*ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ.*

1. Ф.И.О.:x
2. ВОЗРАСТ:51 год
3. НАЦИОНАЛЬНОСТЬ: русская
4. СЕМЕЙНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ: замужем, двое детей
5. ВРЕМЯ ПОСТУПЛЕНИЯ В КЛИНИКУ: 22 .12 .97

## ЖАЛОБЫ ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ В КЛИНИКУ.

ГЛАВНЫЕ: на плохо заживающую рану на подошвенной поверхности левой ноги, покраснение, отечность, болезненность, усиливающуюся при ходьбе и ночью.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ: Жалуется на сухость во рту, жажду, выраженную слабость. Ухудшение зрения (усиливается дальнозоркость). Снижение памяти. Головные боли и шум в ушах.

***РАСПРОС ПО ОРГАНАМ И СИСТЕМАМ.***

ОБЩЕЕ СОСТОЯНИЕ:

Больная жалуется на общую слабость, повышенную утомляемость, снижение работоспособности. Отмечает похудание, беспокоит жажда, за сутки выпивает около 2 л жидкости. Сухость и зуд кожи отсутствуют. Сыпи нет. Повышения температуры тела на момент расспроса нет, ознобы не беспокоят.

НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКАЯ СФЕРА:

Больная спокойная, сдержанная. Настроение хорошее, повышенной раздражительности нет. Испытывает интерес к работе, способна сосредоточиться. Взаимоотношения в семье хорошие. Больную периодически беспокоят головные боли, локализующиеся в височной области, сопровождающиеся шумом в ушах, Память на настоящие события снижена. Сон неглубокий, непродолжительный, без сновидений. Дрожания конечностей не отмечается, судороги и нарушение походки не беспокоят, Отмечает онемение конечностей по типу "перчаток и носков".

### СИСТЕМА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Кашель отсутствует. Кровохарканья нет. Боли в грудной клетке не беспокоят. Дыхание через нос свободное, носовые кровотечения отсутствуют. Голос обычный. Одышка не беспокоит.

### СЕРДЕЧНО- СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА.

Боли в области сердца не беспокоят. Ощущение пульсации в каких-либо частях тела отсутствует. Отеков, локализующихся на нижних конечностях не отмечает. Чувство тяжести в правом подреберье отсутствует.

### СИСТЕМА ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ.

Болей и жжения в языке нет, беспокоит сухость во рту. Аппетит хороший. Боязнь приема пищи отсутствует. Глотание и прохождение пищи по пищеводу свободное. Боли в животе не беспокоят. Изжоги, отрыжки нет. Тошноту не отмечает. Рвота отсутствует. Метеоризма нет. Стул регулярный, самостоятельный, раз в сутки. Нарушений стула (запоры, поносы) нет. Ложные болезненные позывы на стул не беспокоят. Испражнения плотные, с обычным запахом, без примесей слизи, крови, гноя, остатков непереваренной пищи. Жжение, зуд, боли в области заднего прохода отсутствуют. Кровотечений из прямой кишки нет.

#### СИСТЕМА МОЧЕВЫДЕЛЕНИЯ.

Боли в поясничной области не беспокоят. Мочеиспускание учащенное, свободное не сопровождается резями, жжением, болью. Преобладает дневной диурез. Цвет мочи желтый, мутный. Непроизвольного мочеиспускания нет. За сутки выделяется около 1,5 литра мочи.

### ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА.

Боли в костях, мышцах и суставах отсутствуют. Припухлости и деформации суставов нет, покраснения кожи в области суставов не отмечает. Ограничение движений в суставах не беспокоит.

#### ЭНДОКРИННАЯ СИСТЕМА.

Нарушение роста и телосложения отсутствует. Нарушения веса (ожирение, истощение) нет. Изменений кожи нет. Изменения первичных и вторичных половых признаков отсутствуют. Волосяной покров развит нормально, выпадения волос нет. Имеется трофическая язва на подошвенной поверхности левой стопы (диабетическая стопа).

