I. ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ

1. Ф.И.О: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Возраст 53 года
3. Пол женский.
4. Национальность белоруска.
5. Семейное положение замужем.
6. Профессия –не работает
7. Домашний адрес – \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
8. Дата поступления в клинику – 03.02.15 в 9.50.
9. Диагноз направившего учреждения – Сахарный диабет 1 типа.
10. Диагноз при поступлении: Сахарный диабет 1 типа, стадия декомпенсации.
11. Клинический диагноз: Сахарный диабет LADA , стадия декомпенсации.

II.ЖАЛОБЫ

Жалобы на день госпитализации:

На сухость во рту, жажду, слабость, чередование с гипогликемическими состояниями, онемение пальцев ног и рук, мурашки в ногах, быстрая утомляемость при ходьбе, ухудшение зрения в виде помутнения.

Жалобы на день курации:

На слабость, жажду, сухость во рту.

III.ANAMNESIS MORBI

Диагноз сахарный диабет 1 типа был установлен в августе 2004 года во время планового обследования. Получала глибенкламид 10 мг/сут., в течение последних 3 лет получает инсулинотерапию – новорапид 6-6-6; лантус 18+2Ед. Самоконтроль гликемии проводит. Дневник диабетика ведёт. Колебания глюкозы в течении суток 2- 24 ммоль/л. Ухудшение самочувствия и компенсации в течение месяца, нарастает жажда, сухость во рту, беспокоит слабость, онемение пальцев ног, рук, мурашки в обоих конечностях, изменение веса отрицает.

Обследована в поликлинике по месту жительства. Направлена на стационарное лечение. Цель госпитализации - компенсация сахарного диабета, подбор адекватной дозы инсулина, лечение осложнений. Для стационарного лечения препараты инсулина Новорапид, Лантус.

IV. ANAMNESIS VITAE

Перенесенные заболевания простудные, страдает БА. Туберкулез, онко-, венерические заболевания отрицает. Вирусный гепатит отрицает. Аллергологический анамнез отягощен- поливалентная аллергия. Наследственный анамнез не отягощен. Операции: экстирпация матки с придатками. Трансфузий крови и кровезаменителей не производилось. Акушерский и гинекологический анамнез менопауза. Гинекологический заболеваний нет. Экспертно-трудовой анамнез –инвалид 3 группы

V. STATUS PRAESENS

**Общий осмотр**

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Нормостенического типа телосложения. Рост 170 см, Вес 85 кг. Кожа чистая, сухая, бледная. Тургор кожи в норме. Видимые слизистые бледно-розовые. Подкожная клетчатка развита умеренно. Лимфатические узлы, доступные пальпации не увеличены, эластичные, мягкие, неспаянны с кожей. Щитовидная железа не увеличена, безболезненна, однородная, эластичная. Костно-мышечная система без особенностей. Суставы не изменены, движения в полном объеме. Отеков нет.

**Система органов дыхания**

Дыхание везикулярное над всей поверхностью легких, хрипов и крепитации не выявлено. ЧД 16 в мин.

**Система органов кровообращения**

*Осмотр области сердца и крупных сосудов*

Верхушечный толчок не виден, патологической пульсации сосудов нет.

*Пальпация сосудов*

Ослабленная пульсация на голени обоих ног.

Верхушечный толчок пальпируется в 5-м межреберье на 1см кнутри от левой срединно-ключичной линии. Площадь 1см2.

*Перкуссия сердца и сосудистого пучка*

Границы относительной и абсолютной тупости сердца в пределах нормы.

*Аускультация сердца и сосудов*

Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС – 78 в 1 мин.

АД – 120/80мм.рт.ст.

**Система органов пищеварения**

Язык влажный, не обложен.

Живот мягкий, безболезненный, доступен для глубокой пальпации во всех отделах.

Печень не выступает из под края реберной дуги. Край ровный, гладкий.

Размеры печени по Курлову: 9см., 8см., 7см.

Селезенка не пальпируется.

