***Паспортная часть:***

Дата поступления в стационар:13.05.13г

Ф.И.О:

Дата рождения:30.10.98 год (14 лет)

Место жительства:

Родители :

Мать:.

Отец:

Направившее учреждение: ЦРБ

Диагноз направившего учреждения: Сахарный диабет,1 тип

Диагноз при поступлении: Сахарный диабет, 1 тип, декомпенсация, кетоацидоз

***Жалобы больного:***

На момент поступления(13.05.13)- одышка в состоянии покоя, потеря сознания. Жалобы на момент курации (15.05.13) сухость во рту, слабость, недомогание, потеря массы тела, снижение внимания, быструю утомляемость, одышка в покое.

***Анамнез заболевания:***

Считает себя больным с семи лет, когда появились быстрая утомляемость, постоянное чувство сухости во рту, слабость ,потеря массы тела. Обратились к терапевту по месту жительства, поставлен диагноз- сахарный диабет 1 тип. В течении последних 7 лет на стационарном лечении не находился, 2 раза в год посещал терапевта, от госпитализации отказывался. В последние две недели чувствовал ухудшения в состоянии здоровья, появился неприятный запах изо рта, одышка в покое, потеря в массе тела, поднятие температуры тела до 37,5 градусов, связывает это нарушением режима питания, со слов больного позволял себе сладкое, чипсы, сухарики, записался в футбольный клуб, успел 2 раза посетить занятие.

С 12.05.13 по13.05.13 появились: одышка, потеря сознания. С данными жалобами обратились в ЦРБ по месту жительства, где было проведено обследование и обнаружен в анализе крови уровень глюкозы составлял 16 ммоль/л, мальчик получил инсулинотерапию. Госпитализирован по экстренным показаниям.

***Анамнез жизни:***

Ребенок от первой беременности, первых родов. Беременность протекала без осложнений. Роды срочные. К груди приложена на первые сутки, грудь взял охотно. На грудном вскармливании до года.

Рос и развивался соответственно возрасту. В течении первого года жизни часто болел ОРВИ.

Аллергические реакции на пищевые продукты, антибиотики, цитрусовые, лекарства-не отмечает.

Прививки:

БЦЖ «М»: 29.11.01-0,05 в/к, с 70 к 2827

АКДС :

V1-18.02.02-АКДС, 0,5 в/м, с 497-5

V2-20.03.02-АКДС,0,5 в/м, с 497-2

V3-18.05.02-АКДС,0,5 в/м, с 538-1

R1-21.05.03-АКДС,0,5 в/м, с 577-3

R2-19.12.08- АКДС,0,5 в/м, с244

Полиомиелит:

V0-27.11.01-ОПВ,4 кап.per.os. c 313

V1-15.02.01-ОПВ,4 кап.per.os. c 342

V2-29.02.01- ОПВ,4 кап.per.os. c 442

R1-21.05.02- ОПВ,4 кап.per.os. c 363

R2-22.05.03- ОПВ,4 кап.per.os. c 411

R3-20.07.03- ОПВ,4 кап.per.os. c 416

R4-24.09.03- ОПВ,4 кап.per.os. c 466

R5-24.06.04- ОПВ,4 кап.per.os. c 466

R6-19.07.04- ОПВ,4 кап.per.os. c 494

Корь:

V1-25.05.02-ЖКП, 0,5 п/к, с 617

V2-22.03.07-ЖКП, 0,5 п/к, с 932

Реакция манту:

2.11.99г

1 год СПх14.55к 1160/iх,02 2 ТЕ,в/к

3мм папула. Заключение: сомнит.

19.11.00г

2 года СП6.94к 336/iх,03,2ТЕ,в/к

4мм папула. Заключение: Сомнит.

12.11.01

3 года СП6.87к 1104/хii,04,2ТЕ,в/к

4мм папула. Заключение: Сомнит.

19.11.02

4 годаСП 10.47к 060/vii,05,2 ТЕ,в/к

5 мм папула. Заключение: Сомнит.

20.11.03

5 лет СП12.35к 1250/v,06,2ТЕ,в/к

3 мм папула. Заключение: Сомнит.

18.11.04

6 лет СП12.35к 1250/iv,06,2ТЕ,в/к

3 мм папула. Заключение Сомнит.

***Семейный анамнез:***

Родители (мать, отец,) – здоровы. В семье сахарным диабетом не болели. Наследственность не отягощена.