#### ОРГАНЫ ЧУВСТВ.

Больная отмечает прогрессирующее ухудшение зрения. Слух, обоняние, вкус, осязание не изменены.

***ЖАЛОБЫ НА МОМЕНТ КУРАЦИИ***

*ГЛАВНЫЕ*: болезненность, раны на подошвенной поверхности левой ноги, отечность, усиливающуюся при ходьбе и ночью.

*ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ:* Ухудшение зрения (усиливается дальнозоркость). Снижение памяти.

#### *ANAMNAESIS MORBI.*

Больной себя считает с 1978 года. В это время больную стал беспокоить зуд в области половых органов, жажда (выпивала до 5 литров жидкости в сутки), сухость во рту, выраженная слабость, резкое похудание, учащенное мочеиспускание. Ухудшение зрения (быстрое развитие миопии до -3) По поводу зуда в области половых органов обратилась к гинекологу. Был выявлен сахар крови равный 8 - 9 ммоль/л. Обследовалась стационарно 2 раза в год. Была назначена терапия сахароснижающими препаратами (манинил) Длительное время состояние больной было стабильным. С 1996 года отмечает ухудшение самочувствия, появились онемение конечностей по типу "перчаток и носков", ухудшение зрения, снижение памяти, головные боли и шум в ушах. В связи с чем были назначены препараты инсулина в сочетании с ССП. Зимой 1997 возникла трофическая язва в области мозоля на подошвенной поверхности левой стопы. Лечилась амбулаторно у хирурга антибиотиками широкого спектра действия и антисептическими препаратами. Лечение было неэффективным. Усилился отек и распространился язвенный дефект на 1 2 палец. В связи с чем поступило в эндокриннологическое отделение БМСЧР.

##### ***ANAMNAESIS VITAE.***

Родилась в 1946 году в срок. В физическом и психическом развитии не отставал. Ходить начал в срок, говорить вовремя. Школу начала посещать с 7 лет. Жилищно-бытовые условия в детские и юношеские годы удовлетворительные. Питание регулярное, 3 раза в день, количество пищи достаточное, качество удовлетворительное. Физкультурой и спортом не занимается. Больную с детства беспокоили частые простудные заболевания. Лечилась самостоятельно.

Туберкулез, вен. заболевания болезнь Боткина отрицает. Вредных привычек нет. После 50 лет отмечает колебания АД (120/80 - 150/100) по этому поводу принимает препарат "Renitek". С 1980 года хронический пиелонефрит. В 1997 году была проведена операция по поводу гангрены мизинца правой ноги.В 1978 и 1980 перенесла операции по поводу внематочной беременности. В 1997 коагуляция сосудов сетчатки правого глаза

С 1978 года больную беспокоят головные боли, сопровождающиеся головокружением, шумом в ушах. Больная испытывает общую слабость снижение работоспособности, бессонницу. С 1978 года - ухудшение зрения (миопия)

Семейный анамнез: у отца в возрасте 60 лет был выявлен диабет.

Гинекологический анамнез: В настоящее время менопауза. В 1978 и 1980 - внематочная беременность. Родила 2 их детей. Масса детей при рождении: девочка 3700, мальчик 4900.

Эпидемиологический анамнез: контактов с инфекционными больными не было, укусам насекомых, грызунов не подвергалась.

Привычные интоксикации: не отмечается

Аллергологический анамнез: аллергических проявлений нет.

Метеочувствительность и сезонность: обострения, каких либо заболеваний в зависимости от времен года не обнаружено.

#### *STATUS PRАESENS.*

#### ОБЩИЙ ОСМОТР.

Состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Выражение лица спокойное. Телосложение правильное, соответствует возрасту и полу. Нормостеник. Питание больной удовлетворительное Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, сухие , тургор снижен, депигментации нет. Ногти, волосы не изменены. Левая стопа отечна и гиперемирована. На подошвенной поверхности левой стопы имеется трофическая язва с поражением мягких тканей. Окружающие ткани с признаками воспаления. Затылочные, задние шейные, околоушные, подчелюстные, подподбородочные, передние шейные, надключичные, подключичные, подмышечные, локтевые, подколенные, паховые лимфоузлы не пальпируются. Мышечная система развита удовлетворительно для возраста больной, мышцы безболезненны, тонус и сила их достаточные. Кости черепа, грудной клетки, таза и конечностей не изменены, болезненности при пальпации и перкуссии нет, целостность не нарушена. Суставы нормальной конфигурации, движения в суставах свободные, болезненности нет. Щитовидная железа не пальпируется.

