**ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ**

**Ф.И.О.больного**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Возраст**: 23.03.1959г.р( 55лет)

**Пол**: женский

**Домашний адрес**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Место работы**: УЗ «Витебский областной клинический родильный дом», мед. дезинфектор.

**Направлен**: п-ка №4

**Диагноз направившего учреждения**: Сахарный диабет 2 типа с инсулинопотребностью. Д. ангиопатия, полинейропатия нижних конечностей, непролиферативная ретинопатия.

**Диагноз при поступлении**: Сахарный диабет 2 типа, декомпенсация.

**Диагноз клинический:** Сахарный диабет 2 типа с инсулинопотребностью, декомпенсация.

**Осложнения:** Диабетическая полинейропатия. Диабетическая ангиопатия нижних конечностей. Диабетическая непролиферативная ретинопатия. Состояние после ЛФК сетчатки обоих глаз.

**Сопутствующий:** Хронический атрофический гастрит

**ЖАЛОБЫ**

На жажду, умеренную сухость во рту, общую слабость, головокружение, боли в ногах, высокие уровни гликемии в течение суток.

**АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

Страдает СД 2 типа 15 лет. В течение 12 лет болезни принимала глюренорм (3 раза в день по одной таблетке). Инсулинотерапию проводит в течение 3 лет (протамин ЧС 11+11 ЕД; моноинсулин 9+11+13ЕД.) Проводит самоконтроль гликемии. Дневник диабетика не ведет. Колебание глюкозы в крови в течение суток в пределах 7,6 - 18,4 ммоль/л. Ухудшение самочувствия и компенсации в течение полугода, нарастает жажда, сухость во рту, беспокоит слабость, боли в ногах. Изменение веса отрицает. Цель госпитализации – компенсация сахарного диабета, подбор адекватной дозы инсулина, лечение осложнений, обучение в Школе Диабета.

**АНАМНЕЗ ЖИЗНИ**

Перенесенные пациентом заболевания: детские, простудные, хронический гастрит. Туберкулез, онко-, вензаболевания отрицает. Вирусный гепатит отрицает. Аллергологический анамнез: не отягощен. Наследственный анамнез: отягощен – мать страдала сахсрным диабетом 2 типа. Вредных привычек не имеет. Операции: не проводилось. Трансфузиологический анамнез: кровь не переливали. Экспертно-трудовой анамнез: ВН за 12 мес – 0 дней.

**ОБЪЕКТИВНЫЙ СТАТУС**

**Общий осмотр**

***Общее состояние*** больного удовлетворительное, положение активное, сознание ясное. Температура тела 36,6оС. Пациентка общительна и доброжелательна, ориентирована во времени.

Телосложение:правильное, конституционный тип – номостенический, подкожно-жировая клетчатка развита умеренно, толщина складки на уровне пупка не привышает 2 см. Вес –75кг., рост – 177см. ИМТ=23,9.

***Кожные покровы:*** обычной окраски, сухие, чистые. Кожной сыпи и зуда нет. ***Видимые слизистые*** бледно-розовые, чистые.

***Периферические лимфатические узлы*** доступные пальпации не увеличены безболезненные. Отеков и пастозности нет.

***Костно-суставная система:*** В конфигурации скелета деформаций не выявлено, суставы правильной конфигурации, движения в них в полном объеме, безболезненны. Деформации черепа отсутствуют, движения шейного отдела позвоночника в полном объеме. Степень развития мышц, сила и тонус их удовлетворительные.

***Щитовидная железа*** не увеличена, не спаяна с окружающими тканями, гладкая, плотно-эластической консистенции, без узловых образований, при пальпации безболезненная.

***Органы дыхания:*** дыхание брюшного типа. Частота дыхания – 16 дыхательных движений в минуту. Грудная клетка симметрична, обе половины одинаково участвуют в акте дыхания, пальпация безболезненна При сравнительной перкуссии – ясный легочной звук с обеих сторон. При топографической перкуссии – границы легких не изменены. При аускультации – дыхание везикулярное с обеих сторон. Хрипов нет.

***Органы кровообращения:*** пульс 80 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения, дефицита пульса нет. Артериальное давление 120/80 мм. рт. ст. Верхушечный толчок пальпируется в 5 межреберье на 1,5 см кнутри от среднеключичной линии. При перкуссии – границы сердца не расширены. При аускультации – тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет.

