***I. Паспортные данные.***

1. ***Ф.И.О.***

***2. Возраст***

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. ***Пол***

женский

1. ***Профессия***

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. ***Домашний адрес***
2. ***Время поступления в клинику***

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. ***Диагноз при поступлении***

Сахарный диабет. Начинающаяся гангрена левой стопы.

1. ***Клинический диагноз***

***II. Жалобы при поступлении.***

Больная жалуется на резкие, постоянные боли в левой стопе; отёк последней после ходьбы; отёк, гиперемию, парестезию в области II, III, IV пальца левой стопы; слабость.

***III.Анамнез данного заболевания.***

Считает себя больной в течении последних 7 месяцев, когда на подошвенной поверхности левой стопы между III и IV пальцами срезала мозоль, в результате чего появилась трещина размером 0.5-1.0 см. Лечилась самостоятельно безрезультатно. Дефект увеличивался. Последние 7 суток появились вышеуказанные жалобы, что и привело к обращению в БСМП за мед. помощью.

***IV. Анамнез жизни.***

Родилась в срок. Врождённой патологии не имеет. Росла и развивалась в соответствии с полом и возрастом. Из детских инфекций перенесла ветряную оспу, часто болела ОРЗ.

Наследственный анамнез не отягощён.

Травм и операций не было. Гемотрансфузии отрицает.

В настоящий момент у больной менопауза. Menses с 14 лет, цикл регулярный. Беременности три, двое родов. Роды в срок, без особенностей.

Вредных привычек не имеет.

Туберкулёз, ЗППП, вирусный гепатит, опухоли, малярию у себя и родственников отрицает.

В контакте с инфекционными больными не была.

Аллергические реакции не отмечает.

Социальный анамнез благополучный: живёт с семьёй.

Страдает сахарным диабетом около 10 лет. Принимает инсулин внутримышечно.

***V. Данные объективного исследования.***

***Общие данные.***

Состояние больной удовлетворительное**.** Положение активное. Сознание ясное. Температура тела 36,7οС. Телосложение правильное, повышенного питания. Рост 165 см, вес 70 кг. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, обычной окраски, влажные. Кровоизлияния, сыпи и рубцы на коже и слизистых оболочках отсутствуют. Подкожно-жировая клетчатка хорошо выражена.

Осмотру и пальпации доступны сонные, подключичные, лучевые, височные, бедренные, тыльная артерия стопы. Стенки артерий эластичны. Пульс ритмичный, среднего наполнения, 84 удара в минуту, АД - 160/90 мм.рт.ст.

Из поверхностных вен осмотру и пальпации доступны большая подкожная вена ноги и медиальная подкожная вена руки. Вены безболезнены, с окружающими тканями не спаяны, без уплотнений. Варикозного расширения вен нет.

Лимфатические узлы не видны и не пальпируются.

Мускулатура развита средне. Атрофии мышц при осмотре не обнаружено.

Деформаций, асимметричности, болезненности при пальпации лицевого, мозгового черепа нет.

Форма грудной клетки коническая. Деформаций, переломов нет.

Патологических искривлений позвоночника, деформации костей таза нет.

Суставы безболезненны при активных и пассивных движениях, конфигурация их не изменена.

***Органы дыхания.***

Дыхание через нос не затруднено. Тип дыхания смешанный. ЧДД 22 в минуту. Форма грудной клетки нормостеническая, деформаций нет, при пальпации безболезненна, правая и левая половины равномерно участвуют в акте дыхания. Перкуторно - ясный легочной звук. Аускультативно выслушивается везикулярное дыхание, хрипов нет.

Высота стояния верхушек:

- спереди, с обеих сторон: на 3 см выше ключицы

- сзади: на уровне IIV шейного позвонка

Ширина полей Кренинга - 4 см.