### ОСМОТР ГОЛОВЫ.

Голова обычной формы, мозговая и лицевая части черепа пропорциональны. Надбровные дуги слабо выражены. Оволосение по женскому типу, выпадения волос нет. Глазная щель не сужена, зрачки одинаковой величины и формы, реакция зрачков на свет одновременная, равномерная. Слезотечение, конвергенция отсутствует. Нос не деформирован. Губы бледно-розового цвета, сухие, без трещин. Шея симметричная, щитовидная железа визуально не определяется.

# ОРГАНЫ ДЫХАНИЯ, ОСМОТР ГРУДНОЙ КЛЕТКИ:

*статический:* Грудная клетка нормостеническая, симметричная, искривлений позвоночника нет. Над- и подключичные ямки умеренно выраженные одинаковые с обеих сторон. Лопатки плотно прилегают к грудной клетке. Ход ребер обычный.

*динамический:* Тип дыхания грудной. Дыхание поверхностное, ритмичное, частота дыхания 20/мин, обе половины грудной клетки симметрично участвуют в акте дыхания.

# ПАЛЬПАЦИЯ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ:

Грудная клетка резистентна, целостность ребер не нарушена. Болезненности при пальпации нет. Межреберные промежутки не расширены. Усиления голосового дрожания нет.

#### ПЕРКУССИЯ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

*сравнительная перкуссия:* Над легочными полями выслушивается ясный легочный звук.

### *топографическая перкуссия*

### *Нижняя граница правого легкого определяется по правой*

|  |  |
| --- | --- |
| Окологрудинной линии | VI межреберье; |
| по правой среднеключичной | VII межреберье; |
| по средней подмышечной | IX ребро; |
| по задней подмышечной | X ребро; |
| по правой лопаточной | XI ребро; |
| по околопозвоночной | остистый отросток XI vert. thor. |

### *Нижняя граница левого легкого определяется по левой*

|  |  |
| --- | --- |
| Окологрудинной линии |  |
| по левой среднеключичной |  |
| по средней подмышечной | IX ребро; |
| по задней подмышечной | X ребро; |
| по левой лопаточной | XI ребро; |
| по околопозвоночной | остистый отросток XI vert. thor. |

*Высота стояния верхушек легких:*

|  |  |
| --- | --- |
| *Спереди* | 4,5 см выше ключицы |
| *Сзади* | proc. stiloidens VII vert. cerv. |

*Ширина полей Кренига:*

|  |  |
| --- | --- |
| Справа | 6 см |
| Слева | 6,5 см |
| *Подвижность нижнего края легкого* по средней подмышечной составляет | 4 см. |

### АУСКУЛЬТАЦИЯ ЛЕГКИХ.

Над легочными полями выслушивается везикулярное дыхание. Бронхиальное дыхание выслушивается над гортанью, трахеей и крупными бронхами. Бронховезикулярное дыхание не выслушивается. Хрипов, крепитации нет. Усиления бронхофонии нет.

# ОРГАНЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ.

# *ОСМОТР ОБЛАСТИ СЕРДЦА:*

Сердечный толчок не определяется, грудная клетка в месте проекции сердца не изменена, верхушечный толчок визуально не определяется, систолического втяжения межреберной области на месте верхушечного толчка нет, патологических пульсаций нет.

## ПАЛЬПАЦИЯ:

Верхушечный толчок определяется в V межреберье по левой среднеключичной линии на площади около 2,5 кв. см. Верхушечный толчок, резистентный, высокий, разлитой, усиленный. Сердечный толчок пальпаторно не определяется, симптом « кошачьего мурлыканья « отсутствует.

