***Алтайский Государственный Медицинский Университет***

***Кафедра госпитальной и поликлинической терапии с курсом эндокринологии***

*Зав.кафедрой: д.м.н. профессор. Лычѐв В.Г.*

*Преподаватель: ассистент кафедры Новикова Н.С.*

*Куратор: студент 519 группы Семенова А.С.*

***Журнал больного сахарным диабетом.***

Ф.И.О. А.Н.И. 60 лет

*Клинический диагноз:* Сахарный диабет, 2 тип декомпенсация в рамках метаболического синдрома.

Инсулинорезистентность

Диабетическая дистальная сенсорная выраженная полинейропатия, высокий риск развития СДС

*Диабетические микроангиопатии:*

-Диабетическая непролиферативная ангиоретинопатия OU,

-Диабетическая нефропатия, стадия протеинурии, ХБП2.

*Диабетические макроангиопатии:*

- ИБС: стенокардия напряжения III функциональный класс. Полная БЛНПГ

- Гипертоническая болезнь 3 стадии, 2 степени, риск IV, ХСН 1степени, 2 ФК

- Дисциркуляторная энцефалопатия 2ст (диабетическая + сосудистая), вестибулопатический, цефалгический синдромы.

- Многоузловой зоб, гипотиреоз средней степени, медикаментозно компенсированный.

- Абдоминальное ожирение ИМТ=

- Дислипидемия

- Остеохондроз шейного отдела позвоночника, хроническое рецидивирующее течение.

***Барнаул 2013 год.***

***Журнал больного сахарным диабетом.***

*Ф.И.О., возраст: 19 лет А.Н.И.*

*Число, месяц, год рождения: 23.04.1952 г.*

***1. .Гликемический профиль( 02.04.2013)***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Кол-во сахара в крови* | *Доза инсулина* | *Коррекция дозы инсулина* |
| *8:00 Хумулин R 22 ЕД*  *11-00*  *13:00 9.19 Хумулин R 22 ЕД +1 ЕД*  *16:00*  *18:00 7.68 Хумулин R 22 ЕД*  *22:00*  *21:00 6.31 Лантус 18 ЕД*  *24:00 5.42*  *6:00 7.12* | | |
|  | | |

Суточное кол-во мочи (мл) в трѐх порциях: 2500 мл

Удельный вес мочи 1012

% сахара в моче 1.5

Суточное кол-во сахара

Ацетон: отрицательный

Рост в см: 167

Вес в кг: 108

ИМТкг/м: 38,8- избыточный вес, ожирение 2 ст

*ОТ/ОБ*

*Идеальная масса тела:*

(рост-100)- 15 % от полученного в скобках числа

167-100-15%= 67-10.05= 57 кг

Гипогликемические явления: гипокомы, за время болезни 2 раза в месяц, последний раз в конце марта.

Впервые гипогликемическая кома возникла в 2000 году

Отѐки: в вечернее время, на голени и стопах.

*Диета в ккал:* ИМТ = 38.8 что соответствует ожирению 2 ст, и гиперстеническому типу телосложения.

Суточная потребность в калориях в состоянии абсолютного покоя у данного больного составляет 108\*17=1836 ккал.

Суточная потребность в калориях с учетом физической нагрузки составляет

1836 + 1836/3= 1224 ккал

***2.Гликемический профиль( 10.04.2013 г)***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***2.*** *Кол-во сахара в крови* | *Доза инсулина* | *Коррекция дозы инсулина* |
| 8:00- 9.76 ммоль/л *Хумулин R 20ЕД +1 ЕД*    11:00- 13.48 ммоль/л  13:00- 10.97 ммоль/л *Хумулин R 20ЕД*    16:00- 9.25 ммоль/л  18:00-12,09 ммоль/л *Хумулин R 20ЕД +2 ЕД*  21:00- 6,11 ммоль/л Лантус 21 ЕД    24:00-12,31 ммоль/л  06:00- 7,96 ммоль/л. | | |

