**I. Паспортные данные.**

1. Ф.И.О.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
2. ВОЗРАСТ: 33 года;
3. НАЦИОНАЛЬНОСТЬ: украинец;
4. СЕМЕЙНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ: женат;
5. МЕСТО РАБОТЫ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
6. ПРОФЕССИЯ: главный агроном;
7. ВРЕМЯ ПОСТУПЛЕНИЯ В КЛИНИКУ: 21 .04 .2004.

**II. Ведущие жалобы**

Поступил с жалобами на появляющуюся несколько раз в день выраженную боль, продолжительное чувство онемения в нижних конечностях, особенно после нагрузки и при перемене погоды, иногда после физической нагрузки наблюдается чувство ползания мурашек; жажду, слабость, полиурию, быструю утомляемость; ухудшение зрения, памяти, мелькание “мушек” перед глазами;иногда появляется головная боль, которая хорошо снимается аналгином;

**III. Anamnesis morbi**

Считает себя больным с 1995 года, когда впервые, со слов больного, был поставлен диагноз сахарного диабета 1 типа. Тогда стали беспокоить жажда, полиурия до 4 литров в сутки, увеличение ночного диуреза. Периодически (раз в 1-2 года ) находился на лечении в стационаре. Регулярно принимал препараты инсулина, витаминсодержащие глазные капли.

Три года назад в связи с сильной стрессовой ситуацией у больного развилась диабетическая кома. Резко ухудшилось общее состояние, симптомы развились в течение недели и больной, попав в реанимационное отделение, находился там 6 дней. До и после этого декомпенсации диабета больной не отмечал.

Последние 2 года беспокоят боли в конечностях и снижение зрения.

Поступил в эндокринологическое отделение на плановое стационарное лечение и коррекцию при необходимости инсулинотерапии.

**IV. Anamnesis vitae**

Родился в 1971 году в срок, вторым ребенком в семье. Жилищные условия в период детства оценивает как удовлетворительные. В школу пошел в 8 лет. Учился хорошо. В физическом развитии от сверстников не отставал. В детстве часто болел простудными заболеваниями. После службы в армии работал каменщиком. Из профессиональных вредностей отмечает частые переживания, нервные перенапряжения. Питался нерегулярно, часто ел всухомятку. Курит на протяжении 15 лет, спиртным не злоупотребляет.

В 1985г. перенес операцию по поводу аппендицита.

Женат, имеет двоих детей. Наследственность отягощена, отец болеет сахарным диабетом. Аллергологический анамнез не отягощен. Венерические заболевания, туберкулёз, болезнь Боткина у себя и ближайших родственников отрицает.

Гемотрансфузий, травм не было.

**IV. Объективное исследование.**

Состояние больного удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Выражение лица спокойное. Телосложение правильное - нормостеническое. Рост 190 см, вес 90 кг. Температура тела нормальная. Осанка сутуловатая, голос громкий, речь ясная. Кожа бледного цвета, на ощупь обычная, тургор удовлетворительный, шелушений нет, обычной влажности. Температура кожи нижних конечностей нормальная. Волосы на голове без изменений. Подкожно-жировой слой развит умеренно, распределен равномерно. Отеков не наблюдается. Слизистые нормального цвета, без изменений.

Затылочные, заушные, предушные, шейные, под- и надключичные, подмышечные, локтевые паховые лимфатические узлы не пальпируются. Пальпируются подчелюстные лимфоузлы - подвижные, мягкие, безболезненные, не спаянные с кожей размером с горошину.

Лицо симметричное, правильной формы, отеки под глазами, цвет кожи бледный.

Конечности симметричны, пропорциональны по отношению к другим частям тела. Степень развития мышц удовлетворительная.

