**1. Паспортная часть**

 Ф.И.О.:

 Пол : женский

 Возраст : 67 лет

 Постоянное место жительства : Москва

 Профессия :пенсионер.

 Дата поступления в клинику : 17.05.2002 г.

 Клинический диагноз: Сахарный диабет 2 типа, вторично инсулинзависимый. Тяжелая форма. Стадия декомпенсации. Диабетическая периферическая полинейропатия. Диабетическая ретинопатия?

**2. Жалобы**

При поступлении : сухость во рту, резкую слабость, головную боль, жажду, учащенное мочеиспускание, зябкость, онемение пальцев стоп.

На момент курации : жалоб не предъявляет.

**3.Anamnesis morbi.**

Считает себя больной в течении 20 лет, когда впервые появилась сухость во рту, жажда, повышение содержания сахара в крови до 21 ммоль/л. Было назначено лечение-Манинил5 по 1 таб 3 раза в день. ПСС принимала в течении 3-х лет. Сахар крови был 9-12 ммоль/л. Затем переведена на инсулинотерапию:

Монотард-утро-10 ЕД

вечер-10 ЕД

Актрапид-утро-10 ЕД

 обед-8 ЕД

 вечер- 6 ЕД

Развитие заболевания на фоне экзогенно-конституционального ожирения (рост 157см, вес 90 кг). Около 2-3 лет назад появились боли в ногах. В августе 2001 г отметила резкое снижение зрения. По поводу сахарного диабета госпитализировалась ежегодно, последняя госпитализация по поводу диабета 3 месяца назад в 70 ГКБ. 25.04.02 госпитализирована в ГКБ 13 по поводу ИБС, постинфарктного кардиосклероза, отека легких, НКII В, где было отмечено повышение сахара крови до 31 ммоль/л. По наряду СМП доставлена в 68 ГКБ. Сахар крови при поступлении 18.5 ммоль/л, ацетон в моче (-)

**4.Anamnesis vitae**.

*Бытовой анамнез*: проживает с семьей в отдельной квартире со всеми удобствами, материально обеспечена удовлетворительно. Питание регулярное, полноценное.

*Эпидемиологический анамнез*: инфекционный гепатит, брюшной и сыпной тифы, кишечные инфекционные заболевания отрицает. За пределы Московской области последние 6 месяцев не выезжала

*Эмоционально-нервно -психический анамнез :* без особенностей.

*Перенесенные заболевания*: туберкулез, сифилис, гепатит, и венерические заболевания отрицает.

1993 г – резекция сигмовидной кишки (полип).

ИБС, постинфарктный кардиосклероз, ГБ III, НКIIB.

Хронический пиелонефрит.

*Гинекологический анамнез:* менопауза, 5 беременностей, 2 родов (2500, 3100), 3 аборта.

*Вредные привычки:* нет.

*Наследственность:* у обеих сестер сахарный диабет 2 типа.

*Аллергологический анамнез*:без особенностей.

**5. Общий осмотр**.

 Рост 157. Вес 60. Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное.

Кожные покровы и видимые слизистые чистые, обычной окраски, сыпи нет.

 Подкожно-жировая клетчатка избыточно развита, небольшая пастозность голеней. Лимфатические узлы не пальпируются.

 **Сердечно-сосудистая система**.

*Жалобы:* на боли за грудиной при физической нагрузке,одышку, приступы удушья, подъемы АД до 200/160.

*Осмотр:* Область сердца не изменена, видимой пульсации нет.

*Пальпация* области сердца: верхушечный толчок пальпируется в пятом межреберье на 2 см кнаружи от левой срединноключичной линии, нормальной силы, площадью 2 кв см. Другой пульсации и зоны гиперстезии и пальпаторной болезненности не выявлено.

*Перкуссия* сердца:

 Границы относительной сердечной тупости

правая по правому краю грудины

левая на 2 см кнаружи от левой среднеключичной линии.