**3. Расчёт физиологической диеты в % соотношении**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Углеводы (%) | Белки (%) | Жиры (%) |
| 50 | 20 | 30 |

Углеводы = 0,5 \* 1224/4 = 153 г

Белки = 0,2 \* 1224/4 = 61.2 г

Жиры = 0,3 \* 1224/9 = 91,8 г

Переводим углеводы в ХЕ 153/12 = 12.75 = 13 ХЕ

***4.Методы и один из способов определения сахара в крови***

Определение сахара в крови:

Содержание сахара в крови определяют методами, основанными на восстанавливающих свойствах глюкозы (метод Хагедорна-Йенсена, Крицелиуса Фолина-Ву и др.) или на ее цветных реакциях с определенными реактивами (ортотолуидиновая методика Фрида и Гофльмайера и др.).

Глюкозооксидазно-пероксидазный метод с колориметрическим завершением (метод Триндера). Принцип метода заключается в следующем: глюкоза окисляется кислородом воздуха в присутствии фермента глюкозооксидазы (ГО) с образованием глюконовой кислоты и эквимолярного количества перекиси водорода. Перекись водорода в присутствии пероксидазы (ПО) окисляет компоненты хромогенной смеси с образованием красителя.

Интенсивность окраски образовавшегося продукта пропорциональна концентрации глюкозы.

***5.Методы и один из способов определения сахара в моче.***

Определение сахара в моче.

Для качественного определения сахара в моче используют методы Бенедикта, Ниландера и др., основанные на восстанавливающих свойствах сахара. Проба Ниландера заключается в следующем: к 2—3 мл фильтрованной мочи прибавляют такой же объем реактива, состоящего из 2 г нитрата висмута, 4 г сегнетовой соли и 100 мл 10% раствора едкого натра; полученную смесь кипятят 2 мин. При наличии сахара вся жидкость окрашивается в черный цвет

***6. Методы и один из способов определения ацетона в моче.***

Определение ацетона в моче.

К методам определения кетоновых тел относится:

1. Проба Ланге

2. Модифицированная проба Ротеры

3. Проба Легаля

4. Проба Лестраде

5. Экспресс-тесты.

Для качественного определения кетоновый тел в моче чаще всего используют пробу Ланге или ее модификации, а также индикаторные таблетки, меняющие окраску при нанесении на них 1--2 капель мочи, содержащей повышенное количество кетоновых тел. Проба Ланге основана на свойствах ацетона и ацетоуксусной кислоты давать с нитропруссидом натрия в щелочной среде фиолетовую окраску. Несколько капель свежеприготовленного раствора нитропруссида натрия и 0,5 мл концентрированной уксусной кислоты добавляют в пробирку с 8-10 мл мочи, а затем осторожно по стенке пробирки наслаивают несколько миллилитров концентрированного раствора аммиака. При наличии ацетона на границе между обеими жидкостями в течение 3 мин возникает фиолетовое кольцо. Ацетон в моче обнаруживают не только при декомпенсированном сахарном диабете, но также при тяжелых лихорадочных состояниях, неукротимой рвоте, длительном голодании и интоксикации.

***7.Расчѐт дозы инсулина по хлебным единицам.***

Распределение ХЕ на сутки. Питание больных в больнице 6-ти разовое.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 8.30 завтрак-20% суточная потребность-2,6 ХЕ | \*2ЕД ИКД | 3.9\*2ЕД=7,8ЕД, округляем до 8ЕД. |
| 11.00 второй завтрак-10%-1.3 ХЕ |
| 13.30 обед-30%-3.9 ХЕ | 1.5ЕД ИКД | 5,2\*1.5ЕД=7.8ЕД округляем до 8ЕД |
| 16.00 полдник-10%-1.3 ХЕ |
| 18.30 ужин-20%-2.6 ХЕ | 1 ЕД ИКД | 3.9\*1ЕД=3.9ЕД округляем до 4 ЕД |
| 22.00 поздний ужин-10%-1.3 ХЕ |

Общая доза инсулина 108 \* 0,8=86 ед

Доза продленного инсулина 86 – 20(8+8+4) =66 ЕД

2/3 утром – 44ЕД, 1/3 вечером – 22ЕД.