Дыхательная система: Дыхание носом свободное, ритм правильный. Дыхательных движений 18 в минуту. Тип дыхания брюшной. Голос громкий, чистый. Форма грудной клетки нормостеническая, угол Людовика выражен умеренно, над- и подключичные области втянуты, обе половины грудной клетки симметричны. Надчревной угол прямой, межреберные промежутки умеренно резистентны. Грудная клетка симметрична при дыхании, дополнительная мускулатура в дыхании не участвует. Голосовое дрожание на симметричных участках одинаково. Перкуторный звук на симметричных участках одинаков, ясный легочной. Ширина полей Кренига 5см. Высота стояния верхушек лёгких сзади на уровне остистого отростка VII шейного позвонка, спереди на 3 см. выше середины ключицы. Грудная клетка безболезненна при пальпации.

Нижние границы легкого:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Место перкуссии | Правое легкое | Левое легкое |
| Окологрудинная линия | пятое межреберье | - |
| Среднеключичная линия | VI ребро | - |
| Передняя подмышечная линия | VII ребро | VII ребро |
| Средняя подмышечная линия | VIII ребро | VIII ребро |
| Задняя подмышечная линия | IX ребро | IX ребро |
| Лопаточная линия | X ребро | X ребро |
| Околопозвоночная линия | Остистый отросток ThXI | Остистый отросток ThXI  |

Экскурсия обеих сторон грудной клетки при дыхании равномерная – на вдохе – 2см., на выдохе – 2см., суммарно - 4см.

Сравнительная аускультация легких: дыхание на симметричных участках легких везикулярное. Патологических шумов и хрипов нет.

Сердечно-сосудистая система: Сосуды шеи: пульсации сонных артерий нет. Сосуды височной, лучевой, бедренной артерии не извитые, жестковатые. Пульсация на обеих ногах симметрично ослаблена. Пульсации в области сердца, на шее, подключичной ямке, по краям грудины, в эпигастральной области нет. Пульс - 76уд/мин, ритмичный хорошего наполнения, напряжения, одинаков на обеих руках. Артериальное давление 120/80. Пульс на a. dorsalis pedis ослаблен.

 На ногах варикозного расширения вен, нет пальпацмя области проекции безболезненна. Область сердца без видимых изменений. Верхушечный толчок невидимый, слабый, ограниченный, положительный, шириной около 2см., пальпируется в V межреберье на 1.5 см кнутри от linea medioclavicularis sinistra.

Перкуссия сердца:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Границы тупости | Относительная | Абсолютная |
| Правая | на 1 см правее правого края грудины | По левому краю грудины |
| Верхняя | III ребро | IV ребро |
| Левая | в V межреберье на 1.5 см кнутри от linea medioclavicularis sinistra | на 1.5 см кнутри от границы отностительной тупости |

Ширина сосудистого пучка – 6 см.

Аускультация сердца: в области верхушки сердца - ритм правильный, выслушиваются два тона, тоны слегка приглушены, без патологических шумов. Раздвоения, расщепления тонов нет. Над аортой, легочным стволом акцента II тона нет.

Органы пищеварения: запах изо рта обычный, губы обычного цвета, без видимых патологических изменений. Жажда при обычном питьевом режиме, преимущественно появляется в утренние часы. Жевание и глотание свободное, изжогу больной отрицает. Слизистая оболочка губ, щек, твердого и мягкого неба нормального розового цвета, суховата. Десны розовые, зубы санированы. Язык нормальных размеров, влажный, обложен сероватым налетом с отпечатками зубов по краям, сосочки умеренно выражены. Небные дужки и задняя стенка глотки слегка гиперемированы. Миндалины не увеличены, нормальной окраски.

Живот правильной конфигурации, симметричен, участвует в акте дыхания. Расширения подкожных вен и капилляров не обнаружено. Визуально перистальтические волны не определяются.

