**Общие сведения о больном.**

Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Пол: жен.

Возраст (полных лет): 17.04.1998 г.р. (8 лет)

Национальность: Казашка

Образование: Среднее

Название предприятия или учреждения (где работает больной): СОШ

Занимаемая должность: ученица 6 класса.

Место постоянного жительства: Актогайский р-он, с. Шуга

Дата поступления: 05.09.2010

Дата выписки из клиники: 13.09.2010

Диагноз в направительном документе: Сахарный диабет

Клинический диагноз: Сахарный диабет I степени

**Жалобы, предъявленные больным.**

Жалобы на общую слабость, повышенную утомляемость, потери аппетита, рвоту на прием любой пищи, кроме сладостей.

## История настоящего заболевания.

(anamnesis morbi)

Начало постепенное. Сильно похудела, рвота на прием любой пищи, кроме сладостей. Ест в небольшом количестве. 15 дней назад ела дикие яблоки, после чего появился стоматит, рвота 3-4 дня, появилась сильная жажда, стала худеть. Обратилась в приемный покой. Взята моча на аустон ++ и сахар – 3%. Кровь на сахар 24,4.

**История жизни.**

(Anamnesis vitae)

6 ребенок от 6 беременности. Состояние ребенка после рождения 7 по шкале Апгар.

Выписана из роддома на 4 сутки.

Масса тела 3350г. и рост 54 см. ребенка после рождения.

Вид вскармливания - искусственный.

Перенесенные заболевания – ангина.

Аллергический анамнез не отягощен.

Состояние здоровья родителей - отец здоров.

Эпид анамнез – контакта с инфекционными больными до поступления в стационар не было.

### Настоящее состояние больного.

(status praesens)

## Общий осмотр.

Общее состояние тяжелое. Сознание заторможенное. Кожные покровы чистые, цвет бледно - желтые. Подкожно-жировая клечатка развита удовлетворительно, распределена равномерно. Температура – 36, 5°С.

Положение больного вынужденное. Осанка правильная. Голова обычного размера. Телосложение правильное конституциональный тип – астенический. Тургор тканей нормальный. Лимфатические узлы не увеличены. Патологических искривлений позвоночника нет. Язык влажный, багрово – малинового цвета. Зев спокоен. Носовое дыхание свободное. Форма живота обычная. Живот симметричен, не вздут, при поверхностной пальпации мягкий безболезненный. Печень у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания с обеих сторон отрицателен. Дизурических расстройств нет. Стул оформленный. Аппетит хороший. Глотание и прохождение пищи по пищеводу свободное. Частота мочеиспускания днем 4, ночью 1. Количество мочи за сутки 900. Цвет мочи нормальный.

## Система органов дыхания.

Осмотр грудной клетки. Форма грудной клетки нормостеническая. Грудная клетка симметрична. Ширина межрёберных промежутков и направление рёбер не изменены. Лопатки плотно прилегают к грудной клетке. Тип дыхания брюшной, дыхательные движения симметричны. Дыхание ритмичное, поверхностное.

Пальпация грудной клетки. Болезненности и деформации при ориентировочной пальпации грудной клетки не выявлено. Резистентность грудной клетки обычная, симметричная. Голосовое дрожание неизменённое, равномерное над всеми легочными полями.

Перкуссия грудной клетки. При сравнительной перкуссии определяется коробочный легочный звук над всеми легочными полями. По данным топографической перкуссии высота стояния верхушек легких спереди над ключицей — по 5 см с обеих сторон, сзади — на уровне остистого отростка седьмого шейного позвонка. Ширина полей Кренига — по 5 см с обеих сторон.

**Система органов кровообращения.**

Осмотр области сердца. При осмотре области сердца сердечный, верхушечный толчок и эпигастральная пульсация не определяются, систолического втяжения в этих местах нет.

Пальпация сердечной области. Пальпаторно в V межреберье на 1см кнаружи от левой среднеключичной линии определяется положительный верхушечный толчок Сердечный толчок при пальпации не определяется.

Перкуссия сердца. Перкуторно определены границы относительной сердечной тупости: правая — на 1 см кнаружи от правого края грудины в IV межреберье, левая — на 1 см кнаружи от левой среднеключичной линии в V межреберье, верхняя — по верхнему краю III ребра (по левой парастернальной линии). Ширина сосудистого пучка во II межреберье 5 см. Конфигурация сердечного притупления правильная. Границы абсолютной сердечной тупости: правая — по правому края грудины в IV межреберье, левая — в V межреберье на 0,5 см кнутри от левой границы относительной тупости сердца, верхняя — на уровне верхнего края IV ребра по левой парастернальной линии.

