1. **Паспортные данные:**

ФИО больного: \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

Возраст: 30 лет

Дата рождения: 1.06.1972г.

Семейное положение: женат

Профессия: автослесарь

Место жительства: \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

Дата поступления: 28.03.2003г.

Диагноз:

1. **Основной:** Инсулинозависимый сахарный диабет I типа. Тяжелая форма. Лабильное течение.
2. **Осложнения основного:** Диабетическая полинейропатия. Диабетическая энцефалопатия.
3. **Сопутствующие:** Остеохондроз поясничного отдела позвоночника.
4. **Жалобы при поступлении.**

Жалобы на постоянные боли в мышцах нижних конечностей, распирающего, ноющего характера, усиливающиеся после ходьбы и в вечернее время суток (примерно после 17.00 часов). Больной предъявляет жалобы на жажду, сухость во рту, учащенное мочеиспускание. Отмечает ухудшение самочувствия, появление слабости, головокружения после интенсивной физической работы. Также предъявляет жалобы на боли в поясничном отделе позвоночника.

1. **Anamnesis morbi**

Считает себя больным в течение 5 лет. Заболевание началось в 1998 году, когда впервые стал отмечать постепенное ухудшение состояния, развивающиеся в течение 1,5 месяца. Появилась ломота в туловище, выкручивающие боли в мускулатуре нижних конечностей, постепенно стало ухудшаться зрение. Появилась жажда (стал выпивать до 10 литров жидкости в сутки), сухость во рту, учащенное мочеиспускание, пропал сон. После вызова скорой медицинской помощи был направлен в стационар на обследование, где у больного была взята кровь на сахар. Со слов больного уровень сахара в крови на тот момент составил 32 ммоль/л. Больной был госпитализирован и проведено лечение инсулином. С момента заболевания больной потерял 17 кг массы тела. С 1998 года наблюдается у эндокринолога по месту жительства. Данная госпитализация третья.

1. **Anamnesis vitae**

Родился 24 декабря 1972 года в поселке Новосельский Новгородской области, в семье из 4 человек, второй ребенок в семье. Рос и развивался соответственно возрасту. Закончил 8 классов средней школы и поступил в техникум в г. Старая Руса, где проучился два года и получил средне-специальное образование. До службы в армии работал водителем. После возвращения из вооруженных сил снова работал водителем. На данный момент работает слесарем на авторемонтном заводе. *Профессиональные вредности:* тяжелый физический труд, плохие условия труда, частые переохлаждения. *Семейное положение:* женат, имеет двоих детей. *Питание:* регулярное, полноценное. *Привычные интоксикации:* алкоголь употребляет по праздникам, курит с 16 лет, на данный момент выкуривает 18 сигарет в день. *Аллергологический анамнез:* Аллергических реакций на фрукты, пыльцу растений и животные аллергены больной не отмечает. *Наследственность:* не отягощена, другие члены семьи сахарным диабетом на страдают. *Перенесенные заболевания:* детские инфекции: краснуха, ангина. Туберкулез, сифилис, тифы, психические заболевания, злокачественные новообразования отрицает. Оперативных вмешательств не было. *Бытовой анамнез:* жилищно-бытовые условия удовлетворительные.

1. **Status praesens objectivus**

Состояние больного удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Телосложение правильное, форма грудной клетки - нормостеничная. Рост 180 см, вес 78 кг. Деформации скелета нет. Кожные покровы чистые, сухие. Тургор кожи нормальный. Ногтевые пластинки без изменений.

Видимые слизистые бледно-розового цвета, без патологий. Язык розовый, правильной формы, обложен беловато-желтым налетом. Десны гладкие, бледные, нормальной влажности. Зубы расшатаны, отмечается оголение корней зубов, парадонтоз. Лимфатические узлы не пальпируются.

Лицо: правильной формы, пропорциональное, черты правильные, выражение лица осмысленное. Глаза без патологических изменений, реакция обоих зрачков на свет одинаковая.

