**Паспортная часть**

**Ф.и.о.:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Возраст:** 51 год (30.01.1963г.)

**Профессия и место работы:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Пол:** мужской

**Национальность** – белорус.

**Семейное положение** – не женат.

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

**Дата поступления**: 11.03.2014 г

**Диагноз при поступлении:** Сахарный диабет 1 типа, декомпенсация.

**Основное заболевание:** Панкреатогенный сахарный диабет, стадия декомпенсации.

**Осложнение основного заболевания:** Диабетическая ангиопатия нижних конечностей, диабетическая полинейропатия.

**Сопутствующие:** Хронический панкреатит с нарушением экзокринной функции, ремиссия.

**Жалобы при поступлении**

Пациент жаловался на наличие сильной жажды, учащённое мочеиспускание, общую слабость, боли в ногах, чувство ползания мурашек в ногах, зябкость ног, онемение ног, снижение чувствительности в ногах, похудение на 5 килограммов.

**Жалобы на момент курации**

Жалобы на общую слабость.

**Анамнез заболевания**

Панкреатогенный сахарный диабет был установлен 2 года назад. Получает протамин 10ед+10ед в день. Моноинсулин 10ед+10ед+10ед в день. Дневник диабетика не ведёт. Колебания глюкозы в течении суток 9,0-11,0 ммоль/л. Отмечает ухудшения самочувствия.

Обследован в 3 поликлинике. Направлен на стационарное лечение. Цель госпитализации - компенсация сахарного диабета, подбор адекватной дозы инсулина, лечения осложнений, обучение в школе диабета.

**Анамнез жизни**

Родился первым ребенком в семье, в развитии от сверстников не отставал. Психические, венерические заболевания, вирусный гепатит у себя и у родственников отрицает. Аллергологический анамнез- на овомин - шок. Операции - аппендэктомия. Гемотрансфузии отрицает. Перенесенные заболевания: ОРВИ, хронический панкреатит(8 лет). Диету старается соблюдать. Выкуривает пачку сигарет в день, курит 30 лет, алкоголь употребляет умеренно(со слов пациента), приём наркотических и психотропных средств отрицает. Экспертно–трудовой анамнез: дрсу-144, дорожный рабочий.

**Объективное исследование**

Общий осмотр

Общее состояние удовлетворительное, сознание ясное.
Телосложение: нормостенического типа, обычногопитания. Осанка правильная. Внешний вид соответствует возрасту. Рост 170 см. Вес 72 кг, имт= 24,9 кг/м2, температура тела 36,6°c. Оволосение по мужскому типу.
Кожный покров чистый, сухой, бледный. Тургор кожи в норме. Отмечаются умеренные трофические изменения.Очаговых пигментаций, высыпаний, кровоизлияний, шелушения, рубцов – нет. Сыпь, зуд отсутствуют. Отёки на момент осмотра не обнаружены. Видимые слизистые бледно-розового цвета, без патологических образований. Подкожная клетчатка развита умеренно. Лимфатические узлы, доступные пальпации, щитовидная железа не увеличена.

Система органов дыхания.

*Осмотр грудной клетки.*

*Осмотр грудной клетки*

Форма грудной клетки нормостеническая. Тип дыхания смешанный. Число дыханий – 16 в 1 минуту. Запаха ацетона изо рта на момент курации нет.

*Пальпация грудной клетки*

Пальпаторно патологических симптомов не выявлено.

*Аускультация легких*

Дыхание везикулярное над всей поверхностью легких, хрипов и крепитаций не выявлено.

Система органов кровообращения

*Осмотр области сердца и крупных сосудов*

 верхушечный толчок не виден, патологической пульсации сосудов нет.

*Пальпация сердца и сосудов*

Пульс: 80 ударов в минуту, хорошего наполнения, ритмичный. Артериальные стенки плотные.

Верхушечный толчок пальпируется в 5-м межреберье на 1см кнутри от левой срединно-ключичной линии.

*Перкуссия сердца и сосудистого пучка*

Границы относительной тупости сердца

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

Левая: в 5-м межреберье на 1 см кнутри от левой срединно-ключичной линии.

Верхняя: верхний край 3-о ребра слева на уровне окологрудинной линии.

Поперечник относительной тупости сердца: справа в 4-м межреберье – 4см, слева в 5-м межреберье – 9см, в целом 13см.

Границы абсолютной тупости сердца

Правая: левый край грудины на уровне 4-го межреберья.

