История болезни

 История болезни пишется в виде этапного эпикриза. Это краткий анализ истории болезни до момента осмотра пациента студентом с четкими последующими рекомендациями по лечению пациента.

 В эпикризе описывается только патология, или то, что имеет отношение к болезни. Отражаются разделы: паспортная часть; диагноз и его обоснование \ обосновывается каждое слово диагноза - основанием является анамнез \ где указываются все факторы возникновения, развития болезни \, жалобы, выявленные симптомы и синдромы, осмотры специалистов, лабораторные и инструментальные данные \, далее оценивается течение болезни \ время появления симптомов их последовательность, связь с лечением или его отсутствием \, далее оценивается лечение пациента на момент осмотра и его последующая коррекция рекомендации.

 Построение диагноза идет по пути объединения симптомов в синдромы: например -жажда , полиурия, полидипсия, сухость слизистых и кожных покровов, мягкость глазных яблок при надавливании составляют инсипидарный синдром \или гиперосмолярный синдром \.

 НАПРИМЕР.

 Больной К.,58лет,литейщик. Диагноз: Сахарный диабет 1типа,3 степени тяжести, декомпенсация. Ретинопатия 2ст.Нефропатия3ст.ХПН.Нефротический синдром. Артериальная гипертония, тяжелой степени. Анемия. Полинейропатия.

 Таким образом Ваша история болезни будет выглядеть следующим образом.

 При поступлении предъявлял жалобы на жажду и частое обильное мочеиспускание, похудел на 4 кг. за последние 2 месяца, отеки на ногах, сильные головные боли.

 Из анамнеза выявлено: Сахарный диабет диагностирован в !!!! году, когда выявились сахара крови до 10-15 мм/л., или, при проведении ТТГ сахар натощак-8.5мм/л., через 2часа-15.1мм/л\. Сахарный диабет начался остро с кетоацидотической прекомы через 3 недели после перенесенного тяжелого гриппа. При исследовании С-пептида найдено его 2-х кратное снижение по сравнению с нормой при первой госпитализации.

 При осмотре выявлено: кожные покровы и слизистые сухие, глазные яблоки мягкие, отеки до бедер,АД-210/160мм.рт.ст.,акцент 2тона на аорте, короткий систолический шум на верхушке, расширение поперечника сердца за счет левой границы на 3см.,умеренная болезненность при пальпации эпигастральной области слева от срединной линии.

 С учетом данных осмотра план обследования будет следующим:

1.Общ.ан.крови.

2.Общ.ан.мочи.

3.Кровь на РВ и ВИЧ.

4.Суточный профиль сахаров.

5.Моча на сахар.

6.Конс.окулиста и навропатолога.

7.Проба Реберга, Зимницкого.

 и т.д.

 При лабораторных инструментальных исследованиях выявлено: в моче ацетон +++.При осмотре окулистом выявлена диабетическая ретинопатия, при осмотре невропатологом выявлена диабетическая полинейропатия. У больного определяется снижение клубочковой фильтрации при проведении пробы Реберга до 25мл\мин., гиперкреатининемия \ 220 мм\ л. \, гипохромная анемия \ Нв-72, Эр-2.5 \. При проведении пробы по Зимницкому гипоизостенурии не выявлено, т.к. имеется глюкозурия. Имеются отеки на голенях, протеинурия до 5г\с., гиперлипидемия \Хс-12мм\л., ТАГ-4.6мм\л., диспротеинемия \ О.Б.-68г\л., альб-35%\. Сахара крови:8ч-6.6, 14ч-12, 18ч-7.5, 22ч-6.7. Глюкозурия-25.

 У больного следующие синдромы: -анамнестический синдром \ Сахарный диабет диагностирован в !!!! году, когда выявились сахара крови до 10-15 мм/л., или, при проведении ТТГ сахар натощак-8.5мм/л., через 2часа-15.1мм/л \. Сахарный диабет начался остро с кетоацидотической прекомы через 3 недели после перенесенного тяжелого гриппа. При исследовании С-пептида найдено его 2-х кратное снижение по сравнению с нормой при первой госпитализации.\, -инсипидарный \жажда, полиурия, полидипсия\, -гиперосмолярный \инсипидарный, сухость кожи и слизистых, мягкие глазные яблоки.\, -синдром декомпенсации \инсипидарный, гипергликемия до 12мм\л, размах суточной гликемии до 6мм\л.\, -синдром артериальной гипертензии \АД - 210\140мм.рт.ст., акцент 2тона на аорте, смещение левой границы сердца, систолический шум на верхушке\, -нефротический синдром \отеки, протеинурия, гиперлипидемия, диспртеинемия \, -синдром почечной недостаточности \ гипертензивный и нефротический синдром, гиперазотемия, снижение клубочковой фильтрации.\, -поздний диабетический синдром\ретинопатия, полинейропатия, хроническая почечная недостаточность \. Эти синдромы формируют следующий диагноз:

 Сахарный диабет 1ти па,3 степени тяжести, декомпенсация. Ретинопатия 2ст.Нефропатия3ст.ХПН.Нефротический синдром. Артериальная гипертония, тяжелой степени. Анемия. Полинейропатия.

 Анализ течения заболевания. Здесь указываются особенности развития и прогрессирования болезни \ Диабет был коменсирован при первой госпитализации, получал СИП утром 25ед., вечером 12ед., после выписки диету не соблюдал-отмечал периодически жажду, запах ацетона изо рта, однако к врачу не обращался и инсулин коррегировал сам ориентируясь на уровень жажды. Около 5 лет назад стал отмечать отеки н\конечностей,иногда одышку,однако также занимался самолечением\принимал мочегонные без коррекции инсулина\. Состояние постепенно ухудшалось,год назад была зарегистрирована артериальная гипертензия при обращении к врачу по поводу сильных головных болей, от госпитализации отказался, т.к. постепенно состояние как-бы стабилизировалось\ головные боли пропали, к отекам "привык". Настоящая госпитализация связана с переходом на другие инсулины, т.к. СИП не выпускается. Изменения в состоянии пациента выявлены при обследовании в настоящий момент. Также обращает на себя внимание профессия больного: работа в "горячем" цеху вызывает повышенную потливость и обежвоживание, что само по себе повышает сахара крови. Все это видимо и привело к осложнениям заболевания вследствие постоянного повышения сахара в крови. Лечение. Больной получает монотард:8ч-20ед.,18ч-10ед. и актрапид:8ч-8ед.,13ч-6ед.,18ч-6ед. Капотен 25мг-3р\с.

 Дальнейшие рекомендации. Поскольку у больного сахар в 14ч-12мм\л. увеличить актрапид в 13ч до 12ед. Поскольку капотен может усугублять нефротический синдром, то целесообразно перейти на другие ИАПФ \лизиноприл\. Также необходимо добавить препараты никотиновой кислоты 1.0 в\м 10раз,вит В1 10.0 в\в капельно\для лечение полинейропатии и гиперлипидемии\. Стац.лечение продолжить: необходимо обиться коменсации, нормализации АД и липидного обмена, а также уменьшения отеков. После выписки направить на ВТЭК для решения вопроса о трудоспособности.

 Дата курации:

 Подись: