**История болезни**

**Сахарный диабет: первый тип, декомпенсация, тяжелая форма**

Общие сведения о ребенке.

Ф.И.О.:

Возраст:

Дата Рождения:

Домашний адрес:

Дата госпитализации:

Посещает: техникум при институте менеджмента, маркетинга и финансов.

Диагноз при поступлении: Сахарный диабет I типа спорадический 17/2 стадия декомпенсации с кетоацидозом.

Клинический диагноз:

Сахарный диабет I типа спорадический 17/2 стадия декомпенсации с кетоацидозом. Липодистрофии. Диабетическая полинейропатия. Диффузный токсический зоб II ст., медикаментозный эутиреоз.

Сведения о ближайших родственниках.

Мать:

Отец:

Жалобы больного.

На момент поступления: многократная рвота, боли в животе, головную боль, резкую слабость, зуд слизистых.

На момент курации: жажда, повышение аппетита, увеличение объема и частоты мочеиспускания, неустойчивость внимания, лабильность настроения, усиленное потоотделение, учащенное сердцебиение, перебои в работе сердца.

История настоящего заболевания.

Anamnesis morbi.

Считает себя больной с мая 2005 года, когда заметила увеличение щитовидной железы и обследовалась в ОДКБ №1. В результате обследования был поставлен диагноз «диффузно-токсический зоб», а также выявлен сахарный диабет 1 типа. Назначено лечение (мерказолил 10 мг/сут, ББТ инсулином 900 1400 1900 – новорапид по 8 ЕД, 23.00 левемир 23-24 ЕД), выписана в состоянии компенсации.

Грубо нарушает диету, регулярно лечится в эндокринологическом отделении ОДКБ №1, последняя госпитализация – в сентябре 2006 года – поступила в стадии декомпенсации с кетоацидозом.

15.02.07 из-за нарушения диеты появилась слабость, усилилась жажда, участилось мочеиспускание, глюкоза крови повысилась до 17 мМ/л (по данным индивидуального глюкометра). К врачу не обращалась. В 200 16.02.07 состояние резко ухудшилось, появилась рвота, головные боли, боли в животе. Утром вызвала скорую помощь и была доставлена в эндокринологическое отделение ОДКБ №1. При поступлении – состояние тяжелое, резкая слабость, заторможенность, запах ацетона в выдыхаемом воздухе, кожные покровы сухие, чистые, ЧДД 20 в минуту, ЧСС 94 в минуту, АД 120/80 мм рт.ст., глюкоза в моче 1%, ацетон в моче (+++). Проведен курс инфузионной терапии и инсулинотерапии, состояние нормализовалось к утру 17.02.07. Госпитализация продолжена для обследования и корректировки инсулинотерапии.

Анамнез жизни.

Anamnesis vitae.

Наследственность не отягощена. В семье эндокринные, венерические, психические, явные наследственные болезни и туберкулез не отмечались. Выкидышей, мертворожденных и детей с врожденными уродствами не было.

Социальный анамнез: семья состоит из трех человек, полная. Родители имеют высшее образование, вредных привычек не имеют. Психологический климат в семье благоприятный. Жилищно-бытовые условия удовлетворительный, обеспечена одеждой, мебелью. Соблюдает возрастной режим, сон достаточный.

Питание: к груди приложили сразу, вскармливалась грудью по часам до 11 месяцев, с четырех месяцев введен прикорм. После года питание полноценное, соответствует возрастному режиму. Аппетит последние два года повышен, отмечает непереносимость земляники.

Биологический анамнез: ребенок от I беременности, I родов. Течение беременности без особенностей.

Роды срочные нормальные. Ребенок доношенный, закричала сразу. Длина тела 52 см, масса тела 2800 г.

Дальнейшее физическое, нервно-психическое и половое развитие происходило соответственно возрастным нормам.

Профилактические прививки по календарю.