***Материально-бытовые условия:***

Семья ребенка проживает в многоквартирном доме. В семье трое человек. Ребенок имеет отдельную комнату, комната регулярно проветривается, хорошо освещена. Режим дня соблюдает. Ребенок посещает школу. Диету старается соблюдать( исключает углеводы, сахаросодержащие продукты), но иногда позволяет себе сладкое, чипсы.

***Эпидемиологический анамнез:***

За последние 3 недели за приделы края не выезжал, с инфекционными больными не контактировал, кишечных заболеваний в семье не наблюдалось. Вирусными гепатитами не болел. Наличие в семье туберкулеза и венерических заболеваний отрицает.

Кровь и плазму не переливали.

***Настоящее состояние больного:***

Состояние мальчика средней тяжести, за счет метаболических нарушений. Оценка состояния по Кусельману – 8 баллов (средней степени тяжести). Проявляется, одышкой в покое, утомляемостью.

***Данные объективного исследования на день курации:***

Дата: 15.05.13 день болезни:третий назначения: стол №9

Т-37,0 режим-постельный

Пульс -100 Sol. Novorapidi 6 ед-перед завтраком, 6 ед-перед

 обедом, 6 ед-перед ужином

 Sol. Livimiri 12ед в 21.00

АД-105/85 с целью коррекции метаболических

ЧД-26 нарушений в/в кап со скоростью 30-35 кап

 в минуту: Sol/ NaCl 0,9%-200,0

 Sol. Cocarboxilazae 100,0

 Sol . Chlosoli 100,0

***Объективное исследование:***

Состояние ребенка средней степени тяжести , из за наличия отдышки, повышенная температура тела до 37,3 градусов. Присутствует запах ацетона изо рта.

*Кожа и слизистые:*

Кожные покровы бледно-розового цвета, чистые, умеренно сухие, теплые, эластичность сохранена. Кожа не утолщена. Дермографизм-белый, разлитой, скорость появления -1 минута, скорость исчезновения- 2 минуты.

Подкожно-жировая клетчатка развита слабо, распределена равномерно. Уплотнений, подкожной эмфизем, отеков нет.

Небные миндалины розовой окраски, не увеличены. Слизистая зева розового цвета, без высыпаний , не гиперемирована .

Оволосенение по мужскому типу, соответствует возрасту.

Ногтевой пластинки без изменений, розовой окраски.

*Лимфатическая система:*

Пальпируются подчелюстные, паховые, подмышечные лимфатические узлы. При пальпации безболезненны, размером 0,5х0,5 см, единичные, округлой формы, не спаяны с окружающими тканями и между собой, подвижны.

*Опорно-двигательная система:*

Голова обычной формы.

Деформаций скелета нет. Конфигурация позвоночника правильная.

Суставы обычной формы, при пальпации безболезненны. Движения в суставах свободное, безболезненное. Ограничений при движении нет.

Мускулатура развита слабо, равномерно. Тонус мышц снижен. При пальпации безболезненны.

*Дыхательная система:*

Дыхание через нос свободное, выделений нет.

Голос громкий ,звонкий. Расположение гортани правильное, отечности нет.

Грудная клетка астенического типа, без деформаций. Обе половины грудной клетки участвуют в акте дыхания равномерно. ЧД=27 в мин, ЧСС= 100 в мин.

Тип дыхания грудной. При дыхании учасвует вспомогательная мускулатура.

Голосовое дрожание в симметричных участках грудной клетки одинаковое.

Над все поверхностью легких выслушиваются ясный легочной звук.

Аускультативно: дыхание- жесткое. Шум трения плевры не выслушивается.

Нижняя граница легких :

Топографические линии

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Слева  | справа  |
| Окологрудинная линия | Vi межреберье | ----- |
| Среднеключичная линия | Vii межреберье | ---- |
| Передняя подмышечная линия | Viii межреберье | Viii межреберье |
| Средняя подмышечная линия | IX межреберье | IX межреберье |
| Задняя подмышечная линия | Х межреберье | Х межреберье |
| Лопаточная линия | Х межреберье | Х межреберье |

*Сердечно-сосудистая система:*

При пальпации височных, сонных, лучевых, бедренных, подколенных артерий ощущается выраженная пульсация.

При пальпации кнутри на 1,5 см от среднеключичной линии в V межреберии определяется верхушечный толчок умеренной силы.

Артериальный пульс-100 уд/мин. Ритм правильный , наполнение и напряжение удовлетворительное.

