняя госпитализация была в сентябре 2001 года. Выписана с положительной динамикой.

**История жизни больного.**

Родилась в Ярославле. Образование среднее. Работала мастером на ЯШЗ, 1 сетка вредности.

Живет с мужем.

Перенесенные заболевания: гипертоническая болезнь, II ст. в течение 14 лет, пиелонефрит с 53 лет, катаракта хрусталика, предынфарктное состояние в 45лет, холецистэктомия в 1995 году. Наличие у себя венерических заболеваний и туберкулеза отрицает. Наличие сифилиса, злокачественных новообразований, психических заболеваний, болезней обмена веществ, алкоголизма, гемофилии у ближайших родственников не признает.

Менструирует с 14 лет, менструальный цикл закончился в возрасте 45 лет. Детей 2. Масса первого 3,700, второго 5 кг.

Наследственность отягощена по сахарному диабету.

Гемотрансфузий не было. Аллергических реакций на лекарственные средства нет.

**Объективное исследование больного.**

**Общие данные:**

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Выражение лица без болезненных проявлений. Положение активное. Телосложение по нормостеническому типу. Развитие подкожно-жировой клетчатки избыточное (толщина кожной складки под лопаткой 3 см). Рост 158 см, вес 95 кг. Ожирение I степени (индекс массы тела = 30).

Кожные покровы естественного цвета, сухие. Сыпей, чешуек, эрозий, трещин, язв, микрогемангиом, геморрагий, расчесов, видимых липом не обнаружено. Гнойников, пролежней, нет.

Эластичность и тургор тканей снижен. Ломкости, исчерченности ногтей, симптома “ часовых стеклышек ” не выявлено. Волосы без патологических изменений. Видимые слизистые розового цвета, сухие. Высыпаний и изъязвлений нет.

Лимфатические узлы: затылочные, околоушные, подчелюстные, подбородочные, задние и передние шейные, надключичные, подключичные, подмышечные, локтевые, паховые, подколенные не пальпируются.

**Обследование по системам.**

**Дыхательная система.**

**Состояние верхних дыхательных путей.**

Форма носа не изменена, гортань не деформирована. Дыхание через нос свободное, отделяемого нет. Охриплости голоса и афонии нет.

**Осмотр:** дыхание поверхностное, 18 дыхательных движений в минуту. Тип грудной, движения при дыхании равномерные.

**Пальпация**

Грудная клетка ригидная, безболезненная. Голосовое дрожание проводится умеренно, равномерно с двух сторон.

**Перкуссия легких.**

При сравнительной перкуссии над симметричными участками легких выявляется ясный легочный звук.

Топографическая перкуссия лёгких: высота стояния верхушек, нижние границы лёгких в пределах нормы.

Подвижность лёгочных краёв: по linea axillaris anterior справа - 7 см, слева - 7см. **Аускультация легких.**

Над всей поверхностью легких выслушивается ослабленное везикулярное дыхание. Побочные дыхательные шумы отсутствуют. При бронхофонии выслушивается неразборчивая шепотная речь.

**Сердечно-сосудистая система.**

**Исследование сосудов.**

Пульс 80 в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения, симметричный. Пальпируется пульсация височных, сонных, подключичных, подмышечных, плечевых, бедренных, подколенных артерий. Двойного тона Траубе, двойного шума Виноградова-Дюрозье на сонных и бедренных артериях не обнаружено. Венный пульс не выражен. “Шум волчка” на яремной вене не выслушивается.

Имеется варикозное расширение вен левой голени.

Артериальное давление на обеих руках: систолическое - 180, диастолическое – 100 мм. рт. ст.

При **осмотре** сердечный горб, видимая пульсация в области сердца, надчревная пульсация отсутствуют.

**Пальпация.** Верхушечный толчок локализован в пятом межреберье по левой срединно-ключичной линии, умеренной силы, положительный, площадью 1,5 сантиметра. Дрожания грудной клетки в области сердца не обнаружено.

**Перкуссия сердца.**

| **Границы**  **Сердца** | **Относительная сердечная тупость** | **Абсолютная**  **сердечная тупость** |
| --- | --- | --- |
| **Правая:**  **IV межреберье**   III межреберье | на 1.0 см кнаружи от правого края грудины  у правого края грудины | у правого края грудины  у левого края грудины |
| **Верхняя** | соответствует верхнему краю III ребра по l. parasternalis | верхний край IV ребра по l.parasternalis |
| **Левая:**  **V межреберье**  **IV межреберье.**    **III межреберье** | l.medioclavicularis sinistra  на 1.0 см кнутри от l.medioclavicularis sinistra  на 1 см от левого края грудины. | на 1 см кнутри от левой границы относительной сердечной тупости  на 1 см кнутри от левой границы относительной сердечной тупости  на 1 см кнутри от левой границы относительной сердечной тупости |

Поперечник сосудистого пучка - 6 см. Правая и левая границы тупости сосудистого пучка располагаются во втором межреберье справа и слева от края грудины. Поперечник сердца - 14 см.