***Органы пищеварения:*** Губы: розовые, умеренной влажности, углы губ симметричны, сыпи, трещин нет.

Слизистая оболочка рта без видимых изменений. Зубы санированы. Небные миндалины не выступают за края дужек. Язык влажный, обложен белым налетом. Зев: не гиперемирован. Глотание свободное.

Живот правильной формы, в акте дыхания участвует равномерно. Пупочное кольцо не расширено. Видимая перистальтика и венозная сеть на поверхности живота отсутствуют.

*При перкуссии* передней брюшной стенки выслушивается тимпанический звук. Свободная жидкость не определяется.

*Данные поверхностной пальпации:* живот мягкий, безболезненный, умеренной резистентностии напряжения.

*Данные глубокой, скользящей методической пальпации по В.П.Образцову:*

В левой подвздошной области пальпируется сигмовидная кишка в виде цилиндра диаметром 1 см, гладкая, не урчит, безболезненная при пальпации. Нисходящий отдел поперечно-ободочной кишки пальпируется в левом фланке, диаметром 2см. не урчит, гладкая поверхность. В правой подвздошной области пальпируется слепая кишка в виде цилиндра диаметром 2 см, гладкая, урчит, безболезненная при пальпации.В правом фланке пальпируется восходящий отдел поперечно-ободочной кишки диаметром 3см. не урчит, подвижная, гладкая поверхность.Поперечно-ободочная кишка пальпируется на уровне пупка, безболезненная. В эпигастрии пальпируется большая кривизна желудка, которая на 2 см выше пупка, поверхность гладкая, эластичная, безболезненная. Привратник не пальпируются.

Печень не выходит за край реберной дуги, пальпируется ее нижний край гладкий, мягкий, безболезненный. РазмерыпеченипоКурлову:

поlineamedioclavicularisdextra-9 см

поlineamediana anterior - 8 см

по левой реберной дуге - 7 см.

Селезенка и желчный пузырь не пальпируется.

Симптом Щеткина-Блюмберга,Мерфи, Ортнера-Грековаотрицательные.

Аускультативно: умеренная равномерная перистальтика.

Стул регулярный.

***Мочеполовая система:*** при осмотре поясничной области изменений не выявлено. В положении лежа почка не пальпируются, ее область безболезненна. Симптом Пастернацкого отрицательный. Пальпация живота в проекции мочевого пузыря безболезненна. Мочеиспускание 4-6 раз в сутки, свободное, безболезненное. Диурез 1,5-2 литра.

***Нервная система:*** сознание ясное, память, речь не нарушена. Сон спокойный. Координация движений не нарушена.

***Локальный статус:*** Голени и стопы: кожа голеней и стоп сухая, имеются умеренно выраженные трофические изменения, деформаций стоп нет. Ногти не изменены. Пульсация на артериях стоп сохранена. Температура стоп: стопы на ощупь прохладные. Чувствительность ног – снижена по типу носков.

Видимые слизистые без изменений; лимфоузлы не увеличены. Мышечная и костно - сусутавная системы без изменений.

Щитовидная железа не увеличена, не спаяна с окружающими тканями, гладкая, плотно-эластической консистенции, без узловых образований, при пальпации безболезненная.

Молочные железы округлой формы, одинаковые с обеих сторон, мягкие, безболезненные, уплотнений, патологических изменений кожи и сосков нет.

Per rectum: без патологических изменений.

**ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

Учитывая жалобы (на жажду, умеренную сухость во рту, общую слабость, головокружение, боли в ногах, высокие уровни гликемии в течение суток.), анамнестические данные (Страдает СД 2 типа 15 лет. Мать страдала СД 2 типа. Колебание глюкозы в крови в течение суток в пределах 7,6 - 18,4 ммоль/л.), объективные данные (кожа голеней и стоп сухая, имеются умеренно выраженные трофические изменения, деформаций стоп нет. Ногти не изменены. Пульсация на артериях стоп сохранена. Температура стоп: стопы на ощупь прохладные. Чувствительность ног – снижена по типу носков), можно поставить диагноз: сахарный диабет 2 типа с инсулинопотребностью, декомпенсация. Диабетическая полинейропатия. Диабетическая ангиопатия нижних конечностей. Диабетическая непролиферативная ретинопатия.

**ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ**

1. Общий анализ крови

2. Общий анализ мочи (на ацетон, белок)

3. Биохимическое исследование крови

4. ЭКГ

5. Гликемический профиль

6. РВГ нижних конечностей

7. УЗИ почек

8.Консультации специалистов (окулист, нефролог, невролог)

9.Посев мочи по Ничипаренко

10.RW

11.Профиль АД

**ЛАБОРАТОРНО−ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ**

**ЭКГ 19.02.15:**

Ритм синусовый, 78 ударов в минуту. Горизонтальная ЭОС. Изменения миокарда обоих желудочков.

**Профиль АД 19.02.15:**

до завтрака 105/60 мм. рт. ст

после завтрака 105/60 мм. рт. ст

до обеда 120/80 мм. рт. ст

после обеда 125/80 мм. рт. ст

до ужина 125/80 мм. рт. ст

после ужина 130/80 мм. рт. ст

**Гликемический профиль 18.02.15:**

21:00 –23,1 ммоль/л

**Гликемический профиль 19.02.15:**

8:00 –12,2 ммоль/л

13:00 –10,6 ммоль/л

17:00 –11,8 ммоль/л

**Гликемический профиль 20.02.15:**

8:00 –6,9 ммоль/л

13:00 –9,8 ммоль/л

17:00 –11,8 ммоль/л

**Гликемический профиль 24.02.15:**

8:00 –9,7 ммоль/л

13:00 –11,1 ммоль/л

17:00 –10,5 ммоль/л

**Биохимический анализ крови 19.02.15:**

АлАт – 18 Е/л

АсАт – 17 Е/л

Билирубин общий – 11,0 ммоль/л

Билирубин прямой – 2,4 ммоль/л

Мочевина – 3,9 ммоль/л

Креатинин – 0,059 ммоль/л

Общий белок – 71 г/л

Щелочная фосфотаза – 86 Е/л

Холестерин – 4,6 ммоль/л

Холестерин ЛПВП – 1,8 ммоль/л

Холестерин ЛПНП – 2,4 ммоль/л

Триацилглицериды – 1,3 ммоль/л

**Общий анализ мочи 20.02.15:**

цвет − соломенно-желтый

реакция − кислая

удельный вес − 1022

прозрачность - полная

белок – нет

глюкоза – 230 ммоль/л

эпителий − плоский ед в п/зр

лейкоциты – 0 – 1 в п/зр

**УЗИ почек 19.02.15:** Правая почка: 126 х 56 х 0 мм. Чашечно-лоханочная система пр почки не расширена. ЧЛС пр почки по типу неполного удвоения. Паренхима обычного вида, толщиной 16 мм. Левая почка 117 х 52 х 0 мм. Чашечно-лоханочная система верхней трети левой почки незначительно расширена. Паренхима л почки обычного вида, толщиной 14 мм.

**ФГДС 25.02.15:** Атрофический гастрит.

**Консультация окулиста:** Ретинопатия сетчатки обоих глаз без пролиферации.

**Консультация невролога:** ЧМН в норме. Зрачки равные, живые, нистагма нет. Носогубные складки симметричны. Сухожильно-периостальные рефлексы снижены. Глотание, фонация в норме. Полинейропатия нижних конечностей.

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

Необходимо дифференцировать заболевание с диабетом 1 типа, инсулинозависимым, но возраст, проявления клинической симптоматики, особенности течения, данные лабораторных тестов и другие показатели позволяют исключить 1 тип СД.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Характеристика заболевания** | **СД 1 типа** | **СД 2 типа** |
| Возраст к началу заболевания | Детский, юношеский | >40 лет |
| Начало болезни | Быстрое развитие симптоматики | Постепенное |
| Масса тела | Снижена | В большинстве случаев ожирение |
| Выраженность клинических симптомов | Значительная | Умеренная |
| Течение диабетов | В части случаев лабильное | Стабильное |
| Склонность к кетозу | Резко выражена | Менее выражена |
| Состояние поджелудочной железы | «Инсулиты», уменьшение количества b-клеток, их дегрануляция, снижение или отсутствие в них инсулина | Количество b-клеток уменьшено, инсулитов нет |
| Уровень инсулина в крови | Резко снижен | Повышен, нормальный или снижен |
| Лечение (основные мероприятия) | Диета, инсулин | Диета, пероральные сахароснижающие средства |

А также дифференциальный диагноз следует провести с несахарным диабетом. При несахарном диабете наблюдается следующее: удельный вес мочи1000,0−1003,0; признаки сгущения крови: эритроцитоз, высокий гематокрит; уменьшение АДГ в плазме; повышение осмолярности плазмы; нет глюкозурии и гипергликемии ,что не характерно для нашего пациента.

