Паспортная часть:

1. ФИО:
2. Возраст: \_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Пол: женский
4. Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. Профессия: пенсионер
6. Дата поступления в клинику: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
7. Каким лечебным учреждением направлена в клинику: поликлиника по месту жительства
8. Диагноз направившего лечебного учреждения: Сахарный диабет II типа, впервые выявленный, стадия декомпенсации обменных процессов.
9. Клинический диагноз:

Основной: Сахарный диабет II типа, впервые выявленный, стадия декомпенсации обменных процессов.

Осложнения: Хроническая ишемия головного мозга смешанного генеза. Диабетическая ретинопатия непролиферативная стадия. Диабетическая микроангиопатия нижних конечностей. Дистальная диабетическая полинейропатия. Жировой гепатоз.

Сопутствующие: ИБС. Артериальная гипертензия 3 степени, риск 4. Атеросклероз аорты, коронарных, мозговых сосудов. Состояние после резекции левой молочной железы в 2005г по поводу рака с последующей химиотерапией.

Фон: Ожирение IIа степени.

Жалобы больного:

* При поступлении больная предъявляла жалобы на сухость во рту, постоянную жажду, учащение мочеиспускания, в том числе и ночные мочеиспускания, увеличения объема мочи, повышение сахара в крови до 12 ммоль/л;
* Зуд в паховой области.
* Боли, онемение и зябкость стоп;
* Ухудшение памяти, периодические головные боли без четкой локализации, головокружение;
* Снижение аппетита, потеря в весе 7 кг за последние 3 месяца, общую слабость.

Anamnesis morbi

Считает себя больной с июня 2012 года, когда впервые начала отмечать у себя вышеописанные жалобы. Симптомы развивались постепенно. В начале лета жалобы были выражены умеренно, к врачу не обращалась.

В начале октября состояние больной значительно ухудшилось (нарастала слабость, потеря в весе составила 7 кг, жажда стала беспокоить намного чаще, участились мочеиспускания до 15 раз в сутки, из них 3 раза ночью, появился зуд в паховой области).

С данными жалобами пациентка обратилась в поликлинику по месту жительства. Участковым терапевтом были назначены лабораторные методы исследование и обнаружено повышение уровня гликемии до 14 ммоль/л и наличие ацетона в моче (+). Был выставлен диагноз: Сахарный диабет II типа, впервые выявленный, стадия декомпенсации обменных процессов. 12.10.12г. больная была направлена на госпитализацию в 9ГКБ, отделение эндокринологии по экстренным показаниям.

Anamnesis vitae

Больная живет в Саратове, в собственной квартире. Не работает. Менструации с 18 лет – безболезненные. Климактерический период с 44 лет. Имела 2 беременности, 2 закончились срочными родами. Росла и развивалась соответственно своему возрасту.

Место работы: пенсионерка.

Проф. Вредностей на протяжении всего рабочего стажа не было.

Из перенесённых заболеваний отмечает ОРЗ, Грипп.

Туберкулез, сифилис, гепатит, ВИЧ – отрицает.

Аллергический анамнез не отягощён.

Наследственных заболеваний в семье нет.

В контакте с инфекционными больными не находилась.

Гемотрансфузию не проводили.

Перенесенные операции: резекции левой молочной железы в 2005г по поводу рака с последующей химиотерапией.

Сопутствующие заболевания: Артериальная гипертензия 3 степени, риск 4 поставлена в 55 лет терапевтом в поликлинике по месту жительства, назначено медикаментозное лечение. Постоянно принимает гипотензивные препараты (названия не помнит). Инфарктов, инсультов не было.

Объективное исследование больного

На время курации состояние больной относительно удовлетворительное. Сознание ясное. Положение: активное. Выражение лица и глаз – утомленное.

Телосложение: гиперстеническое.

Рост: 150кг, Вес – 68,7 кг. ИМТ= 30,5. Температура тела 36,6°С

Кожа и видимые слизистые обычного цвета, без патологических высыпаний и пигментаций, тургор кожи снижен.