Аускультация сердца. Ритм сердечных сокращений ясный, звучный, правильный. Раздвоения и расщепления, дополнительных и патологических тонов нет.

Осмотр артерий. При осмотре сонных артерий и артерий конечностей патологических изменений не наблюдается; пульсации дуги аорты в ярёмной ямке нет.

Пальпация артерий. При пальпации артерий определяется их гладкая, мягкая стенка. Артериальный пульс одинаковый на обеих лучевых артериях — 80 уд/мин, ритм правильный, одинаковый, дефицита пульса нет, форма пульсовой волны обычная, пульс напряжённый, обычного наполнения, нормальной величины. Капиллярный пульс отсутствует. Пульс на тыльной артерии стопы и передней большеберцовой артерии ослаблен. ЧСС не зависит от фазы дыхательного цикла.

Осмотр вен. При осмотре шейных вен набухания нет, венный пульс не выражен. При аускультации ярёмных вен, сонных, подключичных и бедренных артерий патологических шумов не выявлено.

АД = 90/60 мм. рт. ст.

сахарный диабет лечение

**Система органов пищеварения.**

Жажда: количество выпиваемой за день жидкости 1,5 – 2 л.

Жевание, глотание и прохождение пищи через пищевод свободное и безболезненное.

Рвота – на прием любой пищи, кроме сладкого.

Болей, отрыжки, изжоги, метеоризма, тяжести в животе не ощущает.

Отхождение газов свободное.

Дефекация нарушена 3-4 раза в неделю, ложных и императивных позывов не ощущает.

Кал оформленный колбасовидный, коричневого цвета, без посторонних примесей. Болей при дефекации нет.

Осмотр:

Рот, губы. Слизистая оболочка полости рта розовая, влажная, без высыпаний. Одиночный стоматит. Десны здоровые. Трещин губ и заед нет. Зубы сохранны. Кариеса нет. Язык не обложен, багрово-малинового цвета.

Образования зева без налетов и язв. Глотка обычной окраски, гладкая, блестящая без патологических изменений. Запах изо рта отсутствует.

Живот:

Осмотр. Живот не увеличен, симметричен, слабо участвует в акте дыхания. Пупок втянут, диаметром около 1 см. Подкожные вены не расширены. Ориентировочная поверхностная пальпация живота. Выявляется обычный тонус брюшных мышц, одинаковый справа и слева. Пальпация безболезненна. Симптом Щёткина-Блюмберга отсутствует. Зоны кожной гиперестезии не выявлены. При ориентировочной перкуссии живота выявляется тимпанический звук. При аускультации живота определяется кишечная перистальтика. При глубокой топографической методической скользящей пальпации по Образцову-Стражеско: Желудок: видимого увеличения желудка не наблюдается;

большая кривизна желудка методами аускультоаффрикции и аускультоперкуссии определяется выше пупка на 3 см, глубокая пальпация большой кривизны желудка: дупликатура гладкая, обычной толщины, безболезненная, урчания и плеска нет. Инфильтраты и плотные конгломераты не пальпируются. Точки Гербста, Опенховского, Боаса и Певзнера безболезненны; точечной болезненности в эпигастрии (симптом Менделя) нет. Симптома Мейо-Робсона не выявлено.

## Гепато – лиенальная система.

Размеры печени по Курлову: по правой среднеключичной линии - 9см, по срединной линии – 8, по левой рёберной дуге - 7 см; Желчный пузырь не пальпируется. Зон кожной гиперестезии нет. Френикус-симптом, симптомы Кера, Ортнера-Грекова, Мерфи, Лепене, Курвуазье отрицательны.

Селезенка. Болей в левом подреберье нет, в положении на спине и на правом боку не пальпируется. Перкуторно размеры селезёнки: поперечник - 5 см, длинник - 7 см (по X ребру).

**Система органов мочевыделения.**

Мочеиспускание свободное. Болей в области почек нет. Видимых припуханий в поясничной области не наблюдается. В положении стоя, лёжа на спине, правом и левом боку почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный. При пальпации по ходу мочеточников болезненности нет. При перкуссии определяется умеренное наполнение мочевого пузыря, при пальпации мочевой пузырь не прощупывается, безболезненность в области мочевого пузыря отсутствует.