## ПЕРКУСИЯ:

1. Граница относительной тупости сердца определяется:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Правая* | По правому краю грудины в IV межреберье | ( образована правым предсердием). |
| *Верхняя* | В III межреберье | ( левым предсердием). |
| *Левая* | Левая среднеключичная линия в V межреберье | ( образована левым желудочком). |

2. Граница абсолютной тупости сердца определяется:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Правая* | По левому краю грудины в IV межреберье, | ( образована правым предсердием). |
| *Верхняя* | В IV межреберье | ( левым предсердием). |
| *Левая* | В V межреберье на 1,5 см кнутри от левой среднеключичной линии. | ( образована левым желудочком). |

3. Контуры сердечно-сосудистого пучка определяются:

|  |  |
| --- | --- |
| *Правый* |  |
| 1, 2 межреберье | 2,5 см |
| 3 межреберье | 3 см; |
| 4 межреберье | 3,5 см от срединной линии вправо. |
| *Левый* |  |
| 1, 2 межреберье | 3 см; |
| 3 межреберье | 5 см; |
| 4 межреберье | 8 см; |
| 5 межреберье | 10 см от срединной линии влево. |

4. Конфигурация сердца нормальная:

|  |  |
| --- | --- |
| Поперечник сердца | 15см, |
| Длинник сердца | 16,5 см, |
| Высота сердца | 9 см, |
| Ширина сердца | 12 см, |
| Ширина сосудистого пучка | 5,5 см. |

## АУСКУЛЬТАЦИЯ СЕРДЦА

Тоны сердца приглушеные, ритмичные. Выслушивается два тона, две паузы. Частота сердечных сокращений 86 уд./мин. В I и IV точках аускультации отчетливей выслушивается I тон. По характеру первый тон более продолжительный и низкий. Во II, III, V точках аускультации отчетливей выслушивается II тон, более высокий и короткий.

### ИССЛЕДОВАНИЕ МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ.

Пульсации сонных артерий (пляска каротид) нет, видимая пульсация шейных вен не определяется. Венный пульс отрицательный. На периферических артериях стопы пульсация резко ослабевает.

### ИССЛЕДОВАНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ПУЛЬСА.

Пульс одинаковый на обеих лучевых артериях: частота 86 уд \ мин., частый, полный, напряженный, большой, быстрый, регулярный. Дефицит пульса не определяется. Сосудистая стенка уплотнена. Артериальное давление 150/90.

# ОРГАНЫ ПИЩЕВАРЕНИЯ.

# *ОСМОТР ПОЛОСТИ РТА.*

Слизистая оболочка полости рта и глотки розовая, чистая, суховатая. Язык влажный со светлым налетом, вкусовые сосочки хорошо выражены. Углы губ без трещин. Миндалины не выступают из-за небных дужек, лакуны не глубокие, без отделяемого.

## ОСМОТР ЖИВОТА.

Передняя брюшная стенка симметрична, участвует в акте дыхания. Видимая перистальтика кишечника, грыжевые выпячивания и расширения подкожных вен живота не определяются. Видна пульсация брюшной аорты.

### ПОВЕРХНОСТНАЯ ОРИЕНТИРОВОЧНАЯ ПАЛЬПАЦИЯ ЖИВОТА ПО ОБРАЗЦОВУ - СТРАЖЕСКО.

При пальпации напряженности и болезненности мышц нет, брюшной прес развит умеренно, расхождение прямых мышц живота отсутствует, пупочное кольцо не увеличено, симптом флюктуации отсутствует. Симптом Щеткина - Блюмберга отрицательный.

### ГЛУБОКАЯ СКОЛЬЗЯЩАЯ ПАЛЬПАЦИЯ ЖИВОТА ПО ОБРАЗЦОВУ - СТРАЖЕСКО.

1. Сигмовидная кишка пальпируется в левой подвздошной области в виде гладкого, плотного тяжа, безболезненна, не урчит при пальпации. Толщина 3 см. Подвижна.

2. Слепая кишка пальпируется в правой подвздошной области в виде гладкого эластичного цилиндра толщиной 3 см, не урчит. Подвижна. Аппендикс не пальпируется.

3. Восходящая часть ободочной кишки пальпируется в правой подвздошной области в виде безболезненного тяжа шириной 3 см, эластична, подвижна, не урчит.

4. Нисходящая часть ободочной кишки пальпируется в левой подвздошной области в виде тяжа эластичной консистенции шириной 3 см, безболезненна, подвижна, не урчит.

5. Определяется после нахождения большой кривизны желудка методами аускультоаффрикции, аускультоперкуссии, сукуссии, пальпации. Поперечная ободочная кишка пальпируется в левой подвздошной области в виде цилиндра умеренной плотности толщиной 2 см, подвижна, безболезненна, не урчит.

6. Большая кривизна желудка аускультоаффрикции, аускультоперкуссии, сукуссии, пальпации, определяется на 4 см выше пупка. При пальпации большая кривизна определяется в виде валика эластичной консистенции, безболезненна, подвижна.

7. Привратник пальпируется в виде тонкого цилиндра эластичной консистенции, диаметром около 2 см., безболезнен, не урчит, малоподвижен.

### *ПОДЖЕЛУДОЧНАЯ ЖЕЛЕЗА:*

Не пальпируется.

### *ПЕРКУСИЯ ЖИВОТА:*

Определяется высокий тимпанический звук. Симптом Менделя отсутствует. Свободная жидкость или газ в брюшной полости не определяется.

### *АУСКУЛЬТАЦИЯ ЖИВОТА:*

Шум трения брюшины не определяется. Выявляются звуки перистальтики кишечника в виде урчания.

### ИССЛЕДОВАНИЕ ПЕЧЕНИ.

*ОСМОТР:* Выбухания в правом подреберье и эпигастральной области отсутствуют, расширения кожных вен и анастомозов, телеангиоэктазии отсутствуют.

*ПАЛЬПАЦИЯ:* Нижний край печени закругленный, ровный, эластичной консистенции.Выступает из-под края реберной дуги, несколько болезнена.

ПЕРКУСИЯ: Верхняя граница определяется по

|  |  |
| --- | --- |
| Правой окологрудинной | VI м/р |
| Среднеключичной | VI м/р |
| Передней подмышечной линии на уровне | VI ребра. |

Нижний край по правой среднеключичной линии

на уровне нижнего края реберной дуги, по передней серединной линии на 5 см выше пупка.

Размеры печени 11х9х8 см.

#### ИССЛЕДОВАНИЕ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ:

При осмотре области проекции желчного пузыря на правое подреберье в фазе вдоха выпячиваний и фиксации этой области не обнаружено. Желчный пузырь не прощупывается.

#### ИССЛЕДОВАНИЕ СЕЛЕЗЕНКИ:

Пальпаторно селезенка в положении лежа на спине и на правом боку не определяется.

#### *ПЕРКУССИЯ СЕЛЕЗЕНКИ.*

|  |  |
| --- | --- |
| Длинник | 6 см; |
| Поперечник | 4 см. |

#### ОРГАНЫ МОЧЕВЫДЕЛЕНИЯ.

При бимануальной пальпации в горизонтальном и вертикальном положении почки не определяются. Симптом поколачивания положительный с обеих сторон. При перкуссии мочевой пузырь находится на 1.5 см выше лобковой кости. Аускультативно шумы над почечными артериями отсутствуют. Имеется полиурия.

# НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКАЯ СФЕРА.

Сознание ясное, интеллект нормальный. Память на настоящие события снижена. Сон не глубокий, Расстройств речи нет. Координация движений нормальная, походка свободная. Рефлексы сохранены, судороги и параличи не обнаружены. Взаимоотношения на работе и дома нормальные. Считает себя общительным человеком.