**Нижние границы лёгких:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Линии | Справа | Слева |
| Парастенальная | V межреберье | V межреберье |
| Срединно-ключичная | VI ребро | VI ребро |
| Передняя подмышечная  | VII ребро | VII ребро |
| Средняя подмышечная | VIII ребро | VIII ребро |
| Задняя подмышечная | IX ребро | IX ребро |
| Лопаточная | X ребро | X ребро |
| Околопозвоночная | Остистый отросток XI грудного позвонка |

***Сердечно-сосудистая система.***

Видимых выпячиваний и пульсации в области сердца нет.

*Пальпаторно.* Верхушечный толчок располагается в V межреберье на 1,5 см кнутри от срединно-ключичной линии. Сердечный толчок не определяется. Эпигастральной пульсации нет.

*Перкуторно*. Границы относительной и абсолютной сердечной тупости не изменены.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Граница* | *Относительная тупость* | *Абсолютная тупость* |
| Правая | На 1 см кнаружи от правого края грудины | Левый край грудины  |
| Верхняя | Верхний край III ребра  | Хрящ IV ребра |
| Левая | На 1 см кнутри от срединно-ключичной линии |

Ширина сосудистого пучка - 6 см.

Поперечник сердца - 11 см.

Конфигурация сердца не изменена.

*Аускультативно*. Тоны сердца громкие, ритмичные. Частота сердечных сокращений 84 ударов в минуту, патологические шумы не выслушиваются.

Пульс ритмичный, среднего наполнения и напряжения. АД - 160/90 мм.рт.ст.

***Пищеварительная система.***

**ЖКТ**

*Осмотр.* Язык влажный, чистый. Слизистая оболочка внутренних поверхностей губ, щёк, нёба, зев нормальной окраски. Миндалины не изменены. Запах изо рта обычный.

Форма живота обычная. Живот симметричен, не вздут. Видимая перистальтика и антиперистальтика желудка и кишечника отсутствует. Грыжевых выпячиваний нет. Равномерно участвует в акте дыхания. Венозные коллатерали отсутствуют.

*Пальпация.* При поверхностной пальпации живот мягкий, зон повышенной кожной чувствительности нет, расхождения мышц брюшного пресса, феномен «мышечной защиты», грыжи, поверхностно расположенные опухоли не определяются; симптом Щёткина - Блюмберга отрицательный.

При методической, топографической, глубокой, скользящей пальпации по Образцову - Стражеско:

1. сигмовидная кишка прощупывается в виде гладкого, плотного, безболезненного и без урчания цилиндра, толщиной 2,5-3 см;
2. слепая кишка пальпируется в виде цилиндра толщиной в 2 пальца, с гладкой поверхностью, безболезненна и малосмещаема;
3. конечный отрезок подвздошной кишки прощупывается в форме тонкостенной трубки, дающей громкое урчание;
4. appendix не пальпируется;
5. поперечно-ободочная кишка легко передвигается вверх и вниз в виде поперечно расположенного, дугообразного, безболезненного тяжа
6. большая кривизна желудка ощущается в виде «порожка», расположенного на позвоночнике на 2 см выше пупка.

Инфильтратов, опухолей нет.

*Перкуссия.* Над брюшной полостью определяется тимпанический перкуторный звук, более высокий над кишечником и более низкий над желудком.

*Аускультация*. Выслушивается нормальная перистальтика кишечника.

**Печень, селезёнка**

Печень пальпируется у края рёберной дуги: край острый, поверхность гладкая, безболезненна. Размеры печени по Курлову 9см-8см-7см.

Желчный пузырь не пальпируется.

Селезёнка не пальпируется. Перкуторно: длинник - 7 см, поперечник - 5 см.

***Мочеполовые органы.***

При осмотре поясничной области покраснения, припухлости, болезненности не выявленно. Напряжения поясничных мышц нет. Симптом покалачивания отрицателен с обеих сторон. Почки, мочевой пузырь не пальпируются. Дизурических расстройств нет.

***Эндокринная система.***

Первичные и вторичные половые признаки соответствуют полу и возрасту. Нарушения роста нет. Части тела пропорциональны. Щитовидная железа не видна и не пальпируется.

Первичной патологии со стороны ***нервной системы и органов чувств*** не выявленно.

