**Паспортная часть**

Возраст: 76 лет

Пол: женский

Профессия: на пенсии

Место жительства:

Дата поступления в стационар:

Клинический диагноз:

Основной: Сахарный диабет 2 типа, стадия декомпенсации, тяжёлая форма.

Фоновое: Ожирение 2б степени.

Осложнения: Пролиферативная диабетическая ретинопатия. Дистальная диабетическая полинейропатия нижних конечностей, чувствительно-двигательная форма. Диабетическая микроангиопатия нижних конечностей. Хроническая ишемия головного мозга.

Сопутствующий: Атеросклероз коронарных и мозговых сосудов. Артериальная гипертензия 2 ст, риск 3.

**Жалобы на момент осмотра**

Больная предъявляет жалобы на общую слабость, сухость во рту, жажду, частое мочеиспускание (10 раз в день). Также больную беспокоят ломящие боли в ногах, умеренной интенсивности, возникающие в покое и усиливающиеся при ходьбе и поднятии тяжести, проходящие самостоятельно, судороги и онемение стоп, ухудшение остроты зрения, головная боль в височной области давящего характера, умеренной интенсивности, возникающая при повышении АД.

**Anamnesis morbid**

Пациентка узнала, что заболела сахарным диабетом в 2008 году, в возрасте 72 лет, когда во время профилактического обследования в поликлинике обнаружено повышение уровня гликемии до 6,1 ммоль/л. Участковым терапевтом были даны рекомендации по диете, медикаментозное лечение назначено не было. Какой-либо симптоматики самой больной в этот период не отмечалось. В 2009 году при обследовании в поликлинике выявлен уровень гликемии 7,2 ммоль/л., сделана коррекция диеты, медикаменты не назначены. В 2010 году пациентка проходила обследование и лечение в дневном стационаре, где у нее было выявлено повышение уровня глюкозы крови до 7,6 ммоль/л, была направлена к эндокринологу, выставлен диагноз сахарного диабета II типа, назначен препарат, название которого больная не помнит. Через 1 месяц уровень гликемии - 8 ммоль/л, был назначен биосулин, за 15-30 мин. до еды 14 ЕД, подкожно. С прошлого года у больной ухудшилось зрение, стали беспокоить резь и ощущение «песка» в глазах. При осмотре офтальмолога была обнаружена пролиферативная диабетическая офтальмопатия. При последнем обследовании пациентки в поликлинике сахар крови достиг 18 ммоль/л, в связи с чем пациентка была планово госпитализирована 9.11.12 г. в в ГКБ № 9.

Также с 2004 года больную беспокоит повышение артериального давления (до 160 и 90 мм. рт. ст.) на фоне психо-эмоционального перенапряжения или физической нагрузки. По поводу, которого больная обращалась в поликлинику к участковому терапевту и была поставлен на учёт, получала лечение (конкор, дибазол). С 2008 года стала отмечать чувство стеснения, боли за грудиной без иррадиации, давящего характера, возникающие при значительной физической нагрузке, проходящие самостоятельно.

**Anamnesis vitae**

Росла и развивалась нормально в соответствии с возрастными нормами.

Семейное положение: замужем, имеет двоих детей.

Жилищно-бытовые условия удовлетворительные. Питание полноценное, регулярное, назначенную диету соблюдает не всегда.

Ведет малоподвижный образ жизни.

Перенесенные заболевания: в детском возрасте – грипп, ангина, ОРВИ.

Перенесенные операции: нет.

Травмы: нет.

Наследственность: отягощена (у матери сахарный диабет 2 типа с 60 лет).

Вредные привычки: алкоголь − отрицает, курение − отрицает.

Аллергологический анамнез: без особенностей.

**Status praesens**

Общий осмотр

Общее состояние: удовлетворительное.

Сознание ясное. Больная ориентирована в пространстве и времени.

Положение больной: активное. Гиперстенического типа телосложения, вес 110 кг, рост 175 см. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки чистые, бледно-розового цвета, на ощупь кожа сухая, тёплая.

Эластичность кожи в норме.

Рост волос не нарушен. Тип оволосения по женскому типу. Ногти плоские, розового цвета, без деформаций.

Подкожный жировой слой

Развит чрезмерно, толщина кожной складки 2 см. Отеки отсутствуют.