Аллергологический анамнез: аллергические реакции на медикаменты отрицает. Отмечает аллергическую реакцию (сыпь) на землянику.

Перенесенные заболевания: ветряная оспа, краснуха, ОРВИ 1-2 раза в год.

Трансфузионный анамнез. сентябрь 2006 года – инфузионная терапия по поводу декомпенсации сахарного диабета с кетоацидозом.

Эпидемиологический анамнез: в семье и в школе инфекционные заболевания за последние 21 день не выявлены.

Вредные привычки: отрицает.

Данные объективного исследования.

Общий осмотр.

Общее состояние больной средней тяжести, сознание ясное, отмечается некоторое двигательное возбуждение, положение активное. Рост 167 см, вес 48 кг Физическое развитие среднее дисгармоничное из-за пониженной массы тела. Дефицит массы тела 15%. Конституция нормостеническая. Внешний вид соответствует возрасту. Половая формула Ax3P3Ma3Me с 14 лет регулярные умеренные безболезненные через 28 дней по 5 дней. Мимика оживленная. Патологических изменений голоса и походки не отмечается. Имеется экзофтальм.

Кожные покровы естественной окраски, умеренно влажные, чистые, эластичные, теплые. Сосудистые изменения на коже не выявлены. Симптомы щипка, молоточка и жгута отрицательны. Шелушения, язв нет. Имеются белесые и розовые стрии на бедрах, ягодицах. На лице и туловище отмечается Acne vulgaris. Имеется фолликулит на ягодицах. Изменений придатков кожи не отмечается. Волосяной покров соответствует полу. Дермографизм красный разлитой нестойкий. Слизистые влажные, розовой окраски. На плечах и животе видны липодистрофии.

Подкожная клетчатка выражена недостаточно, тургор сохранен. Толщина кожной складки на животе 2 см, у угла лопатки 1 см, на внутренней поверхности бедра 1,5 см. Отеки не выявлены. Подкожная эмфизема отсутствует.

Область шеи визуально деформирована. Отмечается увеличение щитовидной железы II степени, консистенция железы тестоватая, безболезненная, узлов нет.

Лимфатические узлы: пальпаторно определяются подчелюстные, надключичные, подмышечные, паховые и подколенные группы узлов. Они единичные, не увеличены, эластичной консистенции, безболезненные, не спаяны с окружающими тканями.

Мышечная система развита удовлетворительно, участков дистрофии и атрофии нет. Тонус мышц сохранен. Сила мышц достаточная. При пальпации безболезненные. Уплотнений, контрактур, асимметрии отдельных групп мышц не выявлено.

Костная система: Форма костей обычная, деформации не наблюдаются. При ощупывании и поколачивании безболезненны.

Суставы: конфигурация обычная, увеличений в объеме не отмечается, движения в суставах совершаются в полном объеме. Кожа над суставами не изменена

Дыхательная система.

Осмотр.

Деформаций носа, грудной клетки нет. Дыхание свободное, через нос, ритмичное. Тип дыхание брюшной. ЧДД -18/мин. Грудная клетка правильной формы. Обе ее половины активно и равномерно участвуют в дыхании. Ключицы симметричны, лопатки при опущенных руках на одном уровне, плотно прилегают к грудной клетке. Вспомогательная мускулатура в дыхании не участвует.

Пальпация.

Грудная клетка безболезненная, эластичная. Голосовое дрожание в симметричных точках одинаковое.

Сравнительная перкуссия.

В симметричных участках грудной клетки выявляется ясный легочный звук.

**Топографическая перкуссия**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Нижние границы | правого легкого | левого легкого |
| окологрудинная линия | верхний край 6 ребра | ─ |
| среднеключичная линия | нижний край 6 ребра | ─ |
| передняя подмышечная линия | 7 ребро | 7 ребро |
| средняя подмышечная линия | 8 ребро | 9 ребро |
| задняя подмышечная линия | 9 ребро | 9 ребро |
| лопаточная линия | 10 ребро | 10 ребро |
| околопозвоночная линия остистый отросток 11 грудного позвонка | | |

Верхние границы легких.

