*Паспортная часть*

Ф.И.О. больного: \_\_\_\_\_\_\_\_

Возраст: 65 лет

Дата рождения: 11.04.1939г.

Профессия и место работы: пенсионерка

Пол: женский

Национальность: украинка

Место жительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата поступления: 13.04.2004г. в 17.05

Кем направлена: СОП в плановом порядке

*Жалобы больной*

Больная предъявляет жалобы на беспокоящие ее жажду, сухость во рту, увеличение количества выделяемой мочи, зуд кожи, в последнее время снижение остроты зрения; боль в правой ноге, постоянную, ноющую, давящую, периодическое онемение пальцев рук и ног, ощущение жара в области стоп.

Больная указывает на слабость, быструю утомляемость при выполнении домашней работы. При дополнительном опросе установлено, что пациентку беспокоят головокружения, головные боли сопровождающиеся повышением артериального давления до 200 /130 мм. рт. ст. При физической нагрузке появляется жгучая боль за грудиной, иррадиирующая в левую руку, левую лопатку, которая проходит при применении нитроглицерина. Пациентку беспокоит периодически возникающее чувство сердцебиения. При опросе отмечено, что имеет место снижение памяти: пациентке трудно вспомнить дату рождения, имена, названия улицы и др.

*Анамнез заболевания*

Пациентка узнала что больна сахарным диабетом в 2002 году, в возрасте 63 лет, когда во время профилактического обследования в поликлинике обнаружено повышение уровня глюкозы в крови. Участковым терапевтом были даны рекомендации по диете, направлена к эндокринологу, выставлен диагноз сахарный диабет II типа, назначен препарат, название которого больная не помнит. На момент установления диагноза больная отмечала постоянное ощущение жажды и учащение мочеиспускания. Проведено лечение в эндокринологическом отделении СОКБ, консультирована кардиологом, установлен диагноз: ИБС. Атеросклеротический кардиосклероз. Стенокардия напряжения. Мерцательная аритмия, тахисистолическая форма. Симптоматическая артериальная гипертензия. НК IIA ст. После проведённого лечения состояние улучшилось.

После выписки рекомендовано наблюдение участкового терапевта, контроль уровня глюкозы 1раз/месяц. Рекомендации не выполняла, лекарственные препараты принимала нерегулярно. Единожды в год проходила стационарное профилактическое лечение. В настоящее время поступила планово на профилактическое лечение и коррекцию.

*Анамнез жизни больной*

Родилась 11.04.1939 г., воспитывалась в семье с благоприятными социально-бытовыми условиями. Вскармливание естественное. В семье росла и воспитывалась с двумя младшими братьями. В детстве нечасто болела простудными заболеваниями. Данных о других перенесенных в детстве инфекциях, не получено.

Период полового созревания протекал без особенностей, задержки или ускорения полового развития не было. Менструации установились с 13 лет, безболезненные, менопауза в 48 лет. Травм, ранений, контузий не было. Перенесла операцию в возрасте 13-14 лет по поводу аппендицита. Родов 3, один ребенок умер в раннем возрасте, число абортов не уточнено. Больная относится к социализированной группе населения. Материальная

обеспеченность достаточная. Жилище благоустроенное, с 1989 года, до настоящего времени проживает в трёхкомнатной квартире, хорошо проветриваемой, освещённость, влажность нормальная. Питание регулярное, полноценное, невегетарианское. Одежда соответствует климатопогодным условиям и социальному статусу больной.

Пациентка имеет среднеспециальное образование, повар. В настоящий момент находится на пенсии по возрасту. Работала в столовой на заводе им.Фрунзе. Режим работы не приводил к нарушению режима питания пациентки. Производственных вредностей, травм не было.

Родители умерли в старческом возрасте. Каких-либо сведений о наследственности получить не удалось. Братья здоровы. Дети здоровы. Информации о состоянии здоровья других кровных родственников не имеет.

Аллергологический анамнез в отношении пищевых, лекарственных, ингаляционных, эпидермальных антигенов не отягощен.