**Мочеполовая система**

Мочеиспускание свободное, безболезненное. Симптом поколачивания отрицательный с обех сторон. Диурез 1,5-2 л

**Психоневрологический статус**

Сознание ясное, пациентка несколько апатична. Реакция зрачков на свет нормальная.

VII. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРАТОРНЫХ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ

МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

1. Общий анализ крови25 .02.13

Эритроциты: 4,07х1012 /л

Гемоглобин: 135г/л

Лейкоциты:7 ,2х109 /л

Эозинофилы: 2%

Лимфоциты: 41%

Палочкоядерные:6%

Сегментоядерные:48%

Моноциты: 3%

СОЭ:10 мм/ч.

2. Биохимический анализ крови 25.02.13

Билирубин: общий – 15,7ммоль/л

прямой – 2,7 ммоль/л

Мочевина: 4,7ммоль/л

Креатинин: 76ммоль/л

Общий белок: 75 ммоль/л

Холестерин 6,3ммоль/л

ЛПНП 4,4 г/л

ЛПВП 1,45ммоль/л

ЩФ46 Е/л

АлАт: 17ЕД

АсАт:21ЕД

ТГ: 0,9ммоль/л

3. Общий анализ мочи

Реакция: кислая

Удельный вес: 1022 г/мл

Прозрачность:полная

Белок: нет

Ацетон ++

Сахар 31,4ммоль/л

Эпителий: 1-2 в поле зрения

Лейкоциты: 2-3 в поле зрения

4.Уровень глюкозы натощак 8,1ммоль/л

5. Анализ на Антитела к GAD

=2,5 Ед/мл.

6. Профиль АД

До завтрака 120/80

После завтрака 120/80

До обеда 120/80

После обеда 120/80

До ужина 120/80

После ужина 120/80

7. ЭКГ

Ритм синусовый, 73 в минуту. Вертикальная ЭОС.

IX. ОБОСНОВАНИЕ ДИАГНОЗА

Сахарный диабет установлен в возрасте 11 лет назад в возрасте 42лет случайно при плановом обследовании .

СД тип LADA: острое начало, с кетоацидоза, резкое снижение веса, анализ на антитела к GAD =2,5 Ед/мл..

Стадия декомпенсации: уровень глюкозы натощак 8,1ммоль/л; в ОАМ глюкозурия 31,4 ммоль/л, ацетон в моче ++;

Диабетическая непролиферативная ретинопатия жалобы на помутнение в глазах, при осмотре глазного дна: ДЗН бледно-розовые, контуры четкие. а/в =1/3. ДЗ, Пресбиопия. Ангиопатия сетчатки обоих глаз.

Диабетическая полинейропатия жалобы на онемение пальцев ног и рук, мурашки в обоих конечностях, снижение чувствительности справа, требуется консультация невролога.

Заключительный клинический диагноз: Сахарный диабет LADA , стадия декомпенсации. Диабетическая полинейропатия с чувствительными расстройствами. Диабетическая непролиферативная ретинопатия.

X. ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ

1. Суточный калораж

Вес 85, рост 171

ИМТ= 27,

Энергетическая потребность в соответствии с фенотипом – 20 ккал/кг/сут

БЭБ= 20 ккал/кг/сут \* 85 кг= 1700 ккал

Суточный калораж= 1700+ 1/6\*1700= 1990 ккал

2. Инсулинотерапия:

Суточная доза инсулина 0,5Ед/кг\*85кг= 42 Ед

* Интенсифицированная терапия

Rp:. Insulini Novorapidi 42 Ед

S: за 15 мин. до еды; завтрак- 21Ед, обед- 14Ед, ужин- 7Ед п/к

* Базис-болюснаяинсулинотерапия:

Rp: Insulini Lantysi 14Ед

S: на ночь 14Ед в сутки п/к.