Границы сердечной тупости:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | относительной | абсолютной |
| правая | По середине между правой парастернальной линией и правой стернальной | Левая стернальная линия |
| верхняя | Третье ребро | Третий межреберный промежуток |
| левая | На 0,5 см кнаружи от левой среднеключичной линии | Ближе к левой парастернальной линии (с нижней стороны) |

Поперечник сердца :10 см

Длинник сердца: 12 см

Ширина сосудистого пучка 5,5 см

При аускультации тоны пришлушенные, ритмичные.

*Пищеварительная система :*

Язык обложен белым налетом, влажный. Слизистая оболочка внутренней поверхности губ, щек, неба, зева- естественной розовой окраски, чистые.

Твердое небо правильной формы, без деформаций, изменений слизистой нет.

Мягкое небо симметрично, подвижно.

Небные миндалины на уровне дужек, не спаяны с ними, умеренно гиперимированны.

Форма живота круглая, живот симметричен, не вздут.

Пальпация:

При поверхностной пальпации живот мягкий. Симптом Щеткина-Блюмберга-отрицательный.

Печень пальпируется у края реберной дуги: край печени острый, поверхность плотная, гладкая, безболезненная.

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

Желчный пузырь не пальпируется. Симптомы Ортнера, Мерфи-отрицательный.

Поджелудочная железа:

Поджелудочная железа не пальпируется. Болезненность при пальпации в зоне Шоффара и точке Дежардена не отмечается.

Селезенка не пальпируется.

*Мочевыделительная система:*

При осмотре поясничной области гиперемий, припухлости, выбуханий нет. Почки не пальпируются. Места их проекции и мочеточников безболезненны при пальпации.

Симптом покалачивания-отрицательный.

Диурез повышенный, мочеиспускание безболезненное, задержки мочеиспусканий нет.

*Эндокринная система:*

Нарушений задержки роста нет. Рост-150см, вес-45 кг, ИМТ=20%(соответствует норме). Щитовидная железа не пальпируется. Первичные половые признаки соответствуют полу и возрасту.

Половые органы развиты по мужскому типу. Оволосенение по мужскому типу, соответствует возрасту, патологии не выявлено.

*Нервная система:*

Мальчик контактен. Эмоционально устойчив. Сон и память не нарушены.

Нарушений чувствительной и двигательной сферы не выявлено. Патологические рефлексы отсутствуют. Зрачки равновеликие, реакция на свет адекватная и содружественная. Патологических изменений со стороны ЧМН не выявлено. Сухожильные и периостальные рефлексы одинаковы на конечностях с обеих сторон.

*Обоснование предварительного диагноза:*

Предварительный диагноз: Сахарный диабет 1 типа, стадия декомпенсации, кетоацидоз.

На основании жалоб больной: сухость во рту, частое мочеиспускание, повышение температуры тела, одышка, недомогание, снижение массы тела, запах ацетона изо рта.

Учитывая анамнез заболевания: болеет в течении семи лет, беспокоит постоянное чувство сухости во рту, частое мочеиспускание, тошнота, потеря массы тела. Уровень глюкозы в крови на момент первичного осмотра 16 ммоль/л, в моче ацетон -+++, запах ацетона изо рта.

В течении последних двух недель состояние ухудшилось, в следствии чего обратились в ЦРБ по месту жительства, откуда был направлен на дальнейшее обследование и лечение в ОДКБ.

*План обследования:*

1.ОАК;

2.ОАМ;

3.соскоб на энтеробиоз (3-х кратный);

4.кал на яйца глистов;

5.моча на сахар, ацетон;

6.БХ крови ( глюкоза, билирубин, АЛТ, АСТ, холестерин);

7.УЗИ органов ЖКТ;

8.Консультация невролога, офтальмолога с целью выявления осложнений.

9.гликимический профиль;

***Результаты лабораторных, инструментальных исследований.***

ОАК (13.05.2013)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | показатель | норма | Наличие патологии |
| Лейкоциты(WBC)- | 19.8х10 /л | N=5,0-9,0 х 10 /л | есть |
| Эритроциты (RBC)- | 4,53х10 /л | N=3,5-4,5х10 /л | нет |
| Гемоглобин (HGB)- | 127 г/л | N=120-140 г/л | нет |
| Средний объем эритроцита | 84.1фл | N=75-95 фл | Нет |
| Тромбоциты (PLT)- | 349х10 /л | N=150-350х10 /л | Нет |
| Лимфоциты (LYM)- | 20,8% | N=35-40% | Нет |
| Нейтрофилы(NEU)- | 60.8% |  | есть |
| Моноциты (MONO)- | 7.38% | N=5-8% | Нет |
| Эозинофилы (EOS)- | 4.74 % | N=3-6% | нет |
| Базофилы (BAS)- | 1.17% | 0-1% | нет |
| СОЭ | 3 ммоль/л | 2-10 | нет |

Сахар крови -10г/л , Гликозилированный гемоглобин-7,5%;

Заключение: повышенное содержание сахара в крови и гликолизированного гемоглабина, что свидетельствует о стадии декомпенсации, повышение лейкоцитов в крови со сдвигом влево-наличие острой инфекции.

ОАМ(13.05.2013):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | показатель | Норма  | Наличие патологии |
| Цвет-; | светло-желтый | светло-желтый | Нет |
| прозрачность | прозрачная | прозрачная | Нет |
| Удельный вес | 1020 | N=1005-1030 | Нет |
| Лейкоциты | не обнаружено | 0-2 в п/з | Нет |
| Эритроциты | 1 в п/з | 0-1 в п/з | нет |
| Билирубин | не обнаружено | Отсут. | нет |
| Глюкоза | 14 мг | Отсут. | есть |
| белок | 0 | Отсут. | нет |

Заключение: в анализе обнаружена гликозурия, ацетон что свидетельствует о наличии сахарного диабета стадии декомпенсации.

*соскоб на энтеробиоз* (3-х кратный)13.05.13г

Заключение-отрицательный

*кал на яйца глистов*(13.05.2013):

Заключение-яйца глистов не обнаружены.

*БХ крови*(13.05.2013):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | показатель | норма | Наличие патологии |
| Общий билирубин | 7,11 ммоль/л | N=8.5-20.5 ммоль/л | Нет |
| Триглицириды | 0,86 ммоль/л | N=0,5-3,4 ммоль/л | Нет |
| Холестерин | 3,68 ммоль/л | N=0,78-2,2 ммоль/л | Нет |
| Амилаза | 32ед/л | N=17-115 ед/л | Нет |
| АСТ | 11,00 ед/л | N=10-30 ед/л | Нет |
| АЛТ | 9,00 ед/л | N=7-40 ед/л | Нет |
| Глюкоза | 14,63 ммоль/л | N=3,5-5,5 ммоль/л | Есть |
| Креатенин | 74,8 | N=50-110 ммоль/л | Нет |

Заключение: повышенный уровень глюкозы свидетельствует о гипергликемии.

*УЗИ органов ЖКТ*(14.05.2013):

Желчный пузырь: изогнут, содержимое-пристеночная взвесь

Поджелудочная железа: проток не расширен, головка23мм,тело 17мм, хвост 24 мм. Паренхима однородна.

Печень: размер 160 мм, эхогенность левой доли повышена, печеночные вены умеренно увеличны.

Селезенка: 110\*48 мм паренхима однородна, крупнозернистая.

В желудке жидкость.

Печки: левая -108\*44 мм, положение типичное, ГЛС не расширена, паренхима 17 мм, эхогенность коркового слоя повышена. Правая-105\*42мм, ГЛС не расширена, паренхима 17 мм, эхогенность коркового слоя повышена, в средней 1/3 паренхимы по передней поверхности киста 24 мм. Признаки гепатоза печени правая доля 160 мм.

Заключение: киста правой почки в средней 1/3.

*Консультация невролога:* (14.05.2013):

Заключение: в неврологическом статусе очаговой симптоматики не выявлено. Невральных нарушений нет. На момент осмотра признаков диабетической полинейропатии нет.

*Консультация окулиста* (14.05.2013):

На глазном дне диск зрительного нерва бледно-розового цвета, границы четкие, на периферии без очаговой патологии.

*гликимический профиль:(14.05.2013):*

|  |  |
| --- | --- |
| время | Уровень сахара г/л |
| 7:30 | 8,1 |
| 10:15 | 9,1 |
| 12:30 | 4,2 |
| 15:15 | 4,9 |
| 17:30 | 6,1 |
| 20:15 | 10,7 |
| 22:00 | 10,8 |
| 3:00 | 14,8 |

*Моча на ацетон (15.05.13г)*

Ацетон: +++.

