**1.Паспортная часть:**

## Ф.И.О.:

***Дата рождения:***

***Адрес:***

***Соц.положение:*** *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

***Профессия:*** *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

***Дата поступления:***

***Время курации:***

***Направившее учреждение:*** *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

***Диагноз направившего учреждения:*** *Сахарный диабет I типа.*

***Диагноз при поступлении:*** *Сахарный диабет I типа, средней степени тяжести, стадии декомпенсации.*

***Клинический диагноз:*** *Сахарный диабет I типа, средней степени тяжести, в фазе декомпенсации. Осложнения: кетоз1, диабетическая нефропатия III стадии.*

Сопутствующие заболевания: Хр. холецистит, хр.панкреатит.

**2. Основные жалобы больного:**

*Больная предъявляет жалобы на головные боли, головокружение, выраженную общую слабость, жажду, частое мочеиспускание, сухость , зуд кожных покровов, боли в области сердца (ноющие, колющие), одышку, ноющие боли в суставах ног, частые кратковременные судороги в нижних конечностях, расстройства ЖКТ, потеря зрения.*

**3.Анамнез болезни (anamnesis morbi):**

*Начало заболевания больной связывает со службой в армии (Военно Воздушные Силы, служил под Чернобылем, предполагает воздействие на себя ионизирующего излучения.). Заболевание началось с прогрессирующего характера, появились острые, жгучие боли в области сердца, покалывания, приступы одышки, общая слабость. С подозрением на ИБС был направлен в РКД .После купирования болей и нормализации состояния был направлен на консультацию к эндокринологу. Больной считает себя больным с 1994 года, выставлен диагноз сахарный диабет I типа, находится на учете у эндокринолога с 1996 года.*

4.Анамнез жизни (anamnesis vitae)

*Родился в городе \*\*\*\*\* 26 октября 1967 года в полноценной семье. Единственный ребенок, доношенный, вскармливался грудью. Рос и развивался в соответствии с возрастом. В детстве часто простужался, многократно болел ОРЗ и ОРВИ. Образование высшее, инженер – технолог. С 1994 по 1996 годы работал инженером – технологом на заводе , с 1997 по сегодняшний день – частный предприниматель. Работу свою характеризует как связанную с повышенной эмоциональной нагрузкой, постоянными переживаниями и стрессами, с частыми командировками в другие города. Проживает в трехкомнатной квартире панельного дома. Квартира имеет все удобства. Свое питание больной оценивает как полноценное, регулярное, разнообразное, повышенное. Не курит, алкогольные напитки и наркотические средства не употребляет. Гемотрансфузии не проводились. По словам больного, инфекционные заболевания: тиф, гепатит, венерические заболевания, туберкулез не переносил. В 1994 году выставлен диагноз сахарный диабет I типа под вопросом, с 1996 года больной находится на учете у эндокринолога, подтвержден диагноз Сахарный диабет I типа, назначена инсулинотерапия. Разведен, детей не имеет.*

Аллергический анамнез не отягощен. Семейный анамнез: больных сахарным диабетом не было. Психическими, венерическими, инфекционными заболеваниями семейный анамнез не отягощен.

**5.Обьективные данные (status praesens)**

***5.1.Общий осмотр(inspectio)***

*Состояние на момент осмотра относительно удовлетворительное, положение активное. Сознание ясное. Телосложение правильное, конституционный тип - нормостеник. Осанка, общий тонус, степень развития мышц в норме. Голова нормальной формы. Симптом Мюссе отрицательный. Кожные покровы чистые, сухие, естественного цвета с легким румянцем на щеках, с участками угревой ципи,без пигментации и шелушения. Кожа дряблая, тургор снижен. Ногти нормальной выпуклости, исчерченности, расслоения нет. Видимые слизистые умеренно иктеричные, сухие, без высыпаний. Подкожная жировая клетчатка однородная, имеются незначительная пастозность лица. При осмотре лимфатические узлы не видны. При пальпации определяются одиночные подчелюстные лимфатические узлы, одинаково выраженные с обеих сторон, размером с небольшую горошину мягко эластической консистенции, подвижные, безболезненные, не спаяны друг с другом и окружающими тканями. Прилегающие к лимфатическим узлам кожные покровы и клетчатка не изменены. Другие лимфатические узлы: затылочные, околоушные, шейные, надключичные и подключичные, подмышечные, локтевые, паховые, подколенные не пальпируются. Мышцы развиты, тонус мышц сохранен. Болезненность и уплотнения при ощупывании не обнаруживаются. Кости обычной формы, без деформаций, при пальпации безболезненны. Конфигурация суставов нормальная, движения в полном объеме, болезненны, гиперемия кожи и местное повышение температуры в области суставов не отмечается. Отмечается незначительный остеохондроз в шейном отделе позвоночника.*

