

# Foaie de observatie. Endocrinologie

## ANAMNEZA

### 1. Date generale

Numele și prenumele	Cemîrtan Natalia
Etatea	60 ani
Studiile	studii medii, contabilitate
Profesiunea	la moment pensionera
Domiciliul	s.Chiștelnița , raionul Telenești
Data internării	12.09.2007
Diagnosticul de trimitere:	Diabet zaharat tip II forma gravă. Micro-macroangiopatie diabetica. Encefalopolineuropatie gr.II-III . Angioretinopatie diabetica. Nefropatie diabetica.
Diagnosticul la internare:	Diabet zaharat tip II forma gravă.
Diagnosticul clinic:	Diabet zaharat tip II, forma gravă compensata. Angiopolineuropatie diabetică.

### 2. Acuze la intenare

Pacientua la internare (12.09.2007) prezenta următoarele acuze:

- xerostomie
- scăderea acuității vizuale
- cefalee intensitate moderată
- astenie generală
- dureri în mușchii membrelor inferioare
- parestezii în membrele inferioare
- periodic dureri in regiunea hipocondrului drept
- meteorism

La momentul curăției pacienta (14.09) prezenta următoarele acuze: cefalee de intensitate slabă, dureri și parestezii în membrele inferioare.

### 3. Istoricul actualei boli ( anamnesis morbi )

Pacienta se consideră bolnavă de diabet timp de 10 ani(anul 1997), când pentru prima dată s-a depistat hiperglicemia (glucoza – 17 mmol/l). Pacienta nu prezenta nici o acuză de tipul : polidipsie, poliurie, polifagie. Pierdere in greutate nu s-a inregistrat. A fost prescrisă insulinoterapia. Dupa urmareea unui tratament cu insulină, nivelul glicemiei constituia 5,0 mmol/l.

Anual, pacientua urma examenul medical profilactic unde solicita și explorarea glicemiei sangvine. Episoade de hiperglicemie nu s-au depistat.

În luna martie a.2001 pacientul s-a adresat la medicul endocrinolog a SR Telenești cu următoarele acuze: polidipsie( aproximativ 3l/zi), prurit cutanat, pierdere ponderală până la 11 kg (de la 75 până la 60 kg.), astenie generală, scăderea acuității vizuale. S-a determinat hiperglicemia – 14 mmol/l. Bolnavua a fost îndreptata la SCR serviciul de endocrinologie cu scop de diagnostic și tratament. Pacienta a fost investigata si a fost stabilit diagnosticul : **Diabet zaharat tip II forma gravă**. Pacienta a urmat tratament în staționar timp de 1,5 luni.

#### Tratamentul primit

Schema de tratament urmată timp de ultimii ani :

Din 2001-2005 a urmat insulină Humulin : 8:00 – 20 UA + 19:00 – 10 UA ( în total – 30 UA ).

Din anul 2005 a urmat Protofan : 8:00 – 20 UA + 12:00 – 10 UA + 20:00 – 10 UA ( în total – 40 U.A.)

Pacienta urmează tratamentul prescris fără abateri. Periodic s-a internat în staționar serviciul de endocrinologie a SCR (în 2001, 2005,2007) cu scop de investigații și corecția tratamentului administrat.

În prezent s-a internat cu scop de investigații și corecția tratamentului administrat, cât și pentru obține documentația necesară pentru a fi prezentată la comisia de expertiză medicală a vitalității.

#### **4.Istoricul vieții bolnavei ( anamnesis vitae )**

##### a) Date biografice

Este al doilea copil în familie. Și-a început studiile la vârsta de 7 ani. În copilărie a corespuns grupului de vârstă conform dezvoltării fizice. Alimentația – suficientă în cantitate, la domiciliu de 3 ori pe zi. Este căsătorită, mamă a 3 copii.

##### b) Antecedente patologice

Boli sexual-transmisibile – neagă. Contact cu bolnavi de tuberculoză – neagă.

##### d) Antecedente eredo-colaterale

Din spusele pacientului mama sa a fost bolnavă de diabet. Copii sunt sănătoși.

##### e) Anamneza alergologică

Alergie la medicamente, vaccinuri, alimente, polen, alți alergeni neagă.

##### f) Deprinderi dăunătoare

Nu fumează, nu consumă alcool sau droguri. Nu consumă cafea sau ceai tare în cantități mari.

### **DATE OBIECTIVE**

#### **STAREA PREZENTĂ A BOLNAVEI ( STATUS PRAESENS )**

##### **1.Inspecția generală**

Starea generală a bolnavei este satisfăcătoare; conștiința clară. Poziția bolnavei în pat este activă; expresia feței obișnuită. Tip constituțional normostenic ( unghiul epigastral = 90° ); dezvoltarea fizică normală. Tegumentele – curate, de culoare roz-pală. Se determină rubeoza facială. Umiditatea și turgorul pielii normale. Părul – cu luciul păstrat, unghiile normale, cu luciul păstrat, puls capilar nu se determină. Țesutul celulo-adipos subcutanat dezvoltat normal (grosimea plicii -3 cm. In spatiul inghinal). Capul este proporțional, puncte dureroase nu se determină. Gâtul este proporțional. Glanda tiroidă vizual și palpator nu se deterimnă, pulsația venelor jugulare nu se determină. Ganglionii limfatici ( sternocleidomastoidieni, supraclaviculari, infraclaviculari, axilari ) palpator nu se determină, sînt nedureroși. Mușchii sînt bine dezvoltați, tonusul este normal, puterea mușchilor normală, senzații dureroase lipsesc. Țesutul osos – oasele sînt proporționale, fără deformații, percutor puncte dureroase nu se determină. În articulații mobilitatea deplină, fără dureri; deformații, crepitații nu se determină.

##### **2.Sistemul respirator**

###### Acuze

Bolnava nu prezintă plîngeri. Lipsesc secrețiile nazale, dureri în regiunea bazei nasului și a sinusurilor paranasale. Bolnava nu tușește, nu are dureri toracice sau dispnee.

###### Inspecția

Aripile nasului nu participă în actul de respirație, respirația nazală este puțin îngreunată. Vocea este neshimbată. Toracele de conformație normală, fără deformații globale, scapulae alatae nu sînt prezente. Retracții parietale nu se determină. Fosele supra- și infra- claviculare uniforme pe ambele hemitorace, retracția sau proeminența lor nu se determină. Ambele hemitorace participă simetric și uniform și în actul respirator. Tipul respirației este abdominal. Mișcările respiratorii sînt ritmice, frecvența mișcărilor respiratori ieste 20/min.

### Palpația

Elasticitatea toracelui este păstrată. Vibrațiile vocale sînt uniforme pe ariile simetrice ale toracelui.

### Percuția

Percuția comparativă

La percuție sunet clar pulmonar pe întreaga arie pulmonară.

Percuția topografică

1. Limitele pulmonare apexiene	Dreapta	Stînga
a) anterioare	4 cm superior de claviculă	4 cm superior de claviculă
b) posterioare	Procesus spinosus C 7	Procesus spinosus C 7
2. Aria cîmpului Krönig	5 cm	5 cm

Limitele pulmonare inferioare după liniile topografice clasice	Dreapta	Stînga
a) parasternală	Spațiul intercostal 6	
b) medioclaviculară	Marginea superioară a coastei 6	
c) axilară anterioară	Marginea superioară a coastei 7	Marginea inferioară a coastei 7
d) axilară medie	Marginea superioară a coastei 8	Marginea inferioară a coastei 8
e) axilară posterioară	Marginea superioară a coastei 9	Marginea inferioară a coastei 9
f) scapulară	Marginea superioară a coastei 10	Marginea inferioară a coastei 10
g) paravertebrală	La nivelul vertebrei Th 11	La nivelul vertebrei Th 11
Mobilitatea bazei pulmonare pe linia axilară medie	7 cm	7 cm

### Auscultația

Frecvența respirației 20/min, corelația inspir:expir este 1:3. Pe toată aria pulmonară se determină respirație veziculară. La nivelul bifurcației traheii, deasupra traheii și laringelui se auscultă respirație tubară. Zgomote respiratorii patologice – raluri, crepitații, frotaje pleurală nu se auscultă.

