**ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ.**

1. Ф.И.О.:\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*
2. Возраст: 36 лет.
3. Пол: мужской.
4. Национальность: русский.
5. Образование: среднетехническое.
6. Место работы: пенсионер, инвалид II группы.
7. Домашний адрес:

**ЖАЛОБЫ БОЛЬНОГО.**

При поступлении предъявлял жалобы на зябкость стоп, чувство жжения, снижение температурной чувствительности на ногах, сведение пальцев на руках, ухудшение зрения, головные боли в затылочной области, головокружения.

**ANAMNESIS MORBI.**

Первые признаки заболевания появились 20 лет назад: появилась сильная жажда и сухость во рту, больной резко похудел, нарастала общая слабость, через два месяца от начала появления первых признаков больной впал в коматозное состояние, и машиной скорой медицинской помощи был госпитализирован в реанимационное отделение больницы СЖД. Был поставлен диагноз сахарный диабет I типа и назначена инсулинотерапия (70 ЕД). С тех пор больной проходит стационарное лечение раз в полгода. Три года назад больной стал замечать ухудшение зрения, которое заключалось в увеличении времени темновой адаптации. Примерно в то же время обратился к терапевту с жалобами на головные боли и головокружения, после обследования был поставлен диагноз гипертоническая болезнь. Два года назад стали появляться чувство онемения, зябкости, ползанья мурашек в области стоп. Последнее время доза инсулина составляет 32 ЕД (монотард, утром 28 ЕД, актропид, вечером, 4 ЕД). В последние полгода отмечает ухудшение состояния: появилась слабость, жжение в области стоп, гликемия 13,5 ммоль/л, в связи с чем было дано направление в стационар.

**ANAMNESIS VITAE.**

Родился в Ярославле. Образование среднетехническое. Службу в армии не проходил. Живет с женой и ребенком. Материально-бытовые условия удовлетворительные. Инвалид II группы с 2000 года, ранее работал слесарем-ремонтником на НПЗ.

Из перенесенных заболеваний: ОРВИ, эпидемический паротит, гипертоническая болезнь (вторичная). Травмы: ЧМТ в детском возрасте, перелом лучевой кости слева, перелом нижней челюсти.

Аллергическая реакция на капотен, в виде ангионевротического отека.

Наследственность не отягощена. Вредных привычек не имеет.

**STATUS PRAESENS.**

**Общие данные**

Общее состояние удовлетворительное. Положение активное. Сознание ясное. Выражение лица спокойное. Телосложение правильное. Конституция нормостеническая. Вес 63 кг. Рост 168 см. Температура тела 36,6.

**Кожный покров.**Цвет бледно-розовый. Сыпей, чешуек, эрозий, трещин, язв, микрогемангиом, геморрагий, расчесов, видимых липом не обнаружено. В области спины имеются одиночные гнойнички. Кожный покров сухой. Ломкости, исчерченности ногтей, симптома “ часовых стеклышек ” не выявлено. Эластичность и тургор кожи снижены.

**Видимые слизистые.**

Цвет ярко-розовый. Имеется сухость слизистых. Высыпаний и изъязвлений нет.

**Подкожная клетчатка**

Толщина кожной складки под углом лопатки 1,0 см.

**Лимфатические узлы.**

Затылочные, околоушные, подчелюстные, подбородочные, шейные, надключичные, подключичные, подмышечные, локтевые, паховые, подколенные лимфатические узлы не пальпируются.

**Мышцы.**

Развиты равномерно, тонус сохранен. Болезненности при пальпации нет. Уплотнения в мышцах не определяются. Поясничный лордоз сглажен.

**Кости.**

Форма костей черепа, позвоночника, верхних конечностей правильная. Утолщений и неровностей надкостницы, размягчения костей, симптома “барабанных палочек” не обнаружено Болезненности при поколачивании грудины, ребер, трубчатых костей, не выявлено. Ограничения движений нет.

