ФИО: x

Возраст: 35 лет

# Место работы: инвалид II группы с 1998 года

# Дом адрес: x

Порядок поступления: экстренно

Дата поступления: 19 апреля 2002 г.

**Жалобы:**

На момент поступления своего состояния не помнит. На момент курации предъявляет жалобы на нарушение памяти и внимания, отмечает покалывание рук, нарушение походки.

**Анамнез заболевания:** Больной себя считает с августа 1998 года, когда начала худеть. К врачу не обратилась, связывала это с психоэмоциональной перегрузкой (недавно пропал без вести муж). Осенью 1999 года появилась неутолимая жажда (до 6-7 л в день), больная часто и много мочилась, почувствовала необъяснимую слабость, снижение работоспособности. Также больная отмечала наличие повышенного аппетита, потребность в употреблении сладкого. Через три месяца больная обратилась к врачу, где был поставлен диагноз: сахарный диабет 1 типа. При исследовании выявили содержание глюкозы крови 30 ммоль/л, определялся ацетон в моче (+++). Было назначено лечение инсулином (короткого действия 26 ЕД: утром 10, в 13:00 10 ЕД, в 18:00 6 ЕД; длинного действия 28 ЕД: утром 18 ЕД, вечером 10 ЕД). Лечение дало облегчение: жажда, частое мочеиспускание и потребность в сладком компенсировались. В период терапии дважды возникали состояния гипогликемии. В связи с этим в феврале 2000 года дозировка инсулина была изменена (короткого действия 16 ЕД: утром 10 ЕД, в 18:00 6 ЕД; длинного действия 30 ЕД: утром 20 ЕД, в 22:00 10 ЕД). Несмотря на проводимую терапии больная отмечает постепенное снижение памяти и внимания, ощущения покалывания рук и ног. Периодически (1 раз в месяц) возникают состояние гипогликемии, которые больная самостоятельно купирует приемом сладкого. За 2000-2001 года трижды были тяжелые приступы гипогликемии с экстренной госпитализацией. 16 апреля больная почувствовала тошноту, которая продолжалась до 18 апреля, когда присоединилась рвота, не приносящая облегчения. Со слов родственников вела себя неадекватно, была вызвана скорая, и больная была госпитализирована в реанимационное отделение РБ № 1. В сознание больная пришла в реанимации 21 апреля 2002 года: отмечала разбитость, головную боль, слабость в конечностях.

**Анамнез жизни:**

Вывод: хроническое заболевание эндокринной системы.

Анамнез жизни:

Родилась в Сыктывкаре. Образование среднее профессиональное. От сверстников в развитии не отставала. В детском возрасте болела редко (1- 2 раза в 2 года простудные заболевания). Корь, краснуху, ветрянку, другие вирусные инфекции отрицает. В 19 лет была оперирована по поводу апоплексии яичника. В 1987 и 1989 годах были беременности, закончившиеся родами. Особых пищевых привычек нет. Злоупотребляет алкогольными напитками. Курит с 18 лет (1 пачка в сутки). Гепатит, ВИЧ-инфекцию, венерические заболевания, туберкулез отрицает. Гемотрансфузий не было. Есть аллергия на пенициллин и новокаин в виде крапивницы. Семейный анамнез не отягощён.

**Объективное исследование больного**

Общий осмотр:

Состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Телосложение кахектичное, конституция астеническая. Вес 36 кг, рост 164 см. Индекс Кетле = 13,4 (N=20-25). Индекс Брока = 54,4. Индекс талия/бедро = 0,86. T = 36.6 0С. Кожные покровы и слизистые физиологической окраски, кожа сухая, тургор снижен. В нижней части живота справа рубец от перенесенной операции. Отеков нет. Питание понижено. Вены шеи в норме, лимфоузлы не пальпируются, щитовидная железа при осмотре не увеличена. Мышечная масса снижена.