Изменение трофики кожи конечностей: кожа сухая, кисти и стопы прохладные на ощупь.

Состояние ногтей и волос: ломкость ногтей, утолщенность. Волосы тонкие.

Лимфатические узлы не пальпируются.

Подкожная жировая клетчатка развита избыточно, распределена равномерно. Отеков нет.

Мышечная система: без патологии.

Патологических искривлений позвоночника, деформаций костей таза нет. Движение во всех суставах безболезненные, в полном объеме.

Сердечно – сосудистая система

Форма грудной клетки в области сердца не изменена. Сердечный горб, «пляска каротид», набухание яремных вен, а также эпигастральная пульсация отсутствуют. Частота сердечных сокращений 88 в минуту.

Пульс 90 ударов/мин, ритмичный, полный, хорошей величины, не напряженный. Пульсация на периферических артериях определяется.

Верхушечный толчок в 5-ом межреберье на 2 см. кнаружи от левой средне-ключичной линии. Верхушечный толчок разлитой, высокий. Сердечный толчок, систолическое, диастолическое дрожание пальпаторно не определяется.

Границы относительной сердечной тупости:

Правая - в 4 межреберье по правому краю грудины.

Верхняя - между левой окологрудинной и грудинной линиями на уровне 3 межреберья.

Левая - в 5 межреберье на 2 см кнаружи от левой средне – ключичной линии.

АД -160/90. Над всеми аускультативными точками тоны ритмичные, приглушены. 1 тон на верхушке и в точке выслушивания трикуспидального клапана громче и продолжительней 2 тона, 2 тон в точке выслушивания аорты и легочного ствола громче 1. Патологические тоны и шумов не выслушиваются.

Органы дыхания

Тип дыхания – грудное, ограничений подвижности грудной стенки нет. Одышки на момент курации нет. Дыхание через нос не затруднено. Тип дыхания диафрагмальный. ЧДД 16 движений в минуту. Форма грудной клетки гиперстеническая, деформаций нет, при пальпации безболезненна, правая и левая половины равномерно участвуют в акте дыхания. Перкуторно определяется ясный легочной звук. Аускультативно выслушивается везикулярное дыхание, хрипов нет, высота стояния верхушек легких спереди 3 см, сзади 6 см, поля Кренига 7 см.

Сравнительная перкуссия: на симметричных участках грудной клетки звук одинаковой громкости, ясный легочный

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| линии перкуссии | нижние границы легкого |  |
| правого | левого |
| Срединно-ключичная линия | VI ребро |
| Передняя подмышечная линия | VII ребро |
| Средняя подмышечная линия | VIII ребро |
| Задняя подмышечная линия | IX ребро |
| Лопаточная линия | Х ребро |
| Околопозвоночная линия | Остистый отросток XI грудного позвонка |

Органы пищеварения

Слизистая щек мягкого и твердого неба, задней стенки глотки, небных дужек: розовая, влажная, чистая. Миндалины не выходят за пределы небных дужек. Полость рта санирована. Десна не изменены. Язык с белым налетом, суховат у корня. Живот симметричный, активно, равномерно, участвует в дыхании. Видимой перистальтики, грыжевых выпячиваний и расширений подкожных вен живота не определяется. Стул регулярный оформленный.

При поверхностной пальпации живот мягкий, болезненный в области правого подреберья, расхождение прямых мышц живота отсутствует, пупочное кольцо не расширено. Перитонеальные симптомы отрицательные. Перистальтика сохранена.

При глубокой пальпации в левой подвздошной области определяется цилиндрической формы, плотноэластической консистенции сигмовидная кишка в виде гладкого, умеренно плотного тяжа, диаметром 1,5 см. безболезненная, легко смещаемая. В правой подвздошной области пальпируется слепая кишка в форме гладкого, мягко-эластического цилиндра безболезненная. Поперечно ободочная кишка определяется в пупочной области в виде поперечно лежащего дугообразно изогнутого книзу, умеренно плотного цилиндра диаметром 2,5 см. Шум плеска над желудком натощак, методом перкуссии не выявлен.

При глубокой пальпации: край печени выступает на 0,5 см от под края правой реберной дуги.

Пальпация желчного пузыря – желчный пузырь при пальпации не определяется. При глубокой пальпации селезенка не определяется.

Стул ежедневный, оформленный.

Мочевыделительная система

При осмотре поясничной области покраснения, припухлости, болезненности не выявлено. Напряжения поясничных мышц нет. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Почки, мочевой пузырь при пальпации не определяются. Мочеиспускание безболезненное, учащенное. Никтурия.

Нервная система и органы чувств

Сознание сохранено. Ориентирована во времени и пространстве. Психозы отсутствуют. Поведение активное. Общительна. Рефлексы (глоточный, брюшные, сухожильно – периостальные: локтевой, коленный, ахиллов) – не нарушены. Менингеальные симптомы (ригидность затылочных мышц, симптом Кернига, Брудзинского) отсутствуют.

Зрачки обычной формы, размеров, хорошо реагируют на свет. Движения глазных яблок в полном объёме.

Расстройства сна нет. Память: снижена. Периодические возникает головная боль без четкой локализации. Зрение снижено, слух, обоняние не нарушены. В позе Ромберга устойчива.

Эндокринная система

Телосложение: гиперстеническое. Подкожно – жировая клетчатка развита избыточно, распределена равномерно.

Рост: 150кг, Вес – 68.7 кг. ИМТ= 30,5

Оволосение по женскому типу.

Щитовидная железа не увеличена. Экзофтальм отсутствует.

Имеется нарушение чувствительности по типу «перчаток и носков», тактильная чувствительность снижена.

Снижена тактильная и температурная чувствительность пальцев стоп.

Окружность талии 118 см, окружность бедер 116. ОТ/ОБ=0,99.

Систолическое АД на голенях 110 мм. рт. ст.

Предварительный диагноз

Основной: Сахарный диабет II типа, впервые выявленный, стадия декомпенсации обменных процессов.

Осложнения: Хроническая ишемия головного мозга смешанного генеза. Диабетическая ретинопатия непролиферативная стадия. Диабетическая микроангиопатия нижних конечностей. Дистальная диабетическая полинейропатия.

Сопутствующие: Артериальная гипертензия 3 степени, риск 4. Атеросклероз аорты, коронарных, мозговых сосудов. Состояние после резекции левой молочной железы в 2005г по поводу рака с последующей химиотерапией.

Фон: Ожирение IIa степени.

План обследования:

1. Сахар крови натощак (2 раза в неделю)
2. Гликемический профиль
3. Общий анализ крови (в динамике)
4. Сахар в суточной моче (2 раза в неделю),
5. Холестерин сыворотки крови, липидный профиль
6. Трансаминазы (аспарагированая и аланиновая в сыворотке крови)
7. Мочевина, креатинин.
8. РМП.
9. Ацетон мочи качественно
10. Общий анализ мочи (в динамике)
11. Проба по Нечипоренко, Зимницкому.
12. Билирубин сыворотки крови и его фракции
13. ЭКГ;
14. Реовазография нижних конечностей;
15. УЗИ-комплексно (печень, желчный пузырь, поджелудочная железа, селезенка);
16. УЗИ-почек.
17. Консультация специалистов:
* офтальмолога;
* сосудистого хирурга;
* невролога;

План лечения:

* 1. Режим: стационарный
	2. Стол №9 (диетотерапия)
	3. Таблетированные сахароснижающие препараты.
	4. Гипотензивные препараты (для лечения артериальной гипертензии)
	5. Препараты альфа-липоевой кислоты (лечение полинейропатии)
	6. Ноотропы (лечение ХИГМ)
	7. Антиагрегатная терапия
	8. Статины
	9. Посещение «Школы диабета»

Данные дополнительных методов исследования и консультации врачей других специальностей

12.10.12. Исследование крови на сахар

Глюкоза в крови: 17.6 ммоль/л

Исследование мочи на сахар и ацетон:

Сахар мочи: 3 г/л

Ацетон мочи: 0

ОАМ

Цвет: светло - желтый

Прозрачность: слабо-мутная.