***Место болезни.***

Тыл левой стопы до нижней 1/3 голени отёчен, кожные покровы шелушатся. Гиперемия, синюшность III и IV пальцев распространяется до средней 1/3 тыла стопы. На подошвенной поверхности левой стопы у основания III и IV пальцев трофический дефект овальной формы размерами 0,5 - 1 см с неровными «омозоленными» краями. Дно язвы выполнено чистыми, плотными грануляциями средней зернистости тёмно красного цвета. Отделяемое серозное, скудное. Периферическая пульсация снижена, конечность тёплая на ощупь. Вышеуказанные симптомы можно объединить в синдром ишемии конечности.

***VI. Предварительный диагноз и его обоснование.***

На основании **жалоб** - на резкие, постоянные боли в левой стопе; отёк последней после ходьбы; отёк, гиперемию, парестезию в области II, III, IV пальца левой стопы; слабость; **анамнеза данного заболевания** - заболела 7 месяцев назад, когда на подошвенной поверхности левой стопы между III и IV пальцами срезала мозоль, в результате чего появилась трещина размером 0.5-1.0 см. Самостоятельное лечение не дало результатов. Дефект увеличивался. Последние 7 суток появились вышеуказанные жалобы; **анамнеза жизни** - болеет сахарным диабетом около 10 лет; **выделенного синдрома** (синдром ишемии конечности) можно поставить диагноз: ***Диабетическая ангиопатия. Трофический дефект подошвенной поверхности левой стопы. Начинающаяся гангрена III и IV пальцев левой стопы.***

***VII.*** ***План обследования и его обоснование.***

1. Лабораторно-клинические исследования:

1. общий анализ крови
2. общий анализ мочи
3. кровь на МОР
4. исследование крови на резус-принадлежность
5. сахар крови ежедневно в 600 и 2000
6. исследование свёртывающей системы крови
7. биохимический анализ крови
8. электролиты
9. билирубин
10. АСТ, АЛТ

2. Рентгенологические исследования

рентгенография левой стопы на предмет костной патологии

3. Функционально-инструментальные методы:

ЭКГ

4. Консультации специалистов: терапевта, эндокринолога, невропатолога

***VIII.*** ***Данные дополнительного исследования.***

**1.** Лабораторно-клинические исследования.

1. г. МОР отрицательна.

6.02.98 г. ОАК

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Hb | Эритроциты | Лейкоциты |
| 133 | 4.3 | 6.2 Г/л |

1. г. сахар крови 1040 6,52 ммоль/л
2. г. сахар крови 2000 9,07 ммоль/л
3. г. ОАМ
4. цвет светло жёлтый
5. реакция кислая
6. удельный вес 102
7. прозрачность нет
8. белок нет

 **Микроскопия осадка.**

1. Эпителиальные клетки
2. Плоские 1-1-2
3. Лейкоциты 2-3-3
4. Эритроциты 0-1-0
5. Слизь +
6. Бактерин +
7. г. Электролиты

К+ 4,55 ммоль/л

Na+ 140 ммоль/л

Cl- 104 ммоль/л

1. г. Коагулограмма

Протромбиновый индекс 0,88

Время рекальцификации плазмы 116//

Количество фибриногена 9,54 %

Фибриноген «В» /+++/ пол

1. г. Биохимический анализ крови

Общий белок 77,2 г/л

Альбумины 45,8 г/л - 59,3 %

Глобулины 31,4 г/л - 40,7 %

Ал/Гл 1,458599

1. г. ОАК

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  Hb |  Эр |  ЦП |  Le |  Эо |  Пал |  Сегм |  Лимф |  Мон |
|  111г/л  |  3,4Т/л |  0,8 |  8,4 Г/л |  1 |  3  |  68 |  26 |  2 |

СОЭ 6 мм/час

1. г.