При осмотре живота на коже правой подвздошной области виден послеоперационный рубец. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Напряжения мышц брюшного пресса нет. Свободная жидкость в брюшной полости методом флуктуации не определяется. Пупочное кольцо и паховая линия без изменений. При глубокой пальпации: сигмовидная кишка прощупывается в виде гладкого, эластичного, слегка болезненного, не урчащего цилиндра шириной 3см., слегка смещаемого на 2-3см. в обе стороны. Слепая кишка пальпируется в виде гладкого, умеренно упругого и подвижного на 2-3см безболезненного слегка урчащего цилиндра шириной 3см. Восходящий и нисходящий отделы толстой кишки пальпируются в виде гладких, безболезненных, не урчащих, умеренно подвижных цилиндров шириной 2-3см. Нижняя граница желудка определена методами пальпации, перкуссии и пальпаторной аускультации (шум плеска вызвать не удалось), расположена на 2 см выше пупка. Поперечно-ободочная кишка пальпируется в виде безболезненного, слегка урчащего цилиндра шириной 3см .

Перкуторно границы печени определяются по следующим топографическим линиям:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Верхняя | Нижняя |
| По linea parasternalis dextra | 5 ребро | на 3см ниже реберной дуги |
| По linea medioclavicularis dextra | 6 ребро | на 3 см ниже реберной дуги |
| По linea axillaris anterior dextra | 7 ребро | на 2см ниже реберной дуги |

При топографической перкуссии печени по Курлову её границы 10/9/8 см. При пальпации: печень умеренно не увеличена, нижний край мягкий, закругленный, гладкий, безболезненный. Желчный пузырь не пальпируется, симптомы Ортнера, Мюси, Грекова, Мерфи отрицательные.

Стул регулярный, оформленный.

Перкуторно поперечник селезенки определяется между 9 и 11 ребрами по левой передней подмышечной линии. Пальпаторно нижний край селезенки определить не удалось. При перкуссии и пальпации селезенка безболезненна. При перкуссии по Курлову её размеры составили 10/6 см.

При аускультации живота над областью кишечника отчетливо выслушиваются кишечные шумы урчащего характера.

Мочевыделительная система: Поясничная область без особенностей. Почки и мочевой пузырь пальпировать не удалось. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочеотделение учащено, безболезненно, затруднений при мочеиспускании больной не испытывает Ночью иногда просыпается помочится. Цвет мочи – соломенно-желтый.

Опорно-двигательный аппарат: Мышечная система развита нормально, сила и тонус сохранены, дрожания и подергивания отдельных групп мышц не отмечается. При пальпации безболезненны. Кости без видимых деформаций и изменений, безболезненны при пальпации. Суставы неизмененной конфигурации с полным объемом движений, кожа над суставами нормальная.

Нервная система: Интеллект нормальный, речь без изменений, мимика адекватная, без особенностей. Глазные щели нормальной ширины. Зрачки равномерно расширены, реагируют на свет, аккомодация не изменена. Больной устойчив в позе Ромберга. Дермографизм красный. Глоточные, брюшные и сухожильные рефлексы сохранены, не изменены. Патологических рефлексов нет.

Характер спокойный, уравновешенный. Сон не нарушен. Память снижена. Беспокоят периодические головные боли в теменной и затылочной области при нагрузке или перемене погоды. Боли снимаются анальгетиками. На дистальных участках нижних и верхних конечностей больной отмечает ослабление чувствительности кожи: гипестезию, парестезию. По ночам, периодически, возникают судороги мышц голени.

Органы чувств: зрение значительно ухудшено, слух, вкус и обаняние не нарушены.

**V. Органы внутренней секреции:**

*Гипофиз*: рост 190 см. вес тела колеблется в пределах 90 кг. Рост и вес отвечает возрастным нормам, тело пропорционально развито, распределение подкожного жирового слоя равномерно по мужскому типу. Телосложение нормостеническое, пропорциональное. Аппетит не нарушен. Исытывает чувство жажды, облегчающееся приемом жидкости. Отмечается никтурия (1-2 раза в 2-5 дней)

*Щитовидная железа*: не пальпируется; опухолевидных образований на шее не обнаружено; жалобы на боль или сдавление органов шеи больной не предъявляет. Экзофтальм отсутствует, деформации шеи нет.