## 3. Sistemul cardio-vascular

### Acuze

Bolnava nu prezintă acuze specifice afecțiunilor cardiovasculare ( dispnee, tuse, hemoptizie, dureri precordiale, palpitații, edeme pe gambe).

Inspecția– tegumentele roz-pale, fără semne de cianoză. Se determină rubeoza facială- ce denotă neuropatia vegetativă sau microangiopatia vaselor subcutanate.

La inspecția vaselor gîtului nu se determină pulsație patologică a arterelor carotide, turgescența venelor jugulare sau puls venos pozitiv.

La inspecția regiunii precordiale nu se determină bombare sau retracție. Șocul apexian și pulsație în epigastru nu se determină. Edeme nu prezintă.

### Palpația cordului

La palpație șocul apexian situat în spațiul intercostal stîng 5, cu 1,5 cm medial de linia medioclaviculară. Suprafața șocului apexian aproximativ 2 cm<sup>2</sup>, înălțimea, puterea și rezistența în normă. Șocul cardiac nu se determină. Freamăt sistolic și diastolic la palpație nu se determină.

#### Percuția

Determinarea matității relative a cordului: limita dreaptă se află în spațiul intercostal 4 din dreapta cu 1 cm lateral de marginea sternului; limita stîngă se află în spațiul intercostal 5 stîng cu 1,5 cm medial de linia medioclaviculară; limita superioară se află pe linia parasternală stîngă, la nivelul coastei 3. Dimensiunile pediculului vascular în spațiul intercostal 2 constituie 5 cm. Dimensiunea transversală a cordului constituie 12 cm. Configurația cordului este normală.

#### Ausculția

Zgomote cardiace ritmice atenuate. Modificări de ritm, dedublări nu se determină. Zgomote supraadăugate nu se auscultă. Sufluri sistolice sau diastolice nu se auscultă. FCC – 78 bătăi/min.

#### Investigarea vaselor sangvine

La palpare se determină pulsul pe arterele radiale, femurale, poplitee, dorsalis pedis și tibialis posterior. La palparea vaselor nu se determină simptomul " gîtului de gîscă ". Pe artera radială puls ritmic, plin, tensiunea și amplituda în normă, identic la ambele mîini, cu frecvența 78/min, deficit de puls nu se determină. Pe artera dorsalis pedis puls ritmic, tensiunea și amplituda joasă, identic la ambele picioare. Puls capilar lipsește. Pe arterele femurale nu se auscultă zgomotul dublu Traube și suflul dublu Vinogradov – Durosier. Pe arterele carotide nu se auscultă suflu. La examinarea venelor membrelor inferioare nu se determină dilatarea varicoasă, palpator segmente dure și/sau dureroase nu se determină.

Tensiunea arterială: brațul stîng 130/90 mm Hg  
brațul drept 130/90 mm Hg

## 4. Sistemul digestiv

#### Acuze

Dureri in regiunea epigastrica cit și in alte regiuni ale abdomenului nu prezintă. Apetitul este bun, cantitatea de lichide consumată nictimeral normală, deglutiția liberă. Scaunul este în mediu o dată în 24 ore, masele fecale de culoare cafenie, consistență obișnuită.

#### Inspecția

Cavitatea bucală fără miros fetid, mucoasa de culoare roz, fără ulcerații. Limba de culoare roz, umedă, fără adipozități sau ulcerații. Gingiile de culoare roză, fără ulcerații sau porțiuni necrotizate, hemoragii. Vălul palatin de culoare roz, fără ulcerații, tonsilele palatine – roz, nu sînt hiperemiate fără adipozități. Forma abdomenului – obișnuită, abdomenul este simetric, participă în actul de respirație. Colaterale venoase ( capul meduzei ) și cicatrici nu se determină.

#### Palpația

##### **Palpația superficială**

Abdomenul este suplu, indolor. Protecție musculară și hernii ( ale liniei albe, umbilicale, inghinale ) nu se determină.

