**ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ**

Фамилия:                      \*

Имя:                              \*

Отчество:                      \*

Пол:                              женский

Возраст:                        41 год

Место жительства:       г. Сыктывкар

Место работы:              Колледж культуры, преподаватель. Инвалид IIIгруппы

Дата поступления:        9 февраля 2001 года

Порядок поступления:           плановый

**ЖАЛОБЫ БОЛЬНОГО**

***На момент поступления:***

Больная жалуется на повышение аппетита, сопровождающееся сердцебиением, сухость во рту, жажду (преимущественно в утреннее и дневное время) до 3 литров в день, снижение массы тела за 3 месяца на 5 кг. Учащенное мочеиспускание, мочеиспускание в ночное время (1 раз). Беспокоит нарастающая слабость с декабря – месяца, судороги, боли в стопах, ягодицах, паховой области, снижение памяти.

**АНАМНЕЗ БОЛЕЗНИ**

Считает себя больной с июня 1996 года (36 лет), когда появились следующие жалобы: повышенная жажда (до 8 литров в день), частое мочеиспускание, нарастающая слабость, сильное похудание (за 4 месяца больная похудела на 13 кг). Появились боли в ногах. Вирусных или иных тяжелых заболеваний перед этим не замечала. Обратилась в поликлинику в октябре 1996 года, когда появился запах ацетона изо рта. Госпитализирована. Уровень гликемии – 18 ммоль/л, была обнаружена глюкоза и кетоновые тела в моче. Больной был поставлен диагноз Сахарный диабет Iтипа, назначена традиционная инсулинотерапия – 54 ЕД/сут. Через 3 недели больная была выписана в состоянии компенсации. После выписки ежедневно отмечала гипогликемические состояния (нередко в ночное время), сопровождавшиеся потливостью, слабостью, дрожью, сильным чувством голода. Дозу инсулина не уменьшала. Через полгода частота подобных состояний уменьшилась. В 1997 году госпитализирована вновь с явлениями декомпенсации (сильная жажда и полиурия утром, чувство голода, потливость вечером и ночью), усилившейся болью в ногах. Гликемию не помнит. Больной скорректировали (уменьшили) дозу инсулина. После данной госпитализации гипогликемические состояния наблюдала гораздо реже. Анализ на гликемию делала 1 раз в месяц в поликлинике. Диету соблюдала, но дозу инсулина в зависимости от количества углеводов не меняла. Последующие госпитализации – ежегодно. В 1999 году прошла обучение в школе диабетика, но дневник не ведет, количество хлебных единиц в пище не подсчитывает. В этом же году получила III группу инвалидности по поводу настоящего заболевания. Настоящая госпитализация плановая, в декабре 2000 больная стала наблюдать явления декомпенсации (сухость во рту, жажду, полиурию, слабость), обратилась к врачу, была госпитализирована.

**АНАМНЕЗ ЖИЗНИ**

Родилась в г. Сыктывкаре, закончила 10 классов, Ленинградский институт культуры. В 1981 вернулась в Сыктывкар в колледж культуры преподавателем сценического движения, где и работает до настоящего времени. Условия жизни в детстве и сейчас оценивает как удовлетворительные, питание нормальное. В детстве болела вирусными заболеваниями. В 1981 году во время беременности в течение 2 месяцев резко увеличилась щитовидная железа (2 степень по ВОЗ), через 2 месяца размеры железы так же быстро уменьшились до нормальных. К врачу по этому поводу не обращалась. Тяжелых травм, операций не было.

**Семейный анамнез:**

Наследственность не отягощена.

**Гинекологический анамнез:**

Месячные с 14 лет, цикл установился сразу. Очень болезненные, обильные, продолжительные (5 дней). Цикл регулярный 26 дней. 6 беременностей 3 родов (79, 82, 85 гг.) 3 медаборта

**Эпиданамнез:**

Туберкулез, венерические заболевания, контакты с инфекционными больными отрицает. В 1982 году перенесла вирусный гепатит.

**Аллергоанамнез:**

Аллергических проявлений на какие-либо аллергены, продукты питания, лекарства не наблюдала.

**Трансфузионный анамнез:** Гемотрансфузий не было.

**ОБЪЕКТИВНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ**

***Общий осмотр***

Рост :                                               157 см

ОТ                                          65 см

ОБ                                          85 см

Вес :                                       54 кг (ИБ=1,05, ИМТ=21,9, ИТ/Б=0,76)

Общее  состояние:                удовлетворительное

Сознание :                              ясное

Положение**:** активное

Осанка и походка:                 в норме

Выражение лица:                   спокойное

Телосложение**:** правильное

Конституция:                         Нормостеник (Эпигастральный угол »90°, направление ребер в грудном отделе косое)

*Кожные покровы и слизистые*

Кожные покровы бледные, обычной влажности. Кожа эластичная, влажная, тургор тканей сохранен. Подкожно-жировая клетчатка выражена слабо, толщина складки на уровне пупка 1 см. Волосяной покров, симметричный, соответствует полу. Наблюдается лампасная алопеция и пятна некробиоза на голенях. Ногти на руках и ногах овальной формы, серо-розового цвета, чистые. Слизистая глаз розовая, влажная, чистая. Склеры не изменены. Язык несколько увеличен в размере, по краям – отпечатки зубов.

***Лимфатические узлы***

Затылочные, околоушные, подчелюстные, подбородочные, над- и подключичные, субпекторальные, подмышечные, локтевые, паховые, бедренные, подколенные лимфатические узлы не пальпируются.

*Костная  система*

Кости  черепа, грудной  клетки, таза, верхних и нижних  конечностей  не  имеют  видимых  деформаций, безболезненны при  пальпации  и  перкуссии, очагов размягчения в  костях не  найдено.

*Мышечная система*

Пальпация  отдельных  мышечных групп безболезненна. Сила  мышц  достаточная, тонус  сохранен.

*Суставы*  обычной  конфигурации, безболезненны при пальпации, кожа  над  ними  нормальной  температуры  и  влажности. Движения  в суставах  в  полном  объеме.

**Дыхательная  система**

**Осмотр**

Форма носа не изменена, гортань не деформирована. Дыхание через нос свободное,  отделяемого нет.  Охриплости голоса, афонии, кашля нет. Дыхание ритмичное,  частота дыхательных движений - 17/мин, тип дыхания грудной. Грудная клетка конусовидной формы, симметричная. При осмотре деформаций  грудной  клетки  нет. Форма грудной клетки – нормостеническая. Обе половины симметрично участвуют в акте дыхания. Лопатки и ключицы плотно прилежат к грудной клетке, симметричны. Над- и подключичные ямки умеренно выражены.

**Пальпаторно**резистентность грудной клетки нормальная, участков болезненности не выявлено, голосовое дрожание на симметричных  участках проводится одинаково.

**Перкуторно:**

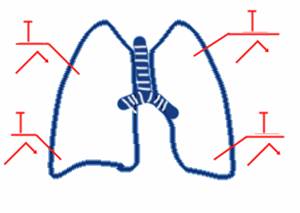
Сравнительная перкуссия: Над всеми участками легких перкуторный тон ясный легочный.

Топографическая перкуссия: границы  легких определяются  на  обычном  уровне, высота стояния  верхушек  легких спереди – 3,5 см от ключицы  справа  и  слева. Сзади – на уровне горизонтальной линии, проведенной через остистый отросток VIIшейного позвонка у обоих легких. Поля  Кренига: справа - 5 см , слева – 5,5 см.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Нижние  границы  легких: | Справа | Слева |
| Парастернальная  линия | 5 ребро |  |
| Срединноключичная  линия | 6 ребро |  |
| Переднеподмышечная  линия | 7 ребро |  |
| Среднеподмышечная  линия | 8 межреберье | 8 межреберье |
| Заднеподмышечная  линия | 9 межреберье | 9 межреберье |
| Лопаточная  линия | 10 межреберье | 10 межреберье |
| Позвоночная  линия | 11   ребро | 11 ребро |

Экскурсия легких:        Справа – 4 см по всем линиям,

                                      Слева – по среднеподмышечной – 4,5 см, по лопаточной – 4 см.



**Аускультативная  картина:**дыхание над всей  поверхностью  легких везикулярное. Крепитации, хрипов и шума трения плевры не прослушивается .