Система органов дыхания:

Грудная клетка нормостеническая. Угол Людовика не выражен, межреберные промежутки не расширены, идут в косо-нисходящем направлении. Эпигастральный угол 90 0. Лопатки плотно прилегают к грудной клетке. Обе половины грудной клетки симметричны и равномерно участвуют в акте дыхания. Над- и подключичные ямки умеренно сглажены, ключицы симметричны, равномерно участвуют в акте дыхания. Дыхание грудное. ЧДД = 17 в минуту. Дыхание ритмичное, неглубокое. Болезненность при пальпации не обнаружена. Грудная клетка резистентная. Голосовое дрожание не изменено. Перкуторно ясный лёгочный звук над всей поверхностью легких.

Определение высоты стояния легких: правое - 3 см, левое - 3 см. Сзади на уровне остистого отростка 7-го шейного позвонка.

Определение полей Кренига: правое легкое - 4 см, левое легкое - 4 см.

Топографическая перкуссия: определение нижней границы легких

ЛИНИИ пр. легкое лев. легкое

Окологрудинная 5 м/р -

Среднеключичная 6 ребро -

Передняя подмышечная 7 ребро 7 ребро

Средняя подмышечная 8 ребро 8 ребро

Задняя подмышечная 9 ребро 9 ребро

Лопаточная 10 м/р 10 м/р

Околопозвоночная 11 грудной позвонок 11 грудной позвонок

Вывод: нижняя граница легких сохранена.

Подвижность нижнего края:

ЛИНИИ Правое Левое

 вдох выдох сумма вдох Выдох сумма

Среднеключичная 2 2 4 - - -

Средняя подмышечная 3 3 6 3 3 6

Лопаточная 2 2 4 2 2 4

Вывод: подвижность нижнего края легких не изменена.

Аускультация: дыхание ясное над всей поверхностью легких. Побочных шумов не выявлено.

Сердечно-сосудистая система:

Пульс на лучевых артериях симметричный, ритмичный, равномерный, ЧСС = 80 в минуту, удовлетворительного наполнения, сосудистая стенка эластична. Пульс на сонных артериях и артериях нижних конечностей соответствует характеристикам пульса на лучевых артериях. На ярёмных венах выявлен отрицательный венный пульс. При аускультации сонных, позвоночных, подключичных, почечных и бедренных артерий шумов не выявлено.

АД: 90 / 70 на обеих руках.

Область сердца и крупных сосудов:

Сердечный горб, эпигастральная пульсация, сердечный толчок отсутствуют. Верхушечный толчок в пятом межреберье, на 1,5 см медиальнее левой среднеключичной линии площадью 1.5 см2, резистентный, умеренной силы. При пальпации патологических пульсаций, дрожания грудной стенки не выявлено.

 Перкуссия:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Границы | Правая | Левая | Верхняя |
| Относительной тупости | 1.5 см правее правого края грудины. | По левой среднеключичной линии | Верхний край 3-го ребра слева |
| Абсолютная тупость | Правый край грудины | 1 см кнутри от левой границы отн. тупости | На уровне 4 ребра |
| Границы сосудистого пучка соответствуют краям грудины. Конфигурация сердца нормальная. Аускультация: тоны сердца приглушенные, ритмичные, ЧСС= 80 в минуту. Аускультативно соотношения тонов во всех точках сохранено.Дополнительные тоны и внутрисердечные шумы не обнаружены. |  |

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

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

Пищеварительная система:

Слизистая рта бледно-розовая, чистая, слабо увлажнена, зубы правильной формы, гладкие, без дефектов. Осмотр десен и небных миндалин патологии не выявил. Живот плоский, подкожно-жировая клетчатка не выражена, правая и левая половины его симметричны, пупок втянут. Передняя брюшная стенка участвует в акте дыхания, при осмотре грыжи не обнаружены.