Не курит, алкоголем не злоупотребляет, наркотики не принимает. Психические, венерические заболевания, гепатит отрицает. Гемотрансфузий не проводилось. В контакте с инфекционными больными не была, за пределы Украины в течение последних 3 лет не выезжала.

*Объективное исследование*

Общий осмотр

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Выражение лица живое. Рост 175 см, вес 80 кг. Тип телосложения нормостенический. Подвижность, походка - не изменены, развита правильно, пропорционально. Больная контактна, адекватна, охотно беседует. Сознание полное, воспоминания смутные, память ухудшена. Выражение лица: обычное, живое. Кожа бледная. На нижних конечностях мраморная, застойно-синюшная. Отмечается гиперкератоз, особенно выраженный в области подошв. Тургор кожи снижен, эластичность сохранена. Влажность умеренная. Патологических элементов не найдено. На передней брюшной стенке в правой подвздошной области определяется рубец от аппендэктомии. Усиления кожного рисунка, извилистости и расширения поверхностных вен не отмечено. Слизистые оболочки конъюнктив, носовых ходов розовые, чистые, отделяемого нет. Склеры нормальной окраски. Волосы пигментированы, чистые. Нарушений роста волос в виде чрезмерного роста на теле или облысения не обнаружено, оволосение по женскому типу. Ногти гладкие, блестящие, без поперечной исчерченности, на пальцах ног изменены – увеличены, искривлены, тёмно-жёлтого цвета.

Подкожная жировая клетчатка развита умеренно, распределена неравномерно, с преобладанием в области туловища. Пастозности, отеков нет. Мышцы конечностей и туловища развиты удовлетворительно, тонус и сила снижены, болезненности нет. Отмечается гипотрофия мышц межкостных промежутков стоп, голени. Других участков выраженной гипотонии, парезов и параличей не обнаружено.

Костная система сформирована правильно. Деформаций черепа, грудной клетки, таза и трубчатых костей нет. Плоскостопия нет. Осанка правильная. Пальпация безболезненная. Суставы не увеличены, ограничений пассивных и активных движений нет, болезненности при движениях, хруста, изменений конфигурации, гиперемии и отечности близлежащих мягких тканей нет

При исследовании лимфатических узлов периферические лимфоузлы не пальпируются. При осмотре молочных желез патологических изменений не обнаружено.

Щитовидная железа не пальпируется. При осмотре изменения формы шеи нет.

*Исследование органов дыхания*

Нос нормальной формы. Верхние дыхательные пути проходимы, патологического отделяемого нет. Выдыхаемый воздух без патологического запаха.

Грудная клетка нормостеничной конфигурации, ключицы расположены на одном уровне. Надключичные и подключичные ямки выражены умеренно, при дыхании не изменяют своих форм. Лопатки симметричны, двигаются синхронно в такт дыхания.

Тип дыхания смешанный. Дыхание ритмичное - 16 в минуту. Правая и левая половины грудной клетки двигаются синхронно. Вспомогательная мускулатура в акте дыхания не участвует.

Пальпация грудной клетки безболезненная. Грудная клетка эластичная, голосовое дрожание ощущается с одинаковой силой на симметричных участках. Хруста и крепитации нет. Болезненности по ходу межрёберных промежутков нет.

При сравнительной перкуссии на симметричных участках отмечается легочный перкуторный звук одинаковый с обеих сторон, гамма звучности сохранена.

При топографической перкуссии границы легких в пределах нормы, суммарная подвижность легочного края – 6см.

При сравнительной аускультации лёгких при спокойном и форсированном дыхании определяется везикулярное дыхание над всей поверхностью лёгких. Дополнительных дыхательных шумов не выявлено.

*Исследование сердечно-сосудистой системы*

При осмотре области сердца сердечного горба, выпячиваний в области аорты, пульсации над легочной артерией, а также эпигастральной пульсации в не обнаружено. Ориентировочная пальпация области сердца безболезненна. Верхушечный толчок при осмотре и пальпации определяется в V межреберье, кнаружи от срединно-ключичной линии на 2 см, не разлитой, шириной около 2 см, не усилен. Толчок правого желудочка не определяется. Симптома кошачьего мурлыканья нет.

При перкуссии сердца граница относительная сердечной тупости :

1. Правая – на 1.5 см кнаружи от правого края грудины.
2. Верхняя – по верхнему краю III ребра.
3. Левая – на 1,5 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии.

Ширина сосудистого пучка --- 6.5 см.

При аускультации сердца при спокойном дыхании и его задержке выслушиваются ослабленные тоны сердца, бархатного тембра, ритм не правильный, ЧСС=78уд./мин. Расщепления и раздвоения тонов сердца, ритма галопа, дополнительных тонов не обнаружено. Определяется слабый, мягкий, короткий систолический шум. Характер шума не изменяется при перемене положения больной. Шума трения перикарда нет.

Извитости и видимой пульсации области височных артерий, симптома пляски каротид, капиллярного пульса нет. Вены конечностей не переполнены. Сосудистых звездочек и “caput medusae” нет. Венный пульс не определяется. Артериальный пульс на обеих лучевых артериях имеет одинаковую величину; пульс аритмичен, частота - 78 в минуту, дефицита пульса нет, пульс напряженный, твердый, полный неравномерный по наполнению. Пульсовая волна пальпируется на височных, сонных, бедренных, подколенных артериях. На a.dorsalis pedis не пальпируется.

Артериальное давление – 200/130 мм.рт.ст., одинаковое на обеих руках.

*Исследование пищеварительной системы*

Углы рта расположены на одном уровне, губы розовые, без высыпаний и трещин. Слизистая оболочка ротовой полости розовая, чистая, блестящая. Дёсны не изменены. Язык не увеличен, налёта нет. Небо, зев, без особенностей. Миндалины не выходят за пределы нёбных дужек.

Живот обычной формы. Жидкость в брюшной полости методом флюктуации не определяется. Признаков расстройства портального кровотока, в виде головы медузы и усиления сосудистой сети на передней брюшной стенке не обнаружено. Признаков метеоризма, видимой перистальтики, грелочных пигментаций во время исследования не обнаружено.

При ориентировочной пальпации грыжевых выпячиваний в области пупка, паховых областях, в области белой линии живота нет. Болезненности нет. Симптом Щёткина – Блюмберга отрицательный.

При глубокой скользящей методической пальпации сигмовидная кишка расположена правильно, диаметр 3 см, эластичная, стенка гладкая, ровная, подвижная, безболезненная, урчания нет. Caecum расположена правильно, диаметр 3 см, эластичная, стенка гладкая, ровная, умеренно, смещаемая, при пальпации безболезненная, урчания нет. Поперечная восходящая и нисходящая ободочная кишка, не пальпируется.

Поджелудочная железа не пальпируется. Пальпация места проекции безболезненная.

При перкуссии печени по Курлову размеры составляют 10/9/8 см. соответственно. При пальпации печени болезненности не выявлено, нижний край печени не выходит из-под края реберной дуги. При осмотре области желчного пузыря каких-либо изменений не обнаружено. Пальпация области проекции безболезненная, симптом Курвуазье, Мюсси, Ортнера отрицательные.

Поперечник селезёнки - 6 см, длинник - 12 см, нижний край не пальпируется.

*Исследование органов мочевыделительной системы*

Левая и правая почки в горизонтальном и вертикальном положениях не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочевой пузырь пальпаторно не определяется, перкуторный звук над лобком без притупления. Пальпация мочеточниковых точек безболезненна. Мочеиспускание не затруднено, самостоятельное, до 2л/сутки.

*Исследование нервной системы*

При осмотре наблюдается некоторая ассиметрия лица, сглаженность носогубной складки слева. Мимика лица слабоинтенсивная, малоподвижная. Речь, фонация не нарушена. Отклонения языка в сторону нет. Зрачки синхронно двигаются, реакция на свет и аккомодацию одинаковая, нормально выражена. Отмечается снижение зрения. Координационные пробы уверенные. При обследовании в положении лёжа симптом натяжения (Ласега) положительный, особенно выражен справа. Других патологических рефлексов не выявлено, сухожильные рефлексы без особенностей, D=S. Болевая и тактильная чувствительность снижена на нижних конечностях от уровня колен. В других областях не изменена. Общего тремора пальцев вытянутых рук нет.

