**Паспортная часть.**

Ф.И.О:

Дата рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Возраст: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Постоянное место жительства:

Социальный статус: пенсионерка

Дата поступления: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата курации: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Жалобы больного.**

1.Жалобы на слабость, быструю утомляемость, головокружение, периодически беспокоит жажда, кожный зуд, сухость кожи, онемение конечностей.

2.Считает себя больной с мая 2005 г. Сахарный диабет впервые выявлен в постинфарктном периоде, когда получала лечение по поводу инфаркта миокарда, в крови выявлен повышенный уровень сахара. С мая 2005 года пациентка взята на диспансерный учет, назначено лечение (диабетон 30 мг). Гипогликемические препараты переносит хорошо.

3.Кроме сахарного диабета больной страдает заболеваниями сердечно-сосудистой системы: гипертоническая болезнь в течение 5 лет, в мае 2005 года перенесла инфаркт миокарда.

4.Родилась вторым по счету ребенком. Росла и развивалась соответственно возрасту. В детском возрасте перенесла все детские инфекции. Работала бухгалтером, работа связана с психическим напряжением. Никаких хирургических вмешательств не было. Склонна к простудным заболеваниям. Среди родственников больных сахарным диабетом нет. В семье спокойная обстановка. Вредных привычек нет. Менструация с 14 лет, протекали регулярно. Материально бытовые условия удовлетворительные. Живет в благоустроенной квартире.

**Общий осмотр (inspectio)**

Общее состояние больного: удовлетворительное.

Сознание: ясное.

Положение активное.

Телосложение: нормастеническое.

Рост 168 см, вес 85кг.

Выражение лица: осмысленное

Кожные покровы: обычной окраски, влажность кожи умеренная. Тургор снижен.

Тип оволосения: по женскому типу.

Видимые слизистые розовые, влажность умеренная, язык – белый.

Подкожно – жировая клетчатка: развита сильно.

Мышцы: степень развития удовлетворительная, тонус сохранен.

Кости: безболезненные.

Суставы: болезненны при пальпации.

Периферические лимфоузлы: не увеличены.

**Дыхательная система.**

*Осмотр:*

* + Форма грудной клетки: нормостеническая.
	+ Грудная клетка: симметрична.
	+ Ширина межреберных промежутков умеренная.
	+ Эпигастральный угол прямой.
	+ Лопатка и ключица выступают слабо.
	+ Тип дыхания грудной.
	+ Число дыхательных движений в минуту: 18
	+ Пальпация грудной клетки: грудная клетка эластична, голосовое дрожание одинаково на симметричных участках, безболезненная.

*Перкуссия легких:*

Сравнительная перкуссия: ясный легочный звук на симметричных участках грудной клетки.

*Топографическая перкуссия.*

Ширина полей Кренинга по 8 см с обеих сторон.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Топографическая линия** | **Правое легкое** | **Левое легкое** |
| Верхняя граница |
| 1 | Высота стояния верхушек спереди | 3 см выше ключицы | 3 см выше ключицы |
| 2 | Высота стояния верхушек сзади | 7 шейный позвонок | 7 шейный позвонок |
| Нижняя граница |
| 1 | По окологрудинной линии | Верхний край 4 ребра | Не определяется |
| 2 | По срединно – ключичной линии | 5 ребро | Не определяется |
| 3 | По передней подмышечной линии | 7 ребро |  6 ребро |
| 4 | По средней подмышечной линии |  7 ребро |  7 ребро |
| 5 | По задней подмышечной линии |  8 ребро |  8 ребро |
| 6 | По лопаточной линии |  9 ребро |  8 ребро |
| 7 | По околопозвоночной линии | Остистый отросток X груд. позвонка | Остистый отросток X груд. позвонка |

#### Дыхательная экскурсия нижнего края легких: по задней подмышечной линии 1.5 см на вдохе, на выдохе – 1 см.

*Аускультация:*

Прослушивается везикулярное дыхание, шум трения плевры не определяется.

**Сердечно – сосудистая система.**

*Осмотр:* Тоны сердца приглушены,ритмичны,ЧСС-72 уд/мин. Пульс удовлетворительного наполнения и напряжения.АД.-140/100 мм. рт-ст. Нарушена трофика тканей нижних конечностей в следствии диабетической макроангиопатии.

*Пальпация:*

* + верхушечный толчок располагается в 5 межреберье на 1,5-2 см латеральнее левой среднеключичной линии (нормальной силы, ограниченный).