Заключение: в норме ацетон в моче отсутствует. Ацетонурия.

***Дневники.***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата 15.05.13г  | День болезни:1-й | Назначения: |
| Т-37,5ЧД-28 в минПС-94АД-100/75мм.рт.ст. | Состояние средней степени тяжести, за счет метаболических нарушений. Без улучшения. Жалобы на: одышку, утомляемость. Кожные покровы чистые, бледно-розовой окраски, слизистые чистые, влажные. Язык влажный, обложен налетом. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Дыхание жесткое. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличнена. Стул оформленный. Мочеиспускание не нарушено. Гликемия(сахар крови 9,1) | Режим постельныйСтол №9 Sol. Novorapidi 6 ед-перед завтраком, 6 ед-перед обедом, 6 ед-перед ужином.  Sol. Livimiri 12ед в 21.00 обедом, 6 ед-перед ужиномс целью коррекции метаболических нарушений в/в кап со скоростью 30-35 кап в минуту: Sol. NaCl 0,9%-200,0 Sol. Cocarboxilazae 100,0Sol . Chlosoli 100,0Гликемический профиль на 14.05.137.30, 10.15, 12.30, 15.15, 17.30, 20.15, 22.00, 3.00   |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата 14.05.13г  | День болезни:2-й | Назначения: |
| Т-37,0ЧД-26 в минПС-100АД-105/85мм.рт.ст. | Состояние средней степени тяжести, за счет метаболических нарушений. Динамика с момента поступления положительная, самочувствие улучшилось. Жалобы на: одышку, утомляемость. Кожные покровы чистые, бледно-розовой окраски, слизистые чистые, влажные. Язык влажный, обложен налетом. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Дыхание жесткое. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличнена. Стул оформленный. Мочеиспускание не нарушено. Узи боюшной полости: признаки гепатоза печени, в правой почке кист до 24 мм. Гликемия. | Режим постельныйСтол №9  Sol. Novorapidi 6 ед-перед завтраком, 6 ед-перед обедом, 6 ед-перед ужином.  Sol. Livimiri 12ед в 21.00 обедом, 6 ед-перед ужиномс целью коррекции метаболических нарушений в/в кап со скоростью 30-35 кап в минуту: Sol. NaCl 0,9%-200,0 Sol. Cocarboxilazae 100,0Sol . Chlosoli 100,0Моча на ацетон 15.05.13г  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата 15.05.13г  | День болезни:3-й | Назначения: |
| Т-37,0ЧД-24 в минПС-95АД-110/80мм.рт.ст. | Состояние средней степени тяжести, за счет метаболических нарушений. Динамика с момента поступления положительная, самочувствие улучшилось. Жалобы на: одышку, утомляемость. Кожные покровы чистые, бледно-розовой окраски, слизистые чистые, влажные. Язык влажный, обложен налетом. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Дыхание жесткое. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличнена. Стул оформленный. Мочеиспускание не нарушено. Узи боюшной полости: признаки гепатоза печени, в правой почке кист до 24 мм. Гликемия, ацетон в моче. | Режим постельныйСтол №9Sol. Novorapidi 6 ед-перед завтраком, 6 ед-перед обедом, 6 ед-перед ужином.  Sol. Livimiri 12ед в 21.00 обедом, 6 ед-перед ужиномс целью коррекции метаболических нарушений в/в кап со скоростью 30-35 кап в минуту: Sol. NaCl 0,9%-200,0 Sol. Cocarboxilazae 100,0Sol . Chlosoli 100,0Сахар крови на 16.05 в 20-00, 24-00 17.05 в 12.30, 20.00. 18.05 в 14.30, 24.00.  |

***Клинический диагноз:***

Основной : Сахарный диабет 1 типа, стадия декомпенсации, длительность заболевания 7 лет, кетоацидоз.

Сопутствующий : Киста правой почки

На основании жалоб больного: сухость во рту, потеря сознания, головные боли, недомогание, снижение массы тела, быстрая утомляемость, одышка в покое, неприятный запах изо рта.

Учитывая анамнез заболевания: болеет в течении семи лет, беспокоит постоянное чувство сухости во рту, потеря массы тела, утомляемость, подъем температуры. Несоблюдение диеты. Уровень глюкозы в крови на момент первичного осмотра 16 ммоль/л, ацетонурия-+++

На основании объективного обследования: состояние ребенка средней степени тяжести, самочувствие страдает одышки, чувства сухости во рту, слабости, недомогание, головные боли.