**Сердечно-сосудистая  система**

*Исследование артерий и шейных вен:* Видимой пульсации артерий и венного пульса нет. При пальпации с 2-х сторон височных, сонных и плечевых и артерий стопы пульс симметричный, уплотнений стенки, извилистости артерий не обнаружено. Пальпация лучевой артерии: пульс симметричный, ритм правильный, равномерный. Частота – 72 уд/мин, дефицита нет, наполнение, напряжение и форма нормальные. Вне пульсовой волны состояние сосудистой стенки в норме. Аускультация сосудов патологию не выявила. АД 95/60

*Осмотр и пальпация:*видимой пульсации в области сердца и в надчревной области нет. Верхушечный толчок не пальпируется. Кошачье мурлыканье не обнаружено. Пальпаторной болезненности и зон гиперестезии нет.

Перкуссия:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Правая | Левая | Верхняя |
| Границы относительной тупости | 1,5 см кнаружи от правого края грудины в IV м/р | 1 см кнутри от левой срединно-ключичной линии в V м/р | На 1 см кнаружи от левой парастернальной линии 3 ребро |
| Границы абсолютной тупости | Левый край грудины в IV м/р | 1,5 см кнутри от левой срединно-ключичной линии в V м/р | На уровне 4 ребра по левой парастернальной линии |

Талия сердца – норма

Ширина сосудистого пучка – 6 см.

*Аускультация:*Тоны ясные, ритм правильный, равномерный. ЧСС=70 уд/мин. Шумов не обнаружено.

2 м/р около грудины справа

2 м/р около грудины слева

На основании мечевидного отростка

В точке Боткина-Эрба

**Пищеварительная система**

*Полость рта:* Слизистая щек, мягкого и твердого неба, задней стенки глотки розовая, влажная, чистая. Миндалины не выходят за пределы небных дужек. Десны не изменены. Зубы без изменений.

*Исследование живота:*Живот обычной формы, симметричный, участвует в акте дыхания, пупок нормальный, втянутый. Подкожные вены не расширены, видимой перистальтики нет. Свободной жидкости в животе не обнаружено, шума плеска нет.

*Пальпация:*Передняя брюшная стенка мягкая, податливая, безболезненная, брюшной пресс развит слабо, зон гиперестезии нет. Симптомы Менделя, Щеткина-Блюмберга отрицательные. Симптомы при заболеваниях желчного пузыря (Олиева, Мюссе, Курвуазье-Терье, Йонаша), поджелудочной железы (Качо, Керта, Воскресенского, Грота), аппендикулярные симптомы отрицательные.

**Глубокая пальпация по Образцову-Стражеско:**Сигмовидная кишка пальпируется на протяжении 9-10 см в виде гладкого, плотного тяжа, диаметром 1,5-2 см, безболезненна, подвижна, урчания и перистальтики не обнаружено. Слепая кишка гладкая, эластичная, цилиндрической формы, безболезненна, подвижна, при надавливании урчит. Восходящий и нисходящий отделы толстой кишки безболезненны. Поперечная ободочная кишка имеет форму цилиндра диаметром около 3 см, безболезненна. Желудок, поджелудочная железа не пальпируются. Печень несколько увеличена, выступает на 1 см из-под края реберной дуги, край ровный безболезненный. Размеры по Курлову – 11-10-8. Селезенка не пальпируется. Размеры по Курлову – длина 6 ширина 7 см.

**Мочеполовая система**

*Осмотр:*Припухлости и поражения кожи над почками нет

*Пальпация:*Почки не пальпируются. Глубокая пальпация в проекции почек и мочеточников безболезненна.

*Перкуссия:* Симптом поколачивания отрицательный.

**Эндокринная система**

*Осмотр:*Щитовидная железа несколько увеличена, умственное и физическое развитие соответствует возрасту.

*Пальпация:*Пальпируется увеличенная щитовидная железа Iст. (по ВОЗ), подвижная, безболезненная, размер долей – 2-3 см. В правой доле – плотное образование размером до 1см.

**ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

Учитывая характерные жалобы больной (полидипсия, полиурия, нарастающая слабость), данные анамнеза и объективные данные можно предположить наличие поражения эндокринной системы (поражение островковой части поджелудочной железы и, по-видимому, щитовидной железы. На основании этого можно выделить ведущий синдром –

·        Sdинсулиновой недостаточности.

