Клинический диагноз:

Основной: **сахарный диабет II тип, инсулинопотребный, средней степени тяжести, субкомпенсация;**

Осложнения основного: **диабетическая нефропатия IV стадии; диабетическая ретинопатия III стадии; диабетические энцефалопатия, полиневрит; жировой гепатоз;**

Сопутствующий: **ИБС: постинфарктный кардиосклероз (инфаркт миокарда в 1987 г.), алиментарно-конституциональное ожирение II степени.**

1. Диагноз направившего учреждения: сахарный диабет II типа.

**Жалобы** при поступлении: на периодическую рвоту желудочным содержимым с примесью желчи и слизи 1-2 раза в сутки; на тупую, тянущую головную боль в височной и теменно-затылочной области; на сухость во рту, незначительную жажду; на наличие отёков ног, особенно в области голени; на онемение и зябкость кистей и стоп; а так же на общую слабость, утомляемость, бессонницу и отсутствие аппетита.

**Anamnesis morbi:** сахарным диабетом страдает с 1985 г., когда на фоне повышенной массы тела и психо-эмоциональных стрессов постепенно начали развиваться такие симптомы как полиурии и кожного зуда. Больная обратилась за помощью к эндокринологу, и после проведённого обследования ей был поставлен диагноз сахарного диабета II типа. Была назначена пробная диетотерапия, которая эффекта не принесла. После чего больной было рекомендовано лечение пероральными сахароснижающими средствами (букарбан, затем глибутид). Компенсация сахарного диабета была получена, и больная, регулярно посещая эндокринолога, находилась в таком состоянии до 1994 г., когда опять начали проявляться вышеуказанные симптомы, а также появился белок в моче (со слов больной). После госпитализации и проведённого обследования и лечения ей была назначена инсулинотерапия. Доза инсулина: утром - 16 ЕД Lente и 8 ЕД актропид, вечером - 12 ЕД Lente. Ежегодно проходила лечение в стационаре. Больная отмечала ухудшение зрения, появление парэстезий, нарушение запоминания. Последнее ухудшение в сентябре 1998 г., когда появилась рвота желчью и слизью, головные боли, сухость во рту, жажда, бессонница, повышенное кровяное давление, отеки на ногах. В сентябре - октябре неоднократно обращалась к терапевту и эндокринологу, проходила обследование. 20.11.98 было дано направление на стационарное лечение. Госпитализирована 3.12.98 в плановом порядке для лечения осложнений основного заболевания. На фоне проводимого лечения наблюдается незначительное улучшение состояния больной, отёки ног спали.

**Anamnesis vitae:** Родилась в 1936 году в Ярославле, вторым ребёнком в семье. Материально-бытовые условия в детские и школьные годы считает удовлетворительными. Пошла в школу с 7 лет, учение давалось нормально, в умственном развитии от сверстников не отставала. После окончания 7 клас­сов поступила в ПТУ. После окончания сменила несколько профессий, а затем стала работать станочницей на ЯМЗ до выхода на инвалидность. Условия работы удовлетво­рительные: нахождение в закрытом помещении, постоянное соприкосновение с пылью. Менструации с 12 лет, по 3-4 дня, умеренные, безболезненные; месячный цикл устано­вился в 20 лет, нарушений цикла не было. Замужем, имеет двоих детей, беременностей было две и обе закончились нормальными родами. Менструации завершились около 10-ти лет назад. Климакс проходил без патологии. В настоящее время материально-бытовые условия считает удовлетворительными, живёт с мужем в двух­комнатной квартире с паровым отоплением и горячей водой. Условия питания считает нормальными. На открытом воздухе бывает много, так как есть свой приусадебный участок. Спортом не занималась. Не курит, спиртные напитки употребляет умеренно, наркотики не использует. Перенесённые заболевания: грипп, острые респираторные вирусные инфекции, ветрянка, инфаркт миокарда 1987 г. (имеет инвалидность II группы по этой патологии). Страдает хроническим пиелонефритом, хроническим панкреатитом, хроническим гастритом и дуоденитом (со слов больной) . Наличие в анамнезе венерических, психических заболеваний, туберку­леза, болезни Боткина, вирусного гепатита В, ВИЧ-инфекции отрицает. Некоторые родственники больной по женской линии страдали избыточным весом, в остальном наследственность не отягощена. Лекарственной аллергии и аллергических реакций нет. Гемотрансфузий не было.