На основании данных клинических и параклинических обследований: ОАК (13.05.2013)- отмечается повышение гликозилированного гемоглобина, ОАМ(13.05.2013)- анализе обнаружена гликозурия, ацетонурия, БХ крови- повышенный уровень глюкозы. УЗИ боюшной полости: признаки гепатоза печени, в правой почке киста до 24 мм.

***Дифференциальный диагноз:***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | СД 1 тип | Несахарный диабет | «невинная» глюкозурия | Почечный диабет | СД 2 тип |
| Клинические проявления | сухость во рту, потеря сознания, головные боли, недомогание, снижение массы тела, быстрая утомляемость, одышка в покое, неприятный запах изо рта. | Отсутствие клиники | Только у детей первых месяцев жижзни, в результате незрелости ферментативных систем почечных канальцев. | сухость во рту, головные боли, недомогание. | чувства сухости во рту, слабости, недомогание головные боли, не нуждается в инсулинотерапии |
| Анализ крови | гипергликемия | нормогликемия |  | Концентрация в крови глюкозы не выходит за пределы нормы | гипергликемия |
| Анализ мочи | Полиурия, глюкозурия. | Полиурия, низкая относительная плотность мочи, аглюкозурия |  | Глюкозурия | Полиурия, глюкозурия. |

***Этиология и патогенез основного заболевания***

Сахарный диабет 1 типа является заболеванием с наследственной предрасположенностью, но ее вклад в развитие заболевания невелик (определяет его развитие примерно на 1/3). Вероятность развития сахарного диабета 1 типа у ребенка при больной матери составляет 1-2 %, отце - 3-6 %, брате или сестре - 6 %. Одни или несколько гуморальных маркеров аутоиммунного поражения бета-клеток, к которым относятся антитела к островкам поджелудочной железы, антитела к глутамат-декарбоксилазе (GAD65) и антитела к тирозин-фосфатазе (IA-2 и IA-2бета), обнаруживаются у 85-90 % пациентов. Тем не менее основное значение в деструкции бета-клеток придается факторам клеточного иммунитета. Сахарный диабет 1 типа ассоциирован с такими гаплотипами HLA, как DQA и DQB. С повышенной частотой сахарный диабет 1 типа сочетается с другими аутоиммунными эндокринными (аутоиммунный тиреоидит, болезнь Аддисона) и неэндокринными заболеваниями, такими как алопеция, витилиго, болезнь Крона, ревматические заболевания.

Сахарный диабет 1 типа манифестирует при разрушении аутоиммунным процессом 80-90 % бета-клеток. Скорость и интенсивность этого процесса может существенно варьировать. Наиболее часто при **типичном течении**заболевания у детей и молодых людей этот процесс протекает достаточно быстро с последующей бурной манифестацией заболевания, при которой от появления первых клинических симптомов до развития кетоацидоза (вплоть до кетоацидотической комы) может пройти всего несколько недель.

В других, значительно более редких случаях, как правило, у взрослых старше 40 лет, заболевание может протекать латентно **(латентный аутоиммунный диабет взрослых - LADA),**при этом в дебюте заболевания таким пациентам нередко устанавливается диагноз сахарный диабет 2 типа, и на протяжении нескольких лет компенсация сахарного диабета может достигаться назначением препаратов сульфонилмочевины. Но в дальнейшем, обычно спустя 3 года, появляются признаки абсолютного дефицита инсулина (похудение, кетонурия, выраженная гипергликемия, несмотря на прием таблетированных сахароснижающих препаратов).

В основе патогенеза сахарного диабета 1 типа лежит абсолютный дефицит инсулина. Невозможность поступления глюкозы в инсулинзависимые ткани (жировая и мышечная) приводит к энергетической недостаточности в результате чего интенсифицируется липолиз и протеолиз, с которыми связана потеря массы тела. Повышение уровня гликемии вызывает гиперосмолярность, что сопровождается осмотическим диурезом и выраженным обезвоживанием. В условиях дефицита инсулина и энергетической недостаточности растормаживается продукция контринсулярных гормонов (глюкагон, кортизол, гормон роста), которая, несмотря на нарастающую гликемию, обусловливает стимуляцию глюконеогенеза. Усиление липолиза в жировой ткани приводит к значительному увеличению концентрации свободных жирных кислот. При дефиците инсулина липосинтетическая способность печени оказывается подавленной, и свободные жирные кислоты начинают включаться в кетогенез. Накопление кетоновых тел приводит к развитию диабетического кетоза, а в дальнейшем - кетоацидоза. При прогрессирующем нарастании обезвоживания и ацидоза развивается коматозное состояние, которое при отсутствии инсулинотерапии и регидратации неизбежно заканчивается смертью.