При поверхностной пальпации зоны болезненности не обнаружены. Живот мягкий, симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный, грыж и расхождений прямых мышц не обнаружено. Глубокая пальпация по методу Образцова: при пальпации желудка патологии не выявлено. Сигмовидная кишка пальпируется в левой подвздошной области на границе средней и наружной трети линии, соединяющей пупок с верхней передней остью подвздошной кости в виде гладкого, умеренно плотного тяжа диаметром 1.5 см, безболезнена, не урчит, смещается в пределах 4 см. Слепая кишка пальпируется в правой подвздошной ямке на границе средней и наружной трети линии, соединяющей пупок с верхней передней остью подвздошной кости, в виде гладкого, мягко-эластичного цилиндра диаметром 3 см, безболезненна, умеренно подвижна, урчит при надавливании. Восходящая ободочная кишка пальпируется на 2 см кнаружи от внешнего края правой прямой мышцы живота в виде подвижного, умерено плотного, безболезненного цилиндра диаметром 2 см. Нисходящая ободочная кишка пальпируется на 2 см наружнее внешнего края левой прямой мышцы живота и по характеристикам соответствует восходящему отделу. Поперечная ободочная кишка пальпируется на 1 см выше пупка по срединной линии в виде поперечно лежащего и дугообразно изогнутого книзу, умеренно плотного цилиндра диаметром 2 см, безболезненна, легко смещается. При перкуссии живота асцит не выявлен. Аускультативно перистальтика кишечника сохранена.

Размеры печени по Курлову 10х9х7 см. При пальпации передне-нижнего края печени обнаружен тонкий, слегка закругленный, безболезненный, ровный, мягкий край, не выступающий

|  |  |
| --- | --- |
| из-под правой реберной дуги по правой среднеключичной линии. Пальпация желчного пузыря: Симптом Захарьина, Кера, Василенко-Лепене, Образцова-Мерфи, Ортнера, Айзенберга, Мюсси-Георгиевского отрицательны. В точках Маккензи, Боаса, Бергмана болезненность не обнаружена. Обследование подже- |  |

лудочной железы: Болезненность в зоне Шоффара, точках Мейо-Робсона I и II, Дежердена не обнаружена. Симптомы Кача, Гротта, Грея-Тернера отрицательны.

### Мочевыделительная система

Осмотр поясничной области без особенностей, почки в положении стоя и лежа не пальпируются, симптом поколачивания отрицательный, при аускультации почечных сосудов шумов не выявлено.

**Патогенез симптомов:**

Углеводный обмен: ИН

Снижение утилизации глюкозы ИЗТ

гипергликемия

Повышение Рosm

Гликозилирование белков

глюкозурия

дегидратация

жажда

Осмотический диурез

глюкозурия

Повреждение мембран эндотелия

↑НbA1c

микроангиопатия

полиурия

Ретинопатия

Нефропатия

Нейропатия

Белковый обмен: ИН

↑ глюконеогенеза

↓ поглощения белков и ↓ синтеза белка в печени и в мышцах

Катаболизм белков

# Мышечная слабость

Снижение веса (быстро, за недели)

Жировой обмен: ДКА ↓ И / ↑ КИГ (глюкогон) **(АИН)**

↓ липогенеза

↑ липолиза

↑ СЖК

↑ продукции кетоновых тел в печени (А, АУК, β-ОМ)

Кетонемия

Метаболический ацидоз

Тошнота

рвота

Кетонурия

ацетонурия

Учащение дыхания

(Дыхание Кусмауля)

Запах ацетона при дыхании

заторможенность

Кетоацидотическая кома

**Синдромы:**

1. Синдром инсулиновой недостаточности.
	* полидипсия
	* полиурия
	* снижение массы тела
	* слабость, снижение работоспособности
	* повышенный аппетит
2. Синдром абсолютной инсулиновой недостаточности
	* выше перечисленные симптомы
	* относительно молодой возраст дебюта (31 год)
	* отсутствие избыточной массы тела
	* острое начало
	* неотягощённый семейный анамнез
3. Синдром диабетической энцефалопатии
	* снижение памяти и внимания
4. Синдром диабетической нейропатии
	* парестезии рук и ног

**Предварительный диагноз:**

Сахарный диабет 1 типа, средняя тяжесть, кетоацидотическая прекома от 19 апреля 2002 года.

Диабетическая полинейропатия.

Диабетическая энцефалопатия.

Обоснование предварительного диагноза: Сахарный диабет 1 типа предположен на основании симптомов диабета (полидипсия, полиурия, снижение массы тела, слабость, снижение работоспособности, повышенный аппетита), неоднократного выявления концентрации глюкозы > 7,8 ммоль/л в анамнезе, наличия синдрома абсолютной инсулиновой недостаточности. Средняя степень тяжести предполагается на основании компенсации инсулином < 60 ммоль/л, а также наличия признаков диабетическоё полинеропатии и энцефалопатии. Кетоацидотическая прекома от 19 апреля 2002 года выставлена на основании анамнеза (16 апреля больная почувствовала тошноту, которая продолжалась до 18 апреля, когда присоединилась рвота, не приносящая облегчения. Со слов родственников вела себя неадекватно, была вызвана скорая, и больная была госпитализирована в реанимационное отделение РБ № 1. В сознание больная пришла в реанимации 21 апреля 2002 года: отмечала разбитость, головную боль, слабость в конечностях). Диабетическая полинейропатия предполагается на основании симптомов (парестезии рук и ног).

**Дифференциальный диагноз:**

Дифференциальный диагноз проводится между сахарным диабетом 2 типа (1), сахарным диабетом 1 типа (2), постоянной формой феохромацетомы (3), несахарным диабетом (4).

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Признак  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Полиурия, полидипсия, слабость, сонливость | + | + | + | + |
| Избыточная масса тела | + | - | - | - |
| Головные боли | - | - | + | - |
| Постоянная тахикардия | - | - | + | - |
| Непереносимость жары | - | - | + | - |
| Отягощенный семейный анамнез | + | -/+ | +/- | -/+ |
| Острое течение | - | + | + | + |
| Манифестация в молодом возрасте | - | + | -/+ | + |
| Сухость кожных покровов | + | + | - | + |
| Тремор пальцев, рук | - | - | + | - |
| Повышенное АД | - | - | + | - |
| Снижение плотности мочи | - | - | - | + |
| Глюкозурия | + | + | + | - |
| Гипергликемия | + | + | + | - |
| Повышение уровня С-пептида и ИРИ | + | - | - | - |
| Купирование симптомов инсулином | + | + | - | - |
| Купирование оральными сахаропонижающими препаратыми | + | - | - | - |
| Купирование симптомов α-блокаторами | - | - | + | - |

План обследования:

1. ОАК (для выявления анемии, эритроцитоза, воспалительного процесса)
2. ОАМ (для выявления протеинурии, альбумину, для проведениярии дифдиагноза с несахорным диабетом)
3. БХАК (в т.ч. С-пептид и ИРИ, как специфические маркеры) (для выявления патологии печени, воспалительных явлений, хронической почечной недостаточности, патологии островкового аппарата поджелудочной железы)
4. Электролиты (для определения степени электролитных нарушений вследствие сахарного диабета и его осложнений)
5. Суточная протеинурия (для определения степени нефропатии)
6. Суточный диурез (для контроля функции почек)
7. Проба Реберга (для подтверждения диагноза – диабетическая нефропатия и определения её степени)
8. Гликемический профиль - ежедневно (8:00, 10:00, 12:00, 14:00, 16:00, 18:00, 20:00, 22:00, 24:00, 2:00, 4:00, 6:00) (для устанавления характера остаточной деятельности поджелудочной железы, а также определения эфективности инсулинотерапии)
9. ИФА на антитела к островковым клеткам. (для подтверждения сахарного диабета 1 типа)
10. ЭКГ (для выявления патологии сердца, как осложнения СД)
11. Электронейромиография (для подтверждения диабетической полинейропатии)
12. Реоэнцефалография (для выявления причин энцефалопатии)
13. Реовазография ног (для выявления диабетической макроангиопатии)
14. Исследование глазного дна (для выявления диабетической ретинопатии)
15. УЗИ органов брюшной полости (для выявления осложнений сахарного диабета, в т. ч. жировую дистрофию печени)
16. Электроэнцефалография (для выявления функциональных нарушений головного мозга и подтверждения диабетической энцефалопатии)

ОАК от 26.04.2002:

Эритроциты 4.41 млн в 1мкл (3.7-4.5)

Лейкоциты 8.9\*109 в литре (4-9.4 \* 109 в литре)

Гемоглобин 140 г/л (120-160)

СОЭ 19 мм/ч (0-20 мм/ч)

ЦП 0.9 (0.85-1.05)

Вывод: все показатели в пределах нормы

ОАМ от 26.04.2002:

Цвет соломенно-жёлтый

Прозрачность прозрачная

Плотность 1033 г/л (1018-1028 г/л)

Реакция слабокислая

Белок 0,032 (не более 0.033 г/л)

Глюкозурия 11,0 ммоль/л

Кетоновые тела отсутствуют (отсутствуют)

Лейкоциты 4 в поле зрения (до 8)

Эритроциты: отсутствуют (до 1 в поле зрения)

Цилиндры отсутствуют (допускаются гиалиновые «+»)

Вывод: признаки глюкозурии, свидетельствующие о декомпенсации.