Левая: в 5-м межреберье на 2 см кнутри от левой срединно-ключичной линии.

Верхняя: нижний край 4-го ребра слева на уровне окологрудинной лини.

Аускультация сердца и сосудов

Тоны сердца ритмичные, приглушены. Чсс – 75 в 1 мин.

Ад – 130/80 мм рт ст.

Система органов пищеварения

Осмотр полости рта. Трещин вокруг рта, пигментации нет. Каймы по краю десен не обнаружено. Слизистая оболочки ротовой полости влажная, бледно-розового цвета, язык обложен белым налётом. Дёсны: нормальные, не кровоточат.
Зубы: состояние зубов удовлетворительное.
Живот симметричен, не вздут. Расширенных вен, рубцов, сыпи, пигментации не выявлено.

Живот мягкий, безболезненный.
*Перкуссия печени:*границы печени по курлову: 9/8/7

Селезенка не пальпируется.

Стул ежедневный, патологических примесей нет.

Мочеполовая система

Мочеиспускание свободное, безболезненное, учащённое. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. При пальпации мочеточниковых точек болезненности не выявлено.

Нервная система

Сознание ясное. Менингеальные симптомы (ригидность затылочных мышц, симптом Кернига, симптом Брудзинского верхний, средний, нижний) отрицательные.

Параличей и парезов нет. Мышечная атрофия не отмечается. Сухожильные рефлексы одинаковы с обеих сторон. Зрачковые рефлексы сохранены. Зрачки одинаковы по форме и величине. Реакция зрачков на свет сохранена. Аккомодация, конвергенция в норме. Острота слуха не изменена. Температурная чувствительность кожи снижена.

Status localis:

Голени и стопы: сухость кожи, натоптыши, мозоли, трофические изменения умерено выражены. Состояние ногтей: утолщение, деформации, грибковое поражение. Деформация стоп: нет. Пульсация на артериях стопы и на тыле стопы ослаблена. Стопы прохладны, чувствительность сохранена.

**Предварительный диагноз и его обоснование**

1. На основании жалоб на наличие сильной жажды, учащённое мочеиспускание, общую слабость, похудение на 5 килограммов.
2. Диагноз сахарный диабет был выставлен 2 года назад.
3. Диабет панкреатогенный, т.к: из анамнеза известно, что пациент болеет хроническим панкреатитом 8 лет.
4. Стадия декомпенсации т.к. сильная жажда, учащённое мочеиспускание, общая слабость.
5. Диабетическая ангиопатия нижних конечностей т.к. пульсация на артериях стопы и на тыле стопы ослаблена. Стопы прохладны.
6. Диабетическая полинейропатия на основании жалоб на боли в ногах,

онемение ног, снижение чувствительности в ногах, чувство ползания мурашек в ногах, зябкость ног.

Можно поставить следующий предварительный диагноз:

**Основное заболевание:** Панкреатогенныйсахарный диабет, стадия декомпенсации.

**Осложнение основного заболевания:** Диабетическаяангиопатия нижних конечностей.

**Сопутствующие:** Хронический панкреатит с нарушением экзокринной функции, ремиссия.

**План обследования**

1. ОАК в п\л
2. ОАМ в п\л
3. Анализ мочи на ацетон, белок
4. БХ крови: мочевина, креатинин, общ белок, общ билирубин, общ холестерин, триглицериды, АсАТ, АлАТ, ГГТП, ЩФ, ЛПНП, ЛПВП, ФЗА, гликированный гемоглобин
5. ЭКГ
6. Гликемический профиль
7. РВГ нижних конечностей
8. УЗИ ОБП, почек
9. Консультации специалистов (окулист,нефролог) при необходимости.
10. Профиль АД
11. RW

**Результаты лабораторных и специальных методов исследования**

1. Общий анализ крови (11.03.14)

Эритроциты –4,25 х 109/л;

Цп - 0,94

Гемоглобин - 133 г/л;

Лейкоциты – 7,7 х 109/л;

Эозинофилы - 1%

Палочкоядерные- 3%;

Сегментоядерные - 65%;

Лимфоциты - 28%;

Моноциты - 3%;

Соэ – 9 мм/ч;

1. Общий анализ мочи (11.03.14)

Цвет: соломенно-желтый;

Прозрачность: прозрачная;

Реакция: кислая;

Относительная плотность: 1029;

Белок – нет;

Глюкоза 405,0 ммоль\л

Кетоновые тела - ;

Микроскопическое исследование:

Эпителий плоский – 0 - 1 в поле зрения;

