ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ.

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. ВОЗРАСТ: 64 года

3. НАЦИОНАЛЬНОСТЬ: украинец

4. ДОМАШНИЙ АДРЕС: \_\_\_\_\_\_

5. МЕСТО РАБОТЫ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6. ВРЕМЯ ПОСТУПЛЕНИЯ В КЛИНИКУ: 28.01.04

7. ДИАГНОЗ ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ: СД 2 типа, инсулинозависимый, тяжелая форма, ст. декомпенсации.

## ЖАЛОБЫ БОЛЬНОГО

Предъявляет жалобы на общую слабость, утрату работоспособности, снижение аппетита, снижение веса на 4 кг за 6 месяца, снижение зрения, отеки. Приступообразная боль за грудиной с иррадиацией в левую руку, сердцебиение, частые перебои. Также жалуется на сухость слизистой во рту, жажду, сонливость. Снижение памяти. Боли в ногах.

#### ANAMNAESIS MORBI.

Больным себя считает с 1996 года. В это время больного стала беспокоить жажда (выпивал до 3 литров жидкости в сутки), сухость во рту, выраженная слабость, похудание, ухудшение зрения, в связи с чем обратился к врачу. Был выявлен сахар крови равный 8 - 9 ммоль/л. Обследовался стационарно 1 раз в год. Была назначена терапия сахароснижающими препаратами (манинил). Длительное время состояние больного было стабильным. С 2000 года отмечает ухудшение самочувствия, появились онемение конечностей, ухудшение зрения, снижение памяти, головные боли и шум в ушах, в связи с чем были назначены препараты инсулина в сочетании с ССП.

**РАССПРОС ПО ОРГАНАМ И СИСТЕМАМ.**

Больной жалуется на общую слабость, повышенную утомляемость, снижение работоспособности. Отмечает похудение, беспокоит жажда, за сутки выпивает около 2 л жидкости. Сыпи нет. Повышения температуры тела на момент расспроса нет(36.6), ознобы не беспокоят.

НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКАЯ СФЕРА:

Больной спокойный, сдержанный. Настроение хорошее, повышенной раздражительности нет. Взаимоотношения в семье хорошие. Память на настоящие события снижена. Сон неглубокий, непродолжительный, без сновидений. Дрожания конечностей не отмечается, судороги и нарушение походки не беспокоят. Отмечает онемение конечностей.

### СИСТЕМА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

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

### СЕРДЕЧНО- СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА.

Приступообразная боль за грудиной с иррадиацией в левую руку, сердцебиение, частые перебои Ощущение пульсации в каких-либо частях тела отсутствует. Отмечаются отеки на нижних конечностях.

### СИСТЕМА ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ.

Болей и жжения в языке нет, беспокоит сухость во рту. Аппетит снижен. Боязнь приема пищи отсутствует. Глотание и прохождение пищи по пищеводу свободное. Изжоги, отрыжки нет. Тошнота и рвота отсутствуют. 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 светло-желтый, прозрачный. Непроизвольного мочеиспускания нет. За сутки выделяется около 1,5 литра мочи. Симптом Пастернацкого отрицательный.

### 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 - похудение на 4 кг за 6 месяцев. Изменений кожи нет. Изменения первичных и вторичных половых признаков отсутствуют. Волосяной покров развит нормально, выпадения волос нет.

#### ОРГАНЫ ЧУВСТВ.

Больной отмечает ухудшение зрения. Слух, обоняние, вкус, осязание не изменены.

ОРГАНЫ ВНУТРЕННЕЙ СЕКРЕЦИИ

 Гипофиз и гипоталамус: Рост средний. Отмечает похудение на 4 кг за 6 месяцев. Анорексия и булемия отсутствуют. Жажда – выпивает 3-4л воды в сутки. Щитовидная железа: не пальпируется. Симптомы гипертиреоза и гипотиреоза отсутствуют. Островной аппарат поджелудочной железы: Жалобы на общую слабость. Полидипсия – 3-4л в день. Вялое заживление ран на ногах.

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

Родился в 1940 году в срок. В физическом и психическом развитии не отставал. Ходить начал в срок, говорить вовремя. Школу начал 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. Туберкулез, вен. заболевания, болезнь Боткина отрицает. Вредных привычек нет. После 58 лет отмечает колебания АД (120/80 - 130/90) и приступообразную боль за грудиной, по этому поводу принимает препараты "Адельфан", «Каптоприл», «Изособида мононитрат» и «Сустак форте». В 1999 и 2003гг. перенес инфаркт миокарда. В 1998г прооперирован по поводу флегмоны стопы. С 1997 года испытывает общую слабость, снижение работоспособности, бессонницу. С 1997 - ухудшение зрения.