*Паращитовидные железы*: Больной жалуется на боль по ходу мышц после нагрузки и при перемене погоды. Боли локализуются в нижних конечностях. Иногда после физической нагрузки наблюдаются парестезии нижних конечностей; ломкости ногтей, выпадения волос не отмечает.

*Островковый аппарат поджелудочной железы*: жалобы на слабость, сухость во рту в сочетании с жаждой. Наблюдается учащение мочеиспусканий (до 8-10) без ночного перерыва. Больной также отмечает плохую, длительную заживляемость ран.

*Надпочечники*: рост и развитие без отклонений. Кожа бледная, слизистые без видимых изменений. Распределение жировой клетчатки по андроидному типу.

*Половые железы*: Телосложение нормостеническое. Оволосение по мужскому типу.

**VI. Предварительный диагноз.**

На основании жалоб больного на: появляющуюся несколько раз в день выраженную боль, продолжительное чувство онемения в нижних конечностях, особенно после нагрузки и при перемене погоды, иногда после физической нагрузки наблюдается чувство ползания мурашек; жажду, слабость, полиурию, быструю утомляемость; ухудшение зрения, памяти, мелькание “мушек” перед глазами;иногда появляется головная боль, которая хорошо снимается аналгином;

данных анамнеза заболевания: считает себя больным с 1995 года, когда впервые, со слов больного, был поставлен диагноз сахарного диабета 1 типа; в 2001 году находился на интенсивном лечении в реанимационном отделении по поводу диабетической комы;

данных анамнеза жизни: наследственность отягощена по сахарному диабету (болеет отец); предрасполагающими считает нервные стрессы на работе;

можно выставить предварительный диагноз: Инсулинозависимый сахарный диабет, 1тип, легкой степени тяжести, стадия субкомпенсации.

**VII. План дополнительного обследования**

1. Анализ крови клинический.
2. Анализ мочи клинический.
3. Анализ крови биохимический.
4. RW №143 от 21.04.04.
5. Анализ кала на яйца глист.
6. Анализ крови на глюкозу.
7. Анализ мочи на глюкозу.
8. Реовазография.
9. ЭКГ.
10. Рентгенография ОГК. № 54
11. Консультация окулиста.
12. Консультация невропатолога.
13. Консультация хирурга.
14. Анализ крови на электролиты.
15. Доплерография.

**VIII.Результаты лабораторных и инструментальных исследований**

1. Анализ крови клинический от 21.04.04

Гемоглобин - 130 г/л

Эритроциты - 3.8\*1012/л

Цветовой показатель - 0,9

СОЭ - 5 мм/ч

Лейкоциты 5,2\*10^9/л

Нейтрофилы палочкоядерные 2 %

Нейтрофилы сегментоядерные 75 %

Эозинофилы 1 %

Лимфоциты 18 %

Моноциты 4 %

1. Анализ крови клинический от 29.04.04

Гемоглобин - 130 г/л

Эритроциты - 3.8\*1012/л

Цветовой показатель - 0,9

СОЭ - 8 мм/ч

Лейкоциты 4,4\*10^9/л

Нейтрофилы палочкоядерные 4 %

Нейтрофилы сегментоядерные 68 %

Эозинофилы 4 %

Лимфоциты 22 %

Моноциты 2 %

1. Анализ мочи клинический от 22.04.04

Цвет мочи – соломенно-жёлтый

Прозрачность - прозрачная

Удельный вес – 1025

Реакция – слабо-кислая

Белок - нет

Глюкоза – 4%

Лейкоциты 1-2 в п/зр.

Эритроциты 0-1 в п/зр.