Эритроциты - нет;

Лейкоциты – единич

**Заключение**: глюкозурия.

1. Биохимическое исследование крови (12.03.14)

Билирубин общ. – 9,9 мкмоль/л;

Билирубин прям. – 2,1мкмоль/л;

Мочевина – 3,0ммоль/л;

Креатинин– нет

Общий белок – 66 г/л;

Холестерин-2,7ммоль/л;

ЛПВП- 1,14 ммоль/л;

ЛПНП-1,1 ммоль/л;

Триглицериды- 1,0 ммоль/л;

ГликированныйHb 10.7%

ФА 445ммоль/л;

ЩФ 115 Е\л

ГГТП 26

**Заключение**: превышение уровня гликированного Hb, ЩФ

1. РВГ нижних конечностей 12.03.14

Выявлены нарушения функционального состояния нижних конечностей

1. Профиль ад (14.03.2014)

До завтрака 130/80

После завтрака 135/90

До обеда 125/80

После обеда 120/80

До ужина 130/80

После ужина 130/80

1. УЗИ сердца

Диффузные изменения печени, поджелудочной железы по типу хр. панкреатита. Утолщение стенок желудка и кишечника. Неполного прохождения с увеличением сопутствующих л. узлов

1. Экг (12.03.2014)

Ритм синусовый, 62 ударов в минуту. Отклонение эос влево. Pq0,22 секунды, признаки увеличения лж и лп, рубцовые изменения в миокарде.

1. Гликемическая кривая после нагрузки глюкозой (22.03.2014 г.)

Конц. Глюкозы в капиллярной крови натощак (8-00) – 10.3ммоль/л;

Конц. Глюкозы через 1 час после нагрузки (13-00) – 3.7ммоль/л;

Конц. Глюкозы через 2 часа после нагрузки (17-00) – 2.8ммоль/л;

Заключение: увеличено содержание глюкозы в капиллярной крови.

1. Rw(12.03.14) – отр.

**Обоснование клинического диагноза**

На основании: данных анамнеза и клинико-лабораторных методов исследования.

1. На основании жалоб на наличие сильной жажды, учащённое мочеиспускание, общую слабость, похудение на 5 килограммов.
2. Диагноз сахарный диабет был выставлен 2 года назад.
3. Диабет панкреатогенный, т.к: из анамнеза известно, что пациент болеет хроническим панкреатитом 8 лет.
4. Стадия декомпенсации т.к. сильная жажда, учащённое мочеиспускание.
5. Диабетическая ангиопатия нижних конечностей т.к. пульсация на артериях стопы и на тыле стопы ослаблена. Стопы прохладны.
6. Диабетическая полинейропатия на основании жалоб на боли в ногах,

онемение ног, снижение чувствительности в ногах, чувство ползания мурашек в ногах, зябкость ног

1. ОАМ: глюкозурия- Глюкоза 405,0 ммоль\л
2. Бак: превышение уровня глюкозы - Гликированный Hb 10.7% ЩФ 115 Е\л
3. Гликемическая кривая после нагрузки глюкозой: увеличено содержание глюкозы в капиллярной крови

**Можно поставить следующий клинический диагноз:**

**Основное заболевание:** Панкреатогенный сахарный диабет, стадия декомпенсации.

**Осложнение основного заболевания:** Диабетическая ангиопатия нижних конечностей.

**Сопутствующие:** Хронический панкреатит с нарушением экзокринной функции, ремиссия.

**Лечение**

1.Режим стационарный

2.Стол Б-Д:

3.Суточный калораж.

Физиологический вес данного пациента – 72 кг. Рост 170 см. ИМТ = 24,9

Рассчитываем необходимое количество энергии в соответствии с фенотипом:

ИМТ равный 24,9 соответствует норме, следовательно энергетическая

потребность нашего пациента будет составлять 20 ккал/кг/сутки.

Рассчитываем базальный энергетический баланс: 20х72=1440 ккал.

Рассчитываем суточный калораж: БЭБ + 1/3БЭБ = 1400 + 480 = 1880 ккал/сут.

4.Инсулинотерапия:

Показания: компенсация СД.

Суточная доза инсулина данного пациента: 36 Ед инсулина (72 кг х0,5 ЕД/кг/сут). Интенсифицированная инсулинотерапия:

Rp: Sol.Insulini Humulini R 36 Ед.

Соотношение 3 завтрак : 2 обед : 1 ужин

S: за 15 мин. до еды; завтрак- 18 Ед, обед- 12 Ед, ужин- 6 Ед п/кожно.