Семейный анамнез: у отца в возрасте 50 лет был выявлен сахарный диабет 2 типа.

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

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.

Рост – 170 см, вес – 78 кг. 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. Затылочные, задние шейные, околоушные, подчелюстные, подподбородочные, передние шейные, надключичные, подключичные, подмышечные, локтевые, подколенные, паховые лимфоузлы не пальпируются. Мышечная система развита удовлетворительно для возраста больного, 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. На подошве и 1 пальце правой стопы – трофическая язва.

### ОСМОТР ГОЛОВЫ.

Голова обычной формы, мозговая и лицевая части черепа пропорциональны. Надбровные дуги слабо выражены. Оволосение по мужскому типу, выпадение волос незначительное. 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*

|  |  |
| --- | --- |
| **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. stiloideus VII vert. cerv.** |

*Ширина полей Кренига:*

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

## ПЕРКУССИЯ:

1.Граница относительной тупости сердца определяется:

|  |  |
| --- | --- |
| ***Правая*** | **По правому краю грудины в IV м/р** |
| ***Верхняя*** | **В III межреберье** |
| ***Левая*** | **На 2 см кнаружи от левой среднеключичной линии в V м/р** |

2. Граница абсолютной тупости сердца определяется:

|  |  |
| --- | --- |
| ***Правая*** | **По левому краю грудины в IV м/р** |
| ***Верхняя*** |  **В IV межреберье** |
| ***Левая*** | **В V м/р на 0,5 см кнутри от левой среднеключичной линии.** |

## АУСКУЛЬТАЦИЯ СЕРДЦА

Тоны сердца приглушенные, аритмичные. Выслушивается два тона, две паузы. Частота сердечных сокращений 96 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 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 96 уд/мин., частый, полный, напряженный, большой, быстрый, регулярный. Дефицит пульса - 10. Сосудистая стенка уплотнена. Артериальное давление 130/90.

# 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.

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

### ГЛУБОКАЯ СКОЛЬЗЯЩАЯ ПАЛЬПАЦИЯ ЖИВОТА.

Сигмовидная кишка пальпируется в левой подвздошной области в виде гладкого, плотного тяжа, безболезненна, не урчит при пальпации. Толщина 3 см. Подвижна. Слепая кишка пальпируется в правой подвздошной области в виде гладкого эластичного цилиндра толщиной 3 см, не урчит. Подвижна. Аппендикс не пальпируется. Восходящая часть ободочной кишки пальпируется в правой подвздошной области в виде безболезненного тяжа шириной 3 см, эластична, подвижна, не урчит. Нисходящая часть ободочной кишки пальпируется в левой подвздошной области в виде тяжа эластичной консистенции шириной 3 см, безболезненна, подвижна, не урчит. Определяется после нахождения большой кривизны желудка. Поперечная ободочная кишка пальпируется в левой подвздошной области в виде цилиндра умеренной плотности толщиной 2 см, подвижна, безболезненна, не урчит. Большая кривизна желудка определяется на 4 см выше пупка в виде валика эластичной консистенции, безболезненна, подвижна. Привратник пальпируется в виде тонкого цилиндра эластичной консистенции, диаметром около 2 см., безболезнен, не урчит, малоподвижен. Поджелудочная железа не пальпируется.

### *ПЕРКУССИЯ 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, безболезненен.

ПЕРКУССИЯ: 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 4 см выше пупка. Размеры печени 12х10х9 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 Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. При перкуссии мочевой пузырь находится на 1.5 см выше лобковой кости. Аускультативно шумы над почечными артериями отсутствуют. Имеется никтурия 1.6л.

# НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКАЯ СФЕРА.

Сознание ясное, интеллект нормальный, ощущает себя угнетенно. Память снижена. Сон не глубокий, Расстройств речи нет. Координация движений нормальная, походка свободная. Рефлексы сохранены, судорог и параличей не обнаружено. 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.

#### ОРГАНЫ ЧУВСТВ.

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

 ***ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ.***

 На основе анамнеза, жалоб больного, данных объективного обследования поставлен предварительный диагноз: Сахарный диабет 2 типа (начало болезни – в 56 лет, характеризуется лабильным течением, нерезко выраженной клиникой, сильная жажда, сухость во рту, выраженная слабость, резкое похудание, учащенное мочеиспускание, ухудшение самочувствия, появление онемения конечностей, снижение памяти). Инсулинозависимый (принимает инсулин). Тяжелая форма (снижение зрения, трофические язвы на ногах).