##### **Palpația profundă după Obrazțov – Strajesco**

Colonul sigmoid la palpare cilindric, moale, mobil, cu suprafața netedă, dureros. Cecul cilindric, indolor, moale, cu suprafață netedă. Sectorul terminal al ileonului cilindric, indolor, moale, cu suprafață netedă. Colonul ascendent cilindric, indolor, moale, cu suprafață netedă, puțin mobil. Colonul descendent cilindric, indolor, moale, cu suprafață netedă, puțin mobil.

Percuția

La percuție se determină sunet timpanic în toate regiunile abdomenului. În cavitatea abdominală nu se determină lichid liber sau încapsulat.

Ausculția

La ausculție se determină garguimentul intestinal. Frotăție peritoneală nu se auscultă.

### **Pancreasul**

Palpator nu se determină.

### **Splina**

Inspecția

La inspecție nu se determină proeminență în hipocondrul stâng.

Palpația

Splina nu se palpează.

### **Ficatul și vezica biliară**

Acuze

Nu prezintă.

Inspecția

Proeminență sau pulsație în rebordul costal drept și hipocondrul drept nu se determină.

Percuția

Dimensiunile ficatului după Curlov: între punctul 1 și 2 – 9 cm; între punctul 3 și 4 – 8 cm; între punctul 3 și 5 – 7 cm.

Palpația

Ficatul la marginea rebordului costal, cu suprafața netedă, consistența moale, puțin dureros.

Ausculția

La ausculție suflu nu se determină.

## **5. Sistemul uro-genital**

Plîngerile

Dureri în regiunea lombară lipsesc. Edeme ale feței și pleoapelor lipsesc. Micțiunea liberă, indoloră. Diureza nocturnă: o dată, de două ori pe noapte.

Inspecția

Edeme ale feței și pleoapelor nu sînt. La inspecția regiunii lombare eritem și tumefiere nu se determină.

Palpația

La palpația bimanuală rinichii nu se determină, senzații dureroase lipsesc.

Percuția

Simptomul Giordani negativ bilateral.

Ausculția

Suflu nu se determină.

## 6. Sistemul hematopoietic

La percuția oaselor plate – stern, coaste – puncte dureroase nu se determină.

## 7. Sistemul endocrin

Inspecția

Țesutul celulo-adipos subcutanat este repartizat uniform, hiperpigmentații, hipertrihoză sau căderea părului nu se determină.

Inspecția glandei tiroide

La inspecție nu se determină deformări ale laringelui, deglutiția este liberă.

Palpația

Palpator glanda tiroidă nu se determină.

Auscultația

Deasupra tiroidei sufluri nu se determină. Hipofiza nu prezintă modificări patologice  
Glanda tiroidă la palpare nu prezintă modificări patologice  
Glandele suprarenale nu prezintă simptomatologie clinică  
Glanda pancreatică prezintă modificări funcționale, cu tablou clinic de pancreatită cronică recidivantă.

## 8. Sistemul nervos

Starea psihică este normală, dispoziția bună. Pacienta este bine orientată spațiotemporal. Răspunde adecvat la întrebări. Reacția fotomotorie directă și reciprocă normală. Pacientul Durere pe parcursul nervilor, spasme, parestezii nu se determină. În poziția Romberg reacția motorie normală, tremorul mâinilor nu se determină.

### Diagnosticul prezumtiv

Din datele obținute din acuzele bolnavei avem: xerostomie, scăderea acuității vizuale, cefalee de intensitate moderată, astenie generală, dureri în mușchii membrelor inferioare, parestezii în membrele inferioare, periodic dureri în regiunea hipocondrului drept și meteorism.

La inspecție s-a determinat: pulsația vasculară – pe membrele inferioare este scăzută, tălpile picioarelor – sunt reci. Se determină rubeoza facială- ce denotă neuropatia vegetativă sau microangiopatia vaselor subcutanate.