Эпителий – единичный плоский

Соли – нет

1. Биохимический анализ крови 21.04.04

Общий белок - 68г/л

Альбумины – 52%

Глобулины – 48%

Мочевина 3,6 ммоль/л

Креатинин крови 0.05 ммоль/л

Холестерин 7,1 ммоль/л

ЛПОНП 0,38 ммоль/л

СРБ – отриц.

Серомукоиды - 0,28 ммоль/л

1. RW №143 от 21.04.04. – отриц.
2. Анализ кала на яйца глист.

 Рез.: яйца глист не обнаружены.

 7. Гликемичечкий профиль 21.04.2004

|  |  |
| --- | --- |
| Время | Сахар в ммоль/л |
| 800 | 8.8 |
| 1200 | 12.3 |
| 1700 | 8.7 |

1. Анализ мочи на глюкозу от 22.04.04

Глюкоза в моче – 1,02г.

1. Реовазография.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Левая | Правая | Норма |
| PI голени | 1,2 | 1,4 | 0,8 – 1,2 |
| PI стопы | 1,0 | 1,5 | 1,0 |

1. ЭКГ

Заключение: Ритм синусовый правильный. Нормальное положение электрической оси сердца. Патологии не обнаружено.

 11. Доплерография - сосудистые изменения, ишемизация и обызвествление сосудов стопы.

 12. Рентгенография ОГК. № 54

 Патологии ОГК не обнаружено.

 13. Консультация окулиста.

 Vis OD – 0,8

 OS – 0,8

 Объективно: начальные помутнения в хрусталике.

 Глазное дно: ГД бледно-розовое, контуры чёткие, вены расширены, полнокровны.

Заключение: Диабетическая ангиопатия сетчатки. Начальная осложнённая катаракта обоих глаз.

14. Анализ крови на электролиты.

 Калий – 6,1 ммоль/л

 Натрий - 160 ммоль/л

 Кальций – 2,3 ммоль/л

 Хлориды – 107 ммоль/л

15.Заключение невропатолога: начальные проявления диабетической полинейропатии.

1. Заключение хирурга: Генерализованная диабетическая ангиопатия. Данных за хирургическую патологию нет.

IX. Дифференциальный диагноз

Сахарный диабет I типа дифференцируется от диабета II типа

Диабет II типа обусловлен абсолютной или относительной недостаточностью усваиваивания инсулина клетками организма. Заболевание этим типом диабета происходит в пожилые годы (после 50). Этот тип диабета характеризуется тем что регуляция его происходит с помощью диеты и пероральных ССП.

Сахарный диабет I типа дифференцируется от несахарного диабета.

Несахарный диабет обусловлен абсолютной или относительной недостаточностью вазопрессина и характеризуется полидипсией и полиурией мочой с низкой относительной плотностью. Помимо этого диагноз основывается на отсутстствии повышения относительной плотности мочи при пробе с сухоедением, наличии высокой осмолярности плазмы, положительной питуитриновой пробы и низкого содержания при центральной форме заболевания АДГ в плазме.

**X. Обоснование окончательного диагноза**

На основании жалоб больного на: появляющуюся несколько раз в день выраженную боль, продолжительное чувство онемения в нижних конечностях, особенно после нагрузки и при перемене погоды, иногда после физической нагрузки наблюдается чувство ползания мурашек; жажду, слабость, полиурию, быструю утомляемость; ухудшение зрения, памяти, мелькание “мушек” перед глазами;иногда появляется головная боль, которая хорошо снимается аналгином;

данных анамнеза заболевания: считает себя больным с 1995 года, когда впервые, со слов больного, был поставлен диагноз сахарного диабета 1 типа; в 2001 году находился на интенсивном лечении в реанимационном отделении по поводу диабетической комы;

данных анамнеза жизни: наследственность отягощена по сахарному диабету (болеет отец); предрасполагающими считает нервные стрессы на работе;

данных лабораторных методов исследования: глюкоза крови в 8˚˚ - 8,8 ммоль/л, в 12˚˚ - 12,3 ммоль/л, в 17˚˚ - 8,7 ммоль/л; глюкоза в моче – 1,02г;

консультаций смежных специалистов: консультация окулиста, заключение: Диабетическая ангиопатия сетчатки. Начальная осложнённая катаракта обоих глаз;

проведённого дифференциального диагноза;

можно выставить окончательный диагноз основной- Инсулинозависимый сахарный диабет, 1тип, легкой степени тяжести, стадия субкомпенсации; осложнения - Диабетическая ангиопатия сетчатки. Начальная осложнённая катаракта обоих глаз.