Костно-мышечная система: общее развитие мышечной системы хорошее, болезненности при пальпации мышц нет. Деформации костей, болезненности при пальпации суставов нет. Надключичное пространство без особенностей. Тип дыхания брюшной. Суставы обычной конфигурации. Активная и пассивная подвижность в суставах в полном объеме.

1. **Осмотр по органам и системам**

### Система органов дыхания:

Характер голоса нормальный.

Дыхание не затруднено, свободное. Форсированное дыхание больной осуществляет через нос. Тип дыхания брюшной.

Форма грудной клетки нормостеничная, симметричная, обе половины равномерно участвуют в дыхании. Эпигастральный угол 90 градусов. Дыхание ритмичное, средней глубины. Частота дыхательных движений – 18 в минуту.

Пальпация грудной клетки: безболезненная, эластичная, голосовое дрожание равномерно проводится на поверхность грудной клетки в симметричные точки с обеих сторон. Переломов ребер и крепитации не наблюдается.

Перкуссия легких: при сравнительной перкуссии в симметричных участках грудной клетки перкуторный звук одинаковой силы.

Топографическая перкуссия легких:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Линия | Справа | Слева |
| l. parasternalis | 5 ребро | -- |
| l. medioclavicularis | 6 ребро | -- |
| l. axillaris anterior | 7 ребро | 7 ребро |
| l. axillaris media | 8 ребро | 8 ребро |
| l. axillaris posterior | 9 ребро | 9 ребро |
| l. scapularis | 10 межреберье | 10 межреберье |
| l. paravertebralis | 9 межреберье | 9 межреберье |

Подвижность нижнего края легких:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Правое легкое | | Левое легкое | | Суммарное знач. | |
| Вдох | выдох | вдох | выдох | правое | Левое |
| l. medioclavicularis | 2 см | 2 см | -- | -- | 4 см | -- |
| l. axillaris media | 3 см | 3 см | 3 см | 3 см | 6 см | 6 см |
| l. scapularis | 2 см | 2 см | 2 см | 2 см | 4 см | 4 см |

Верхняя граница верхушек легких:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Топографическая граница | Левое легкое | Правое легкое |
| Верхняя (над ключицей) | 3 см | 3 см |
| Высота верхушки | VII ш.п. | VII ш.п. |
| Поля Кренига | 6 см | 6 см |

Аускультация легких: при аускультации над легкими в подлопаточной, подмышечной области, на передней поверхности грудной клетки ниже 2 ребра и латеральнее окологрудиной линии выслушивается везикулярное дыхание. Над гортанью, трахеей, в области рукоятки грудины, в межлопаточной области на уровне III и IV грудных позвонков выслушивается бронхиальное дыхание. Побочных дыхательных шумов: крепитации, шума трения плевры не выявлено.

### Сердечно-сосудистая система:

Пальпация: верхушечный толчок пальпируется на уровне пятого межреберья на 1 см кнутри от левой l. medioclavicularis. Ширина верхушечного толчка – 1,5 см, резистентный, неразлитой, малой высоты.

Пульс пальпируется на крупных артериях верхних и нижних конечностей, а также в проекциях височных и сонных артерий. Пульс 64 ударов в минуту, не напряжен, удовлетворительного наполнения. Одинаковый на правой и левой руке. Артериальное давление в плечевой артерии составляет 120/80 мм.рт.ст.

Перкуссия сердца:

Границы относительной сердечной тупости:

|  |  |
| --- | --- |
| Граница | Местонахождение |
| Правая | На 1 см кнаружи от правого края грудины в 4 межреберье |
| Верхняя | На уровне 3 межреберье |
| Левая | Совпадает с верхушечный толчком в 5 межреберье |

Поперечник относительной тупости равен 12,5 см.

Поперечник абсолютной тупости равен 9 см.