Лимфатические узлы.

При осмотре теменные, затылочные, подключичные, локтевые, паховые, подколенные, подмышечные лимфатические узлы не видны, не пальпируются.

**Опорно-двигательный аппарат**

Жалобы боли в ногах ломящего характера, судороги и онемение стоп.

Общее развитие мышечной системы умеренное. Атрофии и гипертрофии отдельных мышц и мышечных групп не отмечается. Болезненность при ощупывании мышц отсутствует. Тонус мышц нормальный. Мышечная сила удовлетворительная. Гиперкинетические расстройства не выявлены.

Костная система без деформаций. Болезненность при ощупывании, поколачивании отсутствует.

Движения в конечностях в полном объёме, болезненные.

Объем движений в суставах нормальный. Движения в коленных суставах болезненны. Хруст и крепитация при движении в суставах отсутствуют. Кожные покровы над суставами без гиперемии, нормальной температуры.

Нарушений походки и осанки нет.

**Система органов дыхания**

Жалоб нет

Дыхание через нос свободное. Ощущения сухости в носу нет. Выделений из носовых ходов не наблюдается. Обоняние сохранено.

Грудная клетка нормостеническая, без деформации. Симметрична. Над- и подключичные ямки сглажены, одинаково выражены справа и слева. Межреберные промежутки не выбухают. Ключицы, лопатки располагаются на одном уровне. Лопатки плотно прилегают к грудной клетке.

Правая и левая половины грудной клетки синхронно участвуют в дыхании. Вспомогательные мышцы в акте дыхания не участвуют. Тип дыхания – преимущественно брюшной. Частота дыхания – 24 в минуту. Ритм дыхания правильный.

Эластичность грудной клетки в норме.

При сравнительной перкуссии в симметричных участках грудной клетки отмечается ясный легочный звук.

Топографическая перкуссия:

Высота стояния верхушек легких над ключицами справа 4 см, слева 4 см. Поля Кренига справа 6 см, слева 6 см.

Нижние границы легких.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Топографические линии | Справа  | Слева  |
| Окологрудинная  | 4 межреберье | - |
| Среднеключичная  | 5 межреберье | - |
| Передняя подмышечная  | 6 ребро | 6 ребро |
| Средняя подмышечная | 7 ребро | 7 ребро |
| Задняя подмышечная | 8 ребро | 8 ребро |
| Лопаточная  | 9 ребро | 9 ребро |
| Околопозвоночная  | Остистый отросток 10грудного позвонка |

При аускультации: над поверхностью легких определяется везикулярное дыхание. Побочные дыхательные шумы не выслушиваются.

**Сердечно-сосудистая система**

Изменений грудной клетки в области сердца нет. Местная болезненность отсутствует. Сердечный толчок отсутствует. Верхушечный толчок визуально не определяется, пальпируется в пятом межреберье по левой среднеключичной линии, не усиленный.

Перкуссия: границы относительной тупости сердца: правая − по правой парастернальной линии в четвертом межреберье, левая – по левой среднеключичной линии в пятом межреберье, верхняя – в третьем межреберье на 1 см кнаружи от левой грудинной линии. Аускультация: акцент II тона над аортой. Ритм сердечных сокращений правильный. Частота сердечных сокращений – 78 в минуту. Добавочные тоны отсутствуют. Шумы сердца не выявлены.

Пульс одинаковый на правой и левой лучевых артериях, ритмичный, с частотой 78 в минуту, равномерный, полный. Дефицита пульса нет.

Артериальное давление на момент осмотра: на правой руке - 120/90; на левой руке – 120/90.

**Система пищеварения**

Аппетит хороший. Вкусовые ощущения не изменены. Беспокоит чувство жажды. Акты жевания и глотания свободны и безболезненны.

Деятельность кишечника нерегулярная, периодически возникают запоры.

При осмотре полости рта патологии не выявлено.

Язык нормальной величины, формы, розовой окраски, сухой с белым налётом. Сосочки языка хорошо выражены.

Живот округлой формы, симметричный, увеличен в объеме.

При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Тонус мышц передней брюшной стенки одинаков на правой и левой половинах живота. Симптом, Щеткина – Блюмберга отрицательный. Диастаза прямых мышц живота нет.