XI. **Етиология и патогенез.**

Выявлена несомненная связь между генами гистосовместимости HLA (human leucosyte antigen), локализованными на коротком плече 6-й хромосомы, и ИЗСД. Причем показано, что наличие одних гаплотипов способствует развитию сахарного диабета I типа (HLA-B8), наличие других - препятствует. Более выражена связь с DR-сублокусом. У 95% больных сахарным диабетом I типа определяются DR3 и/или DR4 (относительно 40% в контрольной группе). Редко встречается диабет у DR2-положительных лиц. Такое позднее осложнение диабета, как ретинопатия, чаще развивается у B8- и B15-положительных больных. Самый высокий титр антител к инсулину выявляется при B15-генотипе, предотвращает их накопление – B7.

Полагают, что система HLA является генетической детерминантой, определяющей чувствительность β-клеток к вирусным антигенам, или отражает степень выраженности противовирусного иммунитета. Возможно появление функциональной аномалии одного из генов, ответственных за иммунологический ответ (ген Ir), вследствие чего он способствует образованию патологических (так называемых фасилитантных) антител; последние не только не содействуют удалению инфекционных (или токсических, в том числе и аутотоксических) агентов, а, наоборот, благоприятствуют их внедрению. Допускается, что молекулы HLA сами становятся своеобразными рецепторами некоторых вирусов. Преобладание определённых гаплотипов HLA найдено при некоторых аутоиммунных заболеваниях, нередко сочетающихся с сахарным диабетом. Следовательно, можно полагать, что при ИЗСД наследуется либо предрасположенность к аутоиммунному поражению инсулярного аппарата pancreas, либо повышенная чувствительность β-клеток к вирусным антигенам, либо ослабленный противовирусный

 иммунитет.

Таким образом, выявление и изучение принадлежности людей к антигенно-тканевой группе HLA (в частности, B8) представляет большой интерес ввиду возможности индивидуальных или семейных прогнозирований ряда заболеваний, в данном случае сахарного диабета, дифференциального диагноза в сложных клинических случаях, а также организации и проведения активных профилактических мероприятий.

Аутоиммунные аспекты ИЗСД

ИЗСД - результат длительного деструктивного процесса в инсулинпродуцирующих β-клетках поджелудочной железы, заканчивающийся гибелью последних. При достижении критического уровня β-клеток, когда их остаётся не более 10%, появляются клинические симптомы диабета.

Механизм повреждения связан с иммунологическими нарушениями в организме больного. Так, у больных сахарным диабетом обнаружена патология как клеточного, так и гуморального иммунитета. У трети больных сахарным диабетом выявлена клеточная антипанкреатическая гиперсенсибилизация, нарушена фагоцитарная функция лимфоцитов, у свежевыявленных больных ИЗСД снижено число Т-супрессоров и Т-хелперов, повышено по сравнению со здоровыми отношение числа Т-хелперов к Т-супрессорам. У больных с впервые диагностированным сахарным диабетом активирована клеточная иммунная реакция, что проявляется значительным повышением процента активированных Т-лимфоцитов. Такого же рода результаты получены в экспериментах на мышах с аллоксановым диабетом.

Кроме того, у подобных больных обнаружено статистически достоверное повышение концентрации γ-интерферона в сыворотке по сравнению с контрольной группой. Интерферон синтезируется активированными Т-лимфоцитами и косвенно свидетельствует в пользу аутоиммунной природы заболевания.