Учитывая то, что заболевание началось остро (в течение 4 месяцев), появились признаки кетоацидоза (запах ацетона изо рта), возраст больной на момент дебюта заболевания, снижение массы тела – 13 кг за 4 мес, дефицит инсулина, скорее всего, абсолютный – вследствие аутоиммунного повреждения b-клеток pancreas, т.е. у больной – сахарный диабет Iтипа, подтип B(для этого подтипа характерно развитие заболевания в возрасте 30-40 лет, больной не вспоминает вирусную атаку непосредственно перед заболеванием диабетом). Аутоиммунное поражение связано с генетическим дефектом и часто сочетается с другими аутоиммунными заболеваниями. Для подтверждения необходим анализ уровня ИРИ и С-пептида в крови. ВедущийSd–

**1)    Sd абсолютной инсулиновой недостаточности.**

i)        В дебюте – полидипсия –8 л/сут

ii)     полиурия и никтурия

iii)   нарастающая слабость

iv)   потеря массы тела

v)     запах ацетона изо рта

vi)   гипергликемия 18 ммоль/л

vii)глюкозурия

viii)          кетонурия

ix)   В момент поступления - полидипсия – 3 л/сут

x)     полиурия и никтурия

xi)   нарастающая слабость

xii)потеря массы тела

**2)    Sd диабетической микроангиопатии**

a)     Диабетический рубеоз

**b)    Sd диабетической полинейропатии**

i)       Нарастающая симметричная боль и судороги в нижних конечностях

ii)     Лампасная алопеция нижних конечностей

iii)   Пятна некробиоза

**c)     Sd диабетической энцефалопатии**

i)       Снижение памяти

**d)    Sd гепатопатии**

i)       Увеличение печени

**3)    Sd гипотироза (?)**

a)     Зоб Iстепени с уплотнением в правой доле до 1 см

b)    Макроглоссия с отпечатками зубов по краям

Гипотироз только предположительно – слишком мало клинических данных – требуется лабораторное подтверждение. Гипотироз может быть вследствие аутоиммунного тироидита – т.к. это заболевание часто сопутствует СД Iтипа, особенно подтипу B. Гепатопатия также часто сопровождает СД Iтипа, поэтому мы имеем право вынести ее в диагноз только на основании увеличения, но затем потребуется лабораторное и/или инструментальное подтверждение.

**DS: Сахарный диабет Iтипа, средней степени тяжести, декомпенсация, диабетическая микроангиопатия: полинейропатия, энцефалопатия, гепатопатия. Аутоиммунный тироидит, гипотироз легкой степени.**

**ПЛАН ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ**

1)     Общий анализ крови – для оценки общего состояния больной

2)     Биохимический анализ крови (+ *гликозилированный HbA1*(для оценки гликемии последние 3 месяца)

3)     Гликемический профиль (для выявления периодов скрытой гипогликемии, подбора дозы инсулина, контроля эффективности лечения

4)     Общий анализ мочи (глюкозурия, протеинурия – для оценки степени повреждения почек)

5)     Суточная потеря белка

*6)    Анализ мочи на альбуминурию (в случае отсутствия протеинурии)****[1]***

7)     Проба Реберга (каждую неделю – оценка степени повреждения почек (клубочковая фильтрация – показатель, который изменяется уже при минимальной нефропатии)

*8)    С-пептид (диф. диагностика СД I и II. ИРИ исследовать не имеет смысла, т.к. больной вводится инсулин)*

*9)    T3, T4, ТТГ (выявление патологии щитовидной железы, оценка уровня поражения)*

*10)          Анализ на АТ к тиреоглобулину и микросомальной фракции (подозрение на аутоиммунный процесс)*

11)УЗИ органов брюшной полости (выявление гепатомегалии, изменения со стороны почек, pancreas)

12)Реовазография нижних конечностей (оценка макроангиопатии)

13)Реоэнцефалография (оценка энцефалопатии)

14)Осмотр глазного дна

15)ЭКГ (оценка макроангиопатии коронарных артерий, миокардиопатии в результате нарушения синтеза и секреции тироидных гормонов)

*16)          УЗИ щитовидной железы (определение размеров, объема, структуры, описания уплотнения)*

*17)          Тонкоигольная биопсия щитовидной железы (исключение онкопатологии)*

**Результаты анализов:**

ОАК от 9,02

|  |  |
| --- | --- |
| Показатели | Значение |
| Гемоглобин | 120 г/л |
| Эритроциты | 3,92\*1012/л |
| Цветной показатель | 0,9 |
| Лейкоциты | 5,2\*109/л |
| СОЭ | 14 мм/ч |
| Палочкоядерные | 2% |
| Сегментоядерные | 64% |
| Эозинофилы | - |
| Базофилы | - |
| Лимфоциты | 30% |
| Моноциты | 4% |

