**Государственное образовательное учреждение**

**Высшего профессионального образования**

**«Алтайский государственный медицинский университет»**

**Министерства здравоохранения и медицинского развития РФ**

**Кафедра госпитальной и поликлинической терапии с курсами профболезней и эндокринологии**

**Зав. Кафедрой д.м.н., профессор В.Г. Лычев**

**Преподаватель: к.м.н., ассистент Стефановская О.В.**

**Куратор: Черенева А.А., 523 гр.**

**Журнал больного сахарным диабетом**

**Больной: Ш.А.В.**

**Возраст: 52**

**Диагноз: Сахарный диабет 1 тип, лабильное течение, декомпенсация.Автономная полинейропатия - нечувствительность к гипогликемии.**

**Диабетическая полинейропатия, вегетосенсорная форма.**

**ХЦВЗ. ДЭ1 ст (гипертоническая, диабетическая микроангиопатия) , спондилогенная ) церебростеническнй синдром, ХЦВН в ВББ , цефалгия , вестибулопатия на фоне ост – за ш/о п-ка Ухудшение. Средний риск развития СДС.**

**Постннъекционные инсулиновые липодистрофии живота.**

**Барнаул, 2014**

**ЖАЛОБЫ**

**- на момент поступления:** сухость во рту, жажда, не чувствует гипогликемии, периодически жжение в стопах,периодические судороги в мышцах ног, рук, повышение АД 160/90 мм рт ст (головные боли при повышении АД), ухудшение памяти, слабость, похудел за 1 год на 2.5 кг.

**- на момент курации:** на общую слабость (менее выраженную, чем при поступлении).

**АНАМНЕЗ БОЛЕЗНИ:**

Болен сахарным диабетом с 2001 года, заболел в возрасте 39 лет, продолжительность болезни-12 лет. Причина возникновение болезни - связывает со стрессом. Появилась жажда, сухость во рту. При обследовании сахар крови 19 ммоль/л. При выявлении сахарного диабета получал Рапид и Базал. Была попытка переведения на ПССП - без эффекта. Первые годы ведение как СД 2 тип. После функциональной пробы на С-пептид(2010 год, С-пептид 0,100 натощак, после стимуляции 0,120 мг/мл) - выставлен СД I 1 типа. До 2011 года получал Хумулин Р 8+10+8 ЕД, НПХ 12+12 ЕД, испытывал гипогликемии, при прохождении стац. лечения в э/о 2011 году доза инсулина была снижена, гипогликемии при вьшиске не бьшо, однако, в домашних условиях самостоятельно добавил дозу, вновь появились гипогликемии. Последняя госпитализация в э/о 07.2013г. Переведен на Хумалог Последний год количество гипогликемий значительно уменьшились.

В настоящее время принимает: Хумалог 8-8-8 ЕД, Хумулин Н 6-6 ЕД

Боли, онемение в ногах отмечает около 8 лет, так же в последние годы отмечает снижение

зрения. Около 2 лет - не чувствует предвестников гипосостояний.

Колебания гликемии в течение последнего года от 12 до 28.0 ммоль/л. Ком не бьшо.

Наличие гипогликемий без потери сознания чаще после 17ч 2-3 раза в неделю.

Частота появления ацетона в моче не знает.

Прохождение обучения в школе диабетиков давно (точно не помнит).

Проведение самоконтроля. Глюкометр «Сателлит полюс», контролирует сахар крови по самочувствию.

Непролиферативная ангиоретинопатия выставлена в 2011 году. Осложнения со стороны нервной системы: около 5 лет (диаб. полинейропатия).

Диетический режим соблюдает не всегда. 17 ХЕ\сут.

Частота госпитализаций: 1-2 раза в год.

Последняя госпитализация: июль 2013 года в ККБ в'э/о.

Цель настоящей госпитализации: коррекция углеводного обмена.

АНАМНЕЗ БОЛЕЗНИ:

Родился в Алтайском крае. Семейное положение женат, 1 ребенок.

■ Перенесенные заболевания:

• Гипертоническая болезнь около 25 лет, принимает Энап 5x2 раза, индап 2,5 мг.

• Хронич. гастрит. ЯБ ДПК в анамнезе (около 20 лет назад).

■ Операции не бьшо.

Наличие у родственников сахарного диабета - матери.

Наличие у родственников патологии щитовидной железы, сахарного диабета, ИБС, гипертензии, ожирения отрицает.

■ Курение 20 сигарет в день. Злоупотребление алкоголем «по праздникам»

Туберкулеза у самого пациента или его родственников не было.

Вирусным гепатитом не болел.

Аллергические реакции на новокаин - крапивница.

Гемотрансфузии не проводились.

Флюорография - май 2014г - по месту жительства - без патологии.

Больничный лист нужен с 27.05.2014г I

ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ:

Общее состояние: средней степени тяжести.

Сознание: ясное. Питание удовлетворительное.

Вес 59 кг Рост 158 см. ОТ 83 кг. ОБ 91 см. ИМТ 24 кг/м2

Кожные покровы: обычной окраски, обычной влажности.

Костно-мышечная система: развита удовлетворительно.

Липодистрофии: области живота.

Щитовидная железа: не увеличена, консистенция: мягко-эластическая, подвижная. Болезненности нет. Узлы не пальпируются.

Периферические лимфоузлы: не увеличены

Органы дыхания: ЧДД - 16 в мин., над легкими ясный перкуторный звук. В легких дыхание везикулярное. Хрипы не выслушиваются.

Сердечно-сосудистая система: границы сердца не изменены. Тоны приглушены. Шумы не выслушиваются.

Ритм правильный. ЧСС - 84 в мин., АД - 160/100 мм.рт.ст.

Живот активно участвует в акте дыхания, мягкий, безболезненный при пальпации. Печень не увеличена, безболезненна при пальпации.

Селезенка не увеличена. Симптом Пастернацкого отрицателен. Отеки отсутствуют. Мочеиспускание не нарушено. Стул 1 раз в день, оформлен.

STATUS LOCALIS. Цвет конечностей: обычный На ощупь прохладные. Наличие деформаций нет. Отеков нет.

Состояние ногтей без патологии. Гиперкератозы умеренные на пятках.

Атрофия, гипертрофия мышц - нет. Пульсация на нижних конечностях снижена. Наличие язвы - нет Чувствительность: Справа Слева

Тактильная 0 0

Болевая 0 0

Температурная 2 2

Вибрационная 1 1

Сумма баллов 3.

ОБСЛЕДОВАНИЕ в ККП от 20.05.2014г

Общий анализ крови (18 параметров) - лейкоциты - 8,5; гемоглобин - 149 г/л; эритроциты - 4,35; тромбоциты - 259. СОЭ - 9 мм/ч Морфология лейкоцитов крови э - 1; п - 5; с :70; л- 20; м - 4.

Глюкоза - 12,4 момль/л Свободный Т4 (авт.)- 14,12 пмоль/л

ТТГ (авт.) - 1,05 мкМЕ/мл Антитела к ТПО (авт.) - 0,65 ме/мл

Липидограмма ЛПВП - 2,00 ммоль/д; ЛПНП - 3,27 ммоль/л; ЛПОНП - 1,00 ммоль/л; индекс атерогенности - 2,14 ммоль/л Холестерин общий - 6,27 ммоль/л Триглицериды (ТГ) - 2, И

ммоль/л.

Кальций - 2,09 ммоль/л Калий 18Е - 4,4 ммоль/л Натрий 18Е -138 ммоль/л

УЗИ щитовидной железы с ЦДК 16:30 21.05.2014г : общий объем 19,4 смЗ. Без видимых структурных изменений.

Гемоглобин гликозилированный 10,3%

Исследование мочи методом сухой химии - у.в. 1018; ацетон, белок - отр.; лейкоциты - ед в п.з.; эпителий плоский - 1 - 2 в п.з.

Общий белок - 67,6 г/л АсАТ - 25,4 Е/л Ал АТ - 24,6 Е/л, Билирубин общий -12,6 - 3,0 •

9,6 мкмоль/л , Креатинин - 91,2 мкмоль/л, Мочевина - 7,88 ммоль/л Проба Нечипоренко - лейкоциты - 500 Микроальбумин мочи - 0,004 г/л

Полная ЭКГ покоя 13:50 22.05.2014 - ритм синусовый, 65 в минуту, ЭОС нормальная^^

Единичная ЖЭС. Признаки ГЛЖ. ЭОС желудочков должная

УЗД сосудов конечностей со спектральным анализом в постоянно-волновом режиме

327к 15:00 21.05.2014 - без патологии

Консультация невролога: ХЦВЗ. ДЭ1 ст (гипертоническая, диабетическая микроангиопатия), спондилогенная ) церебростенический синдром, ХЦВН в ВББ , цефалгия . вестибулопатия на фоне ост – за ш/о п-ка. Ухудшение. Диабетическая полинейропатия вегетосенсорная форма.

Консультация окулиста: VIS - 08/1,0, ДЗН розовые. Сосуды нормального калибра. Артерии склерозированы.

Консультация терапевта: Гипертоническая болезнь 1 ст риск 4. Единичная желудочковая экстрасистолия. Гипергемоглобинемия. Гиперхолестеринемия. Хронический гастрит. Язва ДПК (в анамнезе).

**ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ**

1. Осмотр окулиста – глазное дно без патологических изменений.
2. Осмотр невролога – диабетическая полинейропатия верхних и нижних конечностей.
3. Дуплекс артерий нижних конечностей – ЛПИ с обеих сторон в пределах нормы, кровоток в берцовых артериях с обеих сторон магистрального типа.
4. Общий анализ мочи – цвет соломенно-желтый, удельный вес 1008 г/л, реакция щелочная, белок отрицательный, лейкоциты 2-3 в поле зрения, эпителий почечный плоский 1-4 в поле зрения.
5. Анализ мочи по Нечипоренко – лейкоциты 750.
6. Биохимическое исследование крови – мочевина 3,86 ммоль/л, креатинин 55,8 мкмоль/л, K 3,6 ммоль/л, Na 149 ммоль/л.
7. Гликемический профиль

05.06.2014

8-00 13-00 16-00 18-00 21-00

8,7 7,7 7,2 9,9 10,1

06.06.2014

8-00 13-00 16-00 18-00 21-00

11,5 10,9 --- 7,2 6,5

**ОБОСНОВАНИЕ ДИАГНОЗА**

Учитывая жалобы больного (сухость во рту, жажда, не чувствует гипогликемии, периодическое жжение в стопах, периодические судороги в мышцах ног, рук, повышение АД 160/90(головные боли при повышении АД), ухудшение памяти, слабость, похудел за 1 год, данные анамнеза (болен 10 лет, принимает инсулинотерапию), объективного обследования( ИМТ 24 кг/м2, липодистрофии) наиболее вероятен

ДИАГНОЗ:

Сахарный диабет 1 тип, лабильное течение, декомпенсация.

Автономная полинейропатия - нечувствительность к гипогликемии.

Диабетическая полинейропатия, вегетосенсорная форма.

ХЦВЗ. ДЭ1 ст (гипертоническая, диабетическая микроангиопатия) , спондилогенная ) церебростеническнй синдром, ХЦВН в ВББ , цефалгия , вестибулопатия на фоне ост – за ш/о п-ка Ухудшение. Средний риск развития СДС.

Постннъекционные инсулиновые липодистрофии живота

Гипертоническая болезнь 1 стадии, риск 4. Единичная желудочковая экстрасистолия. гиперхолестеринемия.

