Башкирский государственный медицинский университет

Кафедра факультетской терапии

***История болезни***

Внебольничная бактериальная левосторонняя полисегментарная пневмония средней степени тяжести.

Куратор - студент IV курса Л-406 А группы

# ***1. Паспортные сведения о больном***

1. Ф.И.О.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Возраст: 76 лет (24.03.1937 г.)

. Место работы и должность: пенсионер с 1998 г.

. Домашний адрес: Республика Башкортостан, г. Уфа

. Дата поступления в клинику: 28.08.2013 г.

. Диагноз направившего учреждения: Пневмония без уточнения возбудителя. Хроническая ишемическая болезнь сердца.

. Показания к госпитализации: планово.

# ***2. 1 этап диагностического поиска***

# ***Данные расспроса (анамнеза)***

**1. ЖАЛОБЫ**

При поступлении больной жаловался на загрудинные боли давящего характера, одышку в покое и при незначительной физической нагрузке, кашель со слизистой мокротой.

**2. ИСТОРИЯ НАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ**

В анамнезе ишемическая болезнь сердца в течение многих лет. Признаки перенесенного инфаркта миокарда по ЭхоКГ. Принимал энап, коронал. В течение последних двух месяцев беспокоит выраженная одышка и боли в груди. В середине августа появился кашель с трудно отделяемой мокротой. Прошел планово ФОГК, на которой была выявлена пневмония. Больной принимал цефтриаксон, кларитромицин (5 дней). Боли в грудной клетке сохранились и больной был направлен на стационарное лечение.

**3. ИСТОРИЯ ЖИЗНИ**

Чувашин С.А. родился 24.03.1937г ода в г. Белорецк. Рос и развивался в соответствии с возрастом, от сверстников не отставал. С 7-ми лет пошел в школу. Образование высшее: закончил Авиационный университет. Затем служил в армии 10 лет. После армии работат на Приборостроительном заводе начальником цеха. С 1998 года на пенсии. Женат, двое детей. Проживает в квартире средней площади со всеми удобствами. Питание регулярное, сбалансированное, полноценное. Курить бросил 3 года назад (курил 55 лет) В детстве болел детскими инфекциями. В 2009 году перенес ГЛПС.

Туберкулез, венерические заболевания, гепатит отрицает. Гемотрансфузий не проводилось. Аллергические реакции на лекарственные препараты отрицает.

По окончании 1 этапа диагностического поиска основываясь на жалобы, историю жизни, ФОГК больного можно поставить предварительный диагноз: внебольничная бактериальная левосторонняя пневмония средней степени. ИБС. Стенокардия напряжения.

# ***3. 2 этап диагностического поиска***

# ***Данные физического исследования***

При проведении общего осмотра общее состояние больного: удовлетворительное, положение: активное, сознание: ясное, выражение лица: спокойное. Нарушение осанки и походки не отмечается, телосложение: правильное, конституция: нормостеник.

Кожные покровы и видимые слизистые бледно - розового цвета. Эластичность и влажность кожи нормальная. Ногти: обычной формы, гладкие, не ломкие. Изменений со стороны волос не наблюдается.

Подкожно-жировой слой развит умеренно; места наибольшего отложения жира на животе. Болезненность при пальпации отсутствует.

Лимфатические узлы не увеличены.

Степень развития мускулатуры удовлетворительная, тонус нормальный, болезненность при ощупывании отсутствует.

Деформаций костей черепа, грудной клетки, позвоночника, таза, конечностей не выявлено. Болезненность при пальпации и поколачивании отсутствует

Суставы нормальной конфигурации. Кожные покровы над ними обычной окраски. При ощупывании изменения местной температуры, а также болезненности не отмечается. Шумы при движении отсутствуют (хруст, скрип). Объем активных и пассивных движений в суставах сохранен полностью.

Рост: 175 см.

Масса тела: 72 кг.

Термометрия: 36,5 С

АД 120/70

**Система органов дыхания**

Состояние верхних дыхательных путей: дыхание через нос свободное. Выделений не наблюдается. Носовые кровотечения отсутствуют.