Данные пальпации отделов кишечника − без патологии.

Перкуссия границ абсолютной печеночной тупости:

Верхняя граница: соответствует нижней границе правого легкого. Нижняя граница: по нижнему краю реберной дуги.

Высота печеночной тупости: правая передняя подмышечная линия – 10 см; правая среднеключичная линия – 9 см; правая окологрудинная линия – 8 см.

Нижний край печени не пальпируется.

Желчный пузырь не пальпируется. Болезненности при пальпации в точках желчного пузыря не выявлено. Симптомы Курвуазье, Ортнера, Георгиевского-Мюсси, Мерфи отрицательны.

Поджелудочная железа не пальпируется.

Акт дефекации регулярный 1 раз в сутки, безболезненный. Кал оформленный, без патологических примесей.

**Мочевыделительная система**

Жалобы на обильное безболезненное мочеиспускание (до 12 раз в сутки).

При осмотре области почек патологических изменений не выявлено.

Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Почки не пальпируются.

Болезненность при пальпации мочеточниковых точек отсутствует.

Область мочевого пузыря при осмотре без патологических изменений. При перкуссии мочевой пузырь не выступает над лонным сочленением. Мочевой пузырь не пальпируется.

**Органы кроветворения**

Жалоб нет.

Селезенка перкуторно определяется между IX и XI ребром, не пальпируется.

**Эндокринная система**

Гипофиз. Гипоталамус.

Нормального роста. Ожирение 2б степени, абдоминальное. Черты лица нормальные. Деформации скелета нет.

Щитовидная железа

Передняя поверхность шеи визуально не изменена, кожа над щитовидной железой нормальной окраски. Пальпируется перешеек щитовидной железы при глотании. Симптомы Мебиуса, Дальримпля, Штельвага, Грефе, Мари – отрицательные.

Паращитовидные железы

Мышечный тонус нормальный. Симптомы Хвостека, Труссо отрицательные. Трофических изменений ногтей, волос не наблюдается. Деформации костей нет.

Надпочечниковые железы

Оволосение по женскому у типу. Пигментации кожи нет. Акне, кровоизлияния, стрии на коже отсутствуют.

Половые железы

Телосложение гиперстеническое, без особенностей. Голос обычный. Оволосение по женскому типу.

Нервно-психическая сфера

Жалобы на слабость.

Больная в пространстве, времени и собственной личности ориентирована. Контактна, эмоционально лабильнена. Память сохранна. Настроение ровное. Поведение адекватно окружающей обстановке. Мышление не нарушено.

Сон глубокий, ровный, продолжительный.

Предварительный диагноз:

Основной: Сахарный диабет 2 типа, стадия декомпенсации, тяжёлая форма.

Фоновое: Ожирение 2б степени.

Осложнения: Пролиферативная диабетическая ретинопатия. Дистальная диабетическая полинейропатия нижних конечностей, чувствительно-двигательная форма. Диабетическая микроангиопатия нижних конечностей. Хроническая ишемия головного мозга

Сопутствующий Атеросклероз коронарных и мозговых сосудов. Артериальная гипертензия 2 ст, риск 3.

**План обследования**

Общий анализ крови

Общий анализ мочи

Биохимический анализ крови (ХС, ЛПВП, ЛПНП, триглицериды, креатинин, мочевина, билирубин, АЛТ, АСТ, Na+, K+, глюкоза)

Гликемический профиль

Ацетон мочи

Проба Нечипоренко

Консультация окулиста

Консультация терапевта

Определение уровня гликозилированного гемоглобина

ЭКГ

Реовазография нижних конечностей

Биохимический анализ крови(09.11.2012г.):