**Суставы.**

Правильной конфигурации, безболезненны, движения в них свободные, активные, хруста нет, припухлости отсутствуют, кожа над суставами не гиперемирована.

**Система дыхания**

**Состояние верхних дыхательных путей.**

Форма носа не изменена, гортань не деформирована. Дыхание через нос свободное, отделяемого нет. Охриплости голоса и афонии нет.

**Осмотр грудной клетки.**

Форма грудной клетки нормостеническая, асимметрии, западания или выпячивания над- и подключичных ямок не наблюдается. Ширина межреберных промежутков 1,5 см. Направление ребер умеренно косое. Лопатки плотно прилегают к спине. Дыхание поверхностное, 17 дыхательных движений в минуту. Тип грудной, движения при дыхании равномерные.

**Пальпация грудной клетки.**

Грудная клетка ригидная, безболезненная. Голосовое дрожание проводится умеренно, равномерно с двух сторон.

**Перкуссия легких.**

При сравнительной перкуссии над симметричными участками легких - ясный легочный звук.

При топографической перкуссии лёгких высота стояния верхушек, нижние границы легких в пределах нормы.

ому типу. половые признаки развиты по мужсПодвижность нижнего края легких: по linea axillaris anterior справа - 7 см, слева - 7см.

**Аускультация легких.**Над всей поверхностью легких выслушивается везикулярное дыхание. Побочные дыхательные шумы отсутствуют. При бронхофонии выслушивается невнятная шепотная речь.

**Система кровообращения.**

**Исследование сосудов.**

Пульс 78 в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения, симметричный. Пальпируется пульсация височных, сонных, подключичных, подмышечных, плечевых, бедренных, подколенных артерий. Двойного тона Траубе, двойного шума Виноградова-Дюрозье на сонных и бедренных артериях не обнаружено. Венный пульс не выражен. “Шум волчка” на яремной вене не выслушивается. Артериальное давление на обеих руках: систолическое - 200, диастолическое – 170 мм. рт. ст.

**Осмотр и пальпация области сердца.**

При осмотре сердечный горб, видимая пульсация в области сердца, надчревная пульсация отсутствуют. Верхушечный толчок локализован в пятом межреберье на 0,5 см. кнутри от левой срединноключичной линии, умеренной силы, положительный, площадью 1,5 сантиметра. Дрожания грудной клетки в области сердца не обнаружено.

**Перкуссия сердца.**

| **Границы**  **Сердца** | **Относительная сердечная тупость** |  **Абсолютная** **сердечная тупость** |
| --- | --- | --- |
| **Правая:** IV межреберье  III межреберье | на 1.0 см кнаружи от правого края грудиныу правого края грудины  | у правого края грудиныу левого края грудины |
| **Верхняя** | соответствует верхнему краю III ребра по l. parasternalis | верхний край IV ребра между l.sternalis и l.parasternalis |
| **Левая:** V межреберье IV межреберье. IIIмежреберье | на 0.5 см кнутри от l.medioclavicularis sinistraна 1.0 см кнутри от l.mediоclavicularis sinistraна 1,5 см от левого края грудины. | на 1 см кнутри от левой границы относительной сердечной тупостина 1 см кнутри от левой границы относительной сердечной тупостина 1 см кнутри от левой границы относительной сердечной тупости |

Поперечник сосудистого пучка - 6 см. Правая и левая границы тупости сосудистого пучка располагаются во втором межреберье справа и слева от края грудины. Поперечник сердца - 14 см. Имеется расширение левых границ сердца.

**Аускультация сердца.**

Тоны сердца ясные, ритмичные, выслушивается акцент II тона над легочной артерией. Частота сердечных сокращений 78 ударов в минуту. Шумы, раздвоение или расщепление тонов, ритм галопа, ритм перепела, эмбриокардия и маятникообразный ритм отсутствуют.