### ЭНДОКРИННЫЕ ЖЕЛЕЗЫ.

Щитовидная железа не пальпируется. Симптомы гипертиреоза и гипотиреоза отсутствуют. Изменений лица и конечностей, характерные для акромегалии отсутствуют. Нарушений веса (ожирение, истощение) нет. Пигментаций кожных покровов, характерных для аддисоновой болезни не обнаружено. Волосяной покров развит нормально, выпадения волос нет. Имеется трофическая язва на подошвенной поверхности левой стопы (диабетическая стопа).

#### ОРГАНЫ ЧУВСТВ.

Обоняние, осязание, слух и вкус не нарушены. Имеется ухудшение зрения

***ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ.***

ОСНОВНОЙ: сахарный диабет 1 типа. Инсулинопотребный. Тяжелое течение, декомпенсированный.

ОСЛОЖНЕНИЯ: Диабетическая ретинопатия, диабетическая нефропатия, диабетическая стопа.

СОПУТСТВУЮЩИЙ: симптоматическая гипертония,

***ДНЕВНИК КУРАЦИИ***

***ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ.***

1. Клинический анализ крови.
2. Общий анализ мочи.
3. Анализ крови на ВИЧ - инфекцию.
4. Реакция Вассермана.
5. Кал на яйца глистов
6. Биохимический анализ крови.
7. Флюорография
8. Рентгенография левой стопы
9. ЭКГ.
10. УЗИ органов брюшной полости
11. Креатинин + мочевина
12. Определение белковых фракций
13. Проба Реберга
14. Гликемический профиль
15. Анализ мочи по Ничепоренко
16. Доплерография нижних конечностей
17. Консультация хирурга
18. Консультация невропатолога
19. Консультация в лазерном центре

* Клинический анализ крови.

Клинический анализ крови

эритроциты 4.5\*10г/л,

Нв-109 г/л,

лейкоциты-8.02\*10,

эозинофилы-8 %,

палочкоядерные нейтрофилы-5%,

сегментоядерные-65%,

моноциты-5%,

лимфоциты-26%,

СОЭ-52 мм.ч

* Общий анализ мочи:

цвет желтый, мутный относительная плотность 1002, протеинурия, глюкозурия

* Кровь на ВИЧ-инфекцию - отрицательно.
* Реакция Вассермана (RW) - отрицательно.
* Кал на я/глистов - отрицательно.
* Биохимический анализ крови

|  |  |
| --- | --- |
| Общий белок | 86,6 |
| Билирубин | 13,1 мкмоль/л. |
| Мочевина | 7.7 Ммоль/л |
| Креатинин | 84 мкмоль / л |
| Холестерин | 5.0 ммоль / л |
| Триглицериды | 1,27 г/.л |
| B - липопретеины | 5,6 г/л |
| АЛТ | 0,3 ммоль . ч /л |
| АСТ | 0,15 ммоль.ч /л |
| Глюкоза | 15,0 ммоль/л |

* Флюорография без видимых патологий.
* Рентгенография левой стопы

Начальные проявления артропатии за счет сосудов, обызвествление сосудов стопы.

* ЭКГ

Ритм синусовый. ЧСС - 83 уд. мин. Изменения в области задней стенки левого желудочка.

* УЗИ органов брюшной полости.

Эхопризнаки гепатомегалии, диффузные изменения подж. железы, почек.

* Проба Реберга

|  |  |
| --- | --- |
| Рост | 163 см |
| Вес | 75 кг |
| Сут. Диурез | 1.5 л. |
| Мин. Диурез | 1.0 мл |
| Креатинин | 59 ммоль.л |
| Креатинин мочи | 41 ммоль.л |
| Клубочковая фильтр. | 69.4 ммоль |
| Реабсорбция | 98.70 |

* Гликемический профиль

1. (25.12.97)

|  |  |
| --- | --- |
| 8,28 | 11,1 |
| 12,04 | 9,4 |
| 16,44 | 8,8 |
| 20,37 | 14,3 |

1. (29.12.97)

|  |  |
| --- | --- |
| 8,34 | 14,3 |
| 12,33 | 15,0 |
| 16,16 | 12,1 |
| 20,17 | 14,3 |

1. (1,01,98)

|  |  |
| --- | --- |
| 8,00 |  |
| 12,16 | 4,3 |
| 11 | 4,6 |
| 20,12 | 12,7 |

* Доплерография - сосудистые изменения, ишемизация и обызвествление сосудов стопы.
* Консультация хирурга: диагноз - диабетическая стопа.
* Консультация лазерного центра

Ретинопатия. Диск отечен, бледно розового цвета, сосуды расширены извиты, по периферии видны единичные кровоизлияния и твердый эксудат. Хрусталик несколько помутнен.