Крылья носа в дыхании не участвуют. При осмотре грудной клетки болезненности при пальпации не отмечается.

Форма грудной клетки: нормальная (нормостеническая), эпигастральный угол приближается к прямому.

Правая и левая половины грудной клетки симметричные, в дыхании не отстают. Ключицы и лопатки располагаются на одном уровне, лопатки плотно прилегают к грудной клетке. Над - и подключичные ямки запавшие, одинаково выраженные с обеих сторон.

Тип дыхания: смешанный. Глубина и ритм дыхания: поверхностное, ритмичное.

Число дыханий в минуту - 19.

При пальпации грудной клетки: болезненность межреберных промежутков не отмечается. Грудная клетка эластичная. Голосовое дрожание не усилено. Трение плевры на ощупь не определяется.

Данные топографической перкуссии:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Топографическая линия | | Правое легкое | Левое легкое |
| Верхняя граница легких | |  |  |
| 1 | Высота стояния верхушки спереди | 2,5 см | 2,5 см |
| 2 | Высота стояния верхушки сзади | На уровне остистого отростка 7 шейного позвонка | На уровне остистого отростка 7 шейного позвонка |
| Нижняя граница легких | |  |  |
| 1 | По окологрудинной линии | 5 ребро | Не определ. |
| 2 | По срединно-ключичной линии | 6 ребро | Не определ. |
| 3 | По передней подмышечной линии | 7 ребро | 7 ребро |
| 4 | По средней подмышечной линии | 8 ребро | 8 ребро |
| 5 | По задней подмышечной линии | 9 ребро | 9 ребро |
| 6 | По лопаточной линии | 10 ребро | 10 ребро |
| 7 | По околопозвоночной линии | 11 грудной позвонок | 11 грудной позвонок |

Дыхательная экскурсия нижнего края легких

по задней подмышечной линии

справа - 3 см

слева - 3 см

Аускультация легких:

Слева выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы

**Сердечно-сосудистая система**

Видимой пульсации артерий: сонных, конечностей и др. не наблюдается,

набухание шейных вен отсутствует.

Артериальный пульс на лучевых артериях ритмичный, симметричный, умеренного наполнения и напряжения, частота ударов в минуту - 76. Артериальное давление = 120/80 мм. рт. ст. со стороны артерий и вен патологических изменений не выявлено.

При осмотре и пальпации области сердца выпячивания, видимых пульсаций (верхушечный и сердечный толчок, эпигастральная пульсация) визуально не определяются.

Верхушечный толчок определяется слева на 0,5 см кнутри от срединно-ключичной линии в области 5 межреберья. Верхушечный толчок не разлитой, шириной 1 см, высокий, усиленный, резистентный.

При пальпации в области сердца - болезненность не определяется.

Перкуссия сердца:

*Относительная сердечная тупость:*

|  |  |
| --- | --- |
| Граница | Место определения |
| Правая | На 1 см кнаружи от правого края грудины в 4-ом межреберье |
| Верхняя | В 3-ем межреберье у левого края грудины |
| Левая | На 3 см кнаружи от среднеключичной линии в 5-ом межреберье |

*Поперечник сердца:*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Размер | Место определения | Норма | Больной |
| Справа | 4-ое межреберье, правая граница | 3-4 см | 4 см |
| Слева | 5-ое межреберье, левая граница | 8-9 см | 8 см |
| Поперечник | Сумма размеров справа и слева | 11-13 см | 12,5 см |

*Сосудистый пучок:*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Граница | Место определения | Норма | Больной |
| Правая | 2-ое межреберье кнутри | Правый край грудины | Правый край грудины |
| Левая | 2-ое межреберье кнутри | Левый край грудины | Левый край грудины |
| Ширина | Правая граница-левая граница | 5-6 см | 5 см |

*Граница абсолютной тупости:*

|  |  |
| --- | --- |
| Правая | У левого края грудины в 4-ом межреберье |
| Верхняя | У левого края грудины на уровне 4-го ребра |
| Левая | На 2 см кнутри от среднеключичной линии в 5-ом межреберье |

Аускультация сердца:

Тоны сердца приглушенны, ритм правильный Патологических шумов, раздвоения и расщепления тонов, шума трения перикарда нет.