*Обоснование предварительного диагноза*

На основании жалоб больной на: жажду, сухость во рту, увеличение количества выделяемой мочи; боль в правой ноге, постоянную, ноющую, давящую, периодическое онемение пальцев ног, ощущение жара в области стоп;

анамнеза заболевания: в 2002г. выставлен диагноз сахарный диабет II типа на момент установления которого больная отмечала постоянное ощущение жажды и учащение мочеиспускания; диагноз неоднократно подтверждён при плановом лечении в эндокринологическом отделении;

данных объективного исследования: кожа бледная, на нижних конечностях мраморная, застойно-синюшная, отмечается гиперкератоз, особенно выраженный в области подошв, тургор кожи снижен; на пальцах ног изменения ногтей в виде гипертрофии и деформации; гипотрофия мышц межкостных промежутков стоп, голени, пульсовая волна на a.dorsalis pedis не пальпируется; болевая и тактильная чувствительность снижена на нижних конечностях от уровня колен;

можно выставить предварительный диагноз

1. основной: Сахарный диабет 2 типа, средней степени тяжести, субкомпенсированный;
2. осложнения: Диабетическая ангиопатия сосудов нижней конечности .

На основании жалоб больной на: головокружения, головные боли сопровождающиеся повышением артериального давления до 200 /130 мм. рт. ст. появление при физической нагрузке жгучей боли за грудиной, иррадиирующей в левую руку, левую лопатку, которая проходит при применении нитроглицерина; чувство сердцебиения;

анамнеза заболевания: в 2002 году, консультирована кардиологом, установлен диагноз: ИБС. Атеросклеротический кардиосклероз. Стенокардия напряжения. Мерцательная аритмия, тахисистолическая форма. Симптоматическая артериальная гипертензия. НК IIA ст.;

данных объективного исследования: верхушечный толчок при осмотре и пальпации определяется в V межреберье, кнаружи от срединно-ключичной линии на 2 см, не разлитой, шириной около 2 см; при перкуссии сердца левая граница относительной сердечной тупости – на 1,5 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии; при аускультации сердца выслушиваются ослабленные тоны сердца, бархатного тембра, ритм сокращений не правильный; определяется слабый, мягкий, короткий систолический шум, характер шума не изменяется при перемене положения больной; пульс аритмичен, напряженный, твердый, полный; артериальное давление – 200/130 мм.рт.ст.;

можно выставить предварительный диагноз сопутствующего заболевания: ИБС. Атеросклеротический кардиосклероз. Стенокардия напряжения. Симптоматическая артериальная гипертензия. НК IIA ст.

*План дополнительного обследования*

1. Анализ крови клинический.
2. Анализ мочи клинический.
3. Анализ крови биохимический.
4. RW №371 от 13.04.04.
5. Анализ кала на яйца глист.
6. Анализ крови на глюкозу.
7. Анализ мочи на глюкозу.
8. Анализ мочи по Нечипоренко.
9. Анализ мочи на суточную потерю белка.
10. Реовазография.
11. ЭКГ
12. Рентгенография ОГК. № 35
13. Консультация окулиста.
14. Консультация кардиолога.
15. Анализ крови на электролиты.

*Результаты лабораторных и инструментальных исследований*

1. Анализ крови клинический от 14.04.04

Гемоглобин - 112 г/л

Эритроциты - 3.5\*1012/л

Цветовой показатель - 0,9

СОЭ - 6 мм/ч

Лейкоциты 4,8\*10^9/л

Нейтрофилы палочкоядерные 2 %

Нейтрофилы сегментоядерные 76 %

Эозинофилы 2 %

Лимфоциты 17 %

Моноциты 3 %

1. Анализ крови клинический от 23.04.04

Гемоглобин - 116 г/л

Эритроциты - 3.6\*1012/л

Цветовой показатель - 0,9

СОЭ - 8 мм/ч

Лейкоциты 4,4\*10^9/л

Нейтрофилы палочкоядерные 2 %

Нейтрофилы сегментоядерные 70 %

Эозинофилы 4 %

Лимфоциты 21 %

Моноциты 3 %

Лейкоциты 2-3 в п/зр.