верхняя на уровне 2 межреберья

*Аускультация* сердца: тоны сердца ясные, ритмичные. Дополнительные шумы не выявляются. При аускультации крупных артерий шумов не выявлено.

ЧСС 78 ударов в минуту. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения инапряжения. Пульсация на крупных артериях верхних и нижних конечностей, а также в проекциях височных и сонных артерий удовлетворительная. Дефицит пульса и pulsus diferens не определяются.

Артериальное давление на плечевых артериях / по методу Короткова / 130/80 мм.рт.ст. на обеих руках.

**Система органов дыхания**.

 *Осмотр*: Нос нормальной формы, дыхание через нос свободное, отделяемого из носа и кровотечения нет. Деформации и припухлости в области гортани нет. Голос громкий, чистый. Грудная клетка обычной формы, обе половины равномерно участвуют в дыхании, межреберные прмежутки нерасширены. Искривлений позвоночника нет. Надключичные ямки выполнены. Окружность грудной клетки-95 см Экскурсия грудной клетки-5 см. Дыхание ритмичное, глубокое, вспомогательная мускулатура в дыхании не участвует, тип дыхания грудной, дыхательные движения симметричные.Частота дыхания -20 в минуту.

*Пальпация*: грудная клетка безболезненная, эластичность снижена, голосовое дрожание проводится во все отделы грудной клетки.

*Перкуссия*: при сравнительной перкуссии легких над поверхностью легочных полей определяется легочный звук с коробочным оттенком.

*Аускультация*: дыхание везикулярное, с жестковатым оттенком, хрипов нет.Бронхофония одинаковая с обеих сторон, не изменена.

**Система органов пищеварения.**

*Осмотр* Слизистая ротовой полости , чистая, язык влажный, обложен беловатым налетом.Живот симметричный мягкий, безболезненный , симптомов раздражения брюшины нет., Брюшная стенка симметрично участвует в акте дыхания.Перистальтика активная .Стул в норме.

**Печень и желчный пузырь** .

 Нижний край печени выходит на 1 см за край реберной дуги, мягкий, острый,безболезненный.

Желчный пузырь не пальпируется.

**Поджелудочная железа, селезенка.**

 Не пальпируются.

**Мочеполовая система.**

Почки пропальпировать не удалось. Симптом Пастернацкого торицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное 16-18 раз в день (днем 12-14, ночью 2-4раза).

**Нервная система и органы** **чувств.**

 Сознание ясное, настроение хорошее ориентирована во времени и пространстве. Двоения в глазах, птоза нет движения глазных яблок в полном объеме. Зрачковая реакция на свет содружественная, прямая, живая. Носогубные складки при оскале зубов симметричны. Дисфонии и дисфагии нет. Менингиальные симптомы- отрицательные. В позе Ромберга с открытыми и закрытыми глазами устойчив. Слух и зрение снижены.

**6.План обследования.**

Лабораторные исследования

1. клинический анализ крови
2. биохимический анализ крови /АсАТ, АлАТ, ЛДГ, КФК, общий белок, мочевина, креатинин, холестерин, биллирубин, глюкоза, Na, K, Ca/.
3. общий анализ мочи
4. RW, HBs, ВИЧ
5. анализ мочи суточный
6. анализ мочи по Нечипоренко
7. анализ мочи на ацетон