***8 . Диета на 1 день.***

8.30 – молоко 1 ст, 1 кусок хлеба, 50г овсяной каши

11.00 – 125г ряженка, 1 блин большой.

13.30 - сок грейпфрутовый 130 мл, 1 кусок хлеба, картофельное пюре 2 ложки, 1 котлета (без хлеба)

16.00 – чай сладкий, 1 маленькая оладья

18.00 – пельмени 4 шт. 1 кусок хлеба, чай сладкий.

22.00 – пол стакана кефира, 20 г крекера

***9 .Обоснование диагноза.***

1. На основании жалоб больной на сухость во рту, умеренную жажду, учащенное мочеиспускание, повышенный аппетит, можно выделить инсипидарный синдром (полидипсия, полифагия, полиурия).

На основании жалоб на боли в ногах, судороги, жжение, онемение в ногах, можно выделить симптом полинейропатии

На основании жалоб на непостоянные головные боли, связанные с периодами повышения АД до 190/80 мм.рт.ст., боли распирающего характера, интенсивные, захватывают височные, теменные, затылочные области; периодическую слабость можно предположить что в процесс вовлечена сердечно-сосудистая система

На ухудшение памяти, зрения на оба глаза

2. На основании данных анамнеза заболевания: считает себя больной с 2000 года когда впервые стала замечать постоянную жажду, сухость во рту, учащенное мочеиспускание. Тогда впервые поставили диагноз :СД, 2 тип. С того года ежегодно госпитализируется 2 раза в год для коррекции гликемии. Из анамнеза заболевания также известны гипогликемические комы, 2 раза в месяц. Последняя в конце марта 2013 года. Впервые возникла в 2000 году

3. На основанни данных анамнеза жизни: наследственность отягощена по сахарному диабету, отягощена по ГБ, по отцовской линии.

4. При объективном обследовании обнаружено:

при пальпации верхушечный толчок разлитой, усиленный

при перкуссии: смещение границы относительной тупости сердца на 1,5 см кнаружи от левой среднеключичной линии, за счет увеличения левого желудочка; аортальная конфигурация сердца

- при аускультации приглушение тонов сердца, акцент II тона на аорте

снижение температуры тела на симметричных участках, снижение чувствительности на бедренно- подвздошном сегменте с обоих сторон..

- варикозное расширение вен нижних конечностей.

- при пальпации Щитовидной железы – определяются несколько узлов в обоих долях ЩЖ

По данным лабораторным обследованиям:

- повышение уровня глюкозы в крови максимально до 26.00 ммоль/л, минимально 4 ммоль/л.

- ацетона в моче нет.

- по данным ЭКГ: полная блокада ПНПГ

**На основании всего выше сказанного можно поставить диагноз:**

Сахарный диабет, 2 тип декомпенсация в рамках метаболического синдрома.

Инсулинорезистентность

Диабетическая дистальная сенсорная выраженная полинейропатия, высокий риск развития СДС

*Диабетические микроангиопатии:*

-Диабетическая непролиферативная ангиоретинопатия OU,

-Диабетическая нефропатия, стадия протеинурии, ХБП2.

*Диабетические макроангиопатии:*

- ИБС: стенокардия напряжения III функциональный класс. Полная БЛНПГ

- Гипертоническая болезнь 3 стадии, 2 степени, риск IV, ХСН 1степени, 2 ФК

- Дисциркуляторная энцефалопатия 2ст (диабетическая + сосудистая), вестибулопатический, цефалгический синдромы.

- Многоузловой зоб, гипотиреоз средней степени, медикаментозно компенсированный.

- Абдоминальное ожирение ИМТ = 38.8

- Дислипидемия

- Остеохондроз шейного отдела позвоночника, хроническое рецидивирующее течение.