**Status praesens:** Общее состояние удовлетворительное, положение активное, сознание ясное, выражение лица спокойное.

Телосложение правильное, конституция гиперстени­ческая. Вес 85 кг, рост 160 см, температура тела в подмышечной впадине 36,70С.

Кожные покровы бледного цвета, гиперпигментации, повышенной потливости, сыпей, шелушения, расчёсов нет. Гнойников, язв, пролежней и рубцов на коже нет. Влажность кожи умеренная, ближе к сухой; тургор тканей и эластичность кожи сохранены. Температура кожи снижена на нижних конечностях. Кожная чувствительность снижена в области обоих голеней и на кистях и значительно снижена в области стоп. На пальцах стоп ногти деформированы. Во­лосы без патологических изменений.

Слизистые губ, носа, рта - бледно-розовые, влажные, высыпаний нет, склеры не изменены, иктеричности не наблюдается.

Питание чрезмерное: рост и вес больной не соответствуют. Развитие подкожно-жирового слоя избыточное, толщина складки ниже угла лопатки 4 см, наибольшие отложения жировой ткани наблюдаются в области низа живота, на спине и тазовом поясе. Наблюдается некоторая пастозность голеней.

Пальпируются одиночные лимфатические узлы: подмышечные, паховые. Размером 1 см, овальной формы, эластичные, безболезненные, не сращённые с кожей, окружающими тканями и между собой; кожа над ними не изменена. Затылочные, околоушные, подбородочные, подчелюст­ные, шейные, подключичные, над­ключичные, локтевые и подколенные лимфоузлы не пальпируются.

Мышцы развиты равномерно, тонус снижен, сила уменьшена, болезненность при пальпации отсутствует, уплотнений в мышцах нет.

Форма костей не изменена, ось верхней и нижней конечности не нарушена, болез­ненность при пальпации и перкуссии костей не выявляется.

Конфигурация суставов не изменена, кожа над суставами холодная на ощупь, не отличается от остальных кожных покровов, болезненности при пальпации суставов нет. Движения в суставах активные, объём движений снижен в обоих голеностопных суставах.

Носовое дыхание свободное, выделений из носа нет. Придаточные пазухи носа при пальпации и перкуссии безболезненные, осиплости голоса нет, дыхание свободное. Форма грудной клетки гиперстеническая, асим­метрия отсутствует. Патологических искривлений позвоночника нет. Над- и подключичные пространства сглажены. Ширина межрёбер­ных промежутков 1,5 см, направление рёбер в боковых отделах грудной клетки при­ближается к горизонтальному, лопатки плотно прилегают к грудной клетке. Подгру­динный угол тупой - 1000. Грудной тип дыхания. Движения грудной клетки при дыхании рав­номерное, межрёберные промежутки не западают и не выпячиваются. Число дыхательных движений - 16 в минуту. Дыхание глубокое, ритмичное, одышки нет. При пальпации грудной клетки болезненности не обнаружено. Грудная клетка резистентна. Голосовое дрожание ос­лаблено (из-за увеличения жирового слоя), проводится одинаково с обеих сторон. Тре­ние плевры не определяется. При проведении сравнительной перкуссии над перкути­руемой поверхностью лёгких перкуторный звук ясный, лёгочный (длительный, низкий, нетимпанический), одинаковый с обеих сторон. Топографическая перкуссия:

 **Высота стояния верхушек лёгкого:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  **лёгкое** |  **Спереди** |  **Сзади** |
| правое | на 2 см выше ключицы | на уровне 7 шейного позвонка по линии, соединяющей середину ости лопатки и точку на 3 см лате­ральнее остистого отростка 7 шей­ного позвонка |
| левое | на 2 см выше ключицы | на уровне 7 шейного позвонка по линии, соединяющей середину ости лопатки и точку на 3 см лате­ральнее остистого отростка 7 шей­ного позвонка |

 **Нижние границы лёгкого:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  **место перкуссии** |  **Правое лёгкое** |  **Левое лёгкое** |
| окологрудинная линия | Верхний край 6 ребра |  - |
| срединно-ключичная линия | 6 ребро |  - |
| передняя подмышечная линия | 7 ребро | 7 ребро |
| средняя подмышечная линия | 8 ребро | 8 ребро |
| задняя подмышечная линия | 9 ребро | 9 ребро |
| лопаточная линия | 10 ребро | 10 ребро |
| околопозвоночная линия | Остистый отросток 11 грудного позвонка | Остистый отросток 11 грудного позвонка |

 **Подвижность нижних лёгочных краёв:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  **Правое лёгкое** |  **Левое лёгкое** |
|  **место перкуссии** | на вдохе | На вы­дохе | сумма | на вдохе | На вы­дохе | сумма |
| срединно-ключичная линия |  2 |  2 |  4 |  - |  - |  - |
| средняя подмышечная линия |  2,5 |  2,5 |  5 |  2,5 |  2,5 |  5 |
| лопаточная линия |  2,5 |  2,5 |  5 |  2,5 |  2,5 |  5 |

При аускультации лёгких выявлено везикулярное дыхание над всей иссле­дуемой поверхностью. Хрипов, крепитации и шума трения плевры нет. Бронхофония симметричная, не изме­нена.

При осмотре сосудов видимой пульсации не наблюдается. При пальпации артерии плотные, неизвитые. Артериальная пульсация пальпируется на височной, сонной, подключичной, подмышечной, плечевой, лучевой, локтевой, бед­ренной, подколенной, передней и задней большеберцовых артериях и на тыльной арте­рии стопы; пульсация симметричная не ослабленная. Артериальный пульс одинаковый на обеих лучевых артериях, 80 в минуту, ритмичный, соответствует частоте сердечных сокращений, полный, мягкий, малый, медленный. При аускультации артерий патологических звуковых явлений не обнаружено. Венозная система умеренно развитая; пульсация вен, венный пульс, звуковые явления не выявляются; имеются варикозные узлы подкожных вен обоих ног, эти вены выражены, заполнены кровью. Трофических расстройств нет. Артериальное давление 180 на 100 мм ртутного столба на обеих руках. В области сердца грудная клетка не де­формирована, пульсации не просматривается. Локализованный верхушечный толчок пальпируется в 5 межреберьи на 1 см кнутри от левой срединно-ключичной линии, площадью в 2 квадратных см, неусиленный, низкий, нерезистентный. Перкуссия сердца:

 **Границы относительной сердечной тупости:**

|  |  |
| --- | --- |
| правая | на 1 см кнаружи от правого края грудины в 4 межребе­рьи |
| левая | на 1 см кнутри от левой срединно-ключичной линии в 5 межреберьи  |
| так называемая верхняя | по верхнему краю 3 ребра по левой окологрудинной ли­нии |

Поперечник сердца 12 см.

 **Контуры сердца и сосудистого пучка:**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  **граница** |
| **место определения** |  Справа |  слева |
| 2 межреберье | по правому краю грудины | по левому краю грудины |
| 3 межреберье | на 0,5 см кнаружи от правого края грудины | на 1 см кнаружи от левого края грудины |
| 4 межреберье | на 1 см кнаружи от правого края грудины | на 2 см кнаружи от левого края грудины |
| 5 межреберье |  - | на 1 см кнутри от левой срединно-ключичной линии |

Ширина сосудистого пучка 5 см. Конфигурация сердца нормальная.

**Границы абсолютной сердечной тупости:**

|  |  |
| --- | --- |
| **граница** | **локализация** |
| правая | по левому краю грудины в 4 межреберьи |
| левая | на 2 см кнутри от левой срединно-ключичной линии в 5 межреберьи |
| верхняя | хрящ 4 ребра по левой окологрудинной ли­нии |

При аускультации сердца тоны сердца ясные, ритмичные, несколько ослабленные. Частота сердечных сокращений 80 в минуту. Шумов не выявлено.

Язык бледно-розовый, сухой, обложен желтовато-белым налётом, сосочковый слой выражен, имеются небольшие трещинки на корне языка. Зубы: кариозных изменений не обнаружено, зубных протезов нет.

|  |  |
| --- | --- |
| 2 1 1 2 | 2 0 2 2  |
| 0 2 1 2 | 2 1 1 1 |

Десны розовые, плотные, без признаков кровоточивости. Мягкое и твердое нёбо розо­вые, без налётов, изъязвлений и геморагий. Зев и задняя стенка глотки не раздражены, гиперемии нет. Миндалины не увеличены, розовой окраски, лакуны чистые. Запах изо рта отсутствует. Живот при исследовании стоя и лёжа обычной конфигурации, симметричный, участвует в дыхании. Видимой на глаз перистальтики и расширенных подкожных вен нет. Кожа живота не изменена. При по­верхностной пальпации напряжения передней брюшной стенки не выявлено, живот мягкий, безболезненный (симптомы Щеткина-Блюмберга, Воскресенского (симптом "рубашки") и Менделя отрицательные во всех отделах). Грыж белой линии живота и диа­стаза прямых мышц нет. В области следующих клинических точек пальпация безболезненна:

1. солнечное сплетение (на середине срединной линии);
2. пузырная точка (на пересечении правой пупочно-сосковой линии и рёберной дуги;
3. свободные концы XI, XII рёбер (поражение желчного пузыря);
4. пилорическая точка (середина биссектрисы угла между срединной и правой пупочно-сосковой линией);
5. точка Дежардена (на 7 см выше пупка по правой пупочно-сосковой линии) - поражение головки pancreas;
6. точка Рубергрица (симметрично 5 точке) - патология хвоста pancreas;
7. точка Кера (на 5 см выше пупка по правой параректальной линии) - патология хвоста pancreas;
8. точка Мейо-Робсона (на границе нижней и верхней трети линии, соединяющей пупок и середину левой рёберной дуги) - патология тела pancreas;
9. точка Мак-Бернея-Волковича-Дьяконова (середине правой пупочно-спинальной линии) - патология червеобразного отростка;
10. точка Лангса (на границе правой и средней трети биспинальной линии) - патология червеобразного отростка;
11. точка Мюссе (между ножками правой кивательной мышцы) - патология желчного пузыря;
12. точка Опенховского (остистые отростки X-XII грудных позвонков) - патология желудка и двенадцатиперстной кишки при язвенной болезни;
13. точка у остистых отростков VIII-IX грудных позвонков - патология желчного пузыря;
14. точка Боаса (поперечные отростки X-XII грудных позвонков) - патология желудка и двенадцатиперстной кишки при язвенной болезни;
15. точка Герпета (поперечные отростки III поясничного позвонка) - патология желудка и двенадцатиперстной кишки при язвенной болезни.

Глубокая пальпация живота затруднена из-за сильно развитого подкожно-жирового слоя, органы брюшной полости не пальпируются. При перкуссии доступной части живота выявлен громкий, ясный, длитель­ный, низкий, тимпанический желудочно-кишечный перкуторный звук. Жидкости в брюшной полости нет (шум плеска отсутствует, притупления в отлогих местах живота нет). При аускультации слышна перистальтика кишечника, шума тре­ния брюшины не выявлено. Стул ежедневный, оформленный. Печень внешне не увеличена, пульсации нет. Край печени пальпируется по правой срединно-ключичной линии в горизонтальном положении в конце глубокого вдоха на 2 см ниже рёберной дуги, уплотнённый, слегка закруглённый и незначительно чувствительный; в положении стоя печень пальпируется в конце вдоха по срединной передней, правой парастернальной, правой срединно-ключичной и правой передней подмышечной линиям на 1, 1, 3 и 2 см соответственно ниже рёберной дуги. Перкуссия печени:

**Границы печени:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **место перкуссии** | **верхняя (относительная)** | **нижняя (абсолютная)** |
| правая срединно-ключичная линия | на уровне IV ребра | на 1 см книзу от края рёбер­ной дуги |
| передняя срединная линия | - | на границе между верхней и средней третью расстояния ме­жду мечевидным отростком и пупком |
| левая рёберная дуга | - | на уровне VII ребра |

**Размеры печени по Курлову:**

|  |  |
| --- | --- |
| по правой срединно-ключичной линии | 10 см |
| по срединной линии | 8 см |
| по рёберной дуге | 7 см |

Желчный пузырь не пальпируется, симптомы Курвуазье, Ортнера и френикус-симптом отрицательные. Селезёнка для пальпации в положении лёжа на спине и на боку не доступна. Перкуссия селезёнки:

При осмотре поясничной области гиперемии кожи, сглаживания контуров и выбухания области почек не выявлено. Пальпаторно в положении лёжа и стоя почки не пальпируются. Пальпация в рёберно-позвоночных точках (проекция почек) и по ходу мочеточников (верхняя точка - у края прямой мышцы живота на уровне пупка и нижняя - пересечение биспинальной линии со срединной линией живота) безболезненна.Симптом поколачивания по поясничной области (Пастернацкого) отрицательный с обеих сторон. Мочевой пу­зырь не пальпируется, при перкуссии над исследуемой поверхностью мочевого пузыря, притупленный тимпанический перкуторный звук. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

При осмотре щитовидной железы увеличения размеров не выявлено. Пальпируется перешеек железы мягкой консистенции, безболезненный, подвижный. Загрудинно-расположенного зоба нет. Вторичные половые признаки выражены соответственно возрасту по женскому типу.

Умственное развитие страдает: больная не совсем адекватно реагирует, на контакт идёт с неохотой. Память страдает. Обоняние, вкус выражены. Зрение снижено, реакция зрачков на свет живая. Слух, речь не нарушены. Выделений из наружного слухового прохода и слезотечения нет. Очаговой симптоматики со стороны черепно-мозговых нервов нет. Кожные физиологические рефлексы вызываются, скорость их снижена, симметричные. Патологические менингеальные рефлексы отрицательные. Координация движений не нарушена. В позе Ромберга незначительное покачивание, пальценосовая проба положительная. Дермографизм чёткий, красный.

**План обследования больной.**

1. Общий анализ мочи.
2. Анализ мочи по Нечипоренко.
3. Глюкозурический профиль.
4. Анализ мочи по Зимницкому.
5. Общий анализ крови.
6. Анализ крови на сахар.
7. Биохимический анализ крови на содержание билирубина, холестерина, мочевины, общего белка и фракций, электролитов.
8. ЭКГ.
9. Копрограмма.

**Результаты специальных дополнительных методов обследования.**

*Общий анализ мочи*

4.12.98

цвет - соломенно-желтый реакция - кислая

уд. вес - 1006 белок - 0,33 г/л

сахар - следы

эритроциты - 2-3 в п/з лейкоциты - 2-4 в п/з

слизь + соли -

эпителиальные клетки - плоские в небольшом количестве

8.12.98

цвет - соломенно-желтый реакция - кислая

уд. вес - 1009 белок - 1,65 г/л

сахар - 1%

эритроциты - 1-2 в п/з лейкоциты - 3-5 в п/з

слизь + соли +

эпителиальные клетки - плоские в небольшом количестве

11.12.98

цвет - соломенно-желтый реакция - кислая

уд. вес - 1010 белок - 1,65 г/л

сахар - 1%

эритроциты - 1-2 в п/з лейкоциты - 3-5 в п/з

слизь + соли -

эпителиальные клетки - плоские в небольшом количестве

Заключение: гипостенурия, протеинурия, микрогематурия, незначительная лейкоцитурия.

*Анализ мочи по Нечипоренко*

4.12.98

эритроциты - 1250

лейкоциты - 3500

Заключение: микрогематурия.

*Общий анализ крови*

4.12.98

эритроциты - 4,1 х 1012/л гемоглобин - 13,7 г/л

лейкоциты - 6,0 х 109/л, из них:

сегментоядерных - 66% лимфоцитов - 30%

моноцитов - 4% СОЭ - 35 мм/ч

11.12.98

эритроциты - 4,2 х 1012/л гемоглобин - 14,0 г/л

лейкоциты - 5,6 х 109/л, из них: эозинофильных - 3%

палочкоядерных - 3% сегментоядерных - 56%

лимфоцитов - 35% моноцитов - 3%

СОЭ - 40 мм/ч

*Анализ крови на сахар*

4.12.98

глюкоза - 10,0 ммоль/л

8.12.98

глюкоза - 8,3 ммоль/л

11.12.98

глюкоза - 8,1 ммоль/л

Заключение: гипергликемия.

*Биохимический анализ крови*

4.12.98

билирубин - 13,5 мкмоль/л общий белок - 64 г/л

холестерин - 7,8 ммоль/л калий - 4,0 ммоль/л

мочевина - 15,0 ммоль/л натрий - 144 ммоль/л

Заключение: гипербилирубинемия, гиперхолистеринемия, гиперазотемия, незначительная гипопротеинемия.

*ЭКГ*

4.12.98 Заключение: синусовая тахикардия 100 в минуту, дистрофические изменения в миокарде заднебоковой стенки левого желудочка.

*Копрограмма*

4.12.98 Заключение: патологические изменения отсутствуют, реакция Грегерсена отрицательная.

Осмотр окулиста: глазное дно за склерой диски бледно-розовые, сосуды извиты, геморрагии по ходу сосудов, детали не рассмотреть. DS: начинающаяся катаракта обоих глаз, диабетическая ретинопатия.