Перкуторные границы абсолютной сердечной тупости:

|  |  |
| --- | --- |
| Правая | По левому краю грудины в 4 межреберье |
| Верхняя | в 4 межреберье |
| Левая | 2 см кнутри от левой среднеключичной в 5 межреберье |

Аускультация сердца: I тон сердца в точках лучшего выслушивания (пятое межреберье слева для митрального клапана, у основания мечевидного отростка для трехстворчатого клапана) слегка приглушен, совпадает с верхушечным толчком и с пульсом аорты и сонной артерии. II тон сердца в точках максимального выслушивания (2 межреберье справа от грудины точке Боткина-Эрба для аортального клапана и 2 межреберье слева от грудины для легочного ствола) приглушен, без расщепления, шумов. Ритм сердечных сокращений 64 ударов в минуту.

При аускультации крупных артерий шумов не выявлено.

### Система органов пищеварение:

При осмотре ротовой полости видимые слизистые бледные, чистые. Язык правильной формы, бледный, обложен бело-желтым налетом, зубы подвижны, корни верхних и нижних резцов, клыков оголены. Десны розовые, не кровоточат, без воспалительных явлений. Миндалины за небные дужки не выступают. Слизистая глотки влажная, розовая, чистая.

ЖИВОТ: мягкий безболезненный, симметричный с обеих сторон, толщина подкожно-жировой клетчатки на уровне пупка 4 см, на боковой поверхности живота 3 см, по околопозвоночной линии 2 см. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. При поверхностной пальпации брюшная стенка мягкая, безболезненная. При глубокой пальпации: сигмовидная кишка определяется в виде гладкого плотного цилиндра, длинной 15-20 см, смещается в пределах 2,5- 3 см, безболезненная. Слепая кишка прощупывается в виде цилиндра толщиной 2-3 см, с закругленный дном, определяется перистальтика. Длинна 10 см, подвижна, безболезненна. Восходящая и нисходящая кишки диаметром 1,5 см, мягко-эластичной консистенции, безболезненны, смещаемы, поверхность гладкая, урчащие при пальпации. Нижняя граница желудка на 4 см выше пупочного кольца. Поперечная ободочная кишка 3 см, мягко-эластической консистенции, при пальпации урчит, поверхность гладкая, слегка смещаемая, безболезненная.

ЖЕЛУДОК: границы не пальпируются, шума плеска не определяется, видимой перистальтики не отмечается. Привратник пальпируется в виде тяжа, при его исследовании определяется слабое урчание.

ПЕЧЕНЬ И ЖЕЛЧНЫЙ ПУЗЫРЬ: нижний край печени из-под реберной дуги не выходит. Границы печени по Курлову:

l. medioclavicularis = 11 см.

l. media = 9 см.

по левой реберной дуге = 8 см.

Желчный пузырь не пальпируется.

ПОДЖЕЛУДОЧНАЯ ЖЕЛЕЗА: не пальпируется.

СЕЛЕЗЕНКА: не пальпируется, перкуторные границы селезенки: верхняя в 9 межреберье, нижняя в 11 см межреберье по средней подмышечной линии. Поперечник составляет 5 см, длинник 7 см.

Стул в норме, без изменений.

### Мочеполовая система:

Почки не пальпируются, покалачивание по поясничной области безболезненное. Симптом Пастернацкого отрицательный. При перкуссии и пальпации в области проекции мочевого пузыря болезненности нет. Мочеиспускание учащенное 7-8 раз в день, произвольное, свободное и безболезненное. Недержание мочи и гематурия отсутствует.

#### Нервная система.

Интеллект нормальный, речь без изменений, мимика адекватная, без особенностей. Глазные щели нормальной ширины. Зрачки равномерно расширены, реагируют на свет, аккомодация не изменена. Больной устойчив в позе Ромберга. Дермографизм красный. Глоточные, брюшные и сухожильные рефлексы сохранены, не изменены. Патологических рефлексов нет.

Характер спокойный, уравновешенный. Сон не нарушен. На дистальных участках нижних и верхних конечностей больной отмечает некоторое ослабление чувствительности кожи: гипестезию, парестезию. Вибрационная чувствительность: Левая рука 4,5; правая рука 5;

Левая нога 3-3,5; правая нога 4.