***Лечение:***

1. суточная калорийность пищи : 1000+(100+8)=1800 ккал

завтрак-25%-450 ккал

обед-35%-630 ккал

полдник-15%-270ккал

ужин-25%-450ккал

2.соотношение белков, жиров и углеводов в суточной дозе:

Углеводы-50%-900 ккал:4=225 гр=18,7 ХЕ

Белки-30%-540 ккал-135 гр=11 ХЕ

Жиры-20%-360 ккал-90 гр-7,6 ХЕ

3.заместительная терапия:

А) инсулинотерапия:

Базисная: 0,5 ЕД/кг х 45=30 ЕД

Инсулин пролонгированного действия: Левемир - 21:00-12 ЕД

Инсулин ультракороткого действия: Новоропид-18 ЕД

Завтрак-6 ЕД

Обед-6 ЕД

Ужин-6 ЕД

4. витаминотерапия:

5. Rp: « Neuromultivit»

D.t.d. № 20 in tab.

S. внутрь по 1 таб. 1 раз в сутки

5. С целью коррекции метаболических нарушений со скоростью 30-35 кап в минуту:

Sol/ NaCl 0,9%-200,0

Sol. Cocarboxilazae 100,0

Sol . Chlosoli 100,0

***Рекомендации :***

1. Соблюдение диеты ( стол № 9);

2. Соблюдение режима приема препаратов (инсулинотерапия, витаминотерапия, ферментотерапия);

3. Консультация окулиста, невролога с целью наблюдения динамики развития осложнений на фоне основного диагноза;

4. Регулярное стационарное лечение ( не менее 2-х раз в год),для наблюдение динамики заболевания;

5. Санаторно-курортное лечение в стадии ремиссии заболевания;

6. Физические нагрузки (соответствующие возрасту и степени заболевания).

***Эпикриз.***

ФИО, 14 лет, проживающий по адресу район, с., ул. ………………. находится на лечении в ДОКБ в эндокринологическом отделении с диагнозом сахарный диабет 1 тип, декомпенсация, кетоацидоз. Был госпитализирован по экстренным показаниям.

На момент поступления(13.05.13)- одышка в состоянии покоя, потеря сознания. Жалобы на момент курации (15.05.13) сухость во рту, слабость, недомогание, потеря массы тела, снижение внимания, быструю утомляемость, одышка в покое.

Считает себя больным с семи лет, когда появились быстрая утомляемость, постоянное чувство сухости во рту, слабость ,потеря массы тела. Обратились к терапевту по месту жительства, поставлен диагноз- сахарный диабет 1 тип. В течении последних 7 лет на стационарном лечении не находился, 2 раза в год посещал терапевта, от госпитализации отказывался. В последние две недели чувствовал ухудшения в состоянии здоровья, появился неприятный запах изо рта, одышка в покое, потеря в массе тела, поднятие температуры тела до 37,5 градусов, связывает это нарушением режима питания, со слов больного позволял себе сладкое, чипсы, сухарики, записался в футбольный клуб, успел 2 раза посетить занятие.

С 12.05.13 по13.05.13 появились: одышка, потеря сознания. С данными жалобами обратились в ЦРБ по месту жительства, где было проведено обследование и обнаружен в анализе крови уровень глюкозы составлял 16 ммоль/л, мальчик получил инсулинотерапию.

На основании объективного обследования: Состояние мальчика средней тяжести, за счет метаболических нарушений. Оценка состояния по Кусельману – 8 баллов (средней степени тяжести). Проявляется, одышкой в покое, утомляемостью, подъем температуры до 37,3 градусов.

На основании данных клинических и параклинических обследований: ОАК (13.05.2013)- отмечается повышение гликозилированного гемоглобина, ОАМ(13.05.2013)- анализе обнаружена гликозурия, ацетонурия, БХ крови- повышенный уровень глюкозы. УЗИ боюшной полости: признаки гепатоза печени, в правой почке киста до 24 мм.

На основании вышеперечисленных данных был поставлен диагноз : сахарный диабет первого типа, стадия декомпенсации, кетоацидоз.