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Показатели | Результат | Единицы | Отклонение | Норма |
| Na+ | 137 | ммоль/л | (− \* −) | 135−145 |
| K+ | 4,7 | ммоль/л | (− \* −) | 3,5−5,0 |
| АЛТ | 15 | ед/л | \* (− − − ) | 10−40 |
| АСТ | 29 | ед/л | (\* − −) | 10−40 |
| Общий белок | 70 | г/л | (− \* −) | 65-85 |
| Креатинин | 87 | Мкмоль/л | (\* − −) | 70-140 |
| Мочевина | 7,6 | ммоль/л | (− − \*) | 2,5-8,3 |
| Общ. билирубин | 13 | ммоль/л | (\* − −) | 10-25 |
| Общий ХС | 3,9 | Ммоль/л | (− − −)\* | 3,9-6,5 |
| Триглицериды | 1,3 | ммоль/л | (\* − −) | 1,00−1,30 |
| ЛПОНП | 3,39 | ммоль/л | (\* − −) | 3,3-5,5 |
| Глюкоза крови | 7,0 | Ммоль/л | (---) | 3,3-5,5 |

Исследование мочи по Зимницкому(12.11.2012):

06.00-09.00- кол - во:190 мл

Удельный вес: 1017

09.00-12.00 – кол-во:270 мл

Удельный вес:1009

12.00 – 1500 – кол-во 230 мл

Удельный вес: 1013

15.00-18.00 – кол-во 170 мл

Удельный вес: 1017

18.00 – 21.00- кол во:100 мл

Удельный вес 1021

21.00 – 00.00 – кол-во 220 мл

Удельный вес:1012

00.00-03.00-кол-во 130 мл

Удельный вес:1013

03.00 – 06.00 –кол-во 50 мл

Удельный вес 1019

Дневной диурез:860 мл

Ночной диурез:500 мл

Общий диурез:1360 мл

Анализ мочи (09.11.2012г.):

|  |  |
| --- | --- |
| Показатели | Результаты |
| Цвет | Соломенно-желтый |
| Реакция | pH = 5 |
| Удельный вес | 1025 |
| Прозрачность | прозрачная |
| Белок | Нет |
| Сахар | Нет |
| Ацетон | Отриц. |
| Желчные пигменты | Отриц. |
| Эпител. кл. плоские | Умер. кол-во |
| Лейкоциты | 3-6 в поле зрения |
| Эритроциты | Един. в поле зрения |
| Бактерии | нет |

Гликемический профиль (11.11.2012г.):

07.00 –5,2ммоль/л

12.00 –8,0ммоль/л

16.30 –10,0ммоль/л

22.00 –8,0ммоль/л

Ацетон – отр

Микроальбуминурия отр.

ЭКГ (08.11.2012г.)

Заключение: ритм сердца синусовый, правильный, ЧСС 69в мин. Электрическая ось сердца горизонтальная. Нарушение внутрижелудочковой проводимости.

Реовазография нижних конечностей (08.11.2012г.)

Тип кровообращения: коллатеральный компенсированный в голени справа и стопе справа, магистральный в голени слева и стопе слева. Пульсовое кровенаполнение резко снижено в голени слева, выражено снижено в голени справа и стопах. Выявлена ассиметрия кровенаполнения в голенях (слева меньше чем справа на 42%).соотношение кровенаполнения стопа/голень справа равно 1.10 (N=1.40 -1.60).регионарное сосудистое периферическое сопротивление повышено в голени справа и стопе справа, снижено в голени слева, в норме в стопе слева.

Офтальмологический осмотр (09.11.2012 г.)

Жалобы на снижение зрения в течение последнего года.

СД − длительность 6 лет; АГ − длительность −22 года.

Имплантация хрусталика − нет.

Глаукома − нет.

Предшествующая лазеркоагуояция − нет

OU: Зрачок медикаментозно расширен. Роговица прозрачная. В хрусталике помутнение. Глазное дно под флёром : ДЗН бледно-розовый, границы четкие. Вены полнокровны, извиты, неравномерного калибра. Артерии умеренно сужены. DS: начальная катаракта. Гипертоническая ангиопатия.

Рекомендовано: наблюдение офтальмолога по месту жительства 1 раза в год.

Консультация в ООБ.

**Окончательный диагноз**

Основной: Сахарный диабет 2 типа, стадия декомпенсации, тяжёлая форма.

Фоновое: Ожирение 2б степени.

Осложнения Пролиферативная диабетическая ретинопатия. Дистальная диабетическая полинейропатия нижних конечностей, чувствительно-двигательная форма. Диабетическая микроангиопатия нижних конечностей. Хроническая ишемия головного мозга

Сопутствующий: Атеросклероз коронарных и мозговых сосудов. Артериальная гипертензия 2 ст, риск 3.

**Дневники**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата  | Течение заболевания | Лечение  |
| 10.11.2012г. |  Больная предъявляет жалобы на сухость во рту, усталость, ломящие боли в ногах, онемение стоп. Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Кожные покровы и видимые слизистые сухие на ощупь. Тоны сердца приглушены. Дыхание везикулярное. Температура тела 36,6. ЧСС 76уд/мин. ЧДД 18 в минуту. АД 120/90 мм. рт. ст.  | Режим общий.Диета с исключением лекгоусвояемых углеводов, жиров.Препарат LANTUS 100 ME/мл подкожно, 34 ед. 1 раз в день, в 22:00.Препарат CONCOR 10 мг перорально по 5 мг 1 раз в день.Препарат ERINIT 10 мг перорально по 10 мг 1 раз в деньПрепарат октолипен 600 +NaCl 0,9%-200,0 внутривенно-капельно 1 раз в день.Занятия на велотренажёре, роликовой доске, продолжительность 30 мин, темп средний (5-6 упражнений).Массаж мышц спины, поясничной области, на массажном столе «КАСПИ», термо и минералотерапия икроножных мышц и стоп, продолжительность 15 мин (5-6 процедур) |
| 12.11.2012г. | Больная предъявляет жалобы на боли в ногах, менее интенсивные чем накануне. Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Кожные покровы сухие на ощупь. Живот мягкий безболезненный. Мочеиспускание повышенное, безболезненное. Стул в норме. Температура тела 36,6. ЧСС 69уд/мин. ЧДД 17 в минуту. АД 120/90 мм. рт. ст.  | Режим общий.Диета с исключением лекгоусвояемых углеводов, жиров.Препарат LANTUS 100 ME/мл подкожно, 34 ед. 1 раз в день, в 22:00.Препарат CONCOR 10 мг перорально по 5 мг 1 раз в день.Препарат ERINIT 10 мг перорально по 10 мг 1 раз в деньПрепарат октолипен 600 +NaCl 0,9%-200,0 внутривенно-капельно 1 раз в день.Занятия на велотренажёре, роликовой доске, продолжительность 30 мин, темп средний (5-6 упражнений).Массаж мышц спины, поясничной области, на массажном столе «КАСПИ», термо и минералотерапия икроножных мышц и стоп, продолжительность 15 мин (5-6 процедур) |
| 13.11.2012г. | Больная предъявляет жалобы на сухость во рту. Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Кожные покровы и видимые слизистые сухие на ощупь. Тоны сердца приглушены. Дыхание везикулярное. Живот мягкий, безболезненный. Стул в норме. Температура тела 36,6. ЧСС 75уд/мин. ЧДД 18 в минуту. АД 120/90 мм. рт. ст.  | Режим общий.Диета с исключением лекгоусвояемых углеводов, жиров.Препарат LANTUS 100 ME/мл подкожно, 34 ед. 1 раз в день, в 22:00.Препарат CONCOR 10 мг перорально по 5 мг 1 раз в день.Препарат ERINIT 10 мг перорально по 10 мг 1 раз в деньПрепарат октолипен 600 +NaCl 0,9%-200,0 внутривенно-капельно 1 раз в день.Занятия на велотренажёре, роликовой доске, продолжительность 30 мин, темп средний (5-6 упражнений).Массаж мышц спины, поясничной области, на массажном столе «КАСПИ», термо и минералотерапия икроножных мышц и стоп, продолжительность 15 мин (5-6 процедур) |
| 14.11.2012г. | Больной жалоб не предъявляет. Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Кожные покровы и видимые слизистые сухие на ощупь. Дыхание везикулярное. Шумов, хрипов, крепитации нет. Живот мягкий безболезненный. Температура тела 36,6. ЧСС 68уд/мин. ЧДД 18 в минуту. АД 120/90 мм. рт. ст.  | Режим общий.Диета с исключением лекгоусвояемых углеводов, жиров.Препарат LANTUS 100 ME/мл подкожно, 34 ед. 1 раз в день, в 22:00.Препарат CONCOR 10 мг перорально по 5 мг 1 раз в день.Препарат ERINIT 10 мг перорально по 10 мг 1 раз в деньПрепарат октолипен 600 +NaCl 0,9%-200,0 внутривенно-капельно 1 раз в день.Занятия на велотренажёре, роликовой доске, продолжительность 30 мин, темп средний (5-6 упражнений).Массаж мышц спины, поясничной области, на массажном столе «КАСПИ», термо и минералотерапия икроножных мышц и стоп, продолжительность 15 мин (5-6 процедур) |

**Эпикриз**

Больная, 76 лет находится в отделении эндокринологии ГКБ №9 с 09.11.2012г. с диагнозом:

Основной: Сахарный диабет 2 типа, стадия декомпенсации, тяжёлая форма.