Осмотр невропатолога: жалобы на головную боль, головокружение, небольшие парестезии в руках и ногах. ЧМН без особенностей. Парезов нет. Сухожильные рефлексы S=D снижены. DS: диабетическая энцефалопатия. Полиневрит.

**Обоснование клинического диагноза:** На основании жалоб больной на рвоту желудочным содержимым с примесью желчи и слизи (возможно рефлекторная в результате действия продуктов нарушенного метаболизма), головную боль (в результате гипертензии), сухость во рту, незначительную жажду (нарушение водно-солевого обмена); на наличие отёков в области голени (нарушение функции почек); на онемение и зябкость кистей и стоп (поражение периферической нервной системы), слабость, утомляемость, бессонницу и отсутствие аппетита (центральные нарушения);

на основании анамнеза: постепенное развитие заболевания, безуспешные попытки скомпенсировать гипергликемию сначала диетой, а затем и пероральными сахароснижающими средствами, успешная терапия инсулином, постепенное нарастание таких симптомов как ухудшение зрения, нарушение памяти, появление отёков голеней, белка в моче; наличие хронических воспалительных заболеваний почек, поджелудочной железы, желудка и 12-перстной кишки; перенесённый инфаркт миокарда;

на основании данных объективного исследования больной: вес больной 85 кг, а рост всего лишь 160 см, толщина складки ниже угла лопатки 4 см, наибольшие отложения жировой ткани наблюдаются в области низа живота, на спине и тазовом поясе, парестезии рук и ног, деформация ногтей, пастозность голеней, снижение силы и тонуса мышц, тахикардия, артериальная гипертензия, сухость языка, увеличение размеров печени, нарушение зрения, нарушения умственного развития, памяти, вялость кожных рефлексов, неустойчивость в позе Ромберга;

на основании результатов специальных дополнительных методов обследования: гипостенурия, протеинурия, микрогематурия, незначительная лейкоцитурия, гипергликемия, гипербилирубинемия, гиперхолистеринемия, гиперазотемия, незначительная гипопротеинемия, дистрофические изменения в миокарде заднебоковой стенки левого желудочка;

на основании консультации специалистов: окулиста - диабетическая ретинопатия, начинающаяся катаракта обоих глаз, невропатолога - диабетическая энцефалопатия, полиневрит ***ставлю клинический диагноз:***

* Основной: **сахарный диабет II тип, инсулинопотребный, средней степени тяжести, субкомпенсация;**
* Осложнения основного: **диабетическая нефропатия IV стадии; диабетическая ретинопатия III стадии; диабетические энцефалопатия, полиневрит; жировой гепатоз;**
* Сопутствующий: **ИБС: постинфарктный кардиосклероз (инфаркт миокарда в 1987 г.), алиментарно-конституциональное ожирение II степени.**

**Лечение данной больной** будет включать в себя три основных компонента: диетотерапия, инсулинотерапия, симптоматическое лечение осложнений основного заболевания.

Диетотерапия выступает в сочетании с заместительной терапией и подбирается строго индивидуально. Для данной больной с избыточной массой тела и ростом 160 см с минимальной физической нагрузкой диета на день будет выглядеть так:

идеальный вес - 60 кг; лёгкий труд - 25 ккал/кг идеальной массы тела

суточный калораж = 60 х 25 = 1500 ккал/сут

из них больная должна получать

в виде белков - 15% (225 ккал/сут)..................................55 г

 жиров - 25% (375 ккал/сут)...................................40 г

 углеводов - 60% (900 ккал/сут)...........................220 г

причём среди углеводов 75% должны быть грубоволокнистые, а 25% сахаристые вещества в виде фруктов и ягод, значит данной больной необходимо в день съедать 165 г грубоволокнистых и 55 г сахаристых углеводов, кроме глюкозы. Необходимо распределить всё это на 5-6 разовое питание, с таким расчётом, что на обед приходится максимум пищевого рациона, на утро средняя доля и на вечер - минимум. Необходимо также помнить об ограничении солевого рациона не более 10 г в сутки. Рекомендуется приём продуктов богатых витаминами, кроме vit С. возможно введение заменителей сахара (сорбит и др.). В условиях стационара больной назначается стол № 9.1 по Певзнеру для больных с избыточной массой тела.