***Рост:*** *157 см.*

***Вес:*** *65 кг.*

***Окружность грудной клетки****:*

*в покое 82 см*

*при глубоком вдохе 86 см*

*при глубоком выдохе 80 см*

***Росто-весовой показатель:****65х100 ≈ 41,4*

*157*

***Индекс пропорциональности:****82х100≈ 52*

*157*

***Индекс Пинье:*** *157-(65+82)= 10*

***Индекс Брокка:*** *157-100=57 ±5кг (повышен на 3 кг)*

***5.2.Дыхательная система.***

Затруднённости дыхания нет, нос не заложен, выделений из носа нет. Крылья носа в дыхании не участвуют. Голос обычного тембра и громкости. Грудная клетка гиперстеническая, правильной формы, симметричная, ключицы на одном уровне. Надключичные и подключичные ямки сглажены, одинаковы с обеих сторон. Голос обычного тембра и громкости. Обе половины грудной клетки одинаково активно участвуют в акте дыхания. Эпигастральный угол тупой (больше 90 градусов). Лопатки плотно прижаты к грудной клетке, на одном уровне. Смешанный тип дыхания. Дыхание ритмичное. Частота 16 в минуту. Соотношение фаз вдоха и выдоха в норме.

***Проба Штанге:*** *50 сек (в норме)*

***Проба Генча:*** *25 сек (в норме)*

***Проба Тифно:*** *в норме*

***Пальпация.*** *Болезненные участки не обнаружены. Грудная клетка эластичная, голосовое дрожание в норме, проводится одинаково на симметричных участках грудной клетки. Межрёберные промежутки в норме. «Рахитических чёток» нет.*

***Перкуссия.***

***Сравнительная:*** *над легочной тканью на симметричных участках выслушивается ясный лёгочный звук.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Высота стояния верхушек:*** | ***справа*** | ***слева*** |
| ***спереди:*** | *5 см* | *5 см* |
| ***сзади:*** | *на уровне C-VII* | |

***Топографическая перкуссия:***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Ширина полей Кренига:*** | ***справа*** | ***слева*** |
|  | *7 см* | *7 см* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Нижние границы легких:*** | ***справа*** | ***слева*** |
| *Lin. parasternalis* | *IV межреберье* | *–* |
| *Lin. medioclavicularis* | *V ребро* | *–* |
| *Lin. axillaris anterior* | *VI ребро* | *VI ребро* |
| *Lin. axillaris media* | *VII ребро* | *VII ребро* |
| *Lin. axillaris posterior* | *VIII ребро* | *VIII ребро* |
| *Lin. scapularis* | *IX ребро* | *IX ребро* |
| *Lin. paravertebralis* | *Остистый отросток X грудного позвонка* | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Подвижность нижних краев легких:*** | | | |
| ***правое легкое:*** | ***вдох*** | ***выдох*** | ***итого*** |
| *Lin. medioclavicularis* | *2,5 см* | *2,5см* | *5 см* |
| *Lin. axillaris media* | *3,5 см* | *3,5 см* | *7 см* |
| *Lin. scapularis* | *3 см* | *3 см* | *6 см* |
| ***левое легкое:*** | ***вдох*** | ***выдох*** | ***итого*** |
| *Lin. medioclavicularis* | *не определяется* | | |
| *Lin. axillaris media* | *3,5 см* | *3,5 см* | *7 см* |
| *Lin. scapularis* | *3 см* | *3 см* | *6 см* |

***Аускультация.***  *Дыхание везикулярное, физиологически ослабленное за счёт развитой подкожной жировой клетчатки. Хрипы по всем полям лёгких на вдохе и выдохе не выслушиваются. Крепитации и шума трения плевры нет. Бронхофония проводится одинаково в симметричных участках грудной клетки.*

***5.3.Сердечно – сосудистая система.***

*При осмотре области сердца сердечного горба, выпячиваний в области аорты, пульсации над лёгочной артерией, а также в эпигастральной области в ортостатическом и клиностатическом положениях не обнаружено.*

***Пальпация.*** *Верхушечный толчок: ширина 2см, умеренной высоты, силы и резистентности. Ощущается в пятом межреберье на 1 см кнутри от левой срединно-ключичной линии.*

***Перкуссия.***

*Границы сердца (границы относительной тупости):*

*Верхняя: на уровне II ребра на 1см левее левой грудинной линии.*

*Нижняя: на уровне VI ребра по срединно-ключичной линии.*

*Правая: на уровне IV межреберья по правому краю грудины.*

*Левая: на уровне V межреберья по левой срединно-ключичной линии.*

*Расстояние от правой границы относительной тупости до передней срединной линии = 4,0 см; от левой границы относительной тупости до этой же линии = 10 см; поперечник относительной тупости сердца = 14,0 см.*

*Границы абсолютной тупости сердца:*

*Верхняя: на уровне III ребра на 1см левее левой грудинной линии.*

*Правая: на уровне IV межреберья по правому краю грудины.*

*Левая: на уровне V межреберья на 1,5 см кнаружи от левого краю грудины.*

*Поперечник сосудистого пучка = 6,0 см*

***Аускультация.*** *Тоны сердца приглушены, ритм правильный.*

***Пульс*** *на лучевых, височных, сонных, бедренных, подколенных артериях симметричен. Пульс ритмичен, частота 80 ударов в минуту. На бедренных, подколенных артериях наполнение, напряжение пульса снижено.*

***АД*** *100/60. Подкожные вены развиты, варикозного расширения вен нижних конечностей, геморроя нет. Группа крови I, Rh(+).*

***5.4.Пищеварительная система. Живот.***

*На момент осмотра полость рта без высыпаний, зубы все, слизистая чистая, язык сухой, обложен белым налётом. Живот умеренно вздут, кожа живота естественной окраски, высыпаний и сосудистого рисунка нет.*

*При поверхностной ориентировочной пальпации живот мягкий, безболезненный, опухолевых и грыжевых выпячиваний нет. Симптомы Щёткина-Блюмберга, Захарьина, Василенко, Образцова-Мерфи, Ортнера, Мюсси-Георгиевского отрицательны.*

*При глубокой методичной скользящей пальпации по методу Образцова и Стражеско: сигмовидная кишка около 20 см длиной в виде гладкого плотного цилиндра, безболезненного, не урчащего, подвижного. Слепая кишка в виде цилиндра с закруглённым дном, безболезненного, урчащего. Аппендикс в виде короткого тонкого цилиндра, восходящая и нисходящая ободочные неподвижны, поперечная ободочная в виде дугообразного подвижного тяжа ниже большой кривизны желудка на 1 см, поджелудочная железа, селезёнка, желчный пузырь не пальпируются.*

*Край печени мягкий, слегка закруглённый, безболезненный, выступает на 1,5 см из-под рёберной дуги. Размеры печени по Курлову 10 х 9 х 8 см.*

*Функции ЖКТ нарушены: склонность к запорам.*

***5.5.Мочеполовая система.***

*При пальпации почек: нефроптоза нет, опухолей и др. патологических образований на поверхности почек не выявлено. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Мочевой пузырь безболезненный, эластичный, определяется перкуторно в виде тупости и пальпаторно в виде тугоэластического шаровидного образования над лонным сочленением. Болезненности в точках мочеточников не выявлено. Наружные половые органы чистые, правильного строения,. Диурез повышен.*

***5.6.Эндокринная система.***

*Нарушения роста не выявлено. Телосложение и пропорции частей тела в норме и соответствуют гиперстеническому конституционному типу. Ожирение I степени. Физическое и умственное развитие соответствуют возрасту. Кожа сухая, естественного цвета, истончения, огрубения, гиперпигментации нет. Вторичные половые признаки соответствуют паспортному полу. При осмотре и пальпации щитовидная железа не увеличена, мягкой консистенции, безболезненна. Симптомы Грефе, Мебиуса, Штельвага отрицательны. Сахарный диабет I типа.*