Заключение: Норма

Биохимич. исследование крови от 09,02

|  |  |
| --- | --- |
| Показатели | Значение |
| АСТ | 22 Ед |
| АЛТ | 22 Ед |
| Билирубин | 8,6 мкмоль/л |
| Na | 142 ммоль/л |
| K | 4,5 ммоль/л |
| Ca | 2,2 ммоль/л |
| Креатинин | 0,055 ммоль/л |
| Холестерин | 6,5 ммоль/л |
| b-липопротеиды | 5800 мг/л |
| Триглицериды | 1,56 ммоль/л |
| a-холестерин | 1,7 ммоль/л |
| Кооэффициент атерогенности | 2,8 |
| Гликозилированный HbA1 | 10% |

Закл: Дислипидемия, холестеринемия – характерные изменения для СД. Также данные изменения можно отнести к проявлениям гипотироза. Явлений цитолиза не выявлено, однако это не исключает жирового гепатоза печени. Повышенный уровень гликозилированного Hbкосвенно свидетельствует о гипергликемии последние 3 месяца.

Гликемический профиль (ммоль/л):

8-9,02                   19,02                    20,02

17-00 – 13,2                   8-00 – 9,9             9-00 – 10,4

21-00 – 9,9           12-30 – 9,2           12-30 – 8,2

7-00 – 10,2           17-00 – 8,8           19-00 – 13,7

                                                        21-00 – 6,3

Закл: Сохраняется гиперглиемия, необходима коррекция дозы инсулина, возможно, больной необходимо уменьшить калорийность диеты (9 стол – 2500 ккал), повысить физическую нагрузку, иначе, после выписки возможны явления гипогликемии.

ОАМ от 9,02

|  |  |
| --- | --- |
| Показатели | Значение |
| Цвет | Соломенный |
| Плотность | 1041 |
| Реакция | Нейтральная |
| Белок | Нет |
| Глюкоза | 447,0 ммоль/л |
| Цилиндры – плоские | 1-2 в п/зр |
| Лейкоциты | 2-3 в п/зр |
| Эритроциты | 0-1 в п/зр |

Закл: Глюкозурия и повышение плотности мочи связаны с гипергликемией и являются признаками декомпенсации.

Суточная потеря белка от 10,02:

Протеинурии нет

Анализ мочи на альбуминурию:

28 мг/сут

Закл: Нормоальбуминурия

Проба Реберга

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатели | 13,02 | 19,02 |
| Креатинин крови | 0,064 ммоль/л | 0,047 ммоль/л |
| Креатинин мочи | 3,2 ммоль/л | 1,8 ммоль/л |
| Клубочковая фильтрация | 141% | 108% |
| Реабсорбция | 97% | 98% |
| Суточный диурез | 2,2 мл/мин | 2,2 мл/мин |

Закл: Повышение клубочковой фильтрации (а также нормоальбуминурия) свидетельствует об начальных изменениях в почках (стадия гиперфункции по Mogensen C. E., 1983). Возврат уровня фильтрации до нормального говорит об обратимости этих изменений в случае назначения адекватной терапии.

С-пептид:

0,02 нг/мл

Закл: Резкое снижение уровня С-пептида свидетельствует о недостаточности эндогенного инсулина т.е. у больного – СД Iтипа.

|  |  |
| --- | --- |
| Показатели | Значение |
| Т3 |  |
| Общий Т4 | 60 нмоль/л |
| Своб. Т4 | 8 пмоль/л |
| ТТГ | 5,1 мкЕд/мл |
| АТ к тиреоглобулину | Нет |
| АТ к микросомальной фракции | Нет |

Закл: Снижени общего и свободного T4и T3, повышение ТТГ, а также отсутствие АТ свидетельствует против аутоиммунного процесса в щитовидной железе. Учитывая эндемичность нашей местности по йоду, у больной вероятнее всего – эндемический зоб.

УЗИ органов брюшной полости от 17,02:

Закл: Печень: Верхне-нижний размер увеличен до 210 мм (подтвердилась гепатомегалия, и хотя лабораторных подтверждений нет, необходимо гепатопатию вынести в диагноз), расширена лоханка правой почки. Со стороны других органов патологии не выявлено.