**Система органов пищеварения.**

При осмотре полости рта: язык - красный, влажный, чистый. Состояние зубов - нормальное. Десны, мягкое и твердое небо, зев обычной окраски. Миндалины не увеличены, без налетов.

Живот округлой формы, не вздут. Видимой перистальтики желудка, кишечника не наблюдается. Мышцы брюшной стенки симметрично активно участвуют в акте дыхания.

При перкуссии живота определяется тимпанический перкуторный звук. Жидкости в брюшной полости не выявлено.

При аускультации кишечника - над поверхностью брюшной стенки выслушиваются ритмичные перистальтические шумы.

При поверхностной ориентировочной пальпации живот симметричный, мягкий, безболезненный во всех отделах. Симптомы Щеткина-Блюмберга Ортнера, Георгиевского-Мюси отрицательные.

При глубокой, методической, скользящей, топографической пальпации живота по методу Образцову - Стражеско получены следующие результаты:

Сигмовидная кишка: не пальпируется, безболезненная, не урчащая.

Слепая кишка: не пальпируется, безболезненная, не урчащая.

Тощая кишка: прощупывается, безболезненная, не урчащая.

Восходящая ободочная кишка: пальпируется. Безболезненная, не урчащая.

Поперечная ободочная кишка: не пальпируется, безболезненная, не урчащая.

Нисходящая ободочная кишка: пальпируется, безболезненная, не урчащая.

Желудок пальпируется в левой эпигастральной области, безболезненный, перистальтирующий, урчащий. Малая кривизна желудка и привратник не

пальпируются. Шум плеска справа от средней линии живота не определяется.

Видимого увеличения области печени не выявлено.

*Размеры печени по Курлову:*

|  |  |
| --- | --- |
| По правой среднеключичной линии | 9 см |
| По передней срединной линии | 8 см |
| Косой размер печени | 7 см |

Печень пальпируется по нижнему краю рёберной дуги (по правой среднеключичной линии), край печени закругленный, мягкий, эластический, ровный, гладкий, безболезненный в области желчного пузыря.

Желчный пузырь не пальпируется, Симптомы Ортнера, Керра, Курвуазье - отрицательные.

При пальпации поджелудочной железы болезненности, увеличения, уплотнения не установлено.

При осмотре селезенки наличия ограниченного выпячивания в этой области нет. Перкуторно был установлен размер селезенки: длинник располагается по Х ребру 7 см, а поперечник - 5 см. Селезенка не пальпируется. При аускультации шум трения брюшины в области селезенки не выслушивается.

Мочевыводящая система, половая система, эндокринная система, нервная система и органы чувств без особенностей.

# ***4. 3 этап диагностического поиска***

# ***Предварительный диагноз***

На основании:

жалоб больного на: одышку в покое и физической нагрузке, боли в грудной клетке слева, периодические боли в области сердца, периодический кашель с трудноотделяемой мокротой.

анамнеза заболевания: болеет ИБС в течение нескольких лет, по ЭКГ признаки перенесенного острого инфаркта миокарда. Около недели отмечает усиление болей в грудной клетке, учащение приступов стенокардии. Обратился к терапевту, сделал ФОГК, на которой выявлена пневмония. Назначено лечение: цефтриаксон, кларитромицин (5 дней) В связи с сохраняющимися болями направлен на стационарное лечение.

объективных данных: состояние средней степени тяжести. Сознание ясное. Кожные покровы чистые, влажные, бледные. Перкуторно: притупление легочного звука в нижних отделах слева. Дыхание везикулярное с жестким оттенком. Слева выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы.

ЧДД 22. Сердечные тоны приглушены.

Артериальное давление = 120/70 мм. рт. ст. Пульс 104

Температура тела 37С.