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

*Ширина глазных щелей в норме, движения глазных яблок в полном объёме, косоглазия, нистагма нет. Зрачки симметричны, на свет реагируют адекватно. Тип нервной системы по Павлову – сильный, уравновешенный – сангвиник. Поведение адекватное. Больная доброжелательна, на вопросы отвечает охотно. Мимика подвижная, обе части лица симметрично участвуют в артикуляции. Жестикуляция в норме. Невралгии нет. Сон продолжительный с редким пробуждением. Дермографизм розовый, нестойкий. Зрачковый, ресничный, сухожильный, подошвенный рефлексы в норме. Явных отклонений со стороны психики не обнаружено, суждения адекватны, настроение бодрое.*

**6. Обследование.**

***6.1. Основные методы обследования.***

*-общий (клинический) анализ крови*

*-общий (клинический) анализ мочи*

*-RW + Hbs Ag*

*-ВИЧ*

*-биохимический анализ крови*

*-электрокардиография*

*-сахарная кривая плазмы крови*

***6.2. Дополнительные методы обследования.***

*-микрореакция с кардиолипиновым антигеном*

*-анализ мочи на сахар и ацетон*

*-анализ мочи по Зимницкому*

***6.3. Данные лабораторных исследований.***

***02.09.2005.***

***ОАК:*** *гемоглобин 124 г/л*

*цв. показатель 0,9*

*эритроциты 4,0* ***.****1012 /л*

*лейкоциты 8,7* ***.****109 /л*

*эозинофилы 1 %*

*палочкоядерные 9 %*

*сегментоядерные 71 %*

*лимфоциты 235*

*моноциты 7* *%*

***БХ крови:*** *общий белок 70 г/л*

*общий билирубин 9,8 мкмоль/л*

*холестерин 4,1 ммоль/л*

*креатинин 105*

***ОАМ(1.09):*** *цвет соломенно-жёлтый*

*прозрачность сл/мутная*

*реакция кислая*

*уд.вес 1022*

*белок следы*

*лейкоциты бол/кол*

*слизь +*

*бактерии +*

*сахар +++*

*ацетон +++*

***ОАМ(2.09):*** *цвет соломенно-жёлтый*

*прозрачность сл/мутная*

*реакция кислая*

*уд.вес 1010*

*белок следы*

*лейкоциты сплошь*

*слизь +*

*бактерии +*

*эпит единичный*

*соли ураты*

***RW + Hbs Ag*** *(-)*

***ВИЧ*** *(-)*

***Анализ мочи по Нечипоренко:***

*Эритроциты 250 в 1мл*

*Лейкоциты 5250 в 1мл*

*Тромбоцитов 0-1-1-0 впз*

***Моча на сахар и ацетон:***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *Количество* | *100,0* | *100,0* | *100,0* |
| *Удельный вес* | *1014* | *1012* | *1016* |
| *Сахар* | *++++* | *+++* | *+++* |
| *Ацетон* | *-* | *-* | *-* |

***Сахарная кривая(31.08.2005):***

*Натощак 14,0 ммоль/л*

*Сахарная нагрузка*

*1000  20,2 ммоль/л*

*1200  19,7 ммоль/л*

*1500  23,4 ммоль/л*

***Сахарная кривая(3.09.2005):***

*Натощак 17,7 ммоль/л*

*Сахарная нагрузка*

*1000  15,4 ммоль/л*

*1200  14,0 ммоль/л*

*1500  17,9 ммоль/л*

***Микрореакция с кардиолипиновым антигеном –*** *отр.*

***6.4.Протокол электрокардиографии:***

*от 30.08.2054*

*ЧСС 100 уд/мин, ЭОС вертикальная, не отклонена.*

*Заключение: синусовая тахикардия с ЧСС 100 уд/мин, нарушение метаболических процессов.*

**7.Обоснование клинического диагноза.**

***Клинический диагноз:*** *Сахарный диабет I типа, средней степени тяжести, в фазе декомпенсации. Осложнения: кетоз 1, диабетическая нефропатия III стадии.*