Общий билирубин 12,0 мкмоль/л

прямой 0

непрямой 12,0 мкмоль/л

АСТ 12

АЛТ 13 ( до 1,5 ) 42 мкмоль/л

1. г. группа крови

АВ IV Rh +

1. г. сахар крови 2000 8,89 ммоль/л
2. г. сахар крови 600  7,05 ммоль/л
3. г. сахар крови 2000 6,48 ммоль/л
4. г. сахар крови 600 9,0 ммоль/л
5. г. сахар крови 2000 5,0 ммоль/л
6. г. сахар крови 600 5,0 ммоль/л
7. г. сахар крови 2000 5,16 ммоль/л
8. г. сахар крови 600 4,6 ммоль/л
9. г. сахар крови 2000 7,0 ммоль/л
10. г. сахар крови 600 3,32 ммоль/л
11. г. сахар крови 2100 10,2 ммоль/л
12. г. сахар крови 600 8,7 ммоль/л
13. г. сахар крови 2000 5,9 ммоль/л
14. г. ОАМ
15. цвет светло жёлтый
16. реакция кислая
17. удельный вес 100
18. прозрачность нет
19. белок 0,028 г/л
20. ацетон отр.

 **Микроскопия осадка.**

1. Эпителиальные клетки
2. Плоские 2-1-2
3. Лейкоциты 1-1-0
4. Эритроциты 0-0-1
5. Соли + ураты
6. Др. гр. +
7. Бактерин +
8. г. ОАК

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Hb |  Эр |  ЦП |  Le |  Эо |  Пал |  Сегм |  Лимф |  Мон |
|  106г/л  |  3,2Т/л |  0,8 |  6,1 Г/л |  2 |  3  |  64 |  25 |  5 |

СОЭ 30 мм/час

**2.** Рентгенологические исследования

1. г. Рентгенография левой стопы в двух проекциях

***Заключение:*** Костно-деструктивных изменений не выявлено.

**3.** Функционально-инструментальные методы

6.02.98 г. ЭКГ

***Заключение:*** Синусовый ритм. ЧСС 100 в /. Горизонтальное положение электрической оси. Диффузные изменения миокарда.

1. Консультации специалистов
2. г. *Эндокринолог*

Диабетом страдает 18 лет. Находится на инсулине:

700 - 10 ед. «Антратун» + 20 ед. «Протофан»

1800 - 10 ед. «Антратун»

2100 - 20 ед. «Протофан»

У больной имеет место: ***сахарный диабет II тип, инсулинопотребный, тяжёлое течение в ст. субкомпенсации. Диабетическая микро- и макроангиопатии.***

**Рекомендовано:**

1. диета
2. инсулинотерапия в прежнем объёме до получения инсулина крови
3. контроль гликемии 600 - 1300 - 1700 - 2000
4. контроль сахара и ацетона мочи
5. осмотр в динамике для коррекции лечения
6. г. *Терапевт*

Жалобы на головные боли в висках. В анамнезе много лет сахарный диабет. Принимает около 10 лет инсулин продлённого действия и простой. Сахара поднимаются не более 10 ммоль/л. Отмечает подъёмы АД до 180/100 мм.рт.ст. Не лечится. Состоит на учёте у эндокринолога. Общее состояние относительно удовлетворительное.

В лёгких - везикулярное дыхание. Хрипы не прослушиваются. Тоны сердца ритмичные. Акцент II тона на аорте.

Повышенного питания. Язык сухой, малиновый. Живот увеличен в объёме за счёт ПЖК. Печень не изменена. Стул - запоры. Диурез в норме.

**Диагноз: *Сахарный диабет. II тип. Тяжёлое течение, инсулинозависимый.***

***Артериальная гипертензия. Хронический колит со спастическим***

***компонентом в стадии нестойкой ремиссии.***

**Осложнения: *Диабетическая гангрена левой стопы.***

**В лечение:**

1. ***очистительные клизмы***
2. ***слабительные средства типа «регулакс»***
3. ***остальное по листу назначений***
4. г. *Невропатолог*