 ***ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ.***

1. Клинический общий анализ крови + формула + ПТИ
2. Общий анализ мочи.
3. Гликемический профиль.
4. Глюкозурический профиль.
5. Биохимическое исследование крови
6. Анализ мочи по Нечипоренко.
7. ЕКГ, рефлексометрия
8. Флюорография.
9. Консультация кардиолога и осмотр в каб. диабетической стопы

 ***ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ***

 **1. Клинический анализ крови. 29.01.04**

|  |  |
| --- | --- |
|  Нв - 120 г/л | **П/ядерные – 2** |
| **Эритроциты 4.2\*10\*12/л** | **С/ядерные – 42** |
|  **Лейкоциты-4.0\*10\*9/л** | **Эозинофилы – 2** |
| **СОЭ - 5 мм** | **Лимфоциты – 46** |
| **ЦП – 0.86** | **Моноциты - 8** |

 **2. Общий анализ мочи 29.01.04**

|  |  |
| --- | --- |
| **Цвет светло-желтый, прозрачный** | **Лейкоциты 0-1 в п/з** |
| **Относительная плотность 1010** | **Переходный эпителий 1-3 в п/з** |
|  **Кол-во - 80 мл** | **Оксалаты – мало** |
| **рН - кислая** | **Белок – нет** |
| **Глюкоза – нет** | **Кетоновые тела - нет** |

**3. Биохимический анализ крови.29.01.04**

|  |  |
| --- | --- |
|  ПТИ – 90% | **Холестерин 3.8 ммоль/л** |
| **Триглицериды – 1.01 ммоль/л** | **Мочевина 4.19 ммоль/л** |
|  **Креатинин 95.5 мкмоль/л** | **Билирубин общий 6.4 мкмоль/л** |
| **АЛТ 13.2 ммоль/л** | **АСТ 18.8 ммоль/л** |
| **Тимоловая проба 5.4** |  |

 **4. Флюорография 31.01.04** без видимых патологий.

 **5. ЭКГ 1.02.04**

Ритм синусовый. ЧСС - 96 уд/мин. Мелковолновая мерцательная аритмия, тахисистолическая форма. Рубцовые изменения задней и боковой локализации. Хроническая коронарная недостаточность.

 **6. Консультация кардиолога 2.02.04**

Заключение: ИБС: Стенокардия напряжения 3 функционального класса и покоя. Постинфарктный (1998, 2003) кардиосклероз. Атеросклероз аорты, стенозирующий атеросклероз коронаров. Постинфарктная фибрилляция предсердий, тахисистолическая форма. Сердечная недостаточность 2 типа.

 **7. Анализ мочи по Нечипоренко 6.02.04**

Эритроциты не обнаружены, лейкоциты – 0.25\*10\*6/л, цилиндры не обнаружены.

 **8. Рефлексометрия 29.01.04**

Рефлексы не вызываются.

 **9. Осмотр в кабинете диабетической стопы 30.01.04**

 Синдром диабетической стопы, невропатическая форма, осложнена трофической язвой 1 пальца и подошвы правой стопы, системные заживления, микроангиопатия.

Назначения: препараты альфа-липоевой к-ты, ангиопротекторы, перевязки, уход за стопами

 **10. Гликемический профиль**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Время** | **28.01.04** | **29.01.02** | **3.02.04** | **5.02.04** | **10.02.04** |
| **8.00** | **-** | **9.1** | **6.1** | **6.5** | **6.2** |
| **13.00** | **10.4** | **13** | **14.1** | **6.7** | **9** |
| **17.00** | **6.8** | **10.4** | **11.8** | **12.1** | **7.3** |

1. **Глюкозурический профиль 30.01.04**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Время** | **Кол-во** | **Плотность** | **Глюкоза** | **Реакция на кетоновые тела** |
| **8 – 14** | **200 мл** | **1014** | **-** | **отриц.** |
| **14 – 20** | **200 мл** | **1013** | **-** | **отриц.** |
| **20 – 2** | **200 мл** | **1014** | **-** | **отриц.** |
| **2 – 8** | **200 мл** | **1010** | **-** | **отриц.** |

***ОБОСНОВАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА.***

При обследовании данного больного общеклиническими методами были выявлены следующие симптомы:

жалобы на общую слабость, повышенную утомляемость, снижение работоспособности. Больной отмечает похудание, беспокоит жажда. Имеется снижение памяти на настоящие события. Имеется онемение конечностей. Больной отмечает ухудшение зрения.