Уд.вес: 1015

Реакця: 6,5

Белок: 0,1 г/л

Сахар: пол

Эпителий: плоский: значительный

Лейкоциты: 3-5

Эритроциты: измененные 8-10 в п/з

ОАК

Эритроциты : 4.29\*1012/л

Нb: 141г/л

Лейкоциты: 7.2 \*109/л

Гемотокрит: 42 %

Тромбоциты: 307 тыс

СОЭ: 8мм/ч

Эозинофилы: 1

Нейтроф. палочки: 0

Нейтроф. сегмент.: 69

Лимфоциты: 24

Моноциты: 6

Гликемический профиль

Глюкоза крови 16.30: 12. ммоль/л

Глюкоза крови 22.00: 13.3 ммоль/л

Исследования крови на РМП: отрицательный.

Биохимический анализ крови:

общий белок – 60г/л

мочевина – 7,7 ммоль/л

креатинин – 114 мкмоль/л

билирубин общий 14 мкмоль/л

прямой: 4 мкмоль/л

непрямой 10 мкмоль/л

Холестерин общий: 6,2 ммоль/л

АЛТ – 10ЕД

АСТ: 17ЕД

Мочевая кислота: 357мкмоль/литр

13. 10.12. Гликемический профиль

Глюкоза крови 07.00: 9.4 ммоль/л

Глюкоза крови 12.00: 13.2 ммоль/л

Глюкоза крови 16.30: 15.0 ммоль/л

Глюкоза крови 22.00: 13.6 ммоль/л

Ацетон мочи - отрицательно

Соскоб на я/г и кал на я/г методом Калантаряна (отр.)

Исследование кр. на РМП-ЭМ на сифилис с кард. антигеном(отр.)

14. 10.12 Ацетон мочи: отрицательный

Гликемический профиль

Глюкоза крови 12.00: 7.4 ммоль/л

Глюкоза крови 16.30: 11.4 ммоль/л

Глюкоза крови 22.00: 7.6 ммоль/л

15.10.12 Ацетон мочи: отрицательный

Исследование крови на сахар

Глюкоза в крови: 6.6 ммоль/л

16.10.12 Проба Нечипоренко

Лейкоциты: 1250 ед/мл

Эритроциты: 0 ед/мл

Цилиндры: 0ед/мл

17.10.12 Исследование мочи по Зимницкому:

06.00-09.00: кол-во 200 мл., удельный вес: 1010

09.00-12.00: кол-во 200 мл., удельный вес: 1012

12.00-15.00: кол-во 200 мл., удельный вес 1013

15.00-18.00: кол-во 200 мл., удельный вес 1012

18.00-21.00: кол-во 200мл., удельный вес 1011

21.00-00.00:кол-во 100 мл., удельный вес 1013

00.00-03.00: кол-во 100 мл., удельный вес 1012

03.00-06.00: кол-во 200 мл., удельный вес 1013

Дневной диурез 800 мл.

Ночной диурез 600 мл.

Общий диурез: 1400 мл.

ОАМ

Цвет: светло - желтый

Прозрачность: прозрачная

Уд.вес: 1005

Реакця: 5,5

Белок: отр

Сахар: пол

Эпителий: плоский: значительный

Лейкоциты: 1-2

15.10.12. Реовазография нижних конечностей : Заключение: Тип кровообращения: магистральный во всех сегментах. Пульсовое кровенаполнение выраженно снижено в стопе справа, в голени справа. Выявлена асимметрия кровенаполнения в голенях ( слева меньше, чем справа на 40%) и в стопах (слева меньше, чем справа на 26 %). Соотношение кровенаполнение стопа/голень справа равно 1,35 ( N=1.4-1.6). Регионарное сосудистое сопротивление повышено в голени и стопе справа, снижено стопе слева, а в норме в голени слева.