Din datele obținute din anamneza bolii putem stabili că este vorba de o patologie endocrinologică și chiar diabet zaharat. Din datele obținute din anamneza vieții pacientei putem stabili că diabetul zaharat a avut ca factori declanșatori-lucrurile grele și stresante. Factorul genetic este și el prezent – mama fiind bolnavă și ea de diabet. Plus la aceasta pacienta este supraponderală – 75 de kg la o talie de 155 cm (În norma greutatea sa ar trebui să fie 50 kg) și duce un mod sedentar de viață.

Primele simptome au apărut în anul 1997, fiind reprezentate de polidipsie (aproximativ 3l/zi), prurit cutanat, pierdere ponderală până la 11 kg, astenie generală, scăderea acuității vizuale. S-a determinat hiperglicemia – 14 mmol/l.

Presupunem următorul diagnostic: **Diabet zaharat tip II forma gravă.**

## Planul examinării ulterioare a bolnavei

### Se cere efectuarea următoarelor investigații:

1. Analiza generală a sângelui
2. Analiza generală a urinei
3. Glicemia de 3 ori
4. Hemoglobina glicozilată
5. Analiza biochimică a sângelui
6. ECG
7. USG organelor cavitatii abdominale
8. Microradiografia cutiei toracice
9. Reovazografia membrelor inferioare

### Se recomandă consultația următorilor specialiști:

10. Consultația neurologului
11. Consultația oftalmologului

## Rezultatele examinării de laborator și instrumentale

### 1. Analiza generală a sângelui:

Parametrul	Norma (SI)	13.09.05
Hemoglobina	130-160 g/l	154
Eritrocite	4,0 - 5,0 *10**12 /l	5,31
Indice cromatic	0,85-1,05	0,87
Leucocite	4,0 - 9,0 *10**9 /l	5,0
Neutrofile nesegmentate	1-6%	6
Neutrofile segmentate	47-72%	63
Eosinofile	0,5-5%	1
Limfocite	19-37%	26
Monocite	3-11%	4
VSH	2-10 mm/h	10
Hematocritul	0,40-0,48	

### 2. Analiza generală a urinei:

	Norme SI	13.09.05
Cantitatea		200 ml
Culoarea	Culoarea paiului	Culoarea paiului
Densitatea	1015-1030	1020
Transparența	Transparentă	transparentă
Reacția	Acida	acida
Proteine	0-0,002 ‰	0
Glucosa	0	0

Celule epiteliale		
• plate	0-3 / camp	1-2/ camp
• renale	nu se depisteaza	
Leucocite	0-3 /camp	0
Eritrocite	0-2 /camp	0-1

#### 4. Analiza biochimică a sângelui:

	Norma (SI)	13.09.05
Proteina generale	64 – 83 g/l	
Bilirubina totala	8,5-20,5 mcmol/l	10,8
Bilirubina conjugata		2,52
Bilirubina libera		7,56
AlAT	0,1-0,68 mmol/l/h	0,23
AsAT	0,1-0,45 mmol/l/h	0,20
Triglicereide sangvine		1,6 mmol/l

	Norma (SI)	13.09.05	14.09.05	16.09.05
Glicemia	3,3-5,5 mmol/l	6,7 mmol/l (14:00- 4,4 mmol/l)	6,6 mmol/l	6,2 mmol/l (14:00-6,8 mmol/l)

#### 5. ECG

Voltajul păstrat, ritm sinusal.

FCC – 75/min

PQ – 0,16 s.

QRS – 0,06 s.

QT – 0,41 s.

Axul electric al cordului - orizontal.

#### 6. USG organelor cavitatii abdominale:

**Concluzie:** Parenchimului ficatului omogen. Steatoza hepatica nu se determina. Schimbari difuze in parenchimul pancreasului nu sint. Deformarea si dilatarea sistemului calice- bazinei a ambilor rinichi se determina moderat.

#### 7.Microradiografia cutiei toracice:

Pămâni sunt transparente. Cordul – ventricolul stâng este dilatat. Aorta e alungită.

#### 8. Reovazografia membrelor inferioare:

Se determină debit pulsativ scăzut, pronunțat la ambele membre inferioare. IR a membrului inferior drept – 0,25 ; IR a membrului inferior stâng – 0,25

#### 9.Consultația neurologului:

**Diagnostic:** Encefalopolineuropatie diabetică. Sindrom neurastenic. Tulburări senzitive vegetative. Polineuropatie. Se recomandă:



- Sol. Pentilini 2% -5 ml + sol.NaCl 0,9% - 200 ml.
- Sol. Piracetam 20% - 5,0 ml. i.v. N10
- Comprimate Xanax 0,25 x 2ori pe zi

#### 10.Consultația oftalmologului – examenul fundului de ochi:

**Concluzie:** Ateroscleroza vaselor retiniene.

#### Diagnosticul diferenciat între diabetul zaharat tip I și tip II

Criteria distinctive	Diabet zaharat tip I , insulinodependent	Diabet zaharat tip II , insulinoinddependent
Anamneza	Pot preceda afecțiuni virotice, traume psiho-emoționale	Pot preceda supraalimentație, sedentarism
Sexul	Preponderent bărbați	Preponderent femei
Debutul	Acut	Lent
Vârsta la debutul bolii	Până la 35 ani (copii, adolescenți)	După 35-40 ani
Masa corporală	Micsorată	Marită
Manifestări clinico-biologice	Pronunțate. Prezente simptomele majore.	Decurge frust, asimptomatic. Simptome minore.
Evoluția bolii	Labilă	Stabilă
Incidente cetoacetice	Frecvente	Rare
Angiopatia diabetică	Se instalează la câțiva ani de la debutul bolii	Se poate constata uneori către debutul bolii
Insulinemia	Mult micsorată	Normală sau marită
Peptida C	Nivel micsorat	Fără modificări
Starea morfofuncțională a pancreasului	Micșorarea numerică și degradarea structurală a celulelor beta cu dispariția insulinei	Celulele beta sunt de obicei intacte și contin suficient insulină
Anticorpii antiinsulari sau/și antiinsulinici	Prezenți aproape în toate cazurile	De obicei lipsesc
Factorii genetici	Asociere cu HLA-DR3, -DR4,-B8, -B15, -DRW3, -DRW4	Fără asocieri particulare

Ar foarte informativ dacă s-ar explora nivelul peptidei C și insulinemia.

#### Argumentarea diagnosticului clinic

Din datele obținute din acuzele bolnavei avem: xerostomie, scăderea acuității vizuale, cefalee de intensitate moderată, astenie generală, dureri în mușchii membrelor inferioare, parestezii în membrele inferioare, periodic dureri în regiunea hipocondrului drept și meteorism.

La inspecție s-a determinat: pulsația vasculară – pe membrele inferioare este scăzută, tălpile picioarelor – sunt reci. Se determină rubeoza facială- ce denotă neuropatia vegetativă sau microangiopatia vaselor subcutanate.

Din datele obținute din anamneza bolii putem stabili că este vorba de o patologie endocrinologică și chiar diabet zaharat. Din datele obținute din anamneza vieții pacientei putem stabili că diabetul zaharat a avut ca factori declanșatori locul de muncă. Factorul genetic este și el prezent – mama fiind bolnavă și ea de diabet. Plus la aceasta pacientul este supraponderal – 75 de kg la o talie de 155 cm (ideal greutatea sa ar trebui să constituie 50 kg) și duce un mod sedentar de viață.

Primele simptome au apărut în anul 1997, fiind reprezentate de polidipsie (aproximativ 3l/zi), prurit cutanat, pierdere ponderală până la 11 kg, astenie generală, scăderea acuității vizuale. S-a determinat hiperglicemia – 14 mmol/l.

Din datele obținute din tratamentul primit putem concluziona că tratamentul cu insulină era eficient deoarece glucoza în sânge se menținea la 5,5-7,0 mmol/l ceea ce demonstrează o hiperglicemie ușor crescută constantă.

Din datele obținute din investigațiile clinice și paraclinice avem : în analiza urinei : densitate crescută, aglucozurie, epiteliu de tranziție – 0-2 în c/v, leucocite – 0 în c/v și eritrocite – 1-2 în c/v, în sânge glucoza – 6,8 mmol/l, în reovazografie avem : debit pulsativ scăzut, pronunțat la ambele membre inferioare. IR a membrului inferior drept – 0,25, IR a membrului inferior stâng – 0,25.