#### Эндокринная система.

*Гипофиз*: рост 180 см., вес тела 78 кг. Распределение подкожного жирового слоя равномерно по мужскому типу. Телосложение нормостеническое, пропорциональное. Аппетит не нарушен. Испытывает чувство жажды, облегчающееся приемом жидкости.

*Щитовидная железа*: не пальпируется; опухолевидных образований на шее не обнаружено; жалобы на боль или сдавление органов шеи больной не предъявляет. Экзофтальм отсутствует, нарушения зрения на данный момент нет.

*Паращитовидные железы*: Больной жалуется на боль по ходу мышц после нагрузки и при перемене погоды. Боли локализуются в нижних конечностях. Иногда после физической нагрузки наблюдаются парестезии нижних конечностей; ломкости ногтей, выпадения волос не отмечает.

*Островковый аппарат поджелудочной железы*: жалобы на слабость, сухость во рту в сочетании с жаждой. Наблюдается учащение мочеиспускания (до 7-8 раз). Больной также отмечает плохую заживляемость ран, дерматиты.

*Надпочечники*: рост и развитие без отклонений. Кожа бледная, слизистые без видимых изменений.

*Половые железы*: Телосложение нормостеническое. Оволосенение по мужскому типу.

1. **Предварительный диагноз**

На основании:

* Жалоб больного: на постоянные боли в мышцах нижних конечностей, распирающего, ноющего характера, усиливающиеся после ходьбы и в вечернее время суток (примерно после 17.00 часов), жалобы на жажду, сухость во рту, учащенное мочеиспускание, ухудшение самочувствия, появление слабости, головокружения после интенсивной физической работы.
* Анамнеза заболевания: считает себя больным в течение 5 лет. Заболевание началось в 1998 году, когда впервые стал отмечать постепенное ухудшение состояния, развивающиеся в течение 1,5 месяца. Появилась ломота в туловище, выкручивающие боли в мускулатуре нижних конечностей, постепенно стало ухудшаться зрение. Появилась жажда (стал выпивать до 10 литров жидкости в сутки), сухость во рту, учащенное мочеиспускание, пропал сон. После вызова скорой медицинской помощи был направлен в стационар на обследование, где у больного была взята кровь на сахар. Со слов больного уровень сахара в крови на тот момент составил 32 ммоль/л. Больной был госпитализирован и проведено лечение инсулином. С момента заболевания больной потерял 17 кг массы тела. С 1998 года наблюдается у эндокринолога по месту жительства.
* Объективного исследования: мочеполовая система – учащение мочеиспускания до 7-8 раз в сутки; нервная система - на дистальных участках нижних и верхних конечностей отмечается некоторое ослабление чувствительности кожи: гипестезия, парестезия. Вибрационная чувствительность: левая рука 4,5; правая рука 5; Левая нога 3-3,5; правая нога 4.

**Заключение:** на основании вышеизложенных данных и описанной картины заболевания обосновывается установление предварительного диагноза: Инсулинозависимый сахарный диабет I типа.

**План обследования:**

1. Общий анализ крови

2. Общий анализ мочи

3. Биохимическое исследование крови

4. Коагулограмма

5. ЭКГ

6. Глюкемический профиль

7. Консультации специалистов

**Результаты исследования:**

1. Лабораторные исследования:

***Анализ крови: 29.03.03г.***

|  |  |
| --- | --- |
| Эритроциты N=3,7-5,0×1012 г\л | 4, 97 |
| Гемоглобин N=130-160 г\л | 165 |
| Цветной показатель N=0,85-1,05 | 1,0 |
| Лейкоциты N=4,0-9,0×109 г\л | 7,9 |
| Миелоциты | -- |
| Юные | -- |
| Базофилы | -- |
| Эозинофилы N=4-6 % | 1 |
| Палочкоядерные N=1-5% | 3 |
| Сегменты N=47-72 % | 56 |
| Лимфоциты N=19-37 % | 34 |
| Моноциты N=3-11% | 6 |
| СОЭ N=1-10 мм в час | 2 |