БХАК от 26.04.2002:

Общий белок 75 г/л (55-88 г/л)

Альбумины 51 г/л (35-55 г/л)

Глобулины 24 г/л (20-35 г/л)









Глюкоза 9.2 ммоль/л (3.3-5.5 ммоль/л)

Холестерин: 3.4 ммоль/л (ниже 5.2 ммоль/л)

ЛПНП 3,1 ммоль/л (< 2,2 ммоль/л)

ЛПВП 0,7 ммоль/л (0,9-1,9 ммоль/л)

Триглицериды: 1.3 ммоль/л (менее 2.3)

Креатинин 58 мкмоль/л (40-100 мкмоль/л)

Билирубин

Общий 10.2 мколь/л (5.1-17 мкмоль/л)

Прямой 3.0 мкмоль/л (1.7-5.1 мкмоль/л)

Непрямой 7.2 мкмоль/л (3.4-12 мкмоль/л)

HbA1 13% (менее 7,5%)

Фруктозамин 3,2 ммоль/л (2-2,8 ммоль/л)

АлТ 28 (0-40)

АсТ 30 (0.1-40)

С-пептид: 0.02 нг/мл (0.3-3.66)

ИРИ 54 пмоль/л (43—186)

Вывод: Повышенный уровень гликозилированного Hb косвенно свидетельствует о гипергликемии последние 3 месяца. Повышенный уровень фруктозамина свидетельствует о гипергликемии последние 3 недели. Резкое снижение уровня С-пептида свидетельствует о недостаточности эндогенного инсулина. Дислипидемия. Ферменты печени в норме.

Электролиты крови от 26.04.2002:

Натрий 140 ммоль/л (135-145)

Калий 3.7 ммоль/л (3.5-5.7)

Вывод: все показатели в пределах нормы

Суточная протеинурия от 26.04.2002: 319 мг (30 мг/сут)

Вывод: Диабетическая нефропатия, в стадии протеинурии.

Суточный диурез от 26.04.2002: 1900 мл ( 500-2000 мл)

Вывод: показатель в пределах нормы

Проб Реберга от 26.04.2002: 174 мл/мин; канальцевая реабсорбция 99%;

минутный диурез 1,74 мм/мин

Вывод: увеличена скорость клубочковой фильтрации

ИФА на антитела к β-клеткам: увеличение титра антител.

Вывод: подтверждение типа сахарного диабета

ЭКГ от 27.04.2002: ритм синусный, 80 в минуту.

Вывод: все показатели в пределах нормы

Электронейромиография: признаки аксональной смешанной полинейропатии.

Вывод: подтверждение диабетической полинейропатии

Реовазография ног от 27.04.2002:

Магистральный кровоток сохранен, нормотонус сосудов, отток сохранен.

Вывод: показатели в норме.

Реоэнцефалография от 27.04.2002: пульсовой кроваток умеренно снижен. Гипертонус артерий. Дистоня вен.

Вывод: изменения не выражены.

Исследование глазного дна 29.04.2002: Дно бледновато-розовое, границы чёткие, артерии сужены.

Вывод: Диабетическая ретинопатия, непролиферативная стадия.

Электроэнцефалография: Усиление восходящих влияний неспецифических срединных структур мозга. Определяется дисфункция стволовых структур мозга.

Вывод: подтверждение диабетической энцефалопатии.

УЗИ органов брюшной полости: Почки незначительно уменьшены в размерах.

Вывод: изменения незначительны.

**Окончательный диагноз:**

Сахарный диабет 1 типа, средняя тяжесть, декомпенсация, кетоацидотическая прекома от 19 апреля 2002 года.