Инсулинотерапия является одновременно и заместительной и сахароснижающей. Доза инсулина рассчитывается исходя из клинических и лабораторных данных (глюкоза крови, мочи). В данном случае адекватное состояние больной достигается при назначении 36 ЕД инсулина в двухразовом режиме введения. Применяются препараты пролонгированного действия и короткие утром, и препараты пролонгированного действия вечером.

Лечение осложнений: поскольку больную беспокоит в основном микроангиопатия почек - диабетическая нефропатия то проводится коррекция почечных нарушений: антибактериальная терапия для профилактики и лечения воспалительных явлений - назначаются препараты оксихинолинового ряда как избирательно действующие на мочевую систему и антибиотики. Проводится коррекция артериальной гипертензии путём назначения гипотензивных средств (ингибитор АПФ и др.). Для коррекции водно-электролитного баланса назначаются мочегонные средства. Также с целью улучшения кровообращение назначаются средства улучшающие микроциркуляцию, влияющие на свёртываемость крови, в том числе и улучшающие мозговое кровообращение. Для улучшения функции пищеварительного тракта назначаются ферментные препараты и адсорбенты.

**Назначения:**

Стол №9.1 по Певзнеру

Tab. Nitrocxolini 0.05 по 1 таблетке 4 раза в день

Tab. Curantili 0.025 по 3 таблетки 3 раза в день за час до еды

Tab. Capoteni 0.05 по 1 таблетке 3 раза в день

Tab. Furossemidi 0.04 по 1 таблетке утром через день

Dragee Pansinorm forte по 1 дражже 3 раза в день

Sol. Insulini Lente 16 ED в 10 часов ежедневно в/м

"Actapridum" 8 ED в 10 часов ежедневно в/м

Sol. Insulini Lente 12 ED в 22 часа ежедневно в/м

Sol. Dibazoli 1% - 2 ml в/м 2 раза в день

Sol. Papaverini 1% - 2 ml в/м 2 раза в день

Sol. Lasici 1% - 2 ml ежедневно вечером в/в в р-ре глюкозы

Sol. Euphyllini 24% - 1ml в/м 2 раза в день

**Течение болезни:**

11.12.98. Жалобы на головную боль в височной и теменно-затылочной области; на сухость во рту, незначительную жажду, зябкость кистей и стоп, слабость, утомляемость, бессонницу.

Status praesens: состояние удовлетворительное, положение активное, сознание ясное, выражение лица спокойное. Аппетит плохой. Температура тела в подмышечной впадине 36,90С. Пальпируются одиночные лимфатические узлы: подмышечные, паховые. Размером 1 см, овальной формы, эластичные, безболезненные, не сращённые с кожей, окружающими тканями и между собой. Над исследуемой поверхностью лёгких лёгочный перкуторный звук, дыхание везикулярное, хрипов нет. Число дыхательных движений - 14 в минуту. При аускультации сердца тоны сердца ясные, ритмичные, несколько ослабленные. Частота сердечных сокращений 84 в минуту, артериальное давление 170 на 100 мм ртутного столба. При по­верхностной пальпации напряжения передней брюшной стенки не выявлено, живот мягкий, безболезненный. Симптомы Щеткина-Блюмберга, Воскресенского и Менделя отрицательные во всех отделах. Дефекация свободная, газы отходят. Симптом Пастернацкого отрицательный. Мочеиспускание безболезненное.

Назначения выполняются.

15.12.98. Жалобы на головную боль в височной и теменно-затылочной области; зябкость кистей и стоп, слабость, утомляемость, бессонницу.

Status praesens: состояние удовлетворительное, положение активное, сознание ясное, выражение лица спокойное. Аппетит плохой. Температура тела в подмышечной впадине 36,70С. Пальпируются одиночные лимфатические узлы: подмышечные, паховые. Размером 1 см, овальной формы, эластичные, безболезненные, не сращённые с кожей, окружающими тканями и между собой. Над исследуемой поверхностью лёгких лёгочный перкуторный звук, дыхание везикулярное, хрипов нет. Число дыхательных движений - 18 в минуту. При аускультации сердца тоны сердца ясные, ритмичные, несколько ослабленные. Частота сердечных сокращений 90 в минуту, артериальное давление 170 на 100 мм ртутного столба. При по­верхностной пальпации напряжения передней брюшной стенки не выявлено, живот мягкий, безболезненный. Симптомы Щеткина-Блюмберга, Воскресенского и Менделя отрицательные во всех отделах. Дефекация свободная, газы отходят. Симптом Пастернацкого отрицательный. Мочеиспускание безболезненное.