Заболевание у больного началось 8 лет назад. В это время больной испытывал сильную жажду (выпивал до 3 литров жидкости в сутки), сухость во рту, выраженную слабость, учащенное мочеиспускание, ухудшение зрения. По этому поводу обратился к врачу. Был выявлен повышенный сахар крови. В дальнейшем отмечает ухудшение самочувствия, появились онемение конечностей, ухудшение зрения, снижение памяти.

ПРИ ОБЪЕКТИВНОМ ИССЛЕДОВАНИИ:

На периферических артериях стопы пульсация резко ослабевает. На подошве и 1 пальце правой стопы – трофическая язва.

ПРИ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕТОДАХ ИССЛЕДОВАНИЯ:

По гликемическому профилю - повышенный уровень сахара. По данным ЭКГ: Мелковолновая мерцательная аритмия, тахисистолическая форма. Рубцовые изменения задней и боковой локализации. Хроническая коронарная недостаточность. По заключению кардиолога: ИБС: Стенокардия напряжения 3ФК и покоя. Постинфарктный (1998, 2001) кардиосклероз. Атеросклероз аорты, стенозирующий атеросклероз коронаров. Постинфарктная фибрилляция предсердий, тахисистолическая форма. Сердечная недостаточность 2 типа.

*.*

***ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ***

Сахарный диабет 2 типа дифференцируется от диабета 1 типа и несахарного диабета:

В отличие от диабета 2 типа диабет 1 типа обусловлен снижением образования инсулина В-кл поджелудочной железы вследствие аутоиммунного процесса вирусной или генетической этиологии. Заболевание этим типом диабета происходит обычно до 30 лет. Этот тип диабета характеризуется острым началом, лабильным течением, резко выраженной клиникой, склонностью к кетоацидозу, снижению массы тела, микроангиопатиями, восприимчивостью к лечению инсулином.

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

 ***КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ***

 У больного имеется ***сахарный диабет 2 типа***(об этом говорят нам данные анамнеза – начало болезни в 56 лет, генетическая предрасположенность; клинические проявления: сильная жажда, сухость во рту, выраженная слабость, резкое похудание, учащенное мочеиспускание, ухудшение зрения, ухудшение самочувствия, появление онемения конечностей, снижение памяти; расспроса по органам и системам: жалобы на общую слабость, повышенную утомляемость, снижение работоспособности, похудание, жажда; лабораторные данные: гипергликемия), ***декомпенсированный***(об этом говорят нам данные гликемического профиля: повышенный уровень сахара при лечении.),***тяжелого течения***(ухудшение зрения, трофические язвы на ногах)***.***

**Кроме того, у данного больного имеются осложнения:**

 *Диабетическая ретинопатия, препролиферативная стадия:* (ухудшение зрения.)

 *Синдром диабетической стопы, невропатическая форма* (данные обследования – трофическая язва 1 пальца и подошвы пр. стопы)

*Диабетическая макроангиопатия* (Атеросклероз аорты, стенозирующий атеросклероз коронаров);

 **а также сопутствующие заболевания:**

*ИБС: Стенокардия напряжения 3 ФК и покоя. Постинфарктный (1998, 2001) кардиосклероз. Атеросклероз аорты, стенозирующий атеросклероз коронаров. Постинфарктная фибрилляция предсердий, тахисистолическая форма. Сердечная недостаточность 2 типа*

***ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ***

 1. Режим палатный

 2. Диета №9

 3. Инсулинотерапия: Хумодар В15 - 22 ед. утром, 18 ед. вечером.

 4. Панкреатин 1 таб. 3р/день (стимулятор секреторной деятельности ПЖ)

 5. Каптоприл 1/2 таб. 2р/день (гипотензивное)

 6. Изосорбид 1 таб. 2р/день (для купирования приступов стенокардии)

 7. Аспикард 1/2 таб. 1р/день (анальгезия, купирование восп. процессов)

 8. Sol. Acidi lipoici 1% 2.0 в/м

 9. Трентал 1 таб. 2 р/день (ангиопротектор)

 10. Перевязки правой стопы

 ***РЕЦЕПТЫ***

1. Rp.: Tab. Pancreatini 0.5 N.20

 D.S. По 1 таб. 3 р/день

2. Rp.: Tab. Captoprili 0.1 N.20

 D.S. По 1/2 таб 2 р/день

3. Rp.: Tab. Isosorbidi mononitratis 0.02 N. 40

 D.S. По 1 таб. 2 р/день после еды

4. Rp.: Tab. Aspicardi 0.1 N.20

 D.S. По ½ таб 1р/день

5. Rp.: Sol. Acidi lipoici 1% 2.0

 D.t.d.N.10 in ampull.