К доказательствам иммунных нарушений при сахарном диабете относится также инфильтрация островков поджелудочной железы лимфоцитами, гистиоцитами и полиморфноядерными лейкоцитами, обнаруженная при патологоанатомическом исследовании у большинства больных ИЗСД, умерших вскоре после установления диагноза. С помощью моноклональных антисывороток удалось доказать, что инфильтрирующие клетки представляют собой в основном супрессорные цитотоксические Т-лимфоциты, естественные киллеры и Т-киллеры. При этом 90% аутореактивных Т-лимфоцитов представлены активированными формами. Лимфоцитарную инфильтрацию обнаруживают преимущественно в тех островках, которые содержат β-клетки и никогда не наблюдают в островках, состоящих, например, из РР-клеток, что является доказательством целенаправленной иммунной реакции против антигенов инсулинпродуцирующих клеток.

Антитела к островковым клеткам обнаруживают у 85-90% вновь выявленных больных ИЗСД (при 0,5% у остального населения), если с момента обнаружения диабета прошло не более недели. Через 4 недели число пациентов с этими антителами уменьшается до 50%. У больных с давностью сахарного диабета около года антитела к β-клеткам выявляются лишь в 10-20% случаев.

Роль патологии иммунитета у больных сахарным диабетом I типа подтверждает наличие у ряда больных аутоиммунной полиэндокринопатии. У ближайших родственников больных ИЗСД аутоиммунные поражения встречаются чаще, чем у остальной группы населения. Нередко наблюдается ассоциация диабета с такими тяжёлыми аутоиммунными заболеваниями, как диффузно-токсический зоб, гипотиреоз, тиреоидит Хашимото, идиопатический гипокортицизм, идиопатический гипопаратиреоз, синдром Шмидта. Антитела в сыворотке крови, направленные против щитовидной железы, обнаруживаются в 2-4 раза чаще у детей, страдающих инсулинзависимым сахарным диабетом, чем у остальных детей. При этом в подавляющем большинстве случаев повышение количества противоорганных антител наблюдается у лиц женского пола с инсулинзависимым ювенильным сахарным диабетом. Получены обнадёживающие результаты лечения ИЗСД циклоспорином, достоверно увеличивающим число ремиссий.

**XII. Лечение**

1. Стол № 9. исключение легкоусвояемых углеводов (сахар, мёд, белые крупы, пшеничная мука); использование продуктов, содержащих клетчатку и пектин; распределение углеводов в течение суток в зависимости от дозы получаемого инсулина. Оптимальный режим питания: 3 основных приема пищи и 2 или 3 дополнительных.

2. Режим палатный.

3. Инсулинотерапия.

Суточная доза инсулина. Диабет стадии декомпенсации, следовательно суточная доза берется из расчета 0,5 ЕД на 1 кг массы тела = 45 ЕД.

По интенсифицированной схеме:

Пролонгированный инсулин 50 % от суточной дозы = 22,5ЕД.

Утром 50 % = 11,25ЕД

В 22 часа 50 % = 11,25 ЕД.

Короткий инсулин 50 % от суточной дозы = 22,5 ЕД

Перед завтраком 5 ХЕ х 1,5 = 7,5 ЕД

Перед обедом 6,6 ХЕ х 1,5 = 10 ЕД

Перед ужином 5 ХЕ х 1 = 5 ЕД

Схема: утром: 11,25 Хумодар Б + 7,5 Хумодар Р

 обед: 10 Хумодар Р

 вечером: 11,25 Хумодар Б + 5 Хумодар Р.

4. Sol.Retinoli acetatis oleosae pro injectionibus. 1мл – 25000 ЕД.

5. Тиамина хлорид 0.002 N50 по 1 таблетке 3 раза в день.

6. Sol. Pyridoxini 5%-1ml в/м 1 р/д через день.

7. Кокарбоксилаза 50мг в/м N1о.