*Перкуссия:*

-Поперечник относительной тупости сердца: 12-13 см

-Ширина сосудистого пучка: 6-7 см, 2 межреберье слева и справа (соответствует ширине грудины)

-Конфигурация сердца: нормальная.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Границы | Относительной тупости | **Абсолютной тупости** |
| Правая | 4 межреберье 1 см правее края грудины | 4 межреберье по левому краю грудины |
| Левая | 5 межреберье на 1,5-2 см латеральнее левой среднеключичной линии | От области верхушечного толчка двигаться к центру (2,5 см медиальнее) |
| Верхняя | Парастернальная линия 3 межреберье | Парастернальная линия 4 межреберье |

**Пищеварительная система.**

Губы бледно-розового цвета, слегка влажные, трещин и изъязвлений нет. Слизистые оболочки бледно-розовые, влажные, патологических изменений не обнаружено. Язык розовый, влажный, с беловатым налетом, сосочки развиты хорошо. Десны розового цвета, без кровоточивости и язв.

Глотка: слизистая оболочка бледно-розовая, миндалины не гиперемированы, слегка увеличены, дужки и язычок не гиперемированы. Налетов нет. Задняя стенка без патологических изменений.

Слюнные железы не увеличены, безболезненны, кожа в области желез не изменена, боли при жевании и глотании.

Живот нормальной формы, симметричен, не вздут, выпячиваний, западений, видимой пульсации нет. Брюшная стенка участвует в акте дыхания, рубцов нет, видимой перистальтики нет. При перкуссии и поколачивании над всей поверхностью - тимпанический звук, болезненность, напряжение стенки живота, флюктуация отсутствуют.

При поверхностной пальпации напряжение брюшной стенки отсутствует, болезненность не отмечается, уплотнений нет. Симптом волны, симптом Менделя, симптом Щеткина-Блюмберга отрицательны.

При специальной пальпации расхождения прямых мышц живота нет. Аускультация: перистальтика кишечника в норме.

При осмотре печень не увеличена. При глубокой скользящей методической пальпации по Образцову-Стражеско по правой среднеключичной линии нижний край печени не выступает из-под нижней реберной дуги. При пальпации край печени острый, безболезненный, мягкий, поверхность ровная, гладкая.

При пальпации пузырная точка, эпигастральная зона, холедо-панкреатическая зона, точка диафрагмального нерва,акромиальная точка, точка лопаточного угла, позвоночная точка безболезненны.

При перкуссии: границы печени

верхняя - 6 межреберье по среднеключичной линии.

нижняя – по правому краю реберной дуги.

Болезненность при перкуссии и поколачивании отсутствует.

Определение размеров по Курлову:

1. по срединной линии – 6,5 см
2. по среднеключичной линии – 9 см
3. по левой реберной дуге – 5 см

Стул: 1 раз в 2-3 дня. Запоры мучают часто.

Селезенка: видимого увеличения нет.

При пальпации:

- верхняя граница - 8 ребро

- нижняя граница - на 1 см кнутри от реберной дуги.

Размеры при перкуссии: длина - 7,5 см, ширина - 4,5 см. Селезенка не пальпируется.

Со стороны мочеполовой,нервной,эндокринной систем отклонений от нормы нет.

**Предварителный диагноз**

На основании жалоб, клинико-лабораторных данных выставлен диагноз: сахврный диабет 2 типа, средней тяжести, субкомпенсированный, полинейропатии.

**План обследования:**

**1.** Общий анализ мочи и крови

**2.** БХ анализ крови

**3.** Исследование на тощак глюкозы крови- через день. Гликемический прфиль

**4.** Рентгеноскопия грудной клетки.

**5.** ЭКГ

**6.** Рост, вес больного

**7.** Консультации узких специалистов: офтальмолога, невропатолога, дерматолога.

**Данные лабораторные исследования.**

*Общий анализ крови 15.08.05*

Эритроциты 4,6\*1012 /л

Гемоглобин 136 г /л

Цветовой показатель 0,9

Лейкоциты 9,3\*109 /л

Лимфоциты 36%

Моноциты 8%

СОЭ 40 мм/час

*Общий анализ мочи 15.08.05*

Цвет бледный

Уд.вес 1022

Реакция нейтр.

Белок отр.

Сахар 0,5 %

Ацетон отр

Прозрачность прозрачная

*БХ лаб-я15.08.05*

*Дневное колебание сахара*

1. натощак 7,3 мг/%

2. через 2 часа 10,0 ммоль/л

3. через 4 часа 7,0 ммоль/л

*Колебания глюкозы*

*Время единицы*

1. 6,0 ммоль/л
2. 7,0 ммоль/л
3. 6,5 ммоль/л

22- 7,0 ммоль/л

*КСР на сифилис «-» 19.08.05*

*Вич-инфекция не обнаружена 19.08.05*

**Обследование специалистов**

**1.** Офтальмолог от 17.08.05

Жалобы: мелькание перед глазами мушек, ощущение тумана, нечеткость предметов, снижение остроты зрения.

Заключение: диабетическая ангиоретинопатия.

**2.** Невролог от 19.08.05

Жалобы: тянущие, тупые боли, ощущение покалывания, ползание мурашек, онемение, зябкости, изредко судороги в икроножных мышцах, утомление ног при физических нагрузках, нарушение чувсвительности.

Заключение: дистальная полинейропатия

**Обоснование этиологии и патогенеза.**

Развитие у больной сахарного диабета 2 типа связываю с профессиональной деятельностью. Нервное напряжение, которому способствовали ежемесячные, квартальные, годовые отчеты и материальная ответственность, стало основным этиологическим фактором, вызвавшим развитие заболевания. Немаловажную роль при этом также сыграло употребление высококалорийной пищи с большим количеством легко усвояемых углеводов, сладостей, дефицитом растительной клетчатки и малоподвижный образ жизни пациентки. Указанный характер питания, гиподинамия, стрессовый фактор тесно взаимосвязаны и способствуют нарушению секреции инсулина и развитию инсулинорезистентности. Прогрессирующей дефицит инсулина и его действия стали основной причиной метаболических нарушений и клинических проявлений сахарного диабета. Нарушение углеводного обмена, характеризуется образованием избыточного количества сорбитола, который накапливается в нервных окончаниях, сетчатки, хрусталике, способствуя их поражению является одним из механизмов развития полинейропатии и катаракты, наблюдаемых у больной.

**Окончательный диагноз:**

Сахарный диабет 2 типа, инсулинонезависимый, субкомпенсированый, средней степени тяжести. Осложнения: ангиоретинопатия, дистальной полинейропатия.

**Лечебное назначение:**

**1.** Диета:

* Количество хлебных единиц для больной в день составляет 20 ХЕ

**Завтрак 1 (5 ХЕ):** -кефир 250 мг

-хлеб 250 мг

-вареная каша 15-20 г

-сырник

-морковь 3 шт

**Затрак 2 (2 ХЕ):** -компот из сухофруктов

-блин большой

**Обед (5 ХЕ):-**стакан молока

-пелмени

-котлета

-горошек зеленый

-крекеры

**Полдник (2 ХЕ):-**яблочный сок

-олади

**Ужин 1 (5 ХЕ):**-жареный картофель

-колбаса вареная

-сливки

-груша

-персик

**Ужин 2 (1 ХЕ):**-банан

**2.** Пероральный гипогликемический препарат:

-Диабетон МВ 30 мг

**3.**Препарат применяемой при диабетической ангиоретинопатии

Диабетон 0,5 г (2 раза в сутки )

**4.** Препарат применяемый при полинейропатии

- Берлитлон 300 мг ( 1-2 раза в сутки )

**5.** Витамины группы В и С.

**Дневник** за 3.09.05.

Жалобы на сухость во рту, онемение конечностей, головокружение, общую слабость. Состояние удовлетворительное. Аппетит нормальный. Диурез умеренный. Температура – 36,7 С;АД – 140/90 мм.рт-ст.;

Тоны сердца приглушены ; Пульс – 73 ; ЧД-18 ;

Колебание гликемии: 7 - 6,0 ммоль\л

1. - 7,0 ммоль\л
2. - 6,5 ммоль\л
3. -7,0 ммоль\л

Вес - 80 кг

Назначение: Диабетон МВ 30 мг 1 раз в сутки во время завтрака.

**Эпикриз.**

Больная ФИО поступила в крдиодиспансер с диагнозом ИБС, стенокардия напряжения, гапертоническая болезнь 2, сопутствующий диагноз сахарный диабет. Получает лечение гипогликемическими (Диабетон МВ 30 мг) и кардиотоническими препаратами. Проведено клинико-лабораторное исследование. По данным анализа крови уровень гликемических колебаний составляет: 1- натощак –7,3 ммоль\л, 2-ч\з 2 ч – 10,0 ммоль\л, 3-ч\з 4 ч –7,0 ммоль\л. Колебания уровня артериального давления 140\100 мм.рт-ст. За время лечения отмечается положительная динамика в течение заболевания. Планируется продолжение назначенного лечения.

**Прогноз заболевания.**

Благоприятный