*Диагноз поставлен на основании:*

*1)Жалоб: на головные боли в лобно-теменной области, головокружение, выраженную общую слабость, жажду, частое мочеиспускание, сухость и зуд кожи.*

*2)Данных анамнеза: Начало заболевания больной связывает со службой в армии (Военно Воздушные Силы, служил под Чернобылем, предполагает воздействие на себя ионизирующего излучения.). Заболевание началось с прогрессирующего характера, появились острые, жгучие боли в области сердца, покалывания, приступы одышки, общая слабость. С подозрением на ИБС был направлен в РКД .После купирования болей и нормализации состояния был направлен на консультацию к эндокринологу. Больной считает себя больным с 1994 года, выставлен диагноз сахарный диабет I типа, находится на учете у эндокринолога с 1996 года.*

*3)Данных лабораторных исследований*:

***Сахарная кривая(3.02.04):***

*Натощак 14,0 ммоль/л*

*Сахарная нагрузка*

*1000  20,2 ммоль/л*

*1200  19,7 ммоль/л*

*1500  23,4 ммоль/л*

***Сахарная кривая(09.02.04):***

*Натощак 17,7 ммоль/л*

*Сахарная нагрузка*

*1000  15,4 ммоль/л*

*1200  14,0 ммоль/л*

*1500  17,9 ммоль/л*

**8.Этиология и патогенез заболевания.**

*Аутоиммунное заболевание, которое может быть индуцировано вирусной инфекцией, а также рядом других острых и хронических факторов окружающей среды. В ответ на изменение структуры поверхностных антигенов β -клеток развивается аутоиммунный процесс. Он проявляется в воспалительной инфильтрации панкреатических островков иммунокомпетентными клетками (инсулит)и приводит к деструкции измененных β-клеток. Нарушениям гуморального иммунитета в патогенезе СД I придается меньшее значение. Гибель примерно 75% клеток приводит к снижению толерантности к глюкозе. В стрессовой ситуации(оперативное вмешательство, инфекция) это приводит к появлению первых симптомов СД. Разрушение 80-90% функционально способных β–клеток приводит к абсолютной недостаточности инсулина, проявляющейся в манифестации СД I.*

**9.Дифференциальный диагноз.**

*Наличие таких проявлений заболевания как, повышенный уровень глюкозы в крови и моче, полиурия, сахарный диабет I типа требует проведения диффдиагноза с такими патологическими состояниями как, несахарный диабет, почечная глюкозурия, глюкозурия при болезни Иценко-Кушинга, сахарный диабет II типа.*

*Несахарный диабет. Характерны жажда и полиурия, не сочетающиеся с глюкозурией, гипергликемией. Это болезнь недостатка АДГ, вырабатываемого гипоталамусом. Функции АДГ - резервация жидкости в организме. При сахарном диабете мочи много и плотность ее высокая. При несахарном диабете удельный вес мочи менее 1005.*

Почечная глюкозурия. Связана со снижением клубочкового порога для глюкозы. Она умеренная и непостоянная, не зависит от количества вводимых углеводов, не сопровождается гипергликемией и НТГ. Отсутствует ангионейропатия.

*Глюкозурия при болезни Иценко-Кушинга. Гипергликемия носит эпизодический характер, сочетается с симптомами гиперфункции коры надпочечников, нормализация углеводного обмена происходит при излечении основного заболевания.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***сравнительная характеристика***  ***ИЗСД (I тип) и ИНЗСД (II тип)*** | | |
|  | *I тип* | *II тип* |
| *1. Клинические проявления* | *Обычно острое начало. Классические симптомы: жажда, полиурия, слабость, уменьшение массы тела.* | *Постепенное развитие, часто асимптоматическое течение.* |
| *2. Ожирение.* | *Не характерно* | *Часто (70 - 80% больных)* |
| *3. Кетоацидоз* | *Часто* | *Редко* |
| *4. Течение* | *Часто лабильное при неправильном лечении* | *Стабильное* |
| *5. Необходимость лечения инсулином* | *Обязательно* | *Для большинства больных не требуется.* |
| ***II. Эпидемиология*** | | |
| *1. Частота* | *15 - 20%* | *80 - 85%* |
| *2. Пол* | *Одинаково, и женщины и мужчины.* | *Чаще женщины* |
| *3. Возраст начала сахарного диабета* | *Большинство ранее 40 лет (диабет ювенильного типа).* | *Большинство после 40 лет.* |
| ***III. Патанатомические изменения*** | | |
| *1. Масса островков* | *Менее 10%* | *Умеренно уменьшена* |
| *2. Масса бета - клеток* | *Менее 10%* | *Умеренно уменьшена* |
| ***IV. Иммунологические изменения*** | | |
| *1. Нарушение клеточного иммунитета* | *У 35 - 40% в начале заболевания* | *Менее 5%* |
| *2.Антипанкреатические антитела* | *У 60 - 85% больных в начале заболевания* | *До 55% больных* |
| *3. Наличие других иммунных нарушений* | *Часто* | *Не характерно* |
| *4. Генетические изменения* | *Налицо* | *Отсутствуют* |