Реовазография нижних конечностей:

Плетизмография пальцев – Магистральный кровоток сохранен (АН 0)

Сфигмография – нормотонус сосудов, отток не изменен

Закл: Макроангиопатии не выявлено

Реоэнцефалография:

Закл: Пульсовый кровоток повышен. Дистония сосудов – по гипертоническому типу – признаки диабетической энцефалопатии.

Глазное дно:

Закл: признаки непролиферативной ретинопатии.

ЭКГ:

Ритм синусовый. Патологических изменений не выявлено.

УЗИ щитовидной железы:

Объем 30 мл. Обнаружен узел с капсулой в правой доле размером 0,9 см. Остальная структура однородна.

Тонкоигольная биопсия щитовидной железы:

Закл: Признаков метаплазии клеток биоптата нет.

**Заключительный DS: Сахарный диабет Iтипа, средней степени тяжести, декомпенсация, диабетическая микроангиопатия: полинейропатия, нефропатия, ретинопатия, энцефалопатия, гепатопатия. Эндемический зоб 1 степени, гипотироз легкой степени.**

**ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ**

Цель лечения:

1.     Устранение симптомов заболевания, компенсация дефицита инсулина.

2.     Достижение оптимального метаболического контроля на протяжении длительного времени.

3.     Предотвращение острых и хронических осложнений.

4.     Обеспечение высокого качества жизни больной.

·        **Немедикаментозное лечение:**

·       Режим общий

·       Диетотерапия:

Задачи диетотерапии:

1.     Сохранение хорошей компенсации СД

2.     Поддержание хорошего самочувствия

3.     Диета должна быть физиологична – диета не играет решающей роли в лечении СД 1 типа, поэтому она либерализована. Важнейшую роль играет своевременное и адекватное введение инсулина.

Расчет суточной калорийности пищи: Базовая энергетическая потребность (БЭП)=20ккал/кг\*сут\*54 кг=1080 ккал/сут.

Суточная калорийность=БЭП + ½ БЭП=**1620 ккал/сут**

Из них на        У/В – 50% - 810 ккал/сут (198 г)

                       Ж – 35% - 567 ккал/сут (61 г)

                       Б – 15% - 243 ккал/сут (60 г)

Примерное меню - раскладка

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Продукт | У | Ж | Б |
| **1 завтрак – 5 ХЕ** |  |  |  |
| Каша рисовая 250 г | 52,1 | 0,4 | 6 |
| Хлеб 1 кус | 8 | 0,25 | 1,3 |
| Чай без сахара | - | - | - |
| **2 завтрак – 1 ХЕ** |  |  |  |
| Стакан молока | 11,8 | 8,0 | 5,3 |
| 1 яйцо | - | 4,7 | 5,2 |
| **Обед – 6 ХЕ** |  |  |  |
| Борщ 300 г | 22,6 | 14 | 3,6 |
| Макароны 250 г | 42,7 | 0,9 | 10,3 |
| Колбаса 50 г. | 1,8 | 20,1 | 8 |
| Сок томатный | 8,3 | - | 2,5 |
| **Полдник 1 ХЕ** |  |  |  |
| Печенье 50 г | 10 | 0,5 | 1,3 |
| Чай б/с | - | - | - |
| **Ужин 3 ХЕ** |  |  |  |
| Картофель 200 г | 28,3 | 0,8 | 4 |
| Треска отварная 160 г. | - | 0,7 | 14,8 |

0,1

1,8

Чай б/с

-

-

-

**Поздний ужин 1 ХЕ**

Кефир 1 ст.

9,5

5

5,1

***Итого***

***199 г***

***55,4 г***

***69,7 г***

·        Физическая нагрузка (у больной уровень физической нагрузки достаточен на месте работы (преподаватель сценического движения), дополнительной нагрузки не требуется. Возможно, именно поэтому за 5 лет болезни изменения со стороны микроциркуляции минимальные, несмотря на высокий уровень гликемии.

·        Обучение больной:

1.     Контроль и оценка уровня сахара в крови до еды и через 2 часа после еды (ЕЖЕДНЕВНО).