**Эндокринная система.**

Щитовидная железа. Видимого увеличения нет. При пальпации щитовидная железа не увеличена, пальпируется мягкоэластической консистенции, безболезненный перешеек щитовидной железы, перемещающийся вверх при глотательном движении. Пульсация отсутствует.

**Нервная система и органы чувств.**

Сознание заторможенное. Настроение пассивное, не общительна. Сонливости не наблюдается. Кожные рефлексы (брюшные, кремастерные) и сухожильные (коленные, ахилловы) в норме. Менингеальные симптомы отсутствуют. Координационные пробы: пальценосовая, пяточно-коленная, поза Ромберга без патологии. Походка не изменена. Координация движений не нарушена. В месте, времени и личности ориентирован. Память на события хорошая. Не внимательна. Дермографизм в норме. Запахи ощущает, вкус чувствует. Острота зрения нормальная. Глазные щели симметричны. Косоглазия нет. Зрачки одинаковые, строго округлые, на одном горизонтальном уровне. Реакция зрачков на свет живая, содружественная. Аккомодация и конвергенция не нарушены. Нистагма нет. Острота слуха нормальная. Расстройств речи не выявлено. Внешний осмотр глаз: Отделяемого нет. Гиперемии конъюнктив, инъекции сосудов склер не наблюдается. Боли при движении глаз не отмечает. Внешний осмотр ушей: Отделяемого нет. Гиперемии кожи наружного слухового прохода не наблюдается. Надавливание на tragus безболезненно.

**Предварительный диагноз и его обоснование**

Предварительный д \з Сахарный диабет I степени.

План обследования:

1. Анализ крови общий
2. Общий анализ мочи
3. Кал, соскоб на яйца глистов.
4. Тестирование инсулина
5. в/в инфузная терапия
6. диета с ограничением углеводов
7. Развернутый АК
8. Биохимический АК
9. Моча по Нечипоренко
10. Очистительная клизма

**Результаты дополнительного исследования больного.**

**5.09.10**

**Общий анализ крови**

Эритроциты 5,0х1012/л

Hb 162 г/л

Лейкоциты 6,4х109/л

Эозинофилы 0%

Тромбоциты 300х109/л

СОЭ 10 мм/час.

**Общий анализ мочи**

цвет соломенно-желтый

реакция кислая

удельный вес 1010

прозрачная

белок 0, 066г/л

глюкоза 3%

плоский эпителий 4-5 в поле зрения

лейкоциты 1-2 в поле зрения

**Б/Х Крови**

Общий белок 52

Мочевина 10 ммоль/л

Креатинин 35 ммоль/л

Кальций 1,25 ммоль/л

Калий 3,60 ммоль/л

Натрий 142,1 ммоль/л

АлаТ 0,5%

АсаТ 0,4%

Билирубин общий 9,8

Билирубин прямой следы

**Глюкоза в крови**

12:50 – 26,4

15:15 – 27,7

16:00 – 25,6

17:10 – 26,3

17:30 – 22,0

**6.09.10**

**Общий анализ мочи**

цвет соломенно-желтый

реакция кислая

удельный вес 1010

прозрачная

белок 0,32г/л

плоский эпителий 3-4 в поле зрения

лейкоциты 12-13 в поле зрения

эритроциты большое кол-во

**Моча по Нечипоренко**

Эритроциты сплошь в поле зрения

**Кал на я/г**

Не обнаружен

**Глюкоза в крови**

7:30 – 6,2

15:00 – 3,6

16:00 – 15,6

17:30 – 18,8

18:10 – 23,2

19:00 – 15,3

20:00 – 13,9

21:00 – 10,1

24:00 – 13,3

**7.09.10**

**Развернутый АК**

Лейкоциты 5,2 х109/л

Нейтрофилы 54%

Лимфоциты 38%

Моноциты 7%

Эозинофилы 1%

Базофилы 0%

Эритроциты 4,28 х1012/л

Гемоглобин 107 г/л

Гематокрит 31,0%

MСW 72,4 фл

МСН 25,0 м

МСНС 345 г/л

Тромбоциты 180 х109г/л СОЭ 9 мм/ч

**АК на RW**

отрицательный

**Глюкоза в крови**

7:00 – 8,7

8:30 – 7,3

15:30 – 10,6

**8.09.10**

**Кал на я/г**

Не обнаружен

**Глюкоза в крови**

7:00 – 8,7

15:00 10,2

**9.09.10**

**Общий анализ мочи**

цвет прозрачный

реакция щелочная

удельный вес 1010

прозрачная

белок отрицательный

плоский эпителий 1-2 в поле зрения

лейкоциты 1-2в поле зрения

соли (фосфаты) 111

**Глюкоза в крови**

7:30 – 7,2

15:30 – 15,6

**10.09.10**

**Глюкоза в крови**

7:30 – 7,3

14:00 – 16,8

15:00 – 16,5

**13.09.10**

**Глюкоза в крови**

7:30 – 3,6

9:40 – 4,1

**Клинический диагноз**

На основании проведенных лабораторных исследований и жалоб больной подтверждаю диагноз – Сахарный диабет I степени