Диабетическая полинейропатия.

Диабетическая энцефалопатия.

Диабетическая ретинопатия, непролиферативная стадия.

Диабетическая нефропатия, в стадии протеинурии.

Обоснование дополнительных пунктов: декомпенсация выставлена на основании – среднесуточная гликемия > 8-10 ммоль/л, уровень глюкозурии > 5,0 ммоль/л, гликозилированный гемоглобин > 7,5%. Диабетическая ретинопатия, непролиферативная стадия выставлены на основании данных осмотра глазного дна - дно бледновато-розовое, артерии сужены, кровоизлияний не обнаружено. Диабетическая нефропатия, в стадии протеинурии выставлены на основании - суточная протеинурия: 319 мг (< 30 мг/сут). Остальные пункты подтверждены.

**Этиология и патогенез:** Генетическая предрасположенность (связь с НLA) → повреждение β-клеток вирусами (в раннем детстве) → инсулит и изменение антигенов β-клеток → аутоантитела к β-клеткам → деструкция β-клеток → деструкция > 90% β-клеток (АИН) → гипергликемия → клиническая манифестация СД 1 типа.

**Лечение:**

1. Режим общий
2. Диета №9 (сбалансированное питание, соотношение Ж:Б:У постоянно, приём пищи 6 раз в сутки, исключение легкоусвояемых углеводов, использование сахарозаменителей, ограничение соли)
3. Отказ от курения и употребления алкоголя.
4. Дозированная физическая нагрузка – прогулки на свежем воздухе 4-5 дней в неделю не менее 40 минут. Плавание. Избегание чрезмерных физических нагрузок.
5. Обучение пациента – научить управлять заболеванием.
	* самоконтроль и оценка сахара крови до еды и через 2 часа после еды с помощью глюкометра.
	* Введение инсулина в зависимости от количества предстоящего потребления хлебных единиц.
	* Ежедневный контроль веса.
	* Знание признаков острых и хронических осложнений.
	* Знание мер предупреждения осложнений.
6. Идеальная масса тела: (164-100) – 15%=54,4 кг

Истинная масса = 36 кг

БЭБ` = 54,4\*25 = 1360 ккал/сут

БЭБ = БЭБ` + 1/3 БЭБ`(т.к. лёгкая физ нагрузка) = 1813 ккал/сут

50% углеводов = 906,5 : 4,1 г/ккал = 221 г/сут = 20 ХЕ

30% белков = 543,9 ккал/сут : 4,1 г/ккал = 132,7 г/сут

20% жиров = 362,6 ккал/сут : 9,3 г/ккал = 40 г/сут

Распределение хлебных единиц в течение дня:

1 завтрак 6 ХЕ

2 завтрак 2 ХЕ

обед 4 ХЕ

полдник 2 ХЕ

ужин 4 ХЕ

поздний ужин 2 ХЕ

Меню-раскладка на 1 день:

|  |  |
| --- | --- |
| 1 завтрак | 1 средняя котлета, 3 столовые ложки картофельного пюре, 1 стакан апельсинового сока |
| 2 завтрак | 1 стакан молока, 1 оладья |
| Обед | 7 пельменей, 2 столовых ложки сметаны, 1 стакан апельсинового сока |
| Полдник | 1 банан |
| Ужин | 200 г творожистого крема, 1 стакан молока, 1 блин |
| Поздний ужин | 1 стакан яблочного сока, 2 крекера |

Интенсифицированная инсулинотерапия:

Цель: имитация физиологической секреции инсулина.