**Аускультация сердца.**

Тоны сердца приглушены, ритмичные, выслушивается акцент II тона над легочной артерией. Частота сердечных сокращений 80 ударов в минуту. Шумы, раздвоение или расщепление тонов, ритм галопа, ритм перепела, эмбриокардия и маятникообразный ритм отсутствуют.

**Система пищеварения.**

**Осмотр полости рта.**

Слизистые щек, губ, твердого и мягкого неба розового цвета, сухие. Десны розовые, обычной влажности. Язык суховатый, не поверхности белый налет. Полость рта не санирована. Зев чистый, миндалины не увеличены. Запаха изо рта нет.

**Исследование живота.**

Живот правильной формы, симметричный, брюшная стенка равномерно участвует в акте дыхания, пупок втянут. Перистальтика не нарушена. Расширенные подкожные вены отсутствуют.

**Пальпация:**

Поверхностная пальпация: брюшная стенка не напряжена, эластична, болезненна в левой подвздошной области. Перитонеальный симптом Щеткина-Блюмберга, симптом Менделя отрицательные. Грыж белой линии живота, расхождения прямых мышц живота, опухолей не обнаружено.

Методическая, глубокая, скользящая пальпация по методу Образцова - Стражеско:

В левой подвздошной области пальпируется сигмовидная кишка в виде гладкого, плотноватого цилиндра, размером 2 см в диаметре, безболезненного, не урчащего, подвижного в пределах 3-4 см.

В правой подвздошной области пальпируется слепая кишка в виде умеренно напряженного цилиндра с закругленным дном, диаметром 3 сантиметра, безболезненного, урчащего при надавливании, умеренно подвижного.

В глубине правой подвздошной впадины пальпируется подвздошная кишка в виде

мягкого, легко перистальтирующего, пассивно подвижного цилиндра, около 1,5 см в

диаметре, урчащего при выскальзывании из под пальцев.

Червеобразный отросток, восходящий и нисходящий отдел ободочной кишки не пальпируются.

Поперечная ободочная кишка прощупывается в виде поперечного цилиндра умеренной плотности, толщиной 2,5 см, легко перемещающегося вверх и вниз, не урчащего.

Нижняя граница желудка определяется методом аускультаторной аффрикции на 4 см выше пупка. Большая кривизна определяется в виде “порожка”, расположенного на позвоночнике. Малая кривизна и привратник не пальпируются. Поджелудочная железа не пальпируется.

**Перкуссия живота:** при перкуссии над брюшной полостью определяется тимпанический перкуторный звук. Шум плеска отсутствует.

**Аускультация кишечника:** выслушивается перистальтика кишечника. Шум трения брюшины не выявлен. Стул не регулярный, имеется склонность к запорам, безболезненный. Каловые массы оформленные.

**Исследование печени:**

Видимого увеличения печени и ее пульсации не наблюдается. Границы печени в пределах возрастных норм. Размеры печени по Курлову в пределах возрастных норм.

При **пальпации** печени на высоте вдоха пальпируется нижний край печени – закругленный, плотноэластической консистенции, гладкий, безболезненный. Желчный пузырь не пальпируется, симптомы Курвуазье, Ортнера, френикус-симптом отрицательные.

**Исследование селезенки:** перкуторные границы в пределах возрастных норм. Селезенка не пальпируется в положении лежа на спине и на боку.

**Система мочеотделения.**

Поясничная область симметрична, без видимых деформаций. В области мочевого пузыря изменений брюшной стенки не выявлено. Мочевой пузырь пальпаторно и перкуторно не выявляется. Мочеиспускание свободное, безболезненное, учащенное. Дизурии, ночных мочеиспусканий нет. Почки в положении стоя, на боку и в положении лежа не пальпируются. Симптом Пастернацкого положительный с обеих сторон.

**Опорно – двигательный аппарат.**

Мышцы развиты равномерно, тонус сохранен. Мышечная сила достаточная. Одноименные группы мышц развиты симметрично. Атрофии и гипертрофии мышц нет. Уплотнения в мышцах не определяются.