**10.План лечения.**

***10.1.Инсулинотерапия:***

*Сут.потребность=0.5\*65=32ЕД*

*ИСД=32/3=11ЕД, ИКД=21ЕД*

*8утра=5ЕД ИСД+5ЕД ИКД*

*14часов=6ЕД ИКД*

*18часов=5ЕД ИКД*

*23часа=6ЕД ИСД+5ИКД*

*Хумулин Р-ИКД, Хумулин Н-ИСД*

***10.2.Аналгетики для снятия болевого синдрома:***

*Rp.: Sol.Analgini 50% - 2ml*

*Dtd № 5 in amp*

*S. внутримышечно.*

***10.3.Повышение метаболических процессов в миокарде:***

*Препарат калия:*

*Rp.: Sol. Kalii chloridi 4% - 50ml*

*Dtd № 5 in amp*

*S. растворить содержимое амп. в 500 мл*

*изотонич.р-ра , внутривенно капельно 25 капель в минуту.*

*Производное пурина:*

*Rp.: Riboxini 0,2*

*Dtd № 50 in tab obd*

*S. по 1 таб. 4р. в день.*

***11.4.Улучшение мозгового, периферического, коронарного кровообращения:***

*Rp.: Cinnarizini 0,025*

*Dtd № 50 in tab*

*S. по 1 таб. 3р. в день.*

*Rp.: Sol. Acidi nicotinici 1% - 1ml*

*Dtd № 10 in amp*

*S. 1амп. в/м 1р. в день.*

***10.5.Гепатопротекторные средства:***

*Rp: «Legalon» 0,02*

*D.t.d. № 100 in caps.*

*S. по 1 капсуле 3 раза в день после еды.*

***10.6.Гомеопатическое средство:***

*«Галстена» , Биттнер, Швеция. Раствор для приёма внутрь:*

*Принимать внутрь в чистом виде или развести в 1 столовой ложке воды,*

*за 30 минут до, или, спустя 1 час после еды, курс 2-3 месяца, при необходимости*

*повторить через 1 месяц.*

***10.7.Инфузионная терапия***

*Rp.: Sol. Natrii chloridi 0,9% - 200ml*

*Dtd № 1*

*S. инфузионно, капельно*

***10.8.Витаминотерапия***

*Rp.: Sol. Retinoli acetatis 5000 ME*

*Dtd № 20 in dragee*

*S. по 1 драже 2 раза в день.*

*Rp.: Sol. Pyridoxini 5% - 1ml*

*Dtd № 10 in amp*

*S. 1амп. в/м 2р. в день.*

*Rp.: Sol. Cyanocobalamini 0,01% - 1ml*

*Dtd № 10 in amp*

*S. 1амп. в/м 1р. в день.*

*Rp.: Acidi ascorbinici 0,05*

*Dtd № 50 in tab*

*S. по 2 таб. 3раза в день после еды*

***10.9. Лечебное питание:***

*На основании антропометрии и необходимых расчётов составлен индивидуальный суточный рацион:*

*Рост:157 см., вес: 65кг.*

*М(норм)=(рост-100)-15%=48,45*

*Разница М(норм)-М(факт)= 16,55№,что соответствует Iстепени ожирения(дневное потребление 17 ккал на кг веса)*