Эритроциты 0-1 в п/зр.

Эпителий – нет

Соли – нет

1. Анализ мочи клинический от 22.04.04

Цвет мочи – соломенно-жёлтый

Прозрачность - прозрачная

Удельный вес – 1025

Реакция – слабо-кислая

Белок - следы

Глюкоза – 2%

Лейкоциты 1-2 в п/зр.

Эритроциты 0-1 в п/зр.

Эпителий – нет

Соли – нет

1. Биохимический анализ крови 14.04.04

Общий белок - 76,3 г/л

Альбумины – 54%

Глобулины – 46%

Мочевина 3,7 ммоль/л

Креатинин крови 0.07 ммоль/л

Холестерин 7,1 ммоль/л

ЛПОНП 0,38 ммоль/л

СРБ - -

Серомукоиды - 0,28 ммоль/л

1. RW №371 от 13.04.04. – отриц.
2. Анализ кала на яйца глист.

Рез.: яйца глист не обнаружены.

1. Анализ крови на глюкозу от 13.04.04

8˚˚ Глюкоза крови – 7,06 ммоль/л

12˚˚ Глюкоза крови – 11,02 ммоль/л

18˚˚ Глюкоза крови – 9,2 ммоль/л

22˚˚ Глюкоза крови – 8,2 ммоль/л

1. Анализ мочи на глюкозу от 14.04.04

Глюкоза в моче – 1,25г.

1. Анализ мочи по Нечипоренко от 15.04.04

Лейкоциты – 3,01\*10^6

Эритроциты – 0,9\*10^6

1. Анализ мочи на суточную потерю белка от 15.04.04

Белок в моче – 0,064 г/сут.

1. Реовазография.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Левая | Правая | Норма |
| PI голени | 1,2 | 1,4 | 0,8 – 1,2 |
| PI стопы | 1,0 | 1,5 | 1,0 |

1. ЭКГ

Заключение: Нормальное положение электрической оси сердца.

Мерцательная аритмия, тахисистолическая форма. ЧСС 90/мин. Гипертрофия миокарда левого желудочка с его перегрузкой. Диффузные изменения миокарда.

14.Рентгенография ОГК. № 35

Патологии ОГК не обнаружено.

15. Консультация окулиста.

Vis OD – 0,8

OS – 0,8

Объективно: начальные помутнения в хрусталике.

Глазное дно: ГД бледно-розовое, контуры чёткие, вены расширены, полнокровны.

Заключение: Диабетическая ангиопатия сетчатки. Начальная осложнённая катаракта обоих глаз.

16. Консультация кардиолога.

Заключение: ИБС. Атеросклеротический кардиосклероз. Стенокардия напряжения. Мерцательная аритмия, тахисистолическая форма. Симптоматическая артериальная гипертензия. НК IIA ст.

17. Анализ крови на электролиты.

Калий – 6,1 ммоль/л

Натрий - 160 ммоль/л

Кальций – 2,3 ммоль/л

Хлориды – 107 ммоль/л

*Дифференциальный диагноз*

|  |  |
| --- | --- |
| Болезнь Иценко-Кушинга | Сахарный диабет |
| Гипергликемия носит эпизодический характер, нормализация углеводного обмена происходит при изленчении основного заболевания. | Гипергликемия носит постоянный характер, высокий уровень, обнаруживается натощак, часто сопровождается глюкозурией |

|  |  |
| --- | --- |
| Почечный диабет | Сахарный диабет |
| Глюкозурия не зависит от количества вводимых углеводов, не сопровождается гипергликемией или нарушением толерантности к углеводам. Отсутствуют ангио- и нейропатии. | Глюкозурия зависит от количества вводимых углеводов, сопровождается гипергликемией или нарушением толерантности к углеводам. |

|  |  |
| --- | --- |
| Несахарный диабет | Сахарный диабет |
| Полиурия не сочетается с глюкозурией, высокой относительной плотностью мочи и гипергликемией | Полиурия сочетается с глюкозурией, высокой относительной плотностью мочи и гипергликемией |