**Система пищеварения.**

**Осмотр полости рта.**

Слизистые щек, губ, твердого и мягкого неба розового цвета. Десны розовые, суховаты. Язык сухой, не обложен. Полость рта не санирована. Имеются кариозные зубы. Зев чистый, миндалины не увеличены. Запаха изо рта нет.

**Исследование живота.**

Живот правильной формы, симметричный, брюшная стенка равномерно участвует в акте дыхания. Грыж белой линии живота, расхождения прямых мышц живота, опухолей не обнаружено.

Перистальтика не нарушена. Расширенные подкожные вены отсутствуют.

**Пальпация:**

а) Поверхностная пальпация: брюшная стенка не напряжена, эластична, умеренно болезненна в правом подреберье, эпигастральной области. Органы брюшной полости без грубых анатомических изменений. Перитонеальный симптом Щеткина-Блюмберга, симптом Менделя отсутствуют.

б) Методическая, глубокая, скользящая пальпация по В.П. Стражеско: в левой подвздошной области пальпируется сигмовидная кишка - 1.5 см в диаметре, мягкая, подвижная, эластичная, безболезненная, не урчит. В правой подвздошной области пальпируется слепая кишка - 2 см в диаметре, мягкая, подвижная, безболезненная, не урчит. На уровне пупка пальпируется поперечно-ободочная кишка - 3 см в диаметре, плотная, подвижная, безболезненная, не урчит. Восходящая и нисходящая ободочные кишки - пальпируются в виде цилиндра диаметром 2,5 см, безболезненные, смещаемые; поверхность ровная, гладкая; консистенция эластичная; не урчащие. Большая кривизна желудка - пальпируется в виде валика на 10 см ниже мечевидного отростка, безболезненная; поверхность ровная, гладкая; консистенция эластичная; ощущение соскальзывания с порожка.
При **перкуссии** живота над брюшной полостью определяется тимпанический перкуторный звук низкий над желудком и более высокий над кишечником. Шум плеска отсутствует.

**Аускультация:**

Перистальтика кишечника выслушивается, не усилена.Шум трения брюшины не выявлен.

Стул регулярный, оформленный.

**Печень и селезенка.**

Печень не выходит за край рёберной дуги. Верхняя граница печени совпадает с нижней границей правого легкого. Нижний край печени пальпируется на 0,5 см ниже реберной дуги, эластичный, острый, безболезненный. Поверхность ровная, гладкая. Размеры печени по Курлову: 10, 9, 8 см.

Желчный пузырь не пальпируется.

Селезенка не пальпируется; при перкуссии верхний полюс - IX ребро, нижний полюс - XII ребро по linea axillarisanterior. Продольный размер-8 см, поперечный - 4 см.

**Система мочеотделения.**

Поясничная область симметрична, без видимых деформаций. В области мочевого пузыря изменений брюшной стенки не выявлено. Болей и неприятных ощущений в органах мочеотделения, пояснице, промежности, над лобком нет. Мочеиспускание не затруднено. Дизурии, ночных мочеиспусканий нет. Болезненности при надавливании на поясницу нет. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

**Эндокринная система.**

Щитовидная железа не пальпируется. Вторичные половые признаки развиты по мужскому типу.

**Нервная система.**

Сознание ясное. В контакт вступает охотно. В пространстве и времени ориентируется. Память, обоняние, вкус сохранены. Глазные щели одинаковые. Зрачки округлой формы, одинаковые по величине, реакция на свет положительная. Координация движений не нарушена. В позе Ромберга устойчив.

**ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ.**

**Основной:** сахарный диабет I типа, средней степени тяжести.

**Осложнения:** диабетическая полинейропатия, гипертоническая болезнь III степени

**Сопутствующий:** нет.

**ПЛАН ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ.**

1. Общий анализ крови.
2. Биохимический анализ крови.
3. Анализ крови на сахар.
4. Общий анализ мочи.
5. Электрокардиограмма.
6. Консультация окулиста.
7. Консультация невропатолога.

**РЕЗУЛЬТАТЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ.**

**Общий клинический анализ крови:**

Лейкоциты – 11,1 \* 10^9 /л.

Эритроциты – 4,1 \* 10^12 / л.

Гемоглобин – 130 г/л.

Тромбоциты – 273 \* 10^3 / л.

СОЭ – 18 мм/час.

Сегментоядерные нейтрофилы – 82 %.

Палочкоядерные – 1 %.

Эозинофилы – 3 %.

Лимфоциты – 10 %.

Моноциты – 4 %.

**Биохимический анализ крови:**

Билирубин – 8,8 мкмоль/л.

Общий белок – 60 г/л

АЛТ – 9 ЕД

Холестерин - 80 ЕД.

Мочевина – 6,0 ммоль/л

К+ - 8

Na+ - 129.

**Анализ крови на сахар**:

Глюкоза крови – 13,4 ммоль/л

**Общий анализ мочи:**

Цвет – соломенно-желтый.

Прозрачность – мутная.

Удельный вес – 1013.

Реакция – кислая.

Белок – 0,99.

Эритроциты – 1-3 в п/з.

Сахар –следы.

Лейкоциты – 0 - 1 в поле зрения.

Эпителий – 0-2 в поле зрения.

**Консультация окулиста.**

Заключение: диабетическая ретинопатия III ст. пролиферативная.

**Консультация невропатолога.**

Заключение: диабетическая полинейропатия, дисциркуляторная энцефалопатия.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Чувствительность** | **Результат** | **Кол-во баллов.** | **Правая нога.** | **Левая нога.** | **Среднее значение** |
| **Тактильная.** | Ощущает прикосновения | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Не ощущает прикосновения | 2 |
| **Болевая.** | Чувствует боль от укола. | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Не чувствует боль от укола. | 2 |
| **Температурная.** | Ощущает разницу температур. | 0 | 2 | 2 | 2 |
| Не ощущает разницу температур. | 2 |
| **Вибрационная.** | >7 у.е. | 0 | - | - | - |
| 3-6 у.е. | 1 |
| <3 у.е. | 2 |

**0 – 1** отсутствуют, или наличие начальных признаков.

**2 – 4** умеренно выраженная нейропатия.

**5 и более** выраженная периферическая нейропатия

**Вывод:** умеренно выраженная нейропатия.

**КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ.**

**Основной:** сахарный диабет I типа, в стадии декомпенсации, тяжелой степени тяжести.

**Осложнения:** диабетическая полинейропатия, диабетическая ретинопатия III ст, диабетическая нефропатия III ст, гипертоническая болезнь III степени.

**Сопутствующий:** нет.

Ставлю на основании предварительного диагноза:

**Основной:** сахарный диабет I типа, средней степени тяжести.

**Осложнения:** диабетическая полинейропатия, гипертоническая болезнь III степени

**Сопутствующий:** нет.

**Сахарный диабет** ставлю на основании анамнеза заболевания: первые признаки заболевания появились 20 лет назад, появилась сильная жажда и сухость во рту, больной резко похудел, нарастала общая слабость, через два месяца от начала появления первых признаков больной впал в коматозное состояние, и машиной скорой медицинской помощи был госпитализирован в реанимационное отделение больницы СЖД. Был поставлен диагноз сахарный диабет I типа и назначена инсулинотерапия

На основании данных объективного обследования в области спины имеются одиночные гнойнички, кожный покров сухой.

На основании дополнительных методов исследования: анализ крови на сахар- глюкоза крови – 13,4 ммоль/л, незначительная глюкозурия.

**I тип** ставлю на основании анамнеза заболевания: острое начало в молодом возрасте, с быстрым развитием симптомов и резким похуданием, с развитием коматозного состояния через два месяца от начала заболевания.