2.     Расчет ИИТ по количеству принимаемых ХЕ, ежедневных энергетических затрат и уровню гликемии

3.     Контроль за весом

4.     Знание признаков острых и хронических осложнений и меры их предупреждения

5.     Ведение дневника

6.     Осмотр стоп и уход за ногами

·        **Медикаментозное лечение**

·        Инсулинотерапия

Цели:

1.     Сохранить жизнь и работоспособность

2.     Восстановить метаболические процессы путем имитации физиологической секреции инсулина (интенсифицированная инсулинотерапия)

Примерный расчет инсулина:

0,6 Ед \* 54 кг=33 Ед

1/3 – Инсулин продленного действия (11 Ед) 2/3 – короткого (22 Ед)

Из них 7 Ед вводится утром, 4 Ед вечером в 22-00 – 23-00

Инсулин короткого действия: Завтрак – 6 ХЕ\*1,5=9 Ед

                                               Обед – 7 ХЕ \* 1=7 Ед

                                               Ужин – 4 ХЕ \* 0,5=2 Ед

                                                                  Итого – 18 Ед

Осталось 22-18=4 Ед инсулина. Добавим 1 ЕД на утро, 2 Ед на обед и 1 Ед на ужин.

**Схема введения инсулина (для конкретной диеты)**

7-30 – Введение 7 Ед длинного и 10 Ед короткого

8-00 – 1 завтрак

9-30 – 2 завтрак

12-00 – Введение 8 Ед короткого

12-30 Обед

14-00 Полдник

17-00 – Введение 3 Ед короткого

17-30 Ужин

19-00 Поздний ужин

22-00 – Введение 4 Ед длинного.

**Итого 33 Ед.**

В случае изменения диеты необходимо изменение дозы и времени введения препарата, поэтому важнейшим аспектом успешного лечения больной является ***ОБУЧЕНИЕ В ШКОЛЕ ДИАБЕТИКА КОНТРОЛЮ НАД ДИАБЕТОМ.***Только в этом случае возможна полная коррекция метаболических нарушений и достижение высокого качества жизни больной.

Rр.: Actrapidi 10 ml N5

        D.S. Инсулин короткого действия – вводить подкожно по схеме

Rр.: Monotardi10 ml N5

        D.S. Инсулин пролонгированного действия – вводить подкожно по схеме

·        Профилактика и лечение микроангиопатий: (основным патогенетическим фактором микроангиопатии является гипергликемия, поэтому основной терапией следует считать правильную инсулинотерапию, а эту лишь в дополнение к основной)

Назначение иАПФ в субгипотензивных дозах – снижают давление в клубочках, предотвращая тем самым гиалиноз и склероз. Есть мнение, что иАПФ повышают чувствительность ткани к эндогенному инсулину.

Rp: Tab. Enalaprili 0.005

    Dtd N100

    S: По 1 таблетке 1 раз в день независимо от приема пищи.

Никотинамид в комбинации с витамином Е уменьшает токсичное действие радикалов кислорода, предотвращает деструктивное влияние окиси азота на островковые клетки pancreas, улучшает секрецию инсулина, способствует регенерации b- клеток, снижает тормозящее влияние интерлейкина – 16 на выделение инсулина. Считается что применение данной комбинации препаратов может предотвратить развитие новой аутоиммунной атаки и защитить оставшиеся b- клетки от продуктов свободнорадикального окисления. Никотинамид назначают в дозе 20 мг/кг, вит. Е – 10 мг/кг

Rр.: Таb. Nicotinamidi 0,025 N. 500

        D.S. По 10 таблеток 4 раза в день

Rр.: Sol. Тосоpheroli асеtatis oleosa in capsulis 0,2 N. 100

           D.S. По 1 капсуле 3 раза в день

a- липоевая килота – повышает окисление глюкозы, тормозит глюконеогенез и кетогенез, снижает образование холестерина. Защищает ткани от повреждающего действия свободных радикалов.

Rр.: Таb. Espa-liponi 0,2 N. 100

        D.S. По 1 таблетке 3 раза в день

Витаминотерапия – общеукрепляющее действие, а также лечение эндемического зоба (Витрум содержит 150 мкг. йода); через полгода после лечения – обязательное обследование функции щитовидной железы – для возможной необходимости назначения левотироксина.

Rр.: Таb. “Vitrum” N100

        D.S. По 1 таблетке 1 раз в день

Дневников нет в результате того, что больная направлена на дообследование в диагностический центр.

Подпись куратора:

[1]Результаты анализов, выделенных курсивом, я придумал сам, чтобы придать истории болезни законченный вид.