*Обоснование окончательного диагноза*

На основании жалоб больной на: жажду, сухость во рту, увеличение количества выделяемой мочи; боль в правой ноге, постоянную, ноющую, давящую, периодическое онемение пальцев ног, ощущение жара в области стоп;

анамнеза заболевания: в 2002г. выставлен диагноз сахарный диабет II типа на момент установления которого больная отмечала постоянное ощущение жажды и учащение мочеиспускания; диагноз неоднократно подтверждён при плановом лечении в эндокринологическом отделении;

данных объективного исследования: кожа бледная, на нижних конечностях мраморная, застойно-синюшная, отмечается гиперкератоз, особенно выраженный в области подошв, тургор кожи снижен; на пальцах ног изменения ногтей в виде гипертрофии и деформации; гипотрофия мышц межкостных промежутков стоп, голени, пульсовая волна на a.dorsalis pedis не пальпируется; болевая и тактильная чувствительность снижена на нижних конечностях от уровня колен;

данных лабораторных и инструментальных методов исследования: увеличение уровня глюкозы в пределах 7,5 – 11,02 ммоль/л, характерное в дневные часы; наличия глюкозы в моче 1,25г;

данных консультаций смежных специалистов: заключение окулиста - диабетическая ангиопатия сетчатки. Начальная осложнённая катаракта обоих глаз;

проведённого дифференциального диагноза;

можно выставить окончательный диагноз:

* Основной: Сахарный диабет 2 типа, средней степени тяжести, субкомпенсированный;
* осложнения: Диабетическая ангиопатия сосудов нижней конечности. Диабетическая ангиопатия сетчатки. Начальная осложнённая катаракта обоих глаз.

На основании жалоб больной на: головокружения, головные боли сопровождающиеся повышением артериального давления до 200 /130 мм. рт. ст. появление при физической нагрузке жгучей боли за грудиной, иррадиирующей в левую руку, левую лопатку, которая проходит при применении нитроглицерина; чувство сердцебиения;

анамнеза заболевания: в 2002 году, консультирована кардиологом, установлен диагноз: ИБС. Атеросклеротический кардиосклероз. Стенокардия напряжения. Мерцательная аритмия, тахисистолическая форма. Симптоматическая артериальная гипертензия. НК IIA ст.;

данных объективного исследования: верхушечный толчок при осмотре и пальпации определяется в V межреберье, кнаружи от срединно-ключичной линии на 2 см, не разлитой, шириной около 2 см; при перкуссии сердца левая граница относительной сердечной тупости – на 1,5 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии; при аускультации сердца выслушиваются ослабленные тоны сердца, бархатного тембра, ритм сокращений не правильный; определяется слабый, мягкий, короткий систолический шум, характер шума не изменяется при перемене положения больной; пульс аритмичен, напряженный, твердый, полный; артериальное давление – 200/130 мм.рт.ст.;

данных лабораторных и инструментальных методов исследования:

заключение ЭКГ - нормальное положение электрической оси сердца. Мерцательная аритмия, тахисистолическая форма. ЧСС 90/мин. Гипертрофия миокарда левого желудочка с его перегрузкой. Диффузные изменения миокарда;

консультации кардиолога: заключение - ИБС. Атеросклеротический кардиосклероз. Стенокардия напряжения. Мерцательная аритмия, тахисистолическая форма. Симптоматическая артериальная гипертензия. НК IIA ст.;

можно выставить диагноз сопутствующего заболевания: ИБС. Атеросклеротический кардиосклероз. Стенокардия напряжения. Мерцательная аритмия, тахисистолическая форма. Симптоматическая артериальная гипертензия. НК IIA ст.