1. В/м по 2 мл 1р/день капельно

6. Rp.: Tab. Trentali 0.4 N20

 D.S. По 1 таб 2 р/день

7. Rp.: Insulini “Humodar B15” 10ml (1ml = 40ED)

 D.t.d.N 10

 S. По 22 ед. - утром, 18 ед. – вечером подкожно.

8. Состав диеты №9

 Энергетическая ценность 2400 ккал. Дробное питание 5-6 раз/день.

 Первый завтрак 25%, второй 8-10%, обед 30-35%, полдник 5-8%, первый ужин 20%, второй ужин 5%.

 Кол-во продуктов на день: хлеб черный 150 г, хлеб пшеничный 100 г, картофель 150 г, овощи 500 г, масло сливочное 20 г, творог 100 г, сметана 30 г, кефир 200 г, фрукты (кроме винограда) 200 г, яйцо 2 шт., масло растительное 20 г, мука 40 г.

 ***ДНЕВНИК***

**3.02.04** Состояние удовлетворительное, сознание ясное, общая слабость, аппетит нормальный, никтурия 1.6л, кожа сухая, нормального цвета, дыхание везикулярное, ЧДД 18/мин, хрипов нет, тоны сердца аритмичны, шумов нет, АТ 120/75, Ps 96 уд/мин, ЧСС 106, дефицит пульса 0, Ps на обеих aa. dorsalis pedis ослаблен, язык влажный, не обложен, живот мягкий, безболезнен при пальпации, печень увеличена на 1 см, боль в ногах, t=36.6\*С. Доза инсулина без изменений. Контроль гликемии – утром - 6.1, днем - 14.1, вечером - 11.8 ммоль/л. Глюкозурический контроль – негативный.

**10.02.04** Состояние удовлетворительное, сознание ясное, головная боль в области большого темечка, аппетит нормальный, никтурия 1.2л, кожа сухая, нормального цвета, дыхание везикулярное, ЧДД 18/мин, хрипов нет, тоны сердца аритмичны, шумов нет, АТ 140/90, Ps 94 уд/мин, ЧСС 104, дефицит пульса 10, язык влажный, не обложен, живот мягкий, безболезнен при пальпации, печень увеличена на 1 см, боль в ногах уменьшилась, t=36.7\*С. Доза инсулина без изменений. Контроль гликемии – утром - 6.2, днем - 9.0, вечером – 7.3 ммоль/л. Глюкозурический контроль – негативный.

 ***ЭПИКРИЗ***

Больной Литвин Юрий Всеволодович поступил в стационар 28.01.04 , выписан 11.02.04 , время пребывания в клинике – 15 дней, за которое было проведен ряд диагностических и лечебных мероприятий. На основании жалоб больного (общую слабость, утрату работоспособности, снижение аппетита, снижение веса на 4 кг за 6 месяца, снижение зрения, отеки, приступообразная боль за грудиной с иррадиацией в левую руку, сердцебиение, частые перебои, сухость слизистой во рту, жажду, сонливость, снижение памяти, боли в ногах), расспроса по органам и системам, лабораторных данных (гипергликемия) был поставлен диагноз: *Сахарный диабет 2 типа. Инсулинозависимый. Тяжелая форма. Состояние декомпенсации. Осложнения: Синдром диабетической стопы, невропатическая форма. Диабетическая ретинопатия, препролиферативная стадия. Диабетическая макроангиопатия* (Атеросклероз аорты, стенозирующий атеросклероз коронаров). Сопутствующие заболевания: *ИБС: Стенокардия напряжения 3 ФК и покоя. Постинфарктный (1998, 2001) кардиосклероз. Атеросклероз аорты, стенозирующий атеросклероз коронаров. Постинфарктная фибрилляция предсердий, тахисистолическая форма. Сердечная недостаточность 2 типа.*

В результате проведенного лечения уровень гипергликемии снизился до компенсированного уровня, о чем свидетельствуют данные гликемического профиля. Больной выписан из стационара под контроль участкового эндокринолога. При дальнейшем лечении рекомендовано придерживаться диеты, неуклонно следить за уровнем глюкозы в крови, следовать схеме лечения: Хумодар В15 - 22 ед. утром, 18 ед. вечером. Панкреатин 1 таб 3р/день. Каптоприл 1/2 таб 1р/день. Изосорбид 1 таб 2р/день. Трентал 1 таб 2 р/день; постоянно консультироваться у кардиолога и вести щадящий образ жизни.

**Ё.Т.М.**