**Стадия декомпенсации** – на основании лабораторных методов исследования: глюкоза крови – 13,4 ммоль/л, холестерин 80 ЕД, артериальное давление 200/170 мм.рт.ст.

**Тяжелая степень** – на основании заключения окулиста (диабетическая ретинопатия III ст. пролиферативная), заключения невропатолога (диабетическая полинейропатия, дисциркуляторная энцефалопатия.), общего анализа мочи (белок – 0,99,

эритроциты – 1-3 в п/з, сахар –следы).

**Диабетическая полинейропатия** ставлю на основании жалоб больного на чувство жжения, снижение температурной чувствительности на ногах, сведение пальцев на руках. На основании дополнительных методов обследования (шкала НДСм - умеренно выраженная нейропатия). На основании заключения невропатолога (диабетическая полинейропатия).

**Диабетическая ретинопатия** ставлю на основании жалоб больного на ухудшение зрения, которое заключалось в увеличении времени темновой адаптации. На основании заключения окулиста (диабетическая ретинопатия III ст. пролиферативная).

**Диабетическая нефропатия** **III ст.** ставлю на основании общего анализа мочи (белок – 0,99, эритроциты – 1-3 в п/з, сахар –следы).

**Гипертоническая болезнь III степени** ставлю на основании жалоб на головные боли в затылочной области, головокружения, при перкуссии - расширение левых границ сердца, повышение артериального давления до 200/170 мм.рт.ст.

**ЛЕЧЕНИЕ.**

Мужчина, пенсионер. Вес 63 кг. Рост 168 см.

Идеальный вес 168 - 100 = 68 кг.

Коэффициент умножения для легкой физической нагрузки 25.

68 кг × 25 = 1700 ккал.

Из них 60 % должны составлять углеводы:

60 × 1700 / 100 = 1020 ккал.

Белков – 16 %.

16 × 1700 / 100 = 272 ккал.

24 % - жиров.

24 × 1700 / 100 = 408 ккал.

Исходя из того, что 1 г углеводов = 4 ккал.

 1 г белков = 4 ккал.

 1 г жиров = 9 ккал.

Получаем 1020 / 4 = 255 г углеводов в сутки.

 272 / 4 = 68 г белков в сутки.

 408 / 9 = 45 г жиров в сутки.

На **первый завтрак** необходимо 20 %:

51 г углеводов

14 г белков

9 г жиров

На **второй завтрак** – 10 %

25,5 г углеводов

7 г белков

4,5 г жиров

На **обед** должно приходиться 30 %

77 г углеводов

21 г белков

13,5 г жиров

**Полдник** 10 %

25,5 г углеводов

7 г белков

4,5 г жиров

**Ужин** 20 %

51 г углеводов

14 г белков

9 г жиров

**Второй ужин** 10 %

25,5 г углеводов

7 г белков

4,5 г жиров

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Продукты | Углеводы, г | Белки, г | Жиры, г | Ккал |
| 1. | Хлеб пшеничный, 25 г | 10 | 1 | 0,3 | 55 |
| Яйцо, 100 г | 0,6 | 12 | 12 | 130 |
| Фрукты, 300 г | 42 | 1,5 | 1,5 | 180 |
|  | 52,6 | 14,5 | 13,8 | 365 |
| 2. | Хлеб пшеничный, 50 г | 21 | 3 | 0,75 | 107,5 |
| Колбаса вареная, 20 г | 1 | 2,5 | 3 | 38 |
|  | 22 | 5,5 | 4 | 145 |
| 3. | Хлеб ржаной, 100 г | 1,0 | 5,0 | 1,5 | 186 |
| Гречневая каша, 100 г | 64,4 | 10,6 | 2,3 | 215 |
| Масло сливочное, 10 г | - | - | 8 | 34 |
|  | 65 | 17 | 12 | 435  |
| 4. | Хлеб пшеничный, 50 г | 21 | 3 | 0,75 | 107,5 |
| Колбаса вареная, 20 г | 1 | 2,5 | 3 | 38 |
|  | 22 | 5,5 | 4 | 145 |
| 5. | Хлеб пшеничный, 25 г | 10 | 1 | 0,3 | 55 |
| Яйцо, 100 г | 0,6 | 12 | 12 | 130 |
| Фрукты, 300 г | 42 | 1,5 | 1,5 | 180 |
|  | 52,6 | 14,5 | 13,8 | 365 |
| 6. | Хлеб пшеничный, 50 г | 21 | 3 | 0,75 | 107,5 |
| Колбаса вареная, 20 г | 1 | 2,5 | 3 | 38 |
|  | 22 | 5,5 | 4 | 145 |