Hiperglicemia pînă la 7,0 mmol/l, aglucozuria, prezenta complicațiilor cronice ( angiopatia diabetica a membrelor inferioare, polineuropatia, retinopatia diabetica) ne sugereaza urmatorul diagnostic: **Diabet zaharat tip II forma gravă compensata. Angiopolineuropatie diabetica.**

### **III. Indicațiile tratamentului și zilnicele**

#### **Tratament:**

#### **Se administrează:**

1. Insulină Protofan :  
8:00 – 12 UA  
22:00 – 8 UA
2. Insulina Actrapid:  
8:00 – 6 UA  
14:00 – 6 UA  
18:00 – 8 UA
3. Sol. Pentilini - 5ml  
NaCl – 200ml } în perfuzie i/v
4. Sol. Piracetam – 20% - 5 ml i/v
5. Sol. Thiogamma 600mg  
NaCl – 200ml } în perfuzie i/v
6. Sol. Eufilina – 2,4% - 5ml  
NaCl – 500ml } în perfuzie i/v
7. Sol. Vit C – 5% – 2 ml i/v
8. Sol. Riboxina 2% - 5 ml i/v

### **Cursus morbi**

#### **14.09.05**

Starea generala a bolnavei este satisfăcătoare. Conștiința clară. Poziția în pat activă. Acuză cefalee de intensitate slabă. Persista dureri în membrele inferioare.

Obiectiv: Tegumentele palide. Turgorul pielii este păstrat. La auscultația plămînilor murmur vezicular. Zgomote cardiace diminuate. TA= 130/90 mm Hg. Frecvența respiratorie 19 resp/min. Puls = 76 b/min. Glucoza = 6,6 . Abdomenul linistit. Actele fiziologice fara particularitati. Tratamentul conform indicatiilor.

#### **16.09.05**

Starea generala a bolnavului cu amelioare în dinamica. Conștiința clară. Poziția în pat activă. Acuză cefalee usoara. Noaptea pacienta s-a odihnit bine, durerile în membrele inferioare au diminuat.

Obiectiv: Tegumentele palide. Turgorul pielii este păstrat. La auscultația plămînilor murmur vezicular. Zgomote cardiace diminuate. TA= 130/90 mm Hg. Frecvența respiratorie 19 resp/min. Puls = 68 b/min. Glucoza = 6,2 . Abdomenul linistit. Actele fiziologice în norma. Tratamentul conform indicatiilor.

#### **18.09.05**

Starea generală a pacientei în dinamică pozitivă. Conștiința clară. Poziția în pat activă. Acuze nu prezinta.

Obiectiv: Tegumentele roz - pale. Turgorul pielii este păstrat. La auscultația plămînilor murmur vezicular. Zgomote cardiace diminuate. TA= 130/90 mm Hg. Frecvența respiratorie 20 resp/min. Puls = 75 b/min. Abdomenul linistit. Actele fiziologice în norma. Tratamentul conform indicațiilor.

### Epicriză

Pacienta Cemîrtan Natalia, 58 ani, domiciliata s. Chiștelnița, raionul Telenești, în prezent pensioneră și invalida de gradul II, a fost internată la 12.09.2007 în SCR secția Endocrinologie, cu următorul diagnostic: Diabet zaharat tip II forma gravă. Micro-macroangiopatie diabetica. Encefalopolineuropatie gr.II-III. Angioretinopatie diabetica. Nefropatie diabetica.

Din acuzele bolnavei prezenta: xerostomie, scăderea acuității vizuale, cefalee de intensitate moderată, astenie generală, dureri în mușchii membrelor inferioare, paretezii în membrele inferioare, periodic dureri în regiunea hipocondrului drept și meteorism. La inspecție s-a determinat: rubeoza facială, la palpatia - pulsația vasculară pe membrele inferioare este scăzută, tălpile picioarelor – sunt reci.