**Диагноз: *Пояснично-крестцовый остеохондроз с мышечно-тоническим***

***синдромом.***

**Рекомендовано:**

1. ***диклонат 3,0 в/м 5мл***
2. ***вит. В12 1000 в/м №10***
3. ***АТФ - 1,0 в/м №10***
4. ***трентал 5,0 на физ. растворе 200,0 в/в капельно №5***
5. ***финалгон - растирание***

***IX. Дифференциальный диагноз.***

***X. Клинический диагноз.***

На основании **предварительного диагноза (**жалобы больной, анамнез данного заболевания, анамнез жизни, данные объективного исследования) и **данных дополнительного исследования**, и проведённого **дифференциального диагноза** можно поставить окончательный клинический диагноз:

***Диабетическая ангиопатия. Трофический дефект подошвенной поверхности левой стопы. Начинающаяся гангрена III и IV пальцев левой стопы.***

***XI. План лечения.***

1. Стол № 9
2. Режим палатный
3. Анальгин 50 % - 2,0 ⎝ В/м

 Димедрол 1 % - 2,0 ⎛ при болях

4. Реополиглюкин 400 ⎝ В/м

 Трентал 5,0 ⎛ капельно

1. Физ. раствор 200 ⎝ В/м

 Новокаин 0,25 % - 80 капельно

 Гепарин 10.000 ед ⎛ отменить 9.02.98 г.

1. Гепарин 10.000 ед 2 раза в день В/м
2. S. Ampiox 1,0 4 раза в сутки В/м
3. Кирзол 1,0 3 раза в день В/м
4. S. Insulini

 sim. 10 ЕД П/К ⎝ утром

 lent. 20 ЕД П/К ⎛

 sim. 10 ЕД П/К ⎝ вечером

 lent. 20 ЕД П/К ⎛

1. Гепариновая мазь местно
2. Физиотерапия
3. Лазер В/В
4. Дицион 1,0 2 раза в день В/М
5. Диклонат 3,0 В/М  № 5
6. Витамин В12 1000 ед В/М № 10
7. АТФ 1,0 В/М № 10

***XII. Дневник.***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **8.02.98 г.****t 35,9оС****АД 130/80 мм.рт.ст.****Р 74 уд/м****ЧДД 20 в /** | ***Жалобы на:*** *отёк левой стопы после ходьбы; отек, гиперемию, парестезии в пальцах левой стопы.****Живот -*** *мягкий, безболезненный.* ***В лёгких -*** *везикулярное дыхание, хрипов нет.****Сердце -*** *тоны ясные, ритмичные.* ***Стул и диурез******-*** *в норме.****St. localis:*** *При осмотре тыл левой стопы несколько отёчен, у основания III и IV пальцев гиперемия, синюшность, распространяющаяся до средней трети тыла стопы. С подошвенной поверхности, у основания III и IV пальцев дефект до 1* х *0,5 см. Дно выполнено чистой грануляционной тканью. Отделяемое скудное, серозное.* | **Лечение:**1. Стол N 9
2. Режим палатный
3. Rp. Sol. Analgini 50 % - 2 ml

 Sol. Dimedroli 1 % - 2 mlD. S. Вводить В/м, при болях 1. Rp. Sol. Rheopolyglucini

 10 % - 400 ml  Sol. Trentali 5 ml  D. S. Вводить В/М, капельно1. Rp. Sol. Natrii chloridi 0.9 % -

 200 ml Sol. Novocaini 0,25 % - 80 ml  Heparini 10.000 ЕД D.S. Вводить В/В, капельно 1. Rp. Sol. Ampioxi 1,0