ЭКГ: Заключение: Ритм правильный, синусовый. ЧСС 77 ударов в минуту. Электрическая ось сердца горизонтальная. Нарушение внутрижелудочковой проводимости. Умеренные изменения по зубцу Т в миокарде левого желудочка.

16.10.12

УЗИ (комплексно):

Заключение: Ультразвуковые признаки жирового гепатоза. Перетяжка в шейке желчного пузыря. Диффузные изменения поджелудочной железы. Двусторонний гидрокаликоз.

Консультация невролога: Жалобы на ухудшение памяти, периодические головные боли без четкой локализации, онемение кистей и стоп. Анамнез изучен. Обьективно: сознание ясное, контактна. Обоняние сохранено. Зрение снижено, цветоощущение ненарушено. Зрачки D=S, реакция на свет живая, глазные щели D=S, движение глазных яблок в полном обьеме. Конвергенция, аккомодация сохранены. Чувствительность на лице сохранена, корнеальные, коньюктивальные рефлексы сохранены. Носогубные, лобные складки D=S; при зажмуривании глаз и оскаливании зубов ассиметрии нет. Слух в норме. Глотание свободное, рефлекс с мягкого неба и задней стенки глотки сохранен. Язык по средней линии, атрофии языка нет. Чувствительность: гепестезия по полиневритическому типу (ввиде «перчаток» и «носков»). Двигательная сфера: активные движения в полном обьеме, мышечная сила 5 баллов, мышечный тонус не изменен. Мышечных атрофий нет. Сухожильные и периостальные рефлексы D=S. Брюшные D=S. Патологических рефлексов нет. В позе Ромберга устойчива..

Диагноз: Хроническая ишемия головного мозга смешанного генеза (атеросклеротического, диабетического и гипертонического генеза). Дистальная диабетическая симметричная полинейропатия сенсорно-моторная фаза. Рекомендовано:1. Пирацетам 20%-10.0 в\в 1 раз в день № 5, затем мексидол 125 мг 3 раза в день 1 месяц.

Консультация сосудистого хирурга: Жалобы на боли, онемение в нижних конечностях. С данными РВГ ознакомлен. Status localis: артериальное кровообращение в конечностях магистрального типа, компенсированное. Признаки диабетической ангиопатии-пульсация на периферии сохранена, снижена.

Диагноз: Диабетическая микроангиопатия нижних конечностей.

Рекомендовано: Амбулаторно таблетки Докси-хем 0.5 по 1 таб. 2/д в течение 4 мес.

Консультация офтальмолога: Зрачок медикаментозно расширен( Sol. Mydriacili 0.5%). OU: Спокоен. Роговица прозрачная. Рефлекс с глазного дна розовый. Глазное дно: ДЗН бледно-розовый, границы четкие. Артерии сужены, неравномерного калибра, извиты. Вены расширены.

Диагноз: Диабетическая ретинопатия непролиферативная стадия.

Рекомендовано: Наблюдение офтальмолога по месту жительства.

Окончательный диагноз:

Основной диагноз: Сахарный диабет II типа, впервые выявленный, стадия декомпенсации обменных процессов.

Осложнения: Хроническая ишемия головного мозга смешанного генеза. Диабетическая ретинопатия непролиферативная стадия. Диабетическая микроангиопатия нижних конечностей. Дистальная диабетическая полинейропатия. Жировой гепатоз.

Сопутствующие: Артериальная гипертензия 3 степени, риск 4. Атеросклероз аорты, коронарных, мозговых сосудов. Состояние после резекции левой молочной железы в 2005г по поводу рака с последующей химиотерапией.