Диабетическая ретинопатия II - III степени тяжести, начинающаяся катаракта.

***ОБОСНОВАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА.***

При обследовании данной больной общеклиническими методами были выявлены следующие симптомы:

ПРИ РАСПРОСЕ: жалобы на общую слабость, повышенную утомляемость, снижение работоспособности. Больная отмечает похудание, беспокоит жажда, , головные боли. Имеется снижение памяти на настоящие события. Имеется онемение конечностей по типу "перчаток и носков", а так же плохо заживающая рана на подошвенной поверхности левой стопы, покраснение , отечность , болезненность. Больная отмечает прогрессирующее ухудшение зрения.

ПО ДАННЫМ АНАМНЕЗА: заболевание у больной было выявленно в молодом возрасте (32 г.). В это время больная испытывала сильную жажду (выпивала до 5 литров жидкости в сутки), сухость во рту, выраженную слабость, резкое похудание, учащенное мочеиспускание, ухудшение зрения, зуд половых органов ние. Ухудшение зрения (быстрое развитие миопии до -3) По этому поводу обратилась к врачу. Был выявлен повышенный сахар крови. В дальнейшем отмечает ухудшение самочувствия, появились онемение конечностей по типу "перчаток и носков", ухудшение зрения, снижение памяти, головные боли и шум в ушах. Зимой 1997 возникла трофическая язва в области мозоля на подошвенной поверхности левой стопы. В 1997 году была проведена операция по поводу гангрены мизинца правой ноги.

ПРИ ОБЪЕКТИВНОМ ИССЛЕДОВАНИИ:

При осмотре - Левая стопа отечна и гиперемирована.На подошвенной поверхности левой стопы ( на 1 - 2 пальце) имеется трофическая язва с поражением мягких тканей. Окружающие ткани с признаками воспаления.

Симтом поколачивания +

При пальпации*:* Нижний край печени закругленный, Выступает из-под края реберной дуги, печень несколько болезнена. При перкуссии: Размеры печени 11х9х8 см (увеличена). На периферических артериях стопы пульсация резко ослабевает.

ПРИ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕТОДАХ ИССЛЕДОВАНИЯ:

было выявлено по клиническому анализу крови признаки анемии (эритроциты 4.5\*10г/л, Нв-109 г/л), увеличенное СОЭ-52 мм.ч; по биохимическому анализу крови: увеличение уровня глюкозы до 15,0 ммоль/л по общему анализу мочи: протеинурия, глюкозурия; по данным доплерографии и по данным рентгенографии начальные проявления артропатии за счет сосудов, обызвествление сосудов стопы; по данным УЗИ органов брюшной полости: эхопризнаки гепатомегалии, диффузные изменения подж. железы, почек; попробе Реберга: повышенный уровень креатинина до 41 ммоль/л; по гликемический профилю: повышенный уровень сахара. Консультация лазерного центра - ретинопатия.

эти данные подтверждают что у больной имеется *cахарный диабет I типа* (об этом говорят нам данные

анамнеза: характерное начало заболевания в молодом возрасте, клинические проявления: сильная жажда, сухость во рту, выраженная слабость, резкое похудание, учащенное мочеиспускание, ухудшение зрения, зуд половых органов ухудшение самочувствия, появиление онемение конечностей по типу "перчаток и носков", снижение памяти, головные боли и шум в ушах.