Выставлен диагноз основного заболевания: внебольничная бактериальная левосторонняя полисегментарная пневмония, средней степени тяжести.

Осложнения: Дыхательная недостаточность I ст.

Сопутствующий: ИБС. Стенокардия напряжения ФК II Постинфарктный кардиосклероз.

Осложнение: ХСН IIА ФКII

# ***План обследования***

1 ОАК

ОАМ

Биохимический анализ крови

ЭКГ

Рентгенография органов грудной клетки

Анализ мокроты

7 Спирография

# ***Данные лабораторных, инструментальных методов обследования***

**ОАК**

Эритроциты 3,33\*10 (норма = 4 - 5,5 млн)

Гемоглобин - 101 г\л (норма = 120 - 150 г/л.)

Цветной показатель - 1 (норма = 0,8-1,1).

Лейкоциты - 9,4\* 109 (норма = 3,8 - 9,2 \*10^9).

Палочк. - 4% (норма = 1 - 6%).

Сегмент. - 58% (норма = 54 - 70%).

Лимф. - 30. % (норма = 18 - 40%).

Моноциты - 8. (норма = 2 - 9%).

СОЭ - 9 мм\ч (2 - 15 мм/ч)

Тромбоциты 270\*109

ПТИ 80%

**ОАМ**

Цвет - соломенно-желтый (норма)

Прозрачная (норма)

Удельный вес - 1005 (норма = 1008 - 1026).

Белок - отрицательный (норма).

Эпителиальные клетки - плоские 3-4 (норма), лейкоциты 2-5-3. (норма = 0 - 3)

Эритроциты 1-2 в п/з

Заключение: ОАМ в норме.

**Биохимический анализ крови**

Общий белок - 73 г/л (норма = 60 - 80 г/л)

Мочевина: 68,2 (норма = 2,4-8,3 ммоль /л)

Креатинин: 102 (норма = 44-111 моль /л)

Билирубин общий - 28,5 мкмоль\л

Билирубин связанный - 2,4 мкмоль\л

Холестерин - 4,2 (норма = <5,2 ммоль/л).

Сахар - 5,0 ммоль/л. (норма = 3,88 - 5,55 ммоль/л)

В-липопротеиды - 37 (в норме-35-55,0)

Тимоловая проба - 0,5

AST - 10,0 (норма до 40 МЕ)

ALT - 19,0 (норма до 40 МЕ)

ЛДГ - 329

Серомукоид 240

**ЭКГ**

синусовый ритм с ЧСС 80 уд в мин. Полная блокада левой ножки пучка Гиса

**Заключение рентгенолога:** левосторонняя полисегментарная пневмония.

**Спирография:** умеренные нарушения ВФЛ по обструктивному типу

**Анализ мокроты**

Характер-слизистый

Примеси нет

Спирали Куршмана-нет

Эозинофилы-нет

Эластические волокна-нет

Лейкоциты-единичные

Атипичные клетки-нет

# ***Клинический диагноз и его обоснование***

На основании:

жалоб больного на: одышку в покое и физической нагрузке, боли в грудной клетке слева, периодические боли в области сердца, периодический кашель с трудноотделяемой мокротой.

анамнеза заболевания: болеет ИБС в течение нескольких лет, по ЭКГ признаки перенесенного острого инфаркта миокарда. Около недели отмечает усиление болей в грудной клетке, учащение приступов стенокардии. Обратился к терапевту, сделал ФОГК, на которой выявлена пневмония. Назначено лечение: цефтриаксон, кларитромицин (5 дней) В связи с сохраняющимися болями направлен на стационарное лечение.

объективных данных: состояние средней степени тяжести. Сознание ясное. Кожные покровы чистые, влажные, бледные. Перкуторно: притупление легочного звука в нижних отделах слева. Дыхание везикулярное с жестким оттенком. Слева выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы.

ЧДД 22. Сердечные тоны приглушены.

Артериальное давление = 120/70 мм. рт. ст. Пульс 104

Температура тела 37С.