Спереди справа и слева высота стояния верхушек легких над ключицами 3.5см, сзади справа и слева на уровне остистого отростка 7 шейного позвонка. Активная подвижность нижнего легочного края правого легкого по средней подмышечной линии - 6см. Ширина полей Кренинга 6см справа и слева.

Аускультация.

Над всеми аускультативными точками симметричных участков легких выслушивается везикулярное дыхание. Хрипов, побочных дыхательных шумов нет.

Сердечно-сосудистая система.

Исследование сердца.

Осмотр.

Форма грудной клетки в области сердца не изменена. Сердечный горб, ”пляска каротид”, извитость сосудов, набухание яремных вен, а также эпигастральная пульсация отсутствуют.

Пальпация.

Верхушечный толчок локальный, умеренной силы, определяется в 5-ом межреберье на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии. Сердечный толчок, систолическое, диастолическое дрожание пальпаторно не определяются.

Перкуссия.

Границы относительной сердечной тупости.

Правая – на 1 см кнаружи от правого края грудины.

Верхняя – на уровне 3 ребра.

Левая – на 1 см кнаружи от левой среднеключичной линии.

Границы сосудистого пучка в 1 и 2 межреберьях не выходят за пределы грудины.

Аускультация.

Над всеми аускультативными точками тоны звучные, имеется дыхательная аритмия. Шумы, расщепления, раздвоения тонов не выявлены.

Исследование сосудов.

Пальпация.

Пульс 90 ударов/мин, ритмичный, синхронный на обеих руках, хорошего наполнения, удовлетворительного напряжения и величины. Патологические пульсации на периферических артериях не определяются.

Аускультация

Симптом волчка, тон Траубе, шум Виноградова-Дюрозье не определяются.

Артериальное давление: 120/80 – 115/75.

Пищеварительная система.

Осмотр.

Слизистые полости рта влажные, язык обложен серовато-белым налетом, больше на спинке. Зев спокойный. Живот симметричный, активно и равномерно участвует в дыхании. Видимой перистальтики, грыжевых выпячиваний и расширений подкожных вен живота не определяется.

Перкуссия.

Определяется тимпанический звук, свободной жидкости в полости не обнаружено.

Пальпация.

Поверхностная пальпация.

При поверхностной пальпации живот мягкий безболезненный, брюшной пресс хорошо развит, расхождение прямых мышц живота отсутствует, пупочное кольцо не расширено. Перитонеальные симптомы отрицательные.

Глубокая пальпация.

При глубокой пальпации в левой подвздошной области определяется цилиндрической формы, плотноэластической консистенции сигмовидная кишка в виде гладкого, умеренно плотного тяжа, диаметром 1,5 см. Безболезненная, легко смещаемая, не урчит. В правой подвздошной области пальпируется слепая кишка в форме гладкого, мягко-эластического цилиндра, безболезненная, умеренно подвижная, урчит при надавливании. В восходящих и нисходящих отделах ободочной кишки патологий не выявлено. Поперечноободочная кишка определяется в пупочной области в виде поперечно лежащего дугообразно изогнутого книзу умеренно плотного цилиндра диаметром 2,5 см. Большая кривизна желудка определяется на 2 см выше пупка. Привратник не пальпируется.

Аускультация.

Кишечные шумы умеренно выражены, шум трения брюшины отсутствует.

Органы желчевыделения.

Осмотр.

Выпячивания и деформации в области печени отсутствуют.

Перкуссия.

Верхняя граница печеночной тупости определяется в 5 межреберье по правой среднеключичной линии. Размеры печени по Курлову: по правой среднеключичной линии: 10см, по передней срединной линии: 9см, по краю левой реберной дуги: 7 см.

Пальпация.

Печень не выступает за край реберной дуги. Край острый, поверхность гладкая, консистенция эластичная. Болезненность отсутствует. Желчный пузырь пальпаторно не определяется, пузырные симптомы отрицательные.

Селезенка.

Осмотр.

В левом подреберье выпячивание и деформация не выявляется.

Пальпация.

Пальпаторно селезенка не определяется.

Мочевыводящая система.

Осмотр.

Поясничная область нормальной конфигурации. Гиперемия и припухлости не наблюдаются. В надлобковой области изменения не выражены.

Пальпация. В положении лежа и стоя почки пальпаторно не определяются. Мочевой пузырь не пальпируется. В мочеточниковых точках болезненность отсутствует.

Перкуссия.

Симптом поколачивания в поясничной области отрицательный.

Нервная система.

Сознание ясное, эмоционально лабильна, отмечается некоторое двигательное возбуждение. Внимание неустойчиво. Раздражительна. Менингеальные знаки отсутствуют.

Результаты исследований, полученных на момент курации.

**Общий анализ крови.**

|  |  |
| --- | --- |
| Гемоглобин | 130 г/л |
| Эритроциты | 3,8\*10 12 /л |
| Тромбоциты | 273\*10 9 /л |
| Лейкоциты:  Сегментоядерные  Палочкоядерные  Лимфоциты  Эозинофилы  Базофилы  Моноциты | 6,0\*10 9 /л  58%  1%  35%  2%  0%  4% |
| Цветовой показатель | 1 |
| СОЭ | 10 мм/ч |

Со стороны общего анализа крови отклонений не выявлено.

**Общий анализ мочи**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Цвет | | Соломенно-желтый | |
| Прозрачность | | Прозрачная | |
| Отн.плотность | | 1,014 | |
| Эритроциты | | Отсутствует | |
| Лейкоциты | | 1-2 в поле зрения | |
| Реакция | | Кислая | |
| Белок | | Отсутствует | |
| Глюкоза | | Отсутствует | |
| Цилиндры | | Отсутствует | |
| Эпителий | | Плоский,немного | |

Со стороны общего анализа мочи патологий не выявлено.

**Биохимический анализ крови**

|  |  |
| --- | --- |
| Общий белок | 64 г/л |
| Холестерин | 4,5 ммоль/л |
| Β-липопротеины | 5,28 ммоль/л |
| Глюкоза | 22,0 ммоль/л |
| АлАт | 100 нмоль/сл |
| АсАт | 180 нмоль/сл |
| Креатинин | 0,87 ммоль/л |
| Амилаза | 54 Ед/л |
| Гликированный гемоглобин | 14.300 |
| Билирубин общий | 10,5 ммоль/л |
| свободный | 9,5 ммоль/л |
| К | 5,0 ммоль/л |
| Na | 137 ммоль/л |
| Ca | 1,05 ммоль/л |
| Кетоновые тела | 20 мг% | |
|  |  | |

Со стороны биохимического анализа крови выявлена гипергликемия, кетонемия, повышенное содержание гликированного гемоглобина.

**КОС крови**

|  |  |
| --- | --- |
| pH | 7,3 |
| pO2 | 22 мм рт ст |
| pCO2 | 42,6 мм рт ст |
| BE | -5,5 ммоль/л |
| AB | 20,5 ммоль/л |
| SB | 18,5 ммоль/л |

Выявлена гипоксемия, дефицит буферных оснований, снижение стандартного бикарбоната, что свидетельствует о наличии субкомпенсированного метаболического ацидоза.

**Тиреостат**

|  |  |
| --- | --- |
| Т4 свободный | 24,0 ммоль/л |
| ТТГ | 0,23-3,0 мкМЕ/мл |
| Отмечается повышение уровней Т4 и ТТГ. | |

Кровь на HBsAg, анти-HCV: отрицательно

Мазок из зева и носа на дифтерию: отрицательно

Кал на яйца глистов: отрицательный.

Соскоб на энтеробиоз: отрицательный.

УЗИ щитовидной железы: расположена типично.

Правая доля: длина 56 мм толщина 25 мм ширина 23,5 мм объем 15, 7 мл3

Левая доля: длина 56 мм толщина 25 мм ширина 20 мм объем 13, 4 мл3

Толщина перешейка 10 мм

Объем не соответствует возрасту и полу и составляет 29,17 мл3 при норме 15, 6 мл3

Контуры неровные, нечеткие. Эхогенность смешенная, эхоструктура неоднородная за счет чередования участков пониженной и повышенной эхогенности.

Заключение: УЗИ-признаки гиперплазии щитовидной железы, диффузных изменений, усиления кровотока.

УЗИ внутренних органов:

Печень не увеличена, max sag 157 мм. Конутры ровные, структура однородная. Эхоплотность обычная. Внутрипеченочные протоки не расширены, портальная вена диаметром 8,3 мм. Желчный пузырь – пила воду – начал сокращаться.

Поджелудочная железа – головка 16 мм, тело 9мм, хвост 16 мм. Контуры ровные, структура однородная, плотность обычная. Вирсунгов проток, селезеночная вена в норме.

Почки: правая – 112х40 мм толщина паренхимы 13 мм ЧЛС в норме

левая – 112х39 мм толщина паренхимы 13 мм ЧЛС в норме.

Надпочечники: правый – 9х10 мм, левый – 11х10 мм, контуры ровные, эхоструктура, эхоплотность обычные.

Заключение: УЗИ-патологии не выявлено.

ЭКГ: ЧСС 80-92 в минуту

RR 0,65-0,75 сек

PQ 0,14 сек

QRS 0,08 сек

QT 0,32 сек

ритм синусовый правильный, нормальное положение ЭОС.

РЭГ:

Отведение FM левое и правое: пульсовое кровенаполнение сосудов не нарушено, симметричное. Тонус крупных и средних артерий не изменен. Тонус артериол и прекапилляров снижен. Венозный отток в норме.

Отведение OM левое и правое: пульсовое кровенаполнение сосудов не нарушено. Нормотонус крупных и средних артерий, гипотонус артериол и прекапилляров справа. Венозный отток в норме. Физиологическая асимметрия кровенаполнения.

Резюме: гипотонический тип РЭГ.

ЭМГ: полинейропатия двигательных волокон проксимальных отделов бельшеберцовых нервов по типу нейропраксии справа. Нейропраксия сенсорных волокон правого малоберцового нерва.

План обследования.

1. биохимический анализ крови

глюкоза определение адекватности терапии

гликированный гемоглобин и

кетоновые тела компенсации сахарного диабета

С-пептид - является стабильным индикатором секреции инсулина

Холестерин – для контроля за состоянием жирового обмена

Β-липопротеины и своевременной его корректировки

Общий белок – для контроля за состоянием белкового обмена

Белки по фракциям и своевременной его корректировки

1. Общий и биохимический анализ мочи – определение глюкозурии, кетоновых тел в моче (оценка адекватности лечения и компенсации сахарного диабета), микроальбуминурии (раннее выявление диабетической нефропатии).
2. КОС крови в динамике – ввиду наличия у пациентки субкомпенсированного метаболического ацидоза для корректировки терапии
3. Холтеровское мониторирование ЭКГ – ввиду жалоб пациентки на перебои в работе сердца
4. проба КОК – определение функции почек для исключения нефропатии
5. Консультации специалистов:

невролога – по поводу выявленных изменений на РЭГ и ЭМГ

офтальмолога – для осмотра глазного дна.

Обоснование диагноза.

На основании жалоб

1. На момент поступления:
   * На многократную рвоту развивающиеся при кетозе дегидратация и ацидоз
   * На боли в животе приводят к нарушению метаболизма в ЦНС и других
   * На головную боль системах организма, что ведет к развитию болевого
   * Резкую слабость синдрома, рвоте и снижению мышечного тонуса
   * Зуд слизистых. – обусловлен пропитыванием кожи кетоновыми телами
2. На момент курации:
   * На увеличение объема и гипергликемия осмотический диурез

частоты мочеиспускания дегидратация полиурия

* + На жажду полидипсия
  + На повышение аппетита – нехватка глюкозы внутри клетки полифагия
  + На неустойчивость внимания токсическое действие тиреоидных гормонов на
  + На лабильность настроения центральную нервную систему
  + На усиленное потоотделение – результат нарушение терморегуляции вследствие

повышения обмена веществ

* + На учащенное сердцебиение избыток тиреоидных гормонов ведет к увеличению

проникновения Ca2+ в кардиомиоциты, снижению

* + На перебои в работе сердца на них α- и увеличению β-адренорецепторов

Данных анамнеза

* + Считает себя больной с мая 2005 года – отсюда стаж 2 года
  + Наследственность не отягощена – отсюда спорадический сахарный диабет

Данных объективного обследования

* Общее состояние больной средней тяжести
* Экзофтальм – тиреоидные гормоны активируют симпатическую нервную систему, что ведет к усиление тонуса гладких мышечных волокон газодвигательных мышц плюс аутоиммунное поражение тканей орбиты
* На плечах и животе видны липодистрофии – результат неправильного введения инсулина
* Область шеи визуально деформирована
* Отмечается увеличение щитовидной железы II степени, консистенция железы тестоватая, безболезненная, узлов нет - пролиферация и рост фолликулов железы
* Пульс 90 ударов/мин,
* Эмоционально лабильна
* Внимание неустойчиво
* Раздражительна

Данных дополнительных исследований

* Со стороны биохимического анализа крови выявлена гипергликемия, кетонемия, повышенное содержание гликированного гемоглобина (гипергликемия – результат недостаточности инсулина, кетонемия – следствие нарушения обмена липидов в условиях энергетического голодания клеток, образование гликированного гемоглобина – результат гипергликемии)
* субкомпенсированный метаболический ацидоз по данным КОС – результат гипергликемии, энергетического голодания клетки, связывания гемоглобина с глюкозой, образования кетоновых тел
* Повышение уровней Т4 и ТТГ
* УЗИ-признаки гиперплазии щитовидной железы, диффузных изменений, усиления кровотока.
* Полинейропатия по данным ЭМГ – результат диабетической микроангиопатии

Можно поставить диагноз:

Сахарный диабет I типа спорадический 17/2 стадия декомпенсации с кетоацидозом. Липодистрофии. Диабетическая полинейропатия. Диффузный токсический зоб II ст., медикаментозный эутиреоз.

План лечения.

Режим общий

Диета №9 по Певзнеру

Медикаментозное лечение:

Базис-болюсная инсулинотерапия под контролем гликемии

9.00 новорапид 10-12 Ед примерно 1,3 Ед на кг массы тела

13.00 новорапид 10-12 Ед максимум 62 Ед в сутки

19.00 новорапид 10-12 Ед

21.00 левемир 26 Ед

Rp: Tabb. Mercazolili 0,005 № 50

D.S. по 2 таблетки в день

Блокирует фермент пероксидазу, участвующий в йодировании тиреоидных гормонов щитовидной железы, что приводит к нарушению их синтеза, торможению йодирования тиреоглобулина и задержке превращения дийодтирозина в тироксин.

Rp: Sol. Acidi nicitinici 1% - 1 ml

Dtd № 15 in ampullis

S. по 1 мл внутримышечно 1 раз в день

Улучшает процессы тканевого дыхания, снижает агрегацию тромбоцитов, повышает высвобождение из тканей гистамина и брадикинина, что улучшает микроциркуляцию

Rp.: Tabb. «Persen» №20

D.S. принимать по 1 таблетке 2 раза в день

Оказывает успокаивающее действие на центральную и нервную систему, снижает повышенную раздражительность и напряжение, улучшает аппетит.