5.Базис-болюснаяинсулинотерапия:

Базис составляет 1/3, болюс-2/3

Rp: Sol. Insulini Humulini NPH Ед.12

S: вечером в 23.00 1 раз в сутки п/кожно.

Rp: Sol. Insulini Humulini R 24Ед.

S: за 15 мин. до еды; завтрак- 12Ед, обед- 8Ед, ужин- 4Ед п/к

6. Гибкая инсулинотерапия:

Завтрак:

1. Крупа овсяная – 80г – 4 ХЕ.

2. Сарделька 1 шт- – 1 ХЕ.

3. чай без сахара – 0 ХЕ

4.яблоко 1 шт. – 130 г – 1 ХЕ

(6 ХЕ х 2=12 Ед)

Ins. Aspart 12 ЕД п/к перед или во время завтрака.

Обед:

1.Щи - 0 ХЕ.

2.макароны 120 г -2 ХЕ

3.курица вареная – 100 г - 0 ХЕ

4.квас 1 ст – 250мл -1 ХЕ

Ins. Aspart 6 ЕД п/к перед или во время обеда

Ужин:

1. Рыба белая(хек) – 0 ХЕ.

2. Рожки(невареные) 4 ст л. с горкой-100гр - 2 ХЕ.

3. Чай без сахара - 0 ХЕ.

Ins. Aspart 4 ЕД п/к

Итого всего: Ins. Aspart 22 ЕД по ХЕ

В 23.00 Ins. Lantus 14 ЕД п\к

Для лечения сопутствующей патологии:

1. Панкреатин по 1 таблетке 3 раза в день
2. Пентоксифиллин100 мг. По 1 табл. 3 раза в день
3. Витамины группы в (тиамин, пиридоксин) по 1 мл в/м через день

**Дневники.**

25.03.13

Общее состояние больного удовлетворительное, жалоб нет. Кожный покров бледно-розового цвета, сухой. Чд = 18/минуту. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Ps= 82/минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения, ритмичный. Ад = 130/80 мм.рт.ст. Сердечные тоны приглушены. Живот мягкий, безболезненный. Стул, мочеиспускание в норме.

Назначено:

Rp: Sol.Insulini Humulini R 36 Ед.

S: за 15 мин. до еды; завтрак- 18 Ед, обед- 12 Ед, ужин- 6 Ед п/кожно.

**Эпикриз.**

Царенко Григорий Викторович 51год, по направлению 3 поликлиники г.Витебска был госпитализирован в эндокринологическое отделение ВОКБ с целью компенсации сахарного диабета, подбора адекватной дозы инсулина, лечения осложнений, обучения в Школе Диабета с диагнозом: Сахарный диабет панкреатогенный, стадия декомпенсации.

Пациент предъявлял жалобы на на наличие сильной жажды , учащённое мочеиспускание, общую слабость, боли в ногах, чувство ползания мурашек в ногах, зябкость ног, похудение на 5 килограммов.

Из анамнеза заболевания, страдает сахарным диабетом панкреатогенным около 2 лет. Получает протамин 10ед+10ед в день. Моноинсулин 10ед+10ед+10ед в день. Дневник диабетика не ведёт. Колебания глюкозы в течении суток 9,0-11,0 ммоль/л. Отмечает ухудшения самочувствия.

 Направлен на госпитализацию.

Из анамнеза жизни - курит в течение последних 30 лет, в день выкуривает пачку

сигарет, хронический панкреатит. Аллергологический анамнез- на овомин - шок. Операции - аппендэктомия.

При объективном обследовании:

Кожный покров чистый, сухой, бледный. Отмечаются умеренные трофические изменения

 Пульсация на артериях стопы и на тыле стопы ослаблена. Стопы прохладны, чувствительность сохранена.

Был назначен соответствующий план лечения:

1. ОАК в п\л
2. ОАМ в п\л
3. Анализ мочи на ацетон, белок
4. БХ крови: мочевина, креатинин, общ белок, общ билирубин, общ холестерин, триглицериды, АсАТ, АлАТ, ГГТП, ЩФ, ЛПНП, ЛПВП, ФЗА, гликированный гемоглобин
5. ЭКГ
6. Гликемический профиль
7. РВГ нижних конечностей
8. УЗИ ОБП, почек
9. Консультации специалистов (окулист,нефролог) при необходимости.
10. Профиль АД
11. RW

Из лабораторных анализов: отмечается повышенный уровень

гликированного гемоглобина и ЩФ в БАК, в анализе мочи –глюкозурия. Гликемическая кривая после нагрузки глюкозой: увеличено содержание глюкозы в капиллярной крови

На основании жалоб, анамнеза заболевания, анамнеза жизни, объективного

обследования, данных лабораторных и инструментальных методов

исследования был поставлен клинический диагноз:

Основное заболевание: Сахарный диабет панкреатогенный, стадия

субкомпенсации.