Назначения выполняются.

16.12.98. Жалобы на зябкость кистей и стоп, слабость, утомляемость, бессонницу.

Status praesens: состояние удовлетворительное, положение активное, сознание ясное, выражение лица спокойное. Аппетит плохой. Температура тела в подмышечной впадине 36,60С. Пальпируются одиночные лимфатические узлы: подмышечные, паховые. Размером 1 см, овальной формы, эластичные, безболезненные, не сращённые с кожей, окружающими тканями и между собой. Над исследуемой поверхностью лёгких лёгочный перкуторный звук, дыхание везикулярное, хрипов нет. Число дыхательных движений - 20 в минуту. При аускультации сердца тоны сердца ясные, ритмичные, несколько ослабленные. Частота сердечных сокращений 90 в минуту, артериальное давление 160 на 90 мм ртутного столба. При по­верхностной пальпации напряжения передней брюшной стенки не выявлено, живот мягкий, безболезненный. Симптомы Щеткина-Блюмберга, Воскресенского и Менделя отрицательные во всех отделах. Дефекация свободная, газы отходят. Симптом Пастернацкого отрицательный. Мочеиспускание безболезненное.

Назначения выполняются.

**Этапный эпикриз:** Больная 62 лет поступила в клинику 3.12.98. с жалобами на периодическую рвоту желудочным содержимым с примесью желчи и слизи 1-2 раза в сутки, на тупую, тянущую головную боль в височной и теменно-затылочной области, на сухость во рту, незначительную жажду; на наличие отёков ног, особенно в области голени, на онемение и зябкость кистей и стоп, а так же на общую слабость, утомляемость, бессонницу и отсутствие аппетита. Из истории заболевания установлено: больна сахарным диабетом 13 лет, лечилась диетой и пероральными сахароснижающими средствами до 1994 года, с 94 года - инсулином. Доза инсулина: утром - 16 ЕД Lente и 8 ЕД актропид, вечером - 12 ЕД Lente. За последние годы отмечается ухудшение функции почек, зрительной функции, деятельности ЦНС. Последнее ухудшение состояния в сентябре 1998 года, направлена на плановое стационарное лечение осложнений основного заболевания. При поступлении отмечалось состояние удовлетворительное, положение активное, сознание ясное, выражение лица спокойное. Температура тела в подмышечной впадине 36,90С. чрезмерное отложение жировой ткани преимущественно в нижних отделах туловища. Парестезии рук и ног, отёки голени. Пальпируются одиночные лимфатические узлы: подмышечные, паховые. Размером 1 см, овальной формы, эластичные, безболезненные, не сращённые с кожей, окружающими тканями и между собой. Артериальная гипертензия (180/100), тахикардия 90 в минуту. При обследовании установлено: гипостенурия (1006), протеинурия (0,33 г/л), микрогематурия, гипергликемия (10 ммоль/л), а так же: гипербилирубинемия, гиперхолистеринемия, гиперазотемия, незначительная гипопротеинемия, дистрофические изменения в миокарде заднебоковой стенки левого желудочка. Был поставлен клинический диагноз: основной: сахарный диабет II тип, инсулинопотребный, средней степени тяжести, субкомпенсация; осложнения основного: диабетическая нефропатия IV стадии; диабетическая ретинопатия III стадии; диабетические энцефалопатия, полиневрит; жировой гепатоз; сопутствующий: ИБС: постинфарктный кардиосклероз (инфаркт миокарда в 1987 г.), алиментарно-конституциональное ожирение II степени.Проводилось лечение: диетотерапия, инсулинотерапия, симптоматическая терапия осложнений основного заболевания: антибактериальная, гипотензивная терапия, назначались мочегонные средства, средства улучшающие микроциркуляцию, мозговое кровообращение, адсорбенты, ферментные препараты. В процессе лечения отмечено некоторое улучшение состояния больной, уменьшение головных болей, почечных нарушений. Лечение продолжается.

**Прогноз:** Прогноз в отношении заболевания неблагоприятный, т.к. обратное развитие заболевания невозможно, а возможна только лишь коррекция некоторых звеньев патогенетической цепи; в отношении жизни прогноз сомнительный, т.к. идёт прогрессирование симптомов нефропатии, которая может привести к уремии и смерти; в отношении трудоспособности - полная утрата трудоспособности, инвалидность.