Фон: Ожирение IIa степени.

Дневники наблюдения:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата  | Содержание | Лечение |
| 16.10.2012г.Т=36,8ОС,АД=170/90 мм.рт.ст.PS=80уд/мин. | При осмотре сознание ясное, состояние ближе к удовлетворительному.Жалобы на жажду, сухость во рту, головную боль. Кожные покровы чистые, обычной окраски и влажности.Тоны сердца ритмичные, приглушенны. Дыхание везикулярные, хрипов нет. ЧДД 18 в мин.Пальпация живота безболезненная во всех отделах живота.Физ. оправления не нарушеныОтеки: нет | 1. Режим:стационарный
2. Стол №9
3. Rp.: Tab. Amaril 0.001 №20

D.S. Внутрь по 2 таблетки 1 р/сутки. Непосредственно перед завтраком.1. Rp.: Tab. Metformin 0.5 №20

D.S. Внутрь. По 1 т. 2р/с во время еды. Утром и вечером.1. Tab. Captoprili 0.025 №10

D.S. Внутрь. По 1 т. 2р/д. За час до еды.1. Тиогамма 600 мг. + натрия хлорид 0.9 % 200 мл. внутривенно капельно 1 раз в день в 10.00.
2. Rp.: Tab. Cardiomagnil 0.075 №10

D.S. Внутрь.1 таблетка 1 раз в день в 18.00.1. Rp.: Sol. Pyracetam 20 % - 5 ml. D.S. Вводить внутривенно капельно по 2 ампулы 1 раз в день в 10.00.
2. Rp.: Tab. Sinvastatini 0.01 №20

D.S. Внутрь. По 1 т. 1 р/с. Вечером. |
| 18.10.2012г.Т=36,6ОС,АД=140/70 мм.рт.ст.PS=74уд/мин. | При осмотре сознание ясное, состояние ближе к удовлетворительному.Жалобы отсутствуют. Кожные покровы чистые, обычной окраски и влажности.Тоны сердца ритмичные, приглушенны. Дыхание везикулярные, хрипов нет. ЧДД 17 в мин.Пальпация живота безболезненная во всех отделах живота.Физ. оправления не нарушеныОтеков нет | 1. Режим:стационарный
2. Стол №9
3. Rp.: Tab. Amaril 0.001 №20

D.S. Внутрь по 2 таблетки 1 р/сутки. Непосредственно перед завтраком.1. Rp.: Tab. Metformin 0.5 №20

D.S. Внутрь. По 1 т. 2р/с во время еды. Утром и вечером.1. Tab. Captoprili 0.025 №10

D.S. Внутрь. По 1 т. 2р/д. За час до еды.1. Тиогамма 600 мг. + натрия хлорид 0.9 % 200 мл. внутривенно капельно 1 раз в день в 10.00.
2. Rp.: Tab. Cardiomagnil 0.075 №10

D.S. Внутрь.1 таблетка 1 раз в день в 18.00.1. Rp.: Sol. Pyracetam 20 % - 5 ml. D.S. Вводить внутривенно капельно по 2 ампулы 1 раз в день в 10.00.
2. Rp.: Tab. Sinvastatini 0.01 №20

D.S. Внутрь. По 1 т. 1 р/с. Вечером. |
| 19.10.2012г.Т=36,9ОС,АД=130/80 мм.рт.ст.PS=78уд/мин. | При осмотре сознание ясное, состояние ближе к удовлетворительному.Жалобы отсутствуют. Кожные покровы чистые, обычной окраски и влажности.Тоны сердца ритмичные, приглушенны. Дыхание везикулярные, хрипов нет. ЧДД 19 в мин.Пальпация живота безболезненная во всех отделах живота.Физ. оправления не нарушены | 1. Режим:стационарный
2. Стол №9
3. Rp.: Tab. Amaril 0.001 №20