Rp.: Sirupi Mildronati 100 ml

Dtd № 1 in lag.orig.

S. принимать по 5 мл внутрь 1 раз в день

Милдронат восстанавливает равновесие между доставкой и потребностью клеток в кислороде, устраняет накопление токсических продуктов обмена в клетках, защищая их от повреждения; оказывает тонизирующее влияние. В результате его применения организм приобретает способность выдерживать нагрузку и быстро восстанавливать энергетические резервы.

Физиотерапия

1. магнитотерапия
2. массаж

Рекомендации.

Основные правила жизни пациента с сахарным диабетом должны быть направлены на поддержание нормального уровня сахара в крови.

1. соблюдение диеты
   * изучить систему подсчета хлебных единиц и корректировки дозы инсулина в зависимости от приема пищи
   * максимально сократить в рационе легкоусвояемые углеводы, отдавая предпочтение полисахаридам
   * снизить потребление животных жиров и увеличить потребление растительных, желательно за счет высококачественных масел холодного отжима
   * обеспечить ежедневное потребление достаточного количества полноценного белка, как растительного, так и животного
   * сократить употребление жареной пищи, отдавая предпочтение способам приготовления с минимальной термической обработкой
2. физические нагрузки

* повышают чувствительность организма к инсулину и снижают уровень глюкозы крови
* должны быть адекватными, регулярными и равномерными – желательно заниматься физическими упражнениями каждый день в определенное время дня
* желательно исследовать уровень глюкозы крови перед, во время и после занятий, особенно начиная новую спортивную программу, и соответственно корректировать инсулинотерапию

1. диспансерный учет

* осмотр педиатром 1 раз в три месяца
* осмотр офтальмологом 1 раз в год
* осмотр неврологом 2 раза в год
* ЭКГ 1 раз в год
* Контроль АД
* Контроль анализов мочи на предмет микроальбуминурии

Для избежания образования липодистрофий необходимо чередовать участки инъекций.

По поводу диффузного токсического зоба – консультация эндохирурга по достижении компенсации сахарного диабета и решение вопроса об оперативном лечении.

Прогноз.

В настоящее время в условиях соблюдения всех принципов лечения сахарного диабета прогноз относительно благоприятный. Быстрота развития осложнений напрямую зависит от адекватности коррекции гипергликемии и ведения надлежащего образа жизни.

В случае несоблюдения рекомендаций врача, неадекватном самоконтроле, нарушении диеты, режима дня и физических нагрузок, режима введения инсулина, что мы имеем в данном случае, возможно развитие следующих осложнений:

* ранние осложнения, обусловленные недостаточностью инсулина – кетоацидоз, кетоацидотическая кома, гиперосмолярная кома, лактатацидотическая кома.
* ранние осложнения, обусловленные передозировкой инсулина – гипогликемическая кома.
* хроническая недостаточность инсулина может стать основной причиной сосудистых осложнений (микро- и макроангиопатии), катаракты, задержки роста, полового развития, гепатомегалии и нарушения функции печени( с-м Мориака). Вследствие хронической передозировки инсулина формируется синдром Сомоджи
* местные реакции на введение инсулина.

Поздние осложнения, обусловленные диабетической микроангиопатией (диабетическая ретинопатия, нефропатия, нейропатия, артропатия), являются практически неизбежным следствием заболевания, однако их появление может быть существенно отсрочено посредством адекватной инсулинотерапии, четкого самоконтроля, соблюдения режима дня и физических нагрузок.

Учитывая отношение данной пациентки к своей болезни (нарушение диеты, режима и т.д.), а также фоновое заболевание (диффузный токсический зоб), следует ожидать раннее развитие диабетической микроангиопатии.