|  |
| --- |
| ***Анализ крови на глюкозу: 29.03.03г.***  12.00 – 9,0 ммоль\л  16.00 – 8,4 ммоль\л  21.00 – 10,0 ммоль\л |

|  |
| --- |
| ***Билирубин крови: 31.03.03г.***  14,1 (N=8,55-20,5 мкмоль\л) |

|  |
| --- |
| ***Исследование сыворотки крови: 31.03.03г.***  Холестерин 31,0 (N=3,1-6,4 ммоль\л)  В-липопротеиды 0,50 (N=0,55) |

|  |
| --- |
| ***Мочевина сыворотки: 31.03.03г.***  4,5 (N=2,5-8,3 м\моль\л) |

|  |
| --- |
| ***Общий анализ мочи: 29.03.03г.***  Цвет – желтый  Реакция – кислая  Прозрачность – полная  Белок – 0,033 г\л  Лейкоциты – 0-1 в поле зрения  Эпителий – плоский 1-3 |

|  |
| --- |
| ***Исследование крови на электролиты: 31.03.03г.***  Калий – 5,0 (N=3,8-5,0 ммоль/л)  Натрий – 139, 3 (N=130-150 ммоль/л)  Хлориды – 87 (N=80-110 ммоль/л) |

|  |
| --- |
| ***Исследование сыворотки крови: 31.03.03г.***  Общий белок – 69,0 (N=6,5-8,5 гр%) |

|  |
| --- |
| ***Мочевая кислота сыворотки: 31.03.03г.***  0,23 (N=0,24-0,50 ммоль/л) |

|  |
| --- |
| ***Глюкемический профиль: 1.04.03г.***   * 1. – 11,7 ммоль/л   12.00 – 4,07 ммоль/л  16.00 – 8,5 ммоль/л  21.00 – 8,8 ммоль/л |

|  |
| --- |
| ***Исследование глюкозы крови: 2.04.03г.***  9,2 (N=3,4-5,6 ммоль/л) |

|  |
| --- |
| ***Исследование глюкозы крови: 3.04.03г.***  12,0 (N=3,4-5,6 ммоль/л) |

|  |
| --- |
| ***Глюкемический профиль: 4.04.03г.***  7.00– 12,4 ммоль/л  12.00 – 13,9 ммоль/л  16.00 – 20,0 ммоль/л  21.00 – 4,5 ммоль/л |

|  |
| --- |
| ***Глюкемический профиль: 5.04.03г.***  7.00– 8,4 ммоль/л  12.00 – 10,0 ммоль/л  16.00 – 5,0 ммоль/л  21.00 – 10,0 ммоль/л |

##### Данные инструментальных исследований

***Электрокардиографическое исследование: 21.03.03г.***

P=0,08 сек

PQ=0,16 сек

QRS=0,08 сек

R-R=0,86 сек

Q-Z=0,34 сек

ЧСС=70 уд./мин

Вертикальное положение электрической оси сердца.

Заключение: ЭКГ в пределах нормы.

##### Консультации специалистов

**Невропатолог 1.04.03г.**

Заключение: диабетическая полинейропатия нижних конечностей. Диабетическая энцефалопатия. Вертеброгенная люмбалгия на фоне ОХП.

**Офтальмолог 1.04.03г.**

Заключение: сосуды глазного дна без изменений.