54,4 кг \* 0,6 ЕД/кг = 33 ЕД/сут

2/3 от этого инсулина составляет инсулин короткого действия (имитация стимулированной секреции)

= 22 ЕД/сут – «актропид»

1/3 инсулина составляет пролонгированный инсулин (имитация базальной секреции)

= 11 ЕД/сут – «монотард»

«актропид»: завтрак 10 ЕД, обед 6 ЕД, ужин 6 ЕД

«монотард»: в 8:00 - 8 ЕД, в 22:00 – 3 ЕД

Лечение диабетической нефропатии:

Rp.: Tab. Enalaprili 0,005

D.t.d. № 30

S. по 1 таб 1 раз в день

(не оказывает отрицательного влияния на углеводный и липидный обмен, действует на эфферентную артериолу почечного клубочка, снижает клубочковую фильтрацию, тем самым предохраняет клубочки от изнашивания и замедляет прогрессирование диабетической нефропатии)

Лечение диабетической энцефалопатии:

Rp.: Tab. “ Cavinton” 0,005

D.t.d. № 150

S. по 1 таб 3 раза в день в течение 2 месяцев

(улучшает кровоснабжение головного мозга)

Лечение диабетической полинейропатии:

Rp.: Sol. Unitioli 5% - 5ml

D.t.d. №12

S. по 5 мл в/м 1 раз в день

(улучшает состояние периферической нервной системы, нормализует проницаемость сосудов)

Rp.: Sol. Acidi nicotici 1%-1ml

D.t.d. №10 in amp.

S. по 1 мл в/м 2 раза в день

Rp.: Corboxylasi 0,05

D.t.d. №15

S. по 0,05 п/к 1 раз в день, предварительно растворив в растворителе.

(улучшает кровообращение, общеукрепляющее действие на организм)

Лечение диабетической ретинопатии: лазерофотокоагуляция.

**Дневник:**

26.04.2002

Жалоб нет. Состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. ЧДД 17 в минуту, дыхание везикулярное. ЧСС 80 в минуту, тоны сердца ясные, ритмичные. АД 92/74. Живот мягкий безболезненный.

Гликемический профиль:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 8:00 | 8,8 | 16:00 | 5,4 | 24:00 | 4,4 |
| 10:00 | 11,8 | 18:00 | 6,6 | 2:00 | 5,4 |
| 12:00 | 9,9 | 20:00 | 6,6 | 4:00 | 12,8 |
| 14:00 | 9,7 | 22:00 | 11,3 | 6:00 | 10,3 |

Лечение продолжать по выбранной схеме

27.04.2002

Жалоб нет. Состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. ЧДД 18 в минуту, дыхание везикулярное. ЧСС 82 в минуту, тоны сердца ясные, ритмичные. АД 96/70. Живот мягкий безболезненный.

Гликемический профиль:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 8:00 | 7,8 | 16:00 | 5,3 | 24:00 | 4,4 |
| 10:00 | 4,8 | 18:00 | 5,4 | 2:00 | 5,2 |
| 12:00 | 6,9 | 20:00 | 4,6 | 4:00 | 10,3 |
| 14:00 | 7,7 | 22:00 | 9,4 | 6:00 | 6,7 |

Лечение продолжать по выбранной схеме.

28.05.2002

Жалоб нет. Состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. ЧДД 16 в минуту, дыхание везикулярное. ЧСС 86 в минуту, тоны сердца ясные, ритмичные. АД 100/76. Живот мягкий безболезненный.

Гликемический профиль:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 8:00 | 6,8 | 16:00 | 4,4 | 24:00 | 4,3 |
| 10:00 | 5,8 | 18:00 | 4,2 | 2:00 | 4,6 |
| 12:00 | 4,4 | 20:00 | 3,3 | 4:00 | 6,7 |
| 14:00 | 5,3 | 22:00 | 5,1 | 6:00 | 5,9 |

Лечение продолжать по выбранной схеме

Эпикриз: Больная x, 35 лет находилась на лечении в эндокринологическом отделении РБ №1 с диагнозом: Сахарный диабет 1 типа, средняя тяжесть, декомпенсация, кетоацидотическая прекома от 19 апреля 2002 года. Диабетическая полинейропатия. Диабетическая энцефалопатия. Диабетическая ретинопатия, непролиферативная стадия. Диабетическая нефропатия, в стадии протеинурии. Продолжает лечение.

Прогноз: При тщательном следовании рекомендациям прогноз благоприятный. Тщательное соблюдение режима питания и дозированных физических нагрузок позволит в больше степени контролировать содержание сахара в крови и избежать прогрессирования осложнений. Прием иАПФ на постоянной основе позволит скомпенсировать протеинурию и предотвратить развитие артериальной гипертензии.