*Этиопатогенез*

Это полиэтиологическое заболевание.

Выделяют:

1. Инсулин - зависимый сахарный диабет - абсолютная недостаточность инсулина - 1 тип.

2. Инсулин - независимый сахарный диабет. Протекает с относительной недостаточностью инсулина. В крови у таких больных инсулин в норме или повышен. Может быть с ожирением и с нормальной массой тела.

Инсулин - зависимый сахарный диабет - это аутоиммунное заболевание. В основе его развития лежат:

1. Дефект в 6 - хромосоме, связанный с системой НLА - Д3, Д4. Дефект этот наследственный.

2. Вирусы свинки, кори, коксаки, тяжелые стрессовые ситуации, некоторые химические вещества. Многие вирусы имеют схожесть с бета-клетками. Нормальная иммунная система противостоит вирусам. При дефекте происходит инфильтрация островков лимфоцитами. В-лимфоциты вырабатывают цитотоксические антитела. бета-клетки гибнут, и развивается недостаточность выработки инсулина - сахарный диабет.

Инсулин-независимый сахарный диабет имеет генетический дефект, но проявляется без действия внешних факторов.

1. Дефект в самих бета-клетках и периферических тканях. Секреция инсулина может быть базальной и стимулированной (при уровне глюкозы в крови 6,5 ммоль/л).

2. Уменьшается чувствительность периферических тканей к действию инсулина.

3. Изменения в структуре инсулина.

На инсулин - независимый диабет влияет ожирение. При этом инсулина надо клеткам больше, а его рецепторов в клетках не хватает.

*Лечение*

1. Диета № 9.

Расчет питания ведется с учетом общего состояния, пола, ростовесовых показателей и затрат энергии (на конкретный вид деятельности). Норма: 30 ккал/кг физиологического веса. Физиологический вес данной больной – 55 кг. Расчет: 75х30=2250 ккал/сут.

Частый прием пищи - 5-6 раз в день. Рекомендовано следующее распределение 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% |

1. Режим стационарный.
2. Увеличение физ. нагрузки.
3. Диабетон МР 30мг, по 1 таблетке 1р/д утром за 30 минут до еды.
4. Аспирин 325 по ½ таблетке внутрь 1р/д в 19˚˚.
5. Нитрогранулонг 0,005 по 1 таблетке внутрь 3р/д.
6. Каптоприл 25мг по ½ таблетке внутрь 2р/д.
7. Sol. Vit B6 5% - 2,0мл внутримышечно 1р/д ежедневно.
8. Милдронат 5,0мл внутривенно струйно 1р/д.
9. Пирацетам 5,0 мл внутривенно струйно 1р/д.
10. Фуросемид 2,0 мл внутривенно струйно через день.
11. Аспаркам 1 таблетке внутрь 3р/д.
12. Эуфилин 0,15 на ночь.

*Дневник наблюдения*

20.04.04

Больная предъявляет жалобы на жажду, сухость во рту после еды, полиурию, потливость, слабость, боли в ногах неопределенного характера, без четкой локализации, средней интенсивности, возникающие и проходящие без видимой причины.

Объективно: состояние больной ближе к удовлетворительному. Кожные покровы бледно-розовые. Отеков нет. ЧД = 18/минуту. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Ps = 82/минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения, неритмичный. АД = 180/100 мм.рт.ст. При аускультации сердца – выслушиваются ослабленные, бархатного тембра тоны, ритм не правильный, ЧСС=82уд./мин. Определяется слабый, мягкий, короткий систолический шум. Язык чистый, не обложен. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Стул в норме. Диурез около 2л., самостоятельный.

Назначения: лечение по листу назначений продолжать.

29.04.04

Больная предъявляет жалобы на жажду, сухость во рту после еды, полиурию, слабость, боли в ногах уменьшились, без четкой локализации, средней интенсивности, возникающие и проходящие без видимой причины. Отмечает улучшение самочувствия.