***Температурный лист***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| дата | 28.03 | 29.03 | 30.03 | 31.03 | 1.04 | 2.04 | 3.04 | 4.04 | 5.04 | 6.04 | 7.04 | 8.04 |
| t oC | У В | У В | У В | У В | У В | У В | У В | У В | У В | У В | У В | У В |
| 39,5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 39 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 38,5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 38 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 37,5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 37 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 36,6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 36 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 35,5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 35 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 34,5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. **Клинический диагноз**

**Основной:** Инсулинозависимый сахарный диабет I типа. Тяжелая форма. Лабильное течение.

**Осложнения основного:** Диабетическая полинейропатия. Диабетическая энцефалопатия.

**Сопутствующие:** Остеохондроз поясничного отдела позвоночника.

1. **Обоснования клинического диагноза**

На основании:

* Жалоб больного: на постоянные боли в мышцах нижних конечностей, распирающего, ноющего характера, усиливающиеся после ходьбы и в вечернее время суток (примерно после 17.00 часов), жалобы на жажду, сухость во рту, учащенное мочеиспускание, ухудшение самочувствия, появление слабости, головокружения после интенсивной физической работы.
* Анамнеза заболевания: считает себя больным в течение 5 лет. Заболевание началось в 1998 году, когда впервые стал отмечать постепенное ухудшение состояния, развивающиеся в течение 1,5 месяца. Появилась ломота в туловище, выкручивающие боли в мускулатуре нижних конечностей, постепенно стало ухудшаться зрение. Появилась жажда (стал выпивать до 10 литров жидкости в сутки), сухость во рту, учащенное мочеиспускание, пропал сон. После вызова скорой медицинской помощи был направлен в стационар на обследование, где у больного была взята кровь на сахар. Со слов больного уровень сахара в крови на тот момент составил 32 ммоль/л. Больной был госпитализирован и проведено лечение инсулином. С момента заболевания больной потерял 17 кг массы тела. С 1998 года наблюдается у эндокринолога по месту жительства.
* Объективного исследования: мочеполовая система – учащение мочеиспускания до 7-8 раз в сутки; нервная система - на дистальных участках нижних и верхних конечностей отмечается некоторое ослабление чувствительности кожи: гипестезия, парестезия. Вибрационная чувствительность: левая рука 4,5; правая рука 5; Левая нога 3-3,5; правая нога 4.
* Дополнительных методов исследования: в крови – значительное повышение уровня холестерина 31,0 (N=3,1-6,4 ммоль\л); повышение уровня глюкозы в крови до 9,2-12,00 (N=3,4-5,6 ммоль/л); лабильность глюкемического профиля;
* Консультации специалистов: диабетическая полинейропатия нижних конечностей. Диабетическая энцефалопатия. Вертеброгенная люмбалгия на фоне ОХП;
* Дифференциального диагноза с несахарным диабетом, психогенной полидипсией, хронической почечной недостаточностью, почечным диабетом и гемохроматозом:

**Заключение:** на основании вышеизложенных данных и описанной картины заболевания, а также дифференциальной диагностики данного заболевания больного с другими заболеваниями, обосновывается установление клинического диагноза: Инсулинозависимый сахарный диабет I типа. Тяжелая форма. Лабильное течение. Диабетическая полинейропатия. Диабетическая энцефалопатия.

1. **Дифференциальный диагноз**

Выставленный диагноз больному \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*: инсулинозависимый сахарный диабет I типа, нужно дифференцировать со следующими заболеваниями:

1. Несахарный диабет - характеризуется полидипсией и полиурией, с низкой плотностью мочи (1001 - 1005) без глюкоземии и глюкозурии.

2. Психогенная полидипсия - характеризуется большим потреблением воды и полиурией в основном в дневное время. Сахар крови в норме.

3. Хроническая почечная недостаточность - данные анамнеза в пользу заболевания почек, характеризуется полиурией, гипоизостенурией, протеинурией, гематурией, цилиндрурией, гиперазотемией, повышением артериального давления.

4. Почечный диабет - характеризуется снижением почечного порога для сахара (генетический дефект гексокиназы и щелочной фосфатазы). Сахар крови в норме, нет характерных для сахарного диабета осложнений.

5. Гемохроматоз (бронзовый диабет) - характеризуется нарушением способности сыворотки крови связывать и транспортировать железо. Имеется триада признаков: меланодермия, цирроз (печени, панкреас и др.), сахарный диабет (поздний признак при наличии первых двух).