**Дифференциальный диагноз**

Дифференциальный диагноз основан на анализе клинических симптомов и, главным образом, лабораторных данных.

Дифференциальный диагноз СД I типа проводят с заболеваниями, сопровождающимися полиурией, полидипепсией, снижением массы тела, глюкозурией. Несахарный диабет характеризуется полиурией с низкой относительной плотностью мочи, агюкозурией, нормогликемией. Почечный диабет сопровождается глюкозурией при нормальной концентрации глюкозы в крови, а в данной истории болезни глюкоза в крови увеличена. Так называемая «невинная» глюкозурия при значительной пищевой нагрузке легкоусвояемыми углеводами может быть следствием незрелости ферментных систем почечных канальцев только у детей первых месяцев жизни. Не всегда сахар в моче – глюкоза. Это может быть фруктоза, сахароза, галактоза и др., определяемые в моче вследствии заболевания (галактоземия, фруктозурия) либо избыточного потребления соответствующих углеводов.

Глюкозурия и умеренная гипергликемия возможны при травмах, инфекционных заболеваниях, интоксикациях, например, передозировки тетрациклина, хронических заболеваниях почек, внутривенном введении растворов глюкозы. Иногда в последующем у этих детей развивается сахарный диабет

**Этиология и Патогенез**

**Сахарный диабет – заболевание гетерогенное. СД Iтипа развивается вследствие деструкции или нарушения дифференцировки β-клеток островкового аппарата поджелудочной железы, приводящий к абсолютному дефициту инсулина. Показано, что в большинстве случаев к СД I типа имеется генетическая предрасположенность, и у ближайших родственников больного риск СД существенно повышен.**

**Обнаружено несколько генов, обуславливающих предрасположенность к СД I типа, располагающихся на разных хромосомах или на разных областях одной хромосомы. Их принято называть «диабетогенными локусами». Известны несколько десятков «диабетогенных локусов», носители которых имеют высокий риск заболевания.**

**Генетическая предрасположенность в ряде случаев реализуется при наличии пускового механизма. Факторы, провоцирующие развитие аутоиммунного инсулита, не известны, хотя не исключают возможность спонтанного аутоиммунного воспаления в β-клетках, независимо от внешних факторов. По мнению большинства исследователей, диабетогенные факторы внешней среды не являются непосредственными причинами СД, но повышают риск заболевания. Предполагают, что провоцирующими факторами могут быть вирусы, химические вещества, некоторые антигены коровьего молока, по структуре идентичные антигенам мембраны β-клеток. В последнем случае сенсибилизация происходит при раннем, до 3-недельного возраста, начале искусственного вскармливания.**

**Участие иммунопатологических процессов в разрушении β-клеток при СД I типа не вызывают сомнений. Однако инициация аутоиммунной реакции и механизмы деструкции β-клеток при разных вариантах СД бывают разными.**

**На ранних стадиях снижение секреции инсулина в результате деструкции или аплазии β-клеток не приводит к гипергликемии, затем появляется транзиторная гипергликемия после еды, позднее натощак. Гипоинсулинемия сопровождается снижением транспорта глюкозы в клетки, особенно в гепатоциты, адипоциты, миоциты и другие типы клеток, и в конечном итоге концентрация глюкозы во внеклеточной жидкости повышается. Снижается активность ряда ферментов аэробного и анаэробного гликолиза, цикла Кребса с уменьшением синтеза АТФ, НАДФ Н2. Кроме того, нарушается транспорт аминокислот и хиломикронов в клетки, что в сочетании с внутриклеточным энергетическим дефицитом приводит к снижению синтеза белка, гликогена, триглицеридов и повышению аминокислот, СЖК в крови.**