Din datele obținute din anamneza bolii putem stabili că este vorba de o patologie endocrinologică și chiar diabet zaharat. Din datele obținute din anamneza vieții pacientului putem stabili că diabetul zaharat a avut ca factori declanșatori locul de munca. Factorul genetic este și el prezent – mama fiind bolnavă și ea de diabet.

Primele simptome au apărut în a.1997, fiind reprezentate de polidipsie (aproximativ 3l/zi), prurit cutanat, pierdere ponderală până la 11 kg, astenie generală, scăderea acuității vizuale. S-a determinat hiperglicemia – 14 mmol/l.

S-a stabilit diagnosticul: **Diabet zaharat tip II, forma gravă compensată. Angiopolineuropatie diabetică.**

Din investigațiile efectuate:

Analiza generală a sângelui : Hb – 154 g/l, Er –  $5,31 \times 10^{12}/l$ , IC – 0,87, Leuc –  $5,0 \times 10^3/l$ , Nes – 6 %, Seg – 63 %, Eoz – 1%, Limf – 26 %, Mon – 4 %, VSH – 10 mm/oră.

Analiza generală a urinei : Culoarea – galbenă, Transparența – tulbure, Densitatea – 1020, Reacția – acidă, Proteina – negativă, Glucoza – negativă, Epiteliu plat – unic în c/v, Epiteliu de tranziție – 0-1-2 în c/v, Leucocite – 0-1 în c/v, Eritrocite – 1-2 în c/v.

ECG : Este ritm sinusal cu frecvența de 75 contracții pe min. Axul electric al cordului - orizontal.

Reovazografia : se determină debit pulsativ scăzut, pronunțat la ambele membre inferioare. IR a membrului inferior drept – 0,25, IR a membrului inferior stâng – 0,25.

Tratamentul primit în spital :

1. Insulină Protofan :

8:00 – 12 UA

22:00 – 8 UA

9. Insulina Actrapid:

8:00 – 6 UA

14:00 – 6 UA

18:00 – 8 UA

10. Sol. Pentilini - 5ml }  
NaCl – 200ml } în perfuzie i/v

11. Sol. Piracetam – 20% - 5 ml i/v

12. Sol. Thiogamma 600mg }  
NaCl – 200ml } în perfuzie i/v

13. Sol. Eufilina – 2,4% - 5ml }  
NaCl – 500ml } în perfuzie i/v

14. Sol. Vit C – 5% – 2 ml i/v

15. Sol. Riboxina 2% - 5 ml i/v

## **Recomandatii**

Luand in vedere faptul ca pacienta este supraponderal – 75 kg ( masa ideala conform formulei este de 50 kg, iar conform tabelului este de 60 kg) sunt necesare unele recomandatii dietetice.

Normalizarea masei corporale restabileste sensibilitatea pentru insulina , micsoreaza glicemia, si uneori normalizeaza toleranta la glucoza.

Pacienta manifesta o activitate fizica usoara (in calitate de contabil). Necesarul caloric al pacientei trebuie sa constituie  $25 \text{ kcal/kg} * 60 \text{ kg} = 2100 \text{ kcal}$ .

- Se recomanda alcatuirea unei diete in care sa se respecte raportul fiziologic glucide: proteine: lipide precum 50%:25-30%:15%.
- Se recomanda excluderea glucidelor usor asimilabile din dieta ( precum zahar, torte, bomboane, inghetata, struguri s.a.) Se recomanda painea neagra, cartofii, crupe( de hrisca , de ovas). Se recomanda utilizarea edulcorantelor naturale( xilitol, fructoza, sorbitol)
- Utilizarea grasimilor vegetale cu reducerea consumului celor de provenienta animala.
- Consumul de produse ce contin fibre de celuloza (varza, sfecla, morcov, tarite, pomusoare, zmeura) pina la 30-40 gr. zilnic inainte de mese.

## **Prognostic**

Pentru viață : pozitiv

Pentru sănătate: la respectarea tuturor indicațiilor medicale este bun.

Pentru muncă: se permit munci care nu suprasolicită organismul fizic.