**Основное заболевание:** Панкреатогенныйсахарный диабет, стадия декомпенсации.

**Осложнение основного заболевания:** Диабетическаяангиопатия нижних конечностей.

**Сопутствующие:** Хронический панкреатит с нарушением экзокринной функции, ремиссия.

Пациенту было назначено лечение:

1.Режим стационарный

2.Стол Б-Д:

3.Суточный калораж.

Физиологический вес данного пациента – 72 кг. Рост 170 см. ИМТ = 24,9

Рассчитываем необходимое количество энергии в соответствии с фенотипом:

ИМТ равный 24,9 соответствует норме, следовательно энергетическая

потребность нашего пациента будет составлять 20 ккал/кг/сутки.

Рассчитываем базальный энергетический баланс: 20х72=1440 ккал.

Рассчитываем суточный калораж: БЭБ + 1/3БЭБ = 1400 + 480 = 1880 ккал/сут.

4.Инсулинотерапия:

Показания: компенсация СД.

Суточная доза инсулина данного пациента: 36 Ед инсулина (72 кг х0,5 ЕД/кг/сут). Интенсифицированная инсулинотерапия:

Rp: Sol.Insulini Humulini R 36 Ед.

Соотношение 3 завтрак : 2 обед : 1 ужин

S: за 15 мин. до еды; завтрак- 18 Ед, обед- 12 Ед, ужин- 6 Ед п/кожно.

5.Базис-болюснаяинсулинотерапия:

Базис составляет 1/3, болюс-2/3

Rp: Sol. Insulini Humulini NPH Ед.12

S: вечером в 23.00 1 раз в сутки п/кожно.

Rp: Sol. Insulini Humulini R 24Ед.

S: за 15 мин. до еды; завтрак- 12Ед, обед- 8Ед, ужин- 4Ед п/к

6. Гибкая инсулинотерапия:

Завтрак:

1. Крупа овсяная – 80г – 4 ХЕ.

2. Сарделька 1 шт- – 1 ХЕ.

3. чай без сахара – 0 ХЕ

4.яблоко 1 шт. – 130 г – 1 ХЕ

(6 ХЕ х 2=12 Ед)

Ins. Aspart 12 ЕД п/к перед или во время завтрака.

Обед:

1.Щи - 0 ХЕ.

2.макароны 120 г -2 ХЕ

3.курица вареная – 100 г - 0 ХЕ

4.квас 1 ст – 250мл -1 ХЕ

Ins. Aspart 6 ЕД п/к перед или во время обеда

Ужин:

1. Рыба белая(хек) – 0 ХЕ.

2. Рожки(невареные) 4 ст л. с горкой-100гр - 2 ХЕ.

3. Чай без сахара - 0 ХЕ.

Ins. Aspart 4 ЕД п/к

Итого всего: Ins. Aspart 22 ЕД по ХЕ

В 23.00 Ins. Lantus 14 ЕД п\к

Для лечения сопутствующей патологии:

1. Панкреатин по 1 таблетке 3 раза в день
2. Пентоксифиллин100 мг. По 1 табл. 3 раза в день
3. Витамины группы в (тиамин, пиридоксин) по 1 мл в/м через день

**Прогноз**

Прогноз для выздоровления - неблагоприятный, для жизни благоприятный, при соблюдении рекомендаций и проведения назначенного лечения. Трудовой прогноз- благоприятный.

**Рекомендации**

1. Соблюдение диеты.

2. Ведение дневника диабетика.

3. Контроль уровня глюкозы.

4. Контроль профиля ад.

5. Осмотр невролога 1 раз в 6 месяцев.

6. Осмотр офтальмолога 1 раз в год.

7. Осмотр эндокринолога 1 раз в 6 месяцев.

Для лечения сопутствующей патологии:

1. Панкреатин по 1 таблетке 3 раза в день
2. Пентоксифиллин100 мг. По 1 табл. 3 раза в день
3. Витамины группы в (тиамин, пиридоксин) по 1 мл в/м через день