**Для компенсации энергетической недостаточности включается механизмы образования эндогенной глюкозы в печени. Под влиянием «контринсулярных» гормонов (глюкагон, адреналин, глюкокортикоиды и др.) активируется гликогенолиз, глюконеогенез, протеолиз, липолиз. В результате нарастает гипергликемия, повышается содержание в крови аминокислот, холестерина, СЖК, хиломикронов, и еще больше усугубляется энергетический дефецит.**

**Лечение**

1. Диета с максимальным ограничение углеводов. У детей с низкой или нормальной массой тела возможно применение малых (1-4 ЕД/ сут) доз инсулина на фоне диеты с ограничением легкоусвояемых углеводов, но физиологической калорийностью(Никотинамид)
2. Оральная регидрация (щелочные минеральные воды, подслащенный чай, соки, оралит). Если ребенок не пьет или продолжается рвота, вводят в/в струйно изолитический раствор натрия хлорида 5 мг/кг с кокарбоксилазой. При необходимости в течение
3. Инсулин подкожно.
4. Хумалог в/в оказывает эффект через несколько минут применяют перед или после еды.

**Дневник**

5.09.10 17:30

Т-36,5

АД 90/60

Состояние тяжелое, вялость, одышки нет, самочувствие страдает, кожные покровы чистые с бледно - желтоватым оттенком. Везикулярное дыхание в легких, потливость, снижено внимание. В биохимии крови снижен общий белок – 52.

В ОАК повышен гемоглобин, эритроциты – 5,0 х109/л

В ОАМ протеинурия.

Глюкоза в крови увеличена.

6.09.10 11:00

Т- 36,4

АД 90/60

Состояние тяжелое. Жалобы на общую слабость и бессонницу. Кожные покровы бледные, мешки под глазами. Везикулярное дыхание в легких, аппетит слабый, язык влажный багрово – малинового цвета, выраженная потливость, тремор рук.

В ОАМ протеинурия, лейкоцитурия.

Кал на я/г отрицательный.

Моча по Нечипоренко эритроциты сплошь в поле зрения.

Глюкоза в крови в большом количестве.

7.09.10 11:00

Т-ра- 36,4

АД 110/70

Состояние тяжелое. Кожные покровы бледные. Жалобы на чувство голода, тремор рук, потливость. Внимание нарушено, везикулярное дыхание в легких. Язык влажный багрово – розового цвета. Стула не было.

В анализе крови гемоглобин понижен.

Кровь на RW отрицательный.

Глюкоза в крови снижается, но все еще в большом кол-ве.

8.09.10 11:30

Т-ра- 36,4

АД 110/60

Состояние средне – тяжелое, кожные покровы все еще бледные, слабость, мешки под глазами, был стул - Кал оформленный колбасовидный, коричневого цвета, без посторонних примесей. Тремор рук прошел, была рвота. Потливость все еще присутствует.

Кал на я/г отрицательный

Глюкоза в крови увеличена.

9.09.10 10:30

Т-ра- 36,5

АД 110/70

Состояние средней тяжести, самочувствие хорошее, аппетит снижен, кожные покровы чистые, бледно – желтого цвета. Жалобы на бессонницу. Стул нормализовался.

ОАМ в норме – белок отрицательный, лейкоциты 1-2.

Глюкоза в крови все еще увеличена.

10.09.10 11:00

Т-ра-36,5

АД 110/60

Состояние удовлетворительное. Кожные покровы телесного цвета, аппетит пониженный. Жалобы на бессонницу и слабость. Стул нормальный.

Глюкоза в крови увеличена.

11.09.10 и 12.09.10 – выходные дни.

13.09.10 10:30

Т-ра 36,5

АД 110/70

Самочувствие хорошее. Жалоб нет. В выходные дни чувствовала себя хорошо. Ночной сон нормализовался, аппетит отличный, кожные покровы телесного цвета. Стул в норме.

Глюкоза в крови нормализовалась.

Идет подготовка к выписке.

**Составление эпикриза и выписной справки**

Куанышбаева Манура, 1998 г.р.

Актогайский р-он, с. Шуга.

Находился на лечении в соматическом отделении в Областной детской больнице с 05.09.10. по 13.09.10.

**Диагноз**: Сахарный диабет I степени.

**Жалобы** на общую слабость, повышенную утомляемость, потери аппетита, рвоту на прием любой пищи, кроме сладостей.

**An. morbi:** Начало постепенное. Сильно похудела, рвота на прием любой пищи, кроме сладостей. Ест в небольшом количестве. 15 дней назад ела дикие яблоки, после чего появился стоматит, рвота 3-4 дня, появилась сильная жажда, стала худеть. Обратилась в приемный покой. Взята моча на аустон ++ и сахар – 3%. Кровь на сахар 24,4.