**ОБОСНОВАНИЕ ДИАГНОЗА**

Учитывая жалобы (на жажду, умеренную сухость во рту, общую слабость, головокружение, боли в ногах, высокие уровни гликемии в течение суток.), анамнестические данные (Страдает СД 2 типа 15 лет. Мать страдала СД 2 типа. Колебание глюкозы в крови в течение суток в пределах 7,6 - 18,4 ммоль/л.), объективные данные (кожа голеней и стоп сухая, имеются умеренно выраженные трофические изменения, деформаций стоп нет. Ногти не изменены. Пульсация на артериях стоп сохранена. Температура стоп: стопы на ощупь прохладные; чувствительность ног – снижена по типу носков), данные лабораторно-инструментальных исследований (**Гликемический профиль** 6,9 –23,1 ммоль/л в течение суток; **БХ крови 19.02.15:** норма; **ОАМ 20.02.15:** цвет − с/ж; р-я− кислая; уд вес − 1022; прозр – полная; белок – нет, глюкоза – 230 ммоль/л; эпит − пл ед в п/зр; лейк – 0 – 1 в п/зр; **УЗИ почек 19.02.15:** Чашечно-лоханочная система верхней трети левой почки незначительно расширена. **ФГДС 25.02.15:** Атрофический гастрит. **Консульт окулиста:** Ретинопатия сетчатки обоих глаз без пролиферации. **Консульт невролога:** ЧМН в норме. Зрачки равные, живые, нистагма нет. Носогубные складки симметричны. Сухожильно-периостальные рефлексы снижены. Глотание, фонация в норме. Полинейропатия нижних конечностей) можно поставить

**Клинический диагноз:** Сахарный диабет 2 типа с инсулинопотребностью, декомпенсация.

**Осложнения:**Диабетическая полинейропатия. Диабетическая ангиопатия нижних конечностей. Диабетическая ретинопатия. Состояние после ЛФК сетчатки обоих глаз.

**Сопутствующий:** Хронический атрофический гастрит.

**СХЕМА ЛЕЧЕНИЯ**

1.Режим общий

2.Диетотерапия − стол БД (гипокалорийная диета с ограничением жира 1800-2000 ккал/сут) Расчет питания ведется с учетом общего состояния, пола, росто-весовых показателей и затрат энергии (на конкретный вид деятельности). Физиологический вес данной больной – 75кг, ИМТ=23,9,

Рассчитываем необходимое количество энергии в соответствии с фенотипом: ИМТ равный 23,9 соответствует норме, следовательно энергетическая потребность нашей больной будет составлять 20 ккал/кг/сутки. Рассчитываем базальный метаболизм: 20х75=1500.

Рассчитываем суточный калораж: БЭБ + 1/2БЭБ = 1500 + 750

= 2250 ккал/сут.

Рекомендуется частый прием пищи - 5-6 раз в день со следующим распределением суточного рациона:

Прием пищи Объем в %

Первый завтрак 8 ч. 20 %

Второй завтрак 12 ч. 10 %

Обед 14 ч. 20-30 %

Полдник 17 ч. 10 %

Ужин 19 ч. 20 %

Второй ужин 21 ч. 10%

3.Физиолечение, ЛФК, Школа «Диабета»

4.Инсулин: т.к. больная болеет сахарным диабетом 2 типа уже 15 лет и имеет массу тела 75кг, ИМТ=23,9, ей необходим следующий приём инсулина:

*Протамин ЧС* подкожно 12 ЕД перед завтраком, 12 ЕД перед сном.

*Моноинсулин ЧР* подкожно 14 ЕД перед завтраком, 12 ЕД перед обедом, 10 ЕД перед ужином;

5.*Дипиридамол* 25 мг по 1 таб 3 раза в день;

6.*Метформин* 850 мг по 1 таб 2 раза в день;

7.*Витамины группы В* (тиамин, пиридоксин) по 1 мл в/м через день;

8.*Р-р эмоксипина* 3% - 10 мл в/в медленно 1 раз в день;

9.На платной основе солкосерил, тиоктацид.

**ДНЕВНИК НАБЛЮДЕНИЙ**

25.02.15

Общее состояние больной удовлетворительное, жалобы на общую слабость, сухость во рту. Кожные покровы бледно-розового цвета, сухие. ЧД = 16 в минуту. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Ps = 80 в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения, ритмичный. АД = 120/80 мм.рт.ст. Сердечные тоны ясные. Живот мягкий, безболезненный. Стул, мочеиспускание в норме.