распроса по органам и системам: жалобы на общую слабость, повышенную утомляемость, снижение работоспособности. похудание, жажда,

лабораторные данные: увеличенное СОЭ, увеличение уровня глюкозы, глюкозурия, попробе Реберга: повышенный уровень креатинина, по гликемический профилю: повышенный уровень сахара.)

*декомпенсированный*

(об этом говорят нам данные по гликемический профилю: повышенный уровень сахара.)

*тяжелого тячения*

(об этом говорят нам данные

анамнеза и объективного исследования: операция по поводу гангрены мизинца правой ноги, трофическая язва в области мозоля на подошвенной поверхности левой стопы.

распроса по органам и системам: ухудшение зрения.

**Кроме того у данной больной имеются осложнения:**

*Диабетическая ретинопатия:* ( данные консультации лазерного центра, распроса по органам и системам, анамнеза)

*Диабетическая нефропатия* (данные распроса по органам и системам: симтом поколачивания + лабораторные данные анализа мочи)

*Диабетическая полинейропатия* (данные анамнеза - парестезии)

*Диабетическая стопа* (данные рентгено-доплерографии, объективного исследования

*Трофическая язва в области 1-2 пальцев на подошвенной поверхности левой стопы*.( данные объективного исследования, консультации хирурга)

**Кроме того у данной больной имеется сопотствующее заболевание:**

*Симптоматическая гипертония* (данные анамнеза, объективного исследования, распроса по органам и системам)

***ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ***

Сахарный диабет I типа дифференцируется от диабета IIтипа

Диабет II типа обусловлен абсолютной или относительной недостаточностью усваиваивания инсулина клетками организма, Заболевание этим типом диабета происходит в пожилые годы (после 50). Этот тип диабета характеризуется тем что регуляция его происходит с помощью диеты и ССП

Сахарный диабет I типа дифференцируется от несахарного диабета

Несахарный диабет обусловлен абсолютной или относительной недостаточностью вазопрессина и характеризуется полидипсией и полиурией мочой с низкой относительной плотностью. Помимо этого диагноз основывается на отсутстствии повышения относительной плотности мочи при пробе с сухоядением, высокой осмолярности плазмы, положительной питуитриновой пробой и низком содержанием при центральнойформе заболевания АДГ в плазме.

***ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ***

* Режим II
* Диета №9
* Базис булюсная терапия: расчет дозы инсулина.

(163-100)\*0,75=48 48\*70/100=34ЕД (70% от сут. Дозы базис.терапии длит. действия)

14ЕД(30% от сут. Дозы булюс.терапии длит. действия)

**Базис**

22 ед (в утр. и днев. часы)

11 ед (в веч. часы)

**Булюс**

10 ед(в утр. и днев. часы)/2=5 - 5 ед

4 ед (в веч. часы) в зависимости от приема пищи

Rp. Sol. Monotardi 22 - 11 ED

D.S. по схеме (базисное) подкожно

Rp. Sol. Actapridi 5 - 5 - 5 ED

D.S. по схеме (булюсное) подкожно

* Для лечения трофич язвы стопы.

Rp. Sol.Gentamycini sulfatis 4% -2 ml

D.S. по 1 ампуле 3 раза в день (внутримышечно)

Rp. Ung.Lyncomycini2% -15 g

M.D.S. местно на область раны

* Для лечения ретинопатий

Rp. Aevyti 0.2

D.T.D.№ 25 in cap.

S. по 1 капсуле 3 раза в день

Rp. Sol. Acidi nycotinicy1% - 1ml

D.T.D.№ 10 in amp.

S. по 1 ml 3 раза в день (dyenhbdtyyj)

Rp. Trentali 0.1

D.T.D.№ 10 in tab.

S. по 1 ml 3 раза в день

Показана лазерокоагуляция

* Для лечения нефропатии

показан перитонеальный диализ.

Rp. Cyrantily 0.05

D.T.D.№ 50 in tab.

S. по 1 капсуле 3 раза в день

* Для улучшения кровообращения

Rp. Cavintony 0.075

D.T.D.№ 25 in cap.

S. по 1 капсуле 3 раза в день