Положение нижних и верхних конечностей активное.

Форма костей черепа, конечностей правильная. Искривлений позвоночника, болезненности при пальпации и поколачивании нет. Утолщений и неровностей надкостницы, размягчения костей, симптома “барабанных палочек” не обнаружено.

Суставы правильной конфигурации. Припухлость над суставами отсутствует. Кожа над ними не изменена. Болезненность при пальпации и поколачивании отсутствует. Движения в суставах активные, свободные, без хруста.

**Эндокринная система.**

Щитовидная железа не пальпируется.

**Нервная система.**

Интеллект сохранен, мышление логичное, память не нарушена. Обоняние, вкус, слух без изменений. Глазные щели одинакового размера, зрачки круглые, равной величины. Реакция их на свет сохранена. Аккомодация и конвергенция содружественны. Речевых расстройств нет. Слух не нарушен. Выделений из наружного слухового прохода и слезотечения нет. Движения скоординированы, в позе Ромберга устойчива.

**Предварительный диагноз.**

**Основной диагноз:** сахарный диабетII типа, инсулинопотребный, средней степени тяжести.

**Сопутствующий диагноз:** гипертоническая болезнь II ст, ожирение I ст, хронический пиелонефрит.

**Осложнения:** нет.

**План обследования.**

1. Общий анализ крови.
2. Биохимический анализ крови.
3. Анализ крови на сахар.
4. Общий анализ мочи.
5. Исследование каловых масс.
6. Электрокардиограмма.
7. УЗИ органов брюшной полости.
8. Консультация окулиста.

**Результаты дополнительных методов исследования.**

Общий клинический анализ крови:

Лейкоциты – 7,1 \* 10^9 /л.

Эритроциты – 4,1 \* 10^12 / л.

Гемоглобин – 138 г/л.

Тромбоциты – 273 \* 10^3 / л.

СОЭ – 18 мм/час.

Сегментоядерные нейтрофилы – 79 %.

Лимфоциты – 18 %.

Моноциты – 3 %.

Биохимический анализ крови:

Билирубин – 8,8 мкмоль/л.

Β-липопротеиды -64 ЕД.

Мочевина – 6,1 ммоль/л

К+ - 5,1

Na+ - 142.

Анализ крови на сахар:

Глюкоза крови – 17 ммоль/л

Общий анализ мочи:

Цвет – соломенно-желтый.

Прозрачность – мутная.

Удельный вес – 1014.

Реакция – кислая.

Белок – следы.

Эритроциты – отсутствуют.

Сахар – отсутствует.

Лейкоциты – 7 - 12 в поле зрения.

Эпителий – 0-2 в поле зрения.

Слизь +

Бактерии +

Проба по Нечипоренко:

Реакция – кислая.

Эритроциты –250.

Лейкоциты – 24250

Исследование каловых масс:

*Общие свойства:*

Цвет – желто-коричневый.

Консистенция – мягкий.

Форма – не оформленный.

*Химическое исследование:*

Кровь – отсутствует.

Уробилин – отсутствует.

*Микроскопическое исследование:*

Непереваренные мышечные волокна – в значительном количестве.

Фиброзные волокна – отсутствуют.

Нейтральные жиры – отсутствуют.

Кристаллические жирные кислоты – умеренное количество.

Крахмальные зерна – незначительное количество.

Растительная клетчатка – умеренно.

*Форменные элементы:*

Эритроциты – 0-2 в п/з.

Лейкоциты – 1-2 в п/з.

Электрокардиограмма:

Заключение: ритм синусовый, 95 в минуту. ЭОС не отклонена, нарушена внутрижелудочковая проводимость. Изменения реполяризации в области боковой стенки, вероятно коронарного характера.

Ультразвуковое исследование печени и поджелудочной железы:

Заключение: увеличение печени, диффузные изменения в печени и поджелудочной железе.