Инструментальные исследования

* 1. ЭКГ
	2. R-графия органов грудной клетки
	3. УЗИ органов брюшной полости

Консультации

1. офтальмолог
2. невропатолог
3. кардиолог

 **7.Данные анализов и специальных исследований**.

*Клинический анализ крови*

гемоглобин 130 г/л

эритроциты 4,07 х 10 в 12 степени на литр

лейкоциты 8.8 х 10 в 9 степени на литр

эозинофилы 1

сегментоядерные 64

палочкоядерные 7

лимфоциты 24

моноциты 3

базофилы 1

СОЭ 7 мм/ч

*Анализ мочи*

цвет соломенно-желтый

прозрачность полная

реакция нейтральная

удельный вес 1025

белок abs

сахар 5.5

лейкоциты 25 в поле зрения

эпителий плоский в умеренном количестве, переходныйй 2-4 в поле зрения

эритроциты abs

*Биохимический анализ крови*

Общий белок 81 г/л

Мочевина 9.1 ммоль/л

Креатинин 97 ммоль/л

Билирубин общий 9.5 ммоль/л

АЛТ 26 ммоль/ч/л

АСТ 25 ммоль/ч/л

ЛДГ 349

КФК 242

К 5849

Nа 136.5

Са 1.181

Глюкоза 18.5ммоль/л

*Гликемический профиль*

 9ч – 15.6 ммоль/л

12ч – 15.9 ммоль/л

24ч – 13.1 ммоль/л

*Суточный анализ мочи*

Диурез – 2 л

Сахар мочи – 1.7

34.0

**8.Данные инструментальных исследований**

*ЭКГ* Горизонтальное положение электрической оси сердца, рубцовые изменения задней и передней перегородочной области.

*R-графия органов грудной стенки* Застойные легкие, эмфизема легких.

*УЗИ* Эхокардиографическая картина диффузных изменений печени. Mts в печени? Хронический пиелонефрит.

**9.Предварительный диагноз.**

Сахарный диабет 2 типа вторично инсулинозависимый. Тяжелая форма. Стадия декомпенсации. Диабетическая периферическая полинейропатия. Диабетическая ретинопатия?

**10.Обоснование диагноза.**

На основании жалоб больной (сухость во рту, жажду, учащенное мочеиспускание), анамнез (сахарный диабет 20лет), лабораторных данных (сахар крови 18.5ммоль/л) можно поставить диагноз сахарнный диабет 2 типа, вторичноинсулинозависимый, тяжелая форма,стадия декомпенсации.

На основании жалоб больной на боли в ногах, онемение пальцев ног, можно поставить диагноз деабетическая полинейропатия.

На основании анамнеза, физикального обследования, данных ЭКГ, можно поставить диагноз ИБС, постинфарктный кардиосклероз, ГБIII, НКIIВ.

**11.Лечение.**

1. режим палатный
2. стол 9
3. личная гигиена больного
4. инсулинотерапия

Расчет диеты.

1. расчет базового энергетического баланса:

теоретическая масса тела больной по формуле Брока 57 кг, что практически равно фактической массе тела, следовательно БЭБ = 20ккал/кг \* 57 кг = 1140ккал + 1/3 = 1530 ккал

1. расчет количества потребляемых белков, жиров и углеводов:

белки от 1530ккал 26 % = 397,8 ккал делим на 4 = 99,45 гр.

углеводы от 1530ккал 50 % = 765 ккал /4 = 191,25 гр. – 16 ХЕ.

жиры от 1530ккал 24 % = 367,2 ккал /9 = 40,8 гр.

1. сахарная ценность пищи:

191,25 гр углеводов + 50 гр (50 % белков) = 241.

Расчет введения инсулина.

1. Суточная доза инсулина :

Диабет свыше 10 лет следовательно суточная доза берется из расчета 0,7 ЕД на 1 кг массы тела = 42 ЕД.

1. По интенсифицированной схеме:

Пролонгированный инсулин 40 % от суточной дозы = 16,8 ЕД.

Утром 50 % = 8,4 ЕД

В 22 часа 50 % = 8,4 ЕД.

Короткий инсулин 60 % от суточной дозы = 25,2 ЕД

Перед завтраком 5 ХЕ х 2= 10 ЕД

Перед обедом 6 ХЕ х 1,5 = 9 ЕД

Перед ужином 5 ХЕ х 1 = 5 ЕД

**12.Дневник.**

31.05.02. Состояние удовлетворительное. Жалобы на сухость во рту и жажду сохраняются. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные. Живот мягкий, тошноты, рвоты нет.

.

Т – 36,6 С; Ps – 76 уд/мин; АД – 120/80; ЧДД – 17