Хронический поверхностный гастрит, ремиссия. Язвенная болезнь ДПК (в анамнезе).

**ЛЕЧЕНИЕ**

**Расчет диеты**

1. Расчет суточного калоража: ИМТ равен 24, что является нормой, следовательно расчет будет вестись исходя из количества 20 ккал/кг в сутки

20 ккал/кг в сутки \* 59 кг = 1180 ккал/сут

Поправка на физическую активность (физическая активность средняя, и коэффицент поправки на физическую нагрузку равен 2/3): 1180 \* 2/3 = 786 ккал/сут

Итого суточный калораж с поправкой на физическую активность равен:

1180 + 786 = 1966 ккал/сут

1. Потребность в углеводных килокалориях: 1966 ккал/сут / 2 = 983 ккал/сут
2. Потребность в углеводах (г): 983 ккал/сут / 4 ккал/г = 246 г/сут
3. Пересчет углеводов на ХЕ: 246 гр/сут / 12 гр/ХЕ = 20,5 ХЕ/сут
4. Распределение ХЕ в течение дня:

Завтрак: 4 ХЕ (20%)

Второй завтрак: 2 ХЕ (10%)

Обед: 6 ХЕ (30%)

Полдник: 2 ХЕ (10%)

Ужин: 4 ХЕ (20%)

Второй ужин: 2 ХЕ (10%)

**МЕНЮ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Прием пищи | ХЕ | Продукты питания |
| Завтрак | 4 | 2 кусочка хлеба + 4 ложки каши |
| Второй завтрак | 2 | Стакан молока + 3 баранки |
| Обед | 6 | Вермишель 6 ложек + 2 кусочка хлеба + котлета |
| Полдник | 2 | Банан |
| Ужин | 4 | Картофель тушеный 6 ложек + кусок хлеба |
| Второй ужин | 2 | Кефир 1 стакан + булка 0,5 штуки |

1. Потребность в жировых килокалориях (30% суточного калоража):

1966 ккал/сут \* 0,3 = 590 ккал/сут

1. Потребность в жирах: 590 ккал/сут / 9 ккал/г = 65 г/сут
2. Потребность в ЖЕ: 65 г/сут / 5 г/ЖЕ = 13 ЖЕ
3. Распределение ЖЕ в течение дня:

Завтрак: 5 ХЕ

Обед: 4 ХЕ

Ужин: 4 ХЕ

**МЕНЮ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Прием пищи | ЖЕ | Продукты питания |
| Завтрак | 5 | 2 сосиски |
| Обед | 4 | 2 яйца |
| Ужин | 4 | 1 яйцо + 2 куриных порции |

**РАСЧЕТ ДОЗЫ ИНСУЛИНА**

Учитывая стаж более 1 года и отсутствие кетоацидоза, а так же относительно низкую массу тела (59 кг), расчет дозы инсулина производим, исходя из количества 0,6 ЕД/кг.

0,6 ЕД/кг в сутки \* 59 кг = 35,4 ЕД; с округлением 35 ЕД в сутки.

Расчет короткого инсулина из расчета потребности на 1 ХЕ:

Утро (08-00, Актрапид): 2 ЕД/ХЕ в сутки \* 6 ХЕ = 12 ЕД в сутки

Обед: (13-00, Актрапид): 1,5 ЕД/ХЕ в сутки \* 8 ХЕ = 12 ЕД в сутки

Вечер: (18-00, Актрапид): 1 ЕД/ХЕ в сутки \* 6 ХЕ = 6 ЕД в сутки

Итого: 12 ЕД в сутки + 12 ЕД в сутки + 6 ЕД в сутки = 30 ЕД в сутки

Расчет базального инсулина:

35 ЕД в сутки – 30 ЕД в сутки = 5 ЕД в сутки

Протафан (2 раза в сутки): 5 ЕД в сутки / 2 = 2,5 ЕД на прием,

с округлением 3 ЕД на прием.