Назначено:

*\*Протамин ЧС* подкожно 12 ЕД перед завтраком, 12 ЕД перед сном.

*\*Моноинсулин ЧР* подкожно 14 ЕД перед завтраком, 12 ЕД перед обедом, 10 ЕД перед ужином;

*\*Дипиридамол* 25 мг по 1 таб 3 раза в день;

*\*Метформин* 850 мг по 1 таб 2 раза в день;

*\*Витамины группы В* (тиамин, пиридоксин) по 1 мл в/м через день;

*\*Р-р эмоксипина* 3% - 10 мл в/в медленно 1 раз в день;

26.02.15

Общее состояние больной удовлетворительное, жалобы на сухость во рту. Кожные покровы бледно-розового цвета, сухие. ЧД = 17 в минуту. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Ps = 81 в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения, ритмичный. АД = 125/80 мм.рт.ст. Сердечные тоны ясные. Живот мягкий, безболезненный. Стул, мочеиспускание в норме.

Назначения по листу назначений продолжать.

**ЭПИКРИЗ**

Шатрун Наталья Степановна(23.03.1959г.р 55лет) с 18.02.15 находится на стационарнам лечении в эндокринологическом отделении ВОКБ.

Учитывая жалобы (на жажду, умеренную сухость во рту, общую слабость, головокружение, боли в ногах, высокие уровни гликемии в течение суток.), анамнестические данные (Страдает СД 2 типа 15 лет. Колебание глюкозы в крови в течение суток в пределах 7,6 - 18,4 ммоль/л.), объективные данные (кожа голеней и стоп сухая, имеются умеренно выраженные трофические изменения, деформаций стоп нет. Ногти не изменены. Пульсация на артериях стоп сохранена. Температура стоп: стопы на ощупь прохладные; чувствительность ног – снижена по типу носков), данные лабораторно-инструментальных исследований (**Гликемический профиль** 6,9 –23,1 ммоль/л в течение суток; **БХ крови 19.02.15:** норма; **ОАМ 20.02.15:** цвет − с/ж; р-я− кислая; уд вес − 1022; прозр – полная; белок – нет, глюкоза – 230 ммоль/л; эпит − пл ед в п/зр; лейк – 0 – 1 в п/зр; **УЗИ почек 19.02.15:** Чашечно-лоханочная система верхней трети левой почки незначительно расширена. **ФГДС 25.02.15:** Атрофический гастрит. **Консульт окулиста:** Ретинопатия сетчатки обоих глаз без пролиферации. **Консульт невролога:** ЧМН в норме. Зрачки равные, живые, нистагма нет. Носогубные складки симметричны. Сухожильно-периостальные рефлексы снижены. Глотание, фонация в норме. Полинейропатия нижних конечностей). **Был выставлен клинический диагноз:** Сахарный диабет 2 типа с инсулинопотребностью, декомпенсация.

**Осложнения:**Диабетическая полинейропатия. Диабетическая ангиопатия нижних конечностей. Диабетическая ретинопатия. Состояние после ЛФК сетчатки обоих глаз.

**Сопутствующий:** Хронический атрофический гастрит.

Назначено:1.Режим общий

2.Диетотерапия − стол БД

Необходимое количество энергии в соответствии с фенотипом: ИМТ = 23,9 следовательно энергетическая потребность нашей больной составляет 20 ккал/кг/сутки. Рассчитан базальный метаболизм: 20х75=1500. Рассчитан суточный калораж: БЭБ + 1/2БЭБ = 1500 + 750 = 2250 ккал/сут.

*\*Протамин ЧС* подкожно 12 ЕД перед завтраком, 12 ЕД перед сном.

*\*Моноинсулин ЧР* подкожно 14 ЕД перед завтраком, 12 ЕД перед обедом, 10 ЕД перед ужином;

*\*Дипиридамол* 25 мг по 1 таб 3 раза в день;

*\*Метформин* 850 мг по 1 таб 2 раза в день;

*\*Витамины группы В* (тиамин, пиридоксин) по 1 мл в/м через день;

*\*Р-р эмоксипина* 3% - 10 мл в/в медленно 1 раз в день;

В результате проведенного лечения состояние больной улучшилось. Рекомендовано: соблюдение диеты, адекватная физическая нагрузка, наблюдение эндокринолога поликлиники, окулиста, контроль анализа крови, мочи на уровень сахара.