*М(факт)\*17=1105ккал*

*Больная относится к первой группе по тяжести труда:Аполная=А+1/6\*А=1289ккал*

*Учитывая возраст: А=А-10%=1276ккал*

*Белок=157-100=57(грамм)*

*57\*4=228ккал в сутки*

*Углеводы=1276\*60/100/4=192(грамм)*

*192\*4=768 ккал*

*жиры=1276-(192+228)=286 ккал*

*286/9=31 (грамм)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | *Меню* | *Содержание хлебных единиц* |
| *1 завтрак*  *4,0 ХЕ* | *1 тарелка овсянки (4 ст. ложки)*  *1 кусок ржаного хлеба*  *салат из свеклы 100гр.*  *1 сосиска*  *1 ч. ложка сливочного масла*  *несладкий чай* | *2*  *1*  *0,5*  *0,5*  *-*  *-* |
| *2 завтрак*  *1,5 ХЕ* | *0,5 кусок хлеба*  *1 фрукта* | *0,5*  *1* |
| *Обед*  *4 ХЕ* | *Щи 1 тарелка (400 г)*  *1 кусок хлеба*  *1 картошки*  *100 г мяса* | *2*  *1*  *1*  *-* |
| *Полдник*  *1,5 ХЕ* | *2 крекера*  *1 фрукта* | *0,5*  *1* |
| *1 ужин*  *4 ХЕ* | *1 кусок хлеба*  *1 тарелка гречневой каши*  *овощной салат*  *полстакана сока*  *1 ч.л. растительного масла* | *1*  *2*  *0,5*  *0,5*  *-* |
| *2 ужин*  *1 ХЕ* | *Творог (50 г)*  *полкуска хлеба* | *0,5*  *0,5* |

*Суточное количество ХЕ в рационе не более 16*

*Количество потребляемых белков за сутки 57 г (228 ккал)*

*Количество потребляемых жиров за сутки 31 г (286 ккал)*

*Количество потребляемых углеводов за сутки 192 г (768 ккал)*

*Общая энергетическая ценность рациона 1276 ккал*

**11.Дневник истории болезни.**

*Состояние удовлетворительное, положение активное, диспепсии нет. Кожные покровы естественного цвета, видимые слизистые сухие, без высыпаний, язык сухой, обложен белым налётом. Живот незначительно вздут, при глубокой пальпации умеренно болезненный в правом подреберье, в точке желчного пузыря, мягкий, симптом Щёткина-Блюмберга отрицательный. Печень выступает на 1 см из-под края рёберной дуги, край печени мягкий, закруглённый, безболезненный, желчный пузырь не пальпируется. Симптомы Ортнера-Грекова, Кера, Мерфи, Мюсси-Георгиевского отрицательны. Поджелудочная железа, селезёнка не пальпируются. Склонность к запору, диурез повышен. АД 100/80 мм рт.ст., ЧСС 80 в минуту, Ттела 36,70.*

**12. Прогноз для жизни.**

*Прогноз при эффективности лечения и при условии соблюдения больным всех рекомендаций не отягощен.*

**13.Этапный эпикриз.**

*Больной с жалобами* *на жгучие, колющие боли в области сердца головные боли в лобно-теменной области, головокружение, выраженную общую слабость, жажду, частое мочеиспускание, сухость и зуд кожи, На основании жалоб, анамнеза, лабораторных данных подтвержден диагноз сахарный диабет I типа, средней степени тяжести, в фазе декомпенсации. Осложнения: кетоз 1, диабетическая нефропатия III стадии. При назначенной интенсивной инсулинтерапии отмечено улучшение состояния со снижением уровня кетоза и гликемии. Лечение продолжается.*

***Список использованных источников:***

***1.****И.И.Дедов, Г.А.Мельниченко, В.В.Фадеев,*

*Эндокринология,*

*Москва, Медицина, 2000.*

***2.****В.Х.Василенко, А.Л. Гребенёва,*

*Пропедевтика внутренних болезней, издание 2-е*

*Москва, Медицина, 1983.*

***3.****А.И.Воробьёв, Справочник практикующего врача,*

*издание 7-е, Москва, Оникс,2000.*

***4.****М.Д.Машковский, Лекарственные средства,*

*издание 13-е, Москва, Медицина, 1999.*