1. **План лечения:**
2. **Стол №9**

С расчетом на 6-ти разовое питание, больному рекомендуется следующее меню:

1. *Первый завтрак около 320 Ккал*

1 вареное яйцо

Каша пшенная

Бутерброд с сыром

Чай без сахара

1. *Второй завтрак 640 Ккал:*

Тушеная капуста

Сосиска

Салат из свежих томатов и огурцов

Черный хлеб – 1 шт.

Чай без сахара

1. *Обед 960 Ккал:*

Щи из свежей капусты на мясном бульоне

Гречневая каша

Мясо курицы

Салат из лука и свежего редиса

Хлеб черный 2 шт. с маслом

Чай без сахара

1. *Полдник 320 Ккал:*

Яблоко 1 шт.

Сырники творожные со сметаной

Сок яблочный 1/2 ст.

1. *Ужин 640 Ккал:*

Рыба с овощами

Запеканка картофельная с печенью

Компот без сахара

Хлеб с маслом

1. *Перед сном:*

###### Кефир 1 стакан

**2. Инсулинотерапия:**

1). Идеальная масса тела: (рост-100)=180-100=80 × 40 = 3200 Ккал

2). Теперь переводим полученные данные в соотношение: Белки:Жиры:Углеводы=16:24:60

Белки 3200×16%=512 Ккал

Жиры 3200×24%=768 Ккал

Углеводы 3200×60%=1920 Ккал

3). Переводим количество Калорий в граммы: Б:Ж:У=4:9:4

Итого: Углеводы 1920÷4=480 гр.

Жиры 768÷9=85,3 гр.

Белки 512÷4=128 гр.

4). Вычисление хлебных единиц:

480÷12=40 ХЕД

5). Количество инсулина, необходимое на переработку углеводов, за вычетом 1/3 на употребление фруктов:

40ХЕД-1/3×40ХЕД=27 ЕД инсулина

6). Выбранная первичная доза инсулина с учетом уровня гликемии натощак (по Коршу):

Утром натощак 12,4 ммоль/л (N=8,33 ммоль/л): 12,4-8,33=4,07

4.07÷0,22=18,5 ЕД - выбранная первичная доза.

7). Итого количество единиц инсулина на сутки:

27+18,5=45,5 ЕД

**3. Физиотерапевтическое лечение.**

1. **Лист назначений:**

Rp.: Susp. Humulini R

D.t.d. 6 ЕД в 8.00ч.

8 ЕД в 12.00ч.

6 ЕД в 17.00ч

Rp.: Susp. Humulini NPH

D.t.d. 13 ЕД в 8.00ч.

13 ЕД в 22.00ч

1. **Дневник стационарного больного**

|  |  |
| --- | --- |
| **Дата** | **Дневник** |
| 7.04.03 | Состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. АД 120/80, пульс 61 уд/мин. ЧДД 18 в минуту. Температура 36,7 0С . Улучшение самочувствия, уменьшение жажды, болей. Отмечает некоторую слабость. Тоны сердца приглушены. Живот мягкий, безболезненный. Печень, почки не пальпируются. Покалачивание по поясничной области – безболезненное. Суставы, лимфо-узлы безболезненны, отечности нет. Стул в норме. Диурез снижается. |
| 8.04.03г. | Состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. АД 120/80, пульс 64 уд/мин. ЧДД 19 в минуту. Температура 36,6 0С . Улучшение самочувствия, отсутствие жажды, болей. Тоны сердца приглушены. Живот мягкий, безболезненный. Печень, почки не пальпируются. Покалачивание по поясничной области – безболезненное. Суставы, лимфо-узлы безболезненны, отечности нет. Стул в норме. Диурез снижается. |
| 9.04.03г. | Состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. АД 120/80, пульс 63 уд/мин. ЧДД 18 в минуту. Температура 36,6 0С . Улучшение самочувствия. Тоны сердца приглушены. Живот мягкий, безболезненный. Печень, почки не пальпируются. Покалачивание по поясничной области – безболезненное. Суставы, лимфо-узлы безболезненны, отечности нет. Стул, диурез в норме. |