8. Глазные капли: Офтан иду® по 1-2 капли в оба глаза 3 раза в день.

9. Берлитион 300ЕД на физ. растворе 200,0 мл. в/в капельно №10.

 **XIII. Дневник наблюдения.**

21.04.04

Больной предъявляет жалобы на боль, онемение в нижних конечностях, особенно после нагрузки и при перемене погоды, наблюдается чувство ползания мурашек, жажду, слабость, полиурию, ухудшение зрения, памяти, мелькание “мушек” перед глазами

Объективно: состояние больной ближе к удовлетворительному. Кожные покровы бледно-розовые. Отеков нет. ЧД = 18/минуту. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Ps = 82/минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения, ритмичный. На тыльной артерии стопы ослаблен. АД = 120/80 мм.рт.ст. При аускультации сердца – тоны ясные, ритмичные. ЧСС=82уд./мин. Шумов нет. Язык чистый, не обложен. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Стул в норме. Диурез около 2л., самостоятельный.

Назначения: лечение по листу назначений продолжать.

 29.04.04

Больной предъявляет жалобы на онемение в нижних конечностях, после нагрузки и при перемене погоды, жажду, слабость, полиурию, ухудшение зрения, памяти, мелькание “мушек” перед глазами;

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледно-розовые, чистые. ЧД = 16/минуту. В легких дыхание везикулярное над всей поверхностью, хрипов нет. Ps=76/минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения, ритмичный, дефицита пульса нет. АД = 120/90 мм.рт.ст. При аускультации сердца – выслушиваются тоны, ритм работы сердца правильный, ЧСС=76уд./мин. Шумов нет. Язык чистый. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Стул в норме 2р/д. Мочеиспускание безболезненное. Диурез около 2л., самостоятельный.

Назначения: лечение по листу назначений продолжать.

02.05.04

Больной предъявляет жалобы на сухость во рту после еды, слабость, полиурию. Отмечает значительное улучшение общего самочувствия.

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледно-розовые, чистые. Видимые слизистые влажные, бледно-розовые. ЧД=16/минуту. В легких дыхание везикулярное, над всей поверхностью. Ps=80/минуту, ритмичный, дефицита пульса нет. АД = 120/100 мм.рт.ст. При аускультации сердца – выслушиваются тоны, ритм правильный, ЧСС=80уд./мин. Шумов нет. Язык не обложен. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Стул в норме 2р/д. Диурез около 2л., самостоятельный, безболезненный.

Назначения: готовить к выписке 03.04.04.

**XIV. Эпикриз**

Больной Спраноха Юрий Григорьевич, поступил в клинику 21.04.2004 по направлению врача-эндокринолога районной поликлинники на профилактическое лечение с жалобами на появляющуюся несколько раз в день выраженную боль, продолжительное чувство онемения в нижних конечностях, особенно после нагрузки и при перемене погоды, иногда после физической нагрузки наблюдается чувство ползания мурашек; жажду, слабость, полиурию, быструю утомляемость; ухудшение зрения, памяти, мелькание “мушек” перед глазами;головную боль, которая хорошо снимается аналгином. Проведено дообследование, установлен диагноз: основной- Инсулинозависимый сахарный диабет, 1тип, легкой степени тяжести, стадия субкомпенсации; осложнения - Диабетическая ангиопатия сетчатки. Начальная осложнённая катаракта обоих глаз.

Больному откорректирована инсулинотерапия, проведена симптоматическая терапия, назначено лечение для профилактики осложнений, проведены курсы в школе диабета. В удовлетворительном состоянии выписан домой. Рекомендовано: контроль сахара крови самостоятельно, своевременное введение инсулина, соблюдение диеты, регулярное посещение эндокринолога, стационарное лечение 1 раз в год

Прогноз в отношении выздоровления неблагоприятный, для жизни -благоприятный.