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледно-розовые, чистые. ЧД = 16/минуту. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Ps=76/минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения, неритмичный, дефицита пульса нет. АД = 160/100 мм.рт.ст. При аускультации сердца – выслушиваются ослабленные тоны, ритм работы сердца не правильный, ЧСС=76уд./мин. Определяется слабый, мягкий, короткий систолический шум. Язык чистый. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Стул в норме 2р/д. Диурез около 2л., самостоятельный.

Назначения: лечение по листу назначений продолжать.

Отменить: пирацетам; фуросемид.

02.05.04

Больная предъявляет жалобы на сухость во рту после еды, слабость, полиурию.

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледно-розовые, чистые. ЧД=16/минуту. В легких дыхание везикулярное,над всей поверхностью. Ps=80/минуту, неритмичный, дефицита пульса нет. АД = 160/100 мм.рт.ст. При аускультации сердца – выслушиваются ослабленные тоны, ритм работы сердца не правильный, ЧСС=80уд./мин. Определяется слабый, мягкий, короткий систолический шум, при изменении положения тела не изменяет своих свойств. Язык не обложен. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Стул в норме 2р/д. Диурез около 2л., самостоятельный.

Назначения: готовить к выписке 03.04.04.

Отменить: Sol. Vit B6 5%; милдронат .

*Эпикриз*

Больная Карпенко Александра Николаевна находилась на стационарном лечении в эндокринологическом отделении СОКБ с 13.04.04 по 03.05.04. Поступила в плановом порядке с жалобами на беспокоящие ее жажду, сухость во рту, полиурию, зуд кожи, в последнее время снижение остроты зрения; боль в правой ноге, постоянную, ноющую, давящую, периодическое онемение пальцев рук и ног, ощущение жара в области стоп. Проведено обследование. Исследованы лабораторные показатели: анализ мочи клинический от 22.04.04 - глюкоза – 2%; Анализ крови на глюкозу от 13.04.04 - 8˚˚ глюкоза крови – 7,06 ммоль/л, 12˚˚ глюкоза крови – 11,02 ммоль/л, 18˚˚ глюкоза крови – 9,2 ммоль/л, 22˚˚ глюкоза крови – 8,2 ммоль/л; ЭКГ - нормальное положение электрической оси сердца, мерцательная аритмия, тахисистолическая форма. ЧСС 90/мин, гипертрофия миокарда левого желудочка с его перегрузкой, диффузные изменения миокарда. Консультирована окулистом. Заключение: Диабетическая ангиопатия сетчатки. Начальная осложнённая катаракта обоих глаз. Консультирована кардиологом. Заключение: ИБС. Атеросклеротический кардиосклероз. Стенокардия напряжения. Мерцательная аритмия, тахисистолическая форма. Симптоматическая артериальная гипертензия. НК IIA ст. Выставлен диагноз: основной - Сахарный диабет 2 типа, средней степени тяжести, субкомпенсированный;

осложнения - Диабетическая ангиопатия сосудов нижней конечности . Диабетическая ангиопатия сетчатки. Начальная осложнённая катаракта обоих глаз; сопутствующий - ИБС. Атеросклеротический кардиосклероз. Стенокардия напряжения. Мерцательная аритмия, тахисистолическая форма. Проведено лечение. Больная в удовлетворительном состоянии выписана домой. Рекомендовано: лечение назначенными препаратами продолжать в амбулаторных условиях; посильная физ. нагрузка; самоконтроль сахара крови; профилактическое стационарное лечение 1 раз в год.

*Список использованной литературы*

Балаболкин М.И. Эндокринология: Учеб. пособие. --- М.: Медицина, 1989. 416 с.(Учеб. лит. Для субординаторов и интернов).

Потемкин В.В. Эндокринология. --- М.: Медицина, 1986. 432 с., ил.

Медведев В.В., Волчек Ю.З. Клиническая лабораторная диагностика: Справочник для врачей / Под ред. В.А. Яковлева. --- СПб.: Гиппократ, 1995. --- 208 с.

Машковский М.Д. Лекарственные средства. В двух частях. Ч. 1., Ч.2--- М.: Медицина, 1993.