Фоновое: Ожирение 2б степени.

Осложнения: Пролиферативная диабетическая ретинопатия. Дистальная диабетическая полинейропатия нижних конечностей, чувствительно-двигательная форма. Диабетическая микроангиопатия нижних конечностей. Хроническая ишемия головного мозга

Сопутствующий: ИБС-стенокардия напряжения, 2 функциональный класс. Атеросклероз коронарных и мозговых сосудов. Артериальная гипертензия 2 ст, риск 3

Диагноз поставлен на основании жалоб больной на общую слабость, сухость во рту, жажду, частое мочеиспускание(10 раз в день). Также больную беспокоят ломящие боли в ногах, умеренной интенсивности, более интенсивные в левой конечности, возникающие в покое и усиливающиеся при ходьбе и поднятии тяжести, проходящие самостоятельно, судороги и онемение стоп, ухудшение остроты зрения, головная боль в височной области давящего характера, умеренной интенсивности, возникающая при повышении АД.

Данных анамнеза: Пациентка узнала что заболела сахарным диабетом в 2008 году, в возрасте 72 лет, когда во время профилактического обследования в поликлинике обнаружено повышение уровня гликемии до 6,1 ммоль/л. Участковым терапевтом были даны рекомендации по диете, медикаментозное лечение назначено не было. Какой-либо симптоматики самой больной в этот период не отмечалось. В 2009 году при обследовании в поликлинике выявлен уровень гликемии 7,2 ммоль/л., сделана коррекция диеты, медикаменты не назначены. В 2010 году пациентка проходила обследование и лечение в дневном стационаре, где у нее было выявлено повышение уровня глюкозы крови до 7,6 ммоль/л, была направлена к эндокринологу, выставлен диагноз сахарного диабета II типа, назначен препарат, название которого больная не помнит. Через 1 месяц уровень гликемии - 8 ммоль/л, был назначен биосулин,за 15-30 мин. до еды 14 ЕД, подкожно. С прошлого года у больной ухудшилось зрение, стали беспокоить резь и ощущение «песка» в глазах. При осмотре офтальмолога была обнаружена пролиферативная диабетическая офтальмопатия. При последнем обследовании пациентки в поликлинике сахар крови достиг 18 ммоль/л, в связи с чем пациентка была планово госпитализирована 9.11.12 г.в в ГКБ № 9.

Также с 2004 года больную беспокоит повышение артериального давления (до 160 и 90 мм. рт. ст.) на фоне психо-эмоционального перенапряжения или физической нагрузки. По поводу которого больная обращалась в поликлинику к участковому терапевту и была поставлен на учёт, получала лечение (конкор, дибазол). С 2008 года стала отмечать чувство стеснения, боли за грудиной без иррадиации, давящего характера, возникающие при значительной физической нагрузке, проходящие самостоятельно.

Объективных данных: Ожирение 2 степени (вес 110 кг, рост 175 см). Сухость кожных покров, язык сухой. На основании данных дополнительных исследований: гипергликемия натощак (7,2 ммоль/л), через 2 часа после еды (12,0ммоль/л). Для решения вопроса о классе сахарного диабета проанализированы следующие данные: к моменту начала заболевания пациентке было более 40 лет; страдала на момент начала болезни ожирением 1 степени; также из анамнеза известно, что мать больной страдала СД 2 типа( наследственная предрасположенность) в анамнезе нет данных, свидетельствовавших о достоверном развитии кетоза; начало заболевания постепенное, длительный период гипергликемии без клинической манифестации болезни; других дифференциально-диагностических данных нет, но имеющейся информации вполне достаточно, чтобы поставить диагноз сахарного диабета II типа. Также СД 2 типа необходимо дифференцировать с несахарным диабетом, при котором подобно сахарному диабету также наблюдается полиурия и мучительная жажда. Однако, полиурия более выраженная, чем при СД (от 4 л мочи в сутки) и относительная плотность мочи низкая (1000-1004), тогда как у пациента по данным лабораторного исследования относительная плотность мочи достаточно высокая- составляет 1020.