D. S. Вводить В/м, 4 раза в  сутки 1. Rp. Sol. Insulini

 утром: sim. 10 ЕД П/К  lent. 20 ЕД П/К  вечером: sim. 10 ЕД П/К  lent. 20 ЕД П/К1. Кирзол 1,0 3 раза в день В/м
2. Гепариновая мазь местно
 |
| **11.02.98 г.****t 36,8оС****АД 130/75 мм.рт.ст.****Р 78 в /****ЧДД 21 в /** | ***Жалобы на:*** *боли в левой стопе при ходьбе; слабость; боли в поясничной области; задержку стула.****В лёгких -*** *везикулярное дыхание* ***Сердце -*** *тоны громкие, ритмичные.****ЖКТ -*** *Язык влажный, обложен у корня белым налётом. Живот симметричный, не вздут, мягкий, безболезненный. Газы отходят, стула не было, диурез адекватен.****St. localis:*** *При осмотре сохраняется незначительный отёк и гиперемия с синим оттенком у основания III, IV пальцев. Объём движений не ограничен. Трофический дефект без динамики.*  | **Лечение:**1. Стол N 9
2. Режим палатный
3. Rp. Sol. Analgini 50 % - 2 ml

 Sol. Dimedroli 1 % - 2 mlD. S. Вводить В/м, при болях 1. Rp. Sol. Rheopolyglucini

 10 % - 400 ml  Sol. Trentali 5 ml  D. S. Вводить В/М, капельно1. Rp. Sol. Ampioxi 1,0

D. S. Вводить В/м, 4 раза в  сутки 1. Rp. Sol. Insulini

 утром: sim. 10 ЕД П/К  lent. 20 ЕД П/К  вечером: sim. 10 ЕД П/К  lent. 20 ЕД П/К1. Rp. Heparini 10.000 ЕД

D. S. Вводить В/М, 2 раза в  сутки1. Rp. Sol. Dicioni 12.5 - 2 ml

D. S. Вводить В/М, 2 раза в  сутки1. Rp. Sol. Cyancobalamini

 1000 ЕДD. t. d. № 10 in amp.S. Вводить В/М1. Rp. Sol. Natrii

 adenosintriphosphatis 1% -  1,0D. t. d. № 10 in amp.S. Вводить по 1 мл, В/М 1. Диклонат 3.0 В/М № 5
2. Кирзол 1,0 3 раза в день В/м
3. Гепариновая мазь - местно
4. Асептическая повязка с салкосерином
5. Слабительное - « Регулакс »
 |
| **14.02.98 г.****t 36,6оС****АД 135/80 мм.рт.ст.****Р 78 в /****ЧДД 20 в /** | ***Жалобы на:*** *боли в области тыла стопы при ходьбе и отёчность в левой стопе после ходьбы.* ***Живот -*** *симметричный, мягкий, безболезненный, не вздут.* ***В лёгких -*** *везикулярное дыхание* ***Сердце -*** *тоны громкие, ритмичные.****St. localis:*** *При осмотре тыл стопы с меньшей гиперемией. Отёк в нижней трети голени и на стопе отсутствует. Кожный покров тыла стопы морщинистый. У основания III и IV пальцев сохраняется синюшность с умеренной гиперемией. Трофический дефект без динамики. Имеются грануляции в области дна. Отделяемое из дефекта отсутствует.* | **Лечение:**1. Стол N 9
2. Режим палатный
3. Rp. Sol. Analgini 50 % - 2 ml

 Sol. Dimedroli 1 % - 2 mlD. S. Вводить В/м, при болях 1. Rp. Sol. Rheopolyglucini

 10 % - 400 ml  Sol. Trentali 5 ml  D. S. Вводить В/М, капельно1. Rp. Sol. Ampioxi 1,0

D. S. Вводить В/м, 4 раза в  сутки 1. Rp. Sol. Insulini

 утром: sim. 10 ЕД П/К  lent. 20 ЕД П/К  вечером: sim. 10 ЕД П/К  lent. 20 ЕД П/К1. Rp. Heparini 10.000 ЕД

D. S. Вводить В/М, 2 раза в  сутки1. Rp. Sol. Dicioni 12.5 - 2 ml

D. S. Вводить В/М, 2 раза в  сутки1. Rp. Sol. Cyancobalamini

 1000 ЕДD. t. d. № 10 in amp.S. Вводить В/М1. Rp. Sol. Natrii

 adenosintriphosphatis 1% -  1,0D. t. d. № 10 in amp.S. Вводить по 1 мл, В/М 1. Диклонат 3.0 В/М № 5
2. Кирзол 1,0 3 раза в день В/м
3. Гепариновая мазь - местно
4. Асептическая повязка с салкосерином
 |