D.S. Внутрь по 2 таблетки 1 р/сутки. Непосредственно перед завтраком.1. Rp.: Tab. Metformin 0.5 №20

D.S. Внутрь. По 1 т. 2р/с во время еды. Утром и вечером.1. Tab. Captoprili 0.025 №10

D.S. Внутрь. По 1 т. 2р/д. За час до еды.1. Тиогамма 600 мг. + натрия хлорид 0.9 % 200 мл. внутривенно капельно 1 раз в день в 10.00.
2. Rp.: Tab. Cardiomagnil 0.075 №10

D.S. Внутрь.1 таблетка 1 раз в день в 18.00.1. Rp.: Sol. Pyracetam 20 % - 5 ml. D.S. Вводить внутривенно капельно по 2 ампулы 1 раз в день в 10.00.
2. Rp.: Tab. Sinvastatini 0.01 №20

D.S. Внутрь. По 1 т. 1 р/с. Вечером. |

Динамика: положительная (жалобы отсутствуют).

Эпикриз

ХХХ, 78 лет находится на лечении в отделении эндокринологии 9 КГБ с 12.10 с диагнозом:

Основной: Сахарный диабет II типа, впервые выявленный, стадия декомпенсации обменных процессов.

Осложнения: Хроническая ишемия головного мозга смешанного генеза. Диабетическая ретинопатия непролиферативная стадия. Диабетическая микроангиопатия нижних конечностей. Дистальная диабетическая полинейропатия. Жировой гепатоз.

Сопутствующие: Артериальная гипертензия 3 степени, риск 4. Атеросклероз аорты, коронарных, мозговых сосудов. Состояние после резекции левой молочной железы в 2005г по поводу рака с последующей химиотерапией.

Фон: Ожирение IIa степени.

* Диагноз сахарный диабет поставлен на основании диабетических жалоб на сухость во рту, жажду, учащение мочеиспускания, ночные мочеиспускания, увеличения объема мочи; зуд в паховой области, повышения уровня сахара в крови до 12 ммоль/л. Факторами риска данного заболевания являются:

Гиподинамия, наличие случаев данного заболевания в семье, ожирение, стресс, артериальная гипертензия, тяжелое течения беременности и родов (многоводье, крупный плод).

У данной пациентки факторами риска являлись: Гиподинамия, ожирение IIа степени, артериальная гипертензия (в течение длительного времени).

* II тип поставлен на основании возраста, в котором заболевание манифестировало (78 лет), заболевание развивалось постепенно, клиника была стертая, течение заболевания скрытое (в начале лета жалобы были выражены умеренно, с начала октября состояние больной значительно ухудшилось (нарастала слабость, жажда стала беспокоить постоянно, участились мочеиспускания до 15 раз в сутки, из них 3 раза ночью, появился зуд в паховой области).
* Впервые выявили заболевания в поликлинике по месту жительства 12.10.12 по показателям глюкозы в крови натощак у пациентки. Они составили 12 ммоль/л.
* Декомпенсация заболевания поставлена на основании показателей глюкозы в капилярной крови натощак 9,7 ммоль/л, посптрандиальная 15,0 ммоль/л, перед сном 13,6 ммоль/л.

Осложнения сахарного диабета:

* Хроническая ишемия головного мозга смешанного генеза (атеросклеротического, гипертонического, диабетического) поставлен на основании жалоб больной на постоянные головные боли без четкой локализации, головокружения, заключения осмотра невролога(снижение памяти), данных объективного осмотра.
* Диабетическая ретинопатия непролиферативная стадия поставлена на основании объективного осмотра (снижено зрения), заключения осмотра офтальмолога (OU: Спокоен. Роговица прозрачная. Рефлекс с глазного дна розовый. Глазное дно: ДЗН бледно-розовый, границы четкие. Артерии сужены, неравномерного калибра, извиты. Вены расширены
* Диабетическая микроангиопатия нижних конечностей поставлена на основании объективного осмотра (кожные покровы холодные на ощупь), данных осмотра сосудистого хирурга: Status localis: артериальное кровообращение в конечностях магистрального типа, компенсированное. Признаки диабетической ангиопатии-пульсация на периферии сохранена, снижена, результатов Реовазография нижних конечностей: заключение: Пульсовое кровенаполнение выраженно снижено в стопе справа, в голени справа. Выявлена асимметрия кровенаполнения в голенях (слева меньше, чем справа на 40%) и в стопах (слева меньше, чем справа на 26 %). Соотношение кровенаполнение стопа/голень справа равно 1,35 ( N=1.4-1.6). Регионарное сосудистое сопротивление повышено в голени и стопе справа, снижено стопе слева, а в норме в голени слева.
* Дистальная диабетическая полинейропатия поставлена на основании жалоб больной на боли, онемение и зябкость стоп; данных объективного осмотра (Имеется нарушение чувствительности по типу «перчаток и носков», тактильная чувствительность снижена).
* Жировой гепатоз поставлен на основании данных ультразвукового исследования и объективного осмотра пациента (печень выступает на 0,5 см из-под края правой реберной дуги).
* Сопутствующие: Артериальная гипертензия 3 степени, риск 4. Атеросклероз аорты, коронарных, мозговых сосудов. Состояние после резекции левой молочной железы в 2005г по поводу рака с последующей химиотерапией.
* Фон: Ожирение IIa степени (ИМТ 30,5).

За время пребывания в стационаре состояние больной улучшилось (такие жалобы как сухость во рту, постоянная жажда, учащенное мочеиспускание, в том числе и ночные, увеличение объема мочи, зуд в паховой области, боль онемение и зябкость стоп – исчезли)

За время пребывании в стационаре больной было проведено следующее лечение:

* 1. Диетотерапия
1. Rp.: Tab. Amaril 0.001 №20

D.S. Внутрь по 2 таблетки 1 р/сутки. Непосредственно перед завтраком.

1. Rp.: Tab. Metformin 0.5 №20

D.S. Внутрь. По 1 т. 2р/с во время еды. Утром и вечером.

1. Tab. Captoprili 0.025 №10

D.S. Внутрь. По 1 т. 2р/д. За час до еды.

1. Тиогамма 600 мг. + натрия хлорид 0.9 % 200 мл. внутривенно капельно 1 раз в день в 10.00.
2. Rp.: Tab. Cardiomagnil 0.075 №10

D.S. Внутрь.1 таблетка 1 раз в день в 18.00.

1. Rp.: Sol. Pyracetam 20 % - 5 ml. D.S. Вводить внутривенно капельно по 2 ампулы 1 раз в день в 10.00.
2. Rp.: Tab. Sinvastatini 0.01 №20

D.S. Внутрь. По 1 т. 1 р/с. Вечером

9. Обучение в школе диабета.

Прогноз для жизни

* для жизни относительно благоприятный из-за позднего диагностирования заболевания и наличия большого количества осложнений;
* социальный- благоприятный (нарушения адаптивной функции, к социальному образу жизни данное заболевание за собой не повлечет).

Рекомендации:

* соблюдение гипокаллорийной диеты (1600 ккал) с ограничением потребления насыщенных жиров, снижение потребления холестерина( менее 300 мг в сутки),употребление продуктов с высоким содержанием пищевых волокон. Прием пищи дробный до 4-5 раз в сутки. Ограничение приема соли и алкоголя.;
* соблюдение приема сахароснижающих таблетированных препаратов;
* контроль над уровнем глюкозы в крови 1 раз в день и 4 раза в день 3 раза в неделю.
* профилактика осложнений (прием препаратов альфа-липоевой кислоты, ноотропов, витаминов группы В6, гипотензивных препаратов).
* наблюдение у эндокринолога, кардиолога, невролога, офтальмолога и терапевта в поликлинике по месту жительства.