Наследственность: нет.

Объективно: Общее состояние тяжелое. Сознание заторможенное. Кожные покровы чистые, цвет бледно - желтые. Подкожно-жировая клечатка развита удовлетворительно, распределена равномерно. Температура – 36, 5°С.

Положение больного вынужденное. Осанка правильная. Голова обычного размера. Телосложение правильное конституциональный тип – астенический. Тургор тканей нормальный. Лимфатические узлы не увеличены. Патологических искривлений позвоночника нет. Язык влажный, багрово – малинового цвета. Зев спокоен. Носовое дыхание свободное. Форма живота обычная. Живот симметричен, не вздут, при поверхностной пальпации мягкий безболезненный. Печень у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания с обеих сторон отрицателен. Дизурических расстройств нет. Стул оформленный. Аппетит хороший. Глотание и прохождение пищи по пищеводу свободное. Частота мочеиспускания днем 4, ночью 1. Количество мочи за сутки 900. Цвет мочи нормальный.

**Лаб. дан:**

**ОАК** от 5.09.10г. Эр-ты 5,0х1012/л; Hb 162 г/л; Лейк 6,4х109/л; Эозиноф 0%; Тром-ты 300х109/л; СОЭ 10 мм/час.

**Развернутый АК** от 7.09.10г. Лейк 5,2 х109/л; Нейтр 54%; Лимф-ты 38%; М-ты 7%; Эозиноф 1%; Базоф 0%; Эр-ты 4,28 х1012/л; Нв 107 г/л; Гематокрит 31,0%; MСW 72,4 фл; МСН 25,0 м; МСНС 345 г/л; Тромб-ты 180 х109г/л; СОЭ 9 мм/ч.

**АК на RW** отрицательный

**Б/Х Крови** от 5.09.10г. Общ.бел 52; Мочевина 10 ммоль/л; Креатинин 35 ммоль/л; Са 1,25 ммоль/л; К 3,60 ммоль/л; Nа 142,1 ммоль/л; АлаТ 0,5%; АсаТ 0,4%; Билир.общ 9,8 Билир. прям. Следы.

**ОАМ** от 5.09.10г. цв с/ж; реак. кисл.; удельный вес 1010; прозрачн; белок 0,066г/л; глюк3%; пл. эпит. 4-5 в поле зрения; лейк 1-2 в поле зрения.

**ОАМ** от 6.09.10г.цв с/ж; реак. кисл; удельный вес 1010; прозрачн; белок 0,32г/л;

пл. эпит. 3-4 в поле зрения; лейк. 12-13 в поле зрения; Эр-ты большое кол-во.

**ОАМ** от 9.10.10г. Цв. Прозрачн.; реак. щелочн.; удельный вес 1010; прозрачн;

белок отриц.; пл. эпит. 1-2 в поле зрения; лейк. 1-2в поле зрения; соли (фосфаты) 111.

**Моча по Нечипоренко** от 6.09.10г.Эритр сплошь в поле зрения

**Кал на я/г** от 6.09.10г.Не обнаружен

**Кал на я/г** от 8.09.10г.Не обнаружен

**Глюкоза в крови**

От 5.09.10г. От 6.09.10г. От 7.09.10г.

12:50 – 26,4 7:30 – 6,2 7:00 – 8,7

15:15 – 27,7 15:00 – 3,6 8:30 – 7,3

16:00 – 25,6 16:00 – 15,6 15:30 – 10,6

17:10 – 26,3 17:30 – 18,8

17:30 – 22,0 18:10 – 23,2

19:00 – 15,3

20:00 – 13,9

21:00 – 10,1

24:00 – 13,3

От 8.09.10 От 9.09.10г. От 10.09.10г. От 13.09.10г.

7:00 – 8,7 7:30 – 7,2 7:30 – 7,3 7:30 – 3,6

15:00 10,2 15:30 – 15,6 14:00 – 16,8 9:40 – 4,1

15:00 – 16,5

**Лечение:**

1. Хумалог в/в после еды
2. Инсулинотерапия
3. Диета с ограничением углеводов
4. в/в Инфузная терапия

**Рекомендовано:**

* наблюдение по месту жительства.
* Через ВКК освободить от уборок территорий, работ на пришкольных участках, физкультуры на улице 09-10.10г.
* Диета с ограничением углеводов
* Строгое питание по времени