***XIII. Температурный лист.***

***XIV. Эпикриз.***

Больная ФИО., 43 года поступила в БСМП 6.02.98 г. с жалобами на резкие, постоянные боли в левой стопе; отёк последней после ходьбы; отёк, гиперемию, парестезию в области II, III, IV пальца левой стопы; слабость. Учитывая **жалобы**; **анамнез данного заболевания** - заболела 7 месяцев назад, когда на подошвенной поверхности левой стопы между III и IV пальцами срезала мозоль, в результате чего появилась трещина размером 0.5-1.0 см. Самостоятельное лечение не дало результатов. Дефект увеличивался. Последние 7 суток появились вышеуказанные жалобы; **анамнез жизни** - болеет сахарным диабетом около 10 лет; **выделенный синдром** (синдром ишемии конечности), **данные дополнительного исследования**, и проведённый **дифференциальный диагноз** был поставлен окончательный клинический диагноз:

***Диабетическая ангиопатия. Трофический дефект подошвенной поверхности левой стопы. Начинающаяся гангрена III и IV пальцев левой стопы.***

Проводится следующее лечение:

1. Стол № 9
2. Режим палатный
3. Анальгин 50 % - 2,0 ⎝ В/м

 Димедрол 1 % - 2,0 ⎛ при болях

4. Реополиглюкин 400 ⎝ В/м

 Трентал 5,0 ⎛ капельно

1. Физ. раствор 200 ⎝ В/м

 Новокаин 0,25 % - 80 капельно

 Гепарин 10.000 ед ⎛ отменить 9.02.98 г.

1. Гепарин 10.000 ед 2 раза в день В/м
2. S. Ampiox 1,0 4 раза в сутки В/м
3. Кирзол 1,0 3 раза в день В/м
4. S. Insulini

 sim. 10 ЕД П/К ⎝ утром

 lent. 20 ЕД П/К ⎛

 sim. 10 ЕД П/К ⎝ вечером

 lent. 20 ЕД П/К ⎛

1. Гепариновая мазь местно
2. Физиотерапия
3. Лазер В/В
4. Дицион 1,0 2 раза в день В/М
5. Диклонат 3,0 В/М  № 5
6. Витамин В12 1000 ед В/М № 10
7. АТФ 1,0 В/М № 10

В результате проводимого лечения уменьшилась гиперемия на тыле стопы, прошёл отёк в нижней трети голени и на стопе, у основания III и IV пальцев синюшность с гиперемией стала умеренной. Трофический дефект на подошвенной поверхности левой стопы у основания III и IV пальцев без динамики, в размерах не увеличивается, отделяемое из дефекта прекратилось. С дна раны идёт активный рост грануляционной ткани.

Наблюдение за больной прекращается в связи с окончанием курации.

***XV. Использованная литература.***

**1. Комаров Ф.И.**

**ХИРУРГИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ**

М. Медицина 1991 г. стр. 202 - 249

1. **Старкова Н.Т.**

**КЛИНИЧЕСКАЯ ЭНДОКРИНОЛОГИЯ**

М. Медицина 1991 г.

1. **Шелагуров А.А.**

**ПРОПЕДЕВТИКА ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ**

М. Медицина 1975 г.

1. **Чазов Е.И.**

**БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И СОСУДОВ**

М. Медицина 1992 г. том 3 стр. 280 - 442

1. **Ефимов А.С.**

**ДИАБЕТИЧЕСКИЕ АНГИОПАТИИ**

Киев « ЗДОРОВЬЕ » 1973 г. стр. 81 - 93

1. **Кукес В.Г.**

**КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ**

М. Медицина 1991 г.

1. **Справочник ВИДАЛЬ**

АОЗТ М. АстраФармСервис 1998 г.

1. **проф. Полянский В.А., проф. Лищенко А.Н., доц. Новиков**

**Материалы лекций**