Что касается определения степени тяжести сахарного диабета, то необходимо учитывать следующее:

Признаки заболевания достаточно выражены, уровень гликемии натощак много раз превышал 8,8 ммоль/л, имеются хронические осложнения, стаж заболевания продолжительный (4 года), в течении диабета не раз наблюдались <всплески >, с подъемом сахара крови до очень высоких цифр - все это не подразумевает под собой легкую степень тяжести. тяжелую степень тяжести диабета позволяет поставить то, что имеются осложнения (пролиферативная диабетическая ретинопатия, дистальная диабетическая полинейропатия нижних конечностей, чувствительно-двигательная форма. Следовательно, у больной имеет диабет тяжелой степени. О стадии декомпенсации свидетельствует:

предъявлены жалобы на полидипсию, полифагию, имеется гипергликемия, достигшая при поступлении-17ммоль/л. При обследовании узкими специалистами установлено, что у пациентки имеются, гипертоническая ангиопатия. Из других заболеваний на основании жалоб, результатов объективного статуса и лабораторно-инструментальных методов исследования диагностирована артериальная гипертензия 2 ст, риск 3.

Лечение

Диета: сбалансированный качественный состав пищи за счет физиологического соотношения белков, жиров, углеродов в пищевом рационе, увеличение потребления грубоволокнистых углеводов, клетчатки, дробный прием пищи (6 раз в день), ограничение приема соли, алкоголя, 1200 ккал в сутки.

- Препарат LANTUS 100 ME/мл подкожно, 34 ед. 1 раз в день, в 22:00.

-Препарат CONCOR 10 мг перорально по 5 мг 1 раз в день.

-Препарат ERINIT 10 мг перорально по 10 мг 1 раз в день

-Препарат октолипен 600 +NaCl 0,9%-200,0 внутривенно-капельно 1 раз в день.

-Занятия на велотренажёре, роликовой доске, продолжительность 30 мин, темп средний (5-6 упражнений).

-Массаж мышц спины, поясничной области, на массажном столе «КАСПИ», термо и минералотерапия икроножных мышц и стоп, продолжительность 15 мин (5-6 процедур)

За время пребывания больной в стационаре отмечается положительная динамика. Уменьшилась сухость во рту, жажда, чувство онемения в ногах стало менее выраженным, боли стали менее интенсивными..

**Рекомендации**

1. Диета. Учитывая, что в данный момент пациент имеет ИМТ = 3,6 то показана гипокаллорийная диета (1200 ккал/сут). Ограничение потребления жиров с целью предотвращения прогрессирования атеросклеротических процессов (и, следовательно, макроангиопатии).

2. Дозированные физические нагрузки (ходьба со средней скоростью по 40-50 мин. в день).

3. Амбулаторное наблюдение у эндокринолога в поликлинике по месту жительства.

4. Ежедневный контроль уровня сахара крови (до еды и затем через 2 часа после еды, т.е. 7 раз в день)

5. Посещение школы для больных сахарным диабетом.

6. Инсулинотерапия (Препарат LANTUS 100 ME/мл подкожно, 34 ед. 1 раз в день, в 22:00), гипонтензивная терапия, статины.

7. Уход за ногами (каждый вечер осматривать подошвенную поверхность стопы и межпальцевые складки, мыть ноги тёплой водой, не допускать врастания ногтей, появления мозолей, микротравм, использовать смягчающие кремы)

Прогноз: для жизни относительно благоприятный, при выполнении рекомендаций, соблюдении диеты, инсулинотерапии, для выздоровления неблагоприятный.

**Литература**

1. Учебник «Эндокринология» И.И.Дедов, Г.А. Мельниченко, 2007 г.

2. Учебник «Внутренние болезни», под редакцией Н.А. Мухина, 2008 г.

3. http:// el.sgmu.ru