**Медикаментозное лечение.**

 Инсулинотерапия.

А). 13,5 ммоль/л × 18 мг % = 243 мг %

х = 24 ЕД.

Б) фактическая гликемия 243 мг %

избыточная гликемия 243 -150 = 93 мг %

93 мг % / 5 = 18 ЕД

Начальная доза инсулина 20 ЕД.

**Утро** 60% инсулина: 12 ЕД.

1/3 короткого действия: 4 ЕД. (актрапид)

2/3 среднего действия: 8 ЕД. (монотард)

**Обед** 20 % инсулина короткого действия: 4 ЕД. (актрапид)

**Ужин** 20 % инсулина короткого действия: 4 ЕД. (актрапид).

Лечение сопутствующей патологии.

1. Лечение гипертонической болезни.

 Rp.: Sрironоlасtonum 0,025

 D.t.d N 20 in tab.

 S.: по 2 таблетки утром.

Спиронолактон является калийсберегающим диуретиком, отличающимся по механизму действия от триамтерена и амилорида. Оказываемый спиронолактоном диуретический эффект связан с антагонизмом по отношению к гормону коры надпочечников - альдостерону.

 Rp.: Atenololi 0,1

 D.t.d N 20 in tab.

 S.: по 1 таблетке 1 р/д

Атенолол является избирательным (кардиоселективным) b1 -адреноблокатором. Частичной симпатомиметической активностью не обладает.

Отличается длительностью действия. Период полувыведения составляет 6 9 ч.

 Rp.: Сарtорrili 0,025

 D.t.d. N 20 in tab.

 S.: по 1 табл. 3 р/д

Синтетический ингибитор ангиотензин-конвертирующего фермента, применяемый в медицинской практике. Каптоприл приводит к расширению периферических (главным образом резистентных) сосудов, снижению АД, уменьшению пред- и постнагрузки на миокард и сердечной недостаточности, улучшению кровообращения в малом круге и функции дыхания, снижению сопротивления почечных сосудов и улучшению кровообращения в почках.

Лечение диабетических микроангиопатий:
 Rp.: Реntoxуphyllini 0,1

 D.t.d N 20 in tab.
 S.: по 1 таблетке 3 р/д

 Rp.: Complamini 0,15

 D.t.d N 20 in tab.
 S.: по 1 таблетке 3 р/д после еды

Куратор Дата

Расчет дозы инсулина:

* Идеальная масса тела - 62 кг (рост-100 = 162-100 = 62)
* Расчет суточной калорийности пищи: 62×20 ккал = 1550 ккал (калорийность 25 ккал\кг берется в связи с тем, что пациентка имеет ожирение II степени)
* Соотношение белки:жиры:углеводы=16:24:60 =248ккал:372ккал:930ккал
* Соотношение пищевых элементов в граммах: белки:жиры:углеводы = 4:9:4 = 62гр:41гр:236гр
* Вычисление количества ХЕ в стуки: 236:12=20
* Количество инсулина необходимое на переработку углеводов
* Расчет количества ХЕ на приемы пищи: завтрак:обед:ужин = 40%:35%:25% = 8:7:5