Шкала НДМс:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Чувствительность.** | **Результат** | **Количество баллов.** | **Правая нога.** | **Левая нога.** | **Среднее значение** |
| **Тактильная.** | Ощущает прикосновения. | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Не ощущает прикосновения. | 2 |
| **Болевая.** | Чувствует боль от укола. | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Не чувствует боль от укола. | 2 |
| **Температурная.** | Ощущает разницу температур. | 0 | 2 | 2 | 2 |
| Не ощущает разницу температур. | 2 |
| **Вибрационная.** | >7 у.е. | 0 | - | - | - |
| 3-6 у.е. | 1 |
| <3 у.е. | 2 |

**0 – 1** отсутствуют, или наличие начальных признаков.

**2 – 4** умеренно выраженная нейропатия.

**5 и более** выраженная периферическая нейропатия

**Вывод:** умеренно выраженная нейропатия.

**Обоснование клинического диагноза:**

**Клинический диагноз:**

**Основной диагноз:** сахарный диабетII типа, инсулинопотребный, в стадии декомпенсации, средней степени тяжести.

**Сопутствующий диагноз:** гипертоническая болезнь II ст, ожирение I cт, хронический пиелонефрит.

**Осложнения:** нет.

Ставлю на основании предварительного диагноза:

**Основной диагноз:** сахарный диабетII типа, инсулинопотребный, средней степени тяжести.

**Сопутствующий диагноз:** гипертоническая болезнь II ст, ожирение I ст, хронический пиелонефрит.

**Осложнения:** нет.

**Сахарный диабет** ставлю на основании жалоб больной на сухость во рту, жажду (пьет до 1,5 л/сут), учащение мочеиспускания, на периодически возникающий кожный зуд, слабость, утомляемость, сухость кожи.

На основании анамнеза заболевания: в августе 1988 года появились первые признаки заболевания (сухость во рту, повышенный аппетит, учащенное мочеиспускание, слабость). Через два месяца обратилась к участковому терапевту с соответствующими жалобами. Было проведено определение уровня глюкозы в крови, показатель составил 14 ммоль/л. Был поставлен диагноз сахарный диабет II типа.

На основании анамнеза жизни: рождение ребенка массой 5 кг.

На основании данных объективных методов исследования: сухость кожи и слизистых, гиперкератоз стоп.

**II тип** ставлю на основании того, что пациентка 58 лет, с ожирением (вес 95 кг, рост 158 см, индекс массы – 30), имеет отягощенный наследственный анамнез по сахарному диабету, течение заболевания стабильное, без склонности к кетоацидозу.

**Инсулинопотребный** т.к пероральные сахаропонижающие средства не приводят к компенсации, необходимы внутрикожные инъекции инсулина.

**Стадию декомпенсации** ставлю на основании гликемии 17 ммоль/л, высокого артериального давления (190/100), повышения количества Β-липопротеидов (норма 35-55 ЕД).

**Средняя степень тяжести** ставлю на основании того, что течение болезни стабильно компенсируется небольшими дозами инсулина, нет склонности к развитию комы, отсутствуют тяжелые осложнения, нарушающие функции органов.

**Лечение.**

**Диетотерапия.**

Женщина, пенсионерка, рост158см, вес 95 кг.

Идеальный вес 158 - 100 = 58 кг.

Коэффициент умножения для легкой физической нагрузки 25.

58 кг × 25 = 1450 ккал.

Из них 60 % должны составлять углеводы:

Углеводов должно быть 60 × 1450 / 100 = 870 ккал.

Белков – 16 %.

16 × 1450 / 100 = 235 ккал.

24 % - жиров.

24 × 1450 / 100 = 348 ккал.

Исходя из того, что 1 г углеводов = 4 ккал.

1 г белков = 4 ккал.

1 г жиров = 9 ккал.

Получаем 870 / 4 = 218 г углеводов в сутки.

235 / 4 = 56 г белков в сутки.

348 / 9 = 38 г жиров в сутки.

На **первый завтрак** необходимо 20 %:

44 г углеводов

11 г белков

8 г жиров

На **второй завтрак** – 10 %

22 г углеводов

5,5 г белков

4 г жиров

На **обед** должно приходиться 30 %

65 г углеводов

17 г белков

12 г жиров

**Полдник** 10 %

22 г углеводов

5,5 г белков

4 г жиров

**Ужин** 20 %

44 г углеводов

11 г белков

8 г жиров

**Второй ужин** 10 %

22 г углеводов

5,5 г белков

4 г жиров

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Продукты | Углеводы, г | Белки, г | Жиры, г | Ккал |
| 1. | Хлеб пшеничный, 50 г | 21 | 3 | 0,75 | 107,5 |
| Молоко цельное, 200 г | 9 | 6 | 7 | 124 |
| Фрукты, 100 г | 14 | 0,5 | 0,5 | 58,5 |
|  | 44 | 11 | 8 | 290 |
| 2. | Хлеб пшеничный, 50 г | 21 | 3 | 0,75 | 107,5 |
| Колбаса вареная, 20 г | 1 | 2,5 | 3 | 38 |
|  | 22 | 5,5 | 4 | 145 |
| 3. | Хлеб ржаной, 100 г | 1,0 | 5,0 | 1,5 | 186 |
| Гречневая каша, 100 г | 64,4 | 10,6 | 2,3 | 215 |
| Масло сливочное, 10 г | - | - | 8 | 34 |
|  | 65 | 17 | 12 | 145 |
| 4. | Хлеб пшеничный, 50 г | 21 | 3 | 0,75 | 107,5 |
| Колбаса вареная, 20 г | 1 | 2,5 | 3 | 38 |
|  | 22 | 5,5 | 4 | 145 |
| 5. | Хлеб пшеничный, 50 г | 21 | 3 | 0,75 | 107,5 |
| Молоко цельное, 200 г | 9 | 6 | 7 | 124 |
| Фрукты, 100 г | 14 | 0,5 | 0,5 | 58,5 |
|  | 44 | 11 | 8 | 290 |
| 6. | Хлеб пшеничный, 50 г | 21 | 3 | 0,75 | 107,5 |
| Колбаса вареная, 20 г | 1 | 2,5 | 3 | 38 |
|  | 22 | 5,5 | 4 | 145 |

**Медикаментозное лечение.**

Инсулинотерапия.

А). 17 ммоль/л × 18 мг % = 306 мг %

х = 30 ЕД.

Б) фактическая гликемия 306 мг %

избыточная гликемия 306 -150 = 156 мг %

156 мг % / 5 = 31 ЕД

Начальная доза инсулина 30 ЕД.

**Утро** 60% инсулина: 18 ЕД.

1/3 короткого действия: 6 ЕД. (актрапид)

2/3 среднего действия: 12 ЕД. (монотард)

**Обед** 20 % инсулина короткого действия: 6 ЕД. (актрапид)

**Ужин** 20 % инсулина короткого действия: 6 ЕД. (актрапид).

Лечение сопутствующей патологии.

1. Лечение хронического пиелонефрита:

Rp.: Furadonini 0, 05

D.t.d. N 20 in tab. enterosolubiles

S.: по 1 табл 3 раза в день в течение 7 дней.

Действует на грамположительные и грамотрицательные бактерии (стафилококки, стрептококки, кишечная палочка, возбудители брюшного тифа, паратифа, дизентерии, различные штаммы протея).

В отдельных случаях возможны потеря аппетита, тошнота, изжога, иногда рвота, а также аллергические реакции. Для предупреждения этих явлений фурадонин рекомендуется запивать большим количеством жидкости.

При лечении больных с инфекциями мочевых путей не следует назначать фурадонин (и другие нитрофураны) одновременно с кислотой налидиксовой (неграм - см.), так как при этом уменьшается антибактериальный эффект.

Rp.: Tab. Urosulfani 0, 5 N. 24

D.S. По 2 таблетки 3 раза в день.

Химиотерапевтическое действие уросульфана наиболее выражено по отношению к стафилококкам и кишечной палочке. Хорошо и быстро всасывается из желудочно-кишечного тракта. В крови создается высокая концентрация препарата. Выделяется из организма преимущественно почками. Высокая концентрация в моче способствует антибактериальному действию на возбудителей инфекций мочевых путей. Малотоксичен. Отложения препарата в мочевых путях не наблюдается.

1. Лечение гипертонической болезни.

Rp.: Sрironоlасtonum 0,025

D.t.d N 20 in tab.

S.: по 2 таблетки утром.

Спиронолактон является калийсберегающим диуретиком, отличающимся по механизму действия от триамтерена и амилорида. Оказываемый спиронолактоном диуретический эффект связан с антагонизмом по отношению к гормону коры надпочечников - альдостерону.

Rp.: Atenololi 0,1

D.t.d N 20 in tab.

S.: по 1 таблетке 1 р/д

Атенолол является избирательным (кардиоселективным) b 1 -адреноблокатором. Частичной симпатомиметической активностью не обладает.

Отличается длительностью действия. Период полувыведения составляет 6 9 ч.

Rp.: Сарtорrili 0,025

D.t.d N 20 in tab.

S.: по 1 табл. 3 р/д

Cинтетический ингибитор ангиотензин-конвертирующего фермента, применяемый в медицинской практике. Каптоприл приводит к расширению периферических (главным образом резистентных) сосудов, снижению АД, уменьшению пред- и постнагрузки на миокард и сердечной недостаточности, улучшению кровообращения в малом круге и функции дыхания, снижению сопротивления почечных сосудов и улучшению кровообращения в почках.

Куратор Дата