Rp: Insulini Novorapidi 28Ед

S: за 15 мин. до еды; завтрак- 14Ед, обед- 8Ед, ужин-6Ед п/к

4. Гибкая инсулинотерапия:

Завтрак:

Каша овсяная – 5 ХЕ

Кусок сыра– 1 ХЕ

Яблоко 2 шт. – 1 ХЕ

Insulini Novorapidi 7 ЕД п/к перед едой

Обед:

Бульон – 0 ХЕ

хлеб 2 ломтика 2ХЕ

котлета 65г - 6 ХЕ

каша ячневая . 5ХЕ

кисель 1,5 ст – 300мл -1 ХЕ

сырники3 шт. 225 г – 3 ХЕ

варенье – 1 ХЕ

Insulini Novorapidi 18 ЕД п/к перед едой

Ужин:

кефир 1ст.\250 мл – 1 ХЕ

сушки 6 шт. – 3 ХЕ

Insulini Novorapidi 4ЕДп/к

 В 23.00 Ins. Lantus 14ЕД п\к

XII.ЭПИКРИЗ

Шарикова Людмила Ивановна 53 года, поступила в ВОКБ с жалобами на сухость во рту, жажду, слабость, чередование с гипогликемическими состояниями, онемение пальцев ног и рук, мурашки в ногах, быстрая утомляемость при ходьбе, ухудшение зрения в виде помутнения. Выставлен диагноз сахарный диабет LADA, стадия декомпенсации. Диабетическая полинейропатия с чувствительными расстройствами. Диабетическая непролиферативная ретинопатия. Болеет с 2004 года, принимала глибенкламид, последние 3 года получает инсулинотерапию.

Были проведены исследования:

1. Общий анализ крови25 .02.13

Эритроциты: 4,07х1012 /л

Гемоглобин: 135г/л

Лейкоциты:7 ,2х109 /л

Эозинофилы: 2%

Лимфоциты: 41%

Палочкоядерные:6%

Сегментоядерные:48%

Моноциты: 3%

СОЭ:10 мм/ч.

2. Биохимический анализ крови 25.02.13

Билирубин: общий – 15,7ммоль/л

прямой – 2,7 ммоль/л

Мочевина: 4,7ммоль/л

Креатинин: 76ммоль/л

Общий белок: 75 ммоль/л

Холестерин 6,3ммоль/л

ЛПНП 4,4 г/л

ЛПВП 1,45ммоль/л

ЩФ46 Е/л

АлАт: 17ЕД

АсАт:21ЕД

ТГ: 0,9ммоль/л

3. Общий анализ мочи

Реакция: кислая

Удельный вес: 1022 г/мл

Прозрачность:полная

Белок: нет

Ацетон ++

Сахар 31,4ммоль/л

Эпителий: 1-2 в поле зрения

Лейкоциты: 2-3 в поле зрения

4.Уровень глюкозы натощак 8,1ммоль/л

5. Анализ на Антитела к GAD

=2,5 Ед/мл.

Проводилось лечение:

Стол МД, ЛФК, инсулинотерапия:

Rp: Insulini Lantysi 14Ед

S: на ночь 14Ед в сутки п/к.

Rp: Insulini Novorapidi 28Ед

S: за 15 мин. до еды; завтрак- 14Ед, обед- 8Ед, ужин-6Ед п/к

Rp: Тiodammi 0.6

D.t.d N 30 in tab

S. по 1 таблетке утром

Прогноз для выздоровления неблагоприятный. Прогноз для жизни благоприятный.

Рекомендовано: продолжать инсулинотерапию, соблюдение диеты, витаминотерапия, наблюдение невропатолога, плановая госпитализация 1 раз в год.

ЛИТЕРАТУРА:

* Учебное пособие по эндокринологии В.В. Янголенко, Витебск , 2003г.
* Практикум по эндокринологии В.В. Янголенко, Витебск, 2007гю
* Клиническая эндокринология В.В Скворцов, А.В. Тумаренко, Ростов-на –Дону, 2009г.
* Эндокринология. И.И. Дедов, Г.А. Мельниченко, В.В. Фадеев, Москва 2007г.