данных лабораторных и инструментальных методов исследования

ОАК

ОАМ

БХ

АСТ

ЭКГ

R-графия ОГК

Выставлен клинический заболевания: внебольничная бактериальная левосторонняя полисегментарная пневмония, средней степени тяжести.

Осложнения: Дыхательная недостаточность I ст.

Сопутствующий: ИБС. Стенокардия напряжения ФК II Постинфарктный кардиосклероз.

Осложнение: ХСН IIА ФКII Полная блокада левой ножки пучка Гиса

Гипертоническая болезнь III ст, степень артериальной гипертензии 1, риск 4

Железодефицитная анемия легкой степени тяжести.

# ***Этиология и патогенез заболевания у курируемого больного***

При внебольничной пневмонии наиболее частыми возбудителями являются: пневмококки (60-80%), гемофильная палочка (15%), микоплазмы (15-30%), хламидии (10-12%), легионеллы (2-8%). К редким возбудителям относятся золотистый стафиллокок, моракселла, клебсиелла пневмонии, кишечная палочка.

Инфекция при очаговой пневмонии чаще распространяется бронхогенно, но возможны лимфогенный и гематогенный пути ее распространения. В последнем случае при наличии в организме воспалительного очага инфекция по венозным путям достигает правого сердца и по легочной артерии - легких. Нередко инфекционный агент, поступивший в легкие гематогенным путем, фиксируется в перибронхиальной ткани, нарушает целостность стенки бронха, проникает в его просвет, обусловливая воспалительный процесс, который распространяется на альвеолярную ткань, вызывая развитие бронхопневмонии. Бронхопневмония может также возникнуть на фоне предшествующих изменений легочной ткани, вызванных инфекционно-токсическим процессом различной этиологии наряду с нарушением функции ряда органов и систем. Огромная роль в патогенезе бронхопневмонии принадлежит состоянию макроорганизма, его иммунобиологическим свойствам. Большое значение имеет снижение защитной функции дыхательных путей, связанное с нарушениями функций нервной системы: подавление нормальной деятельности мерцательного эпителия, мускулатуры бронхов, секреции слизи, позывов на кашель - все это приводит к заносу инфекции из дыхательных путей в альвеолы. Не менее важна роль предрасполагающих моментов, слагающихся из ряда общих иместных факторов. К общим относятся факторы, влияющие на снижение иммунологических свойств организма: пожилой возраст (в связи с преобладанием в этом возрасте хронических заболеваний легких), переутомление, наличие других заболеваний внутренних органов, и особенно хронических заболеваний легких (хронический бронхит, пневмосклероз. К местным факторам относятся: негигиеничное содержание полости рта (что создает условия для обильного размножения микробов и распространения их отсюда в гортань, а затем по бронхам в альвеолы); закупорка бронха при бронхите слизью иэкссудатом, в результате чего развивается обтурационный ателектаз, при этом воспалительный процесс с бронхов легко переходит на спавшуюся легочную ткань. Однако у взрослых обтурационный ателектаз наблюдается редко

# ***Дифференциальный диагноз***

Прежде чем ставить диагноз необходимо его дифференцировать с другими заболеваниями, так как кашель с трудноотделяемой мокротой, одышка, слабость является одним из симптомов и других патологических состояний:

. Крупозная пневмония

. Туберкулез легких

Крупозная пневмония в отличии от долевой имеет:

острое начало заболевания

температура до 40 С

интенсивная боль в грудной клетке

мокрота сначала ржавого цвета, затем приобретает гнойный, а потом слизисто-гнойный характер

в дыхании участвует вспомогательная мускулатура

болезненная пальпация межреберных промежутков на больной стороне

больная половина грудной клетки отстает в акте дыхания

при рентгенографии органов грудной клетки визуализируется интенсивное гомогенное затемнение легочной ткани

тупой перкуторный звук

аускультативно: крепитация, шум трения плевры.

(при очаговой пневмонии: начало не такое острое, боли в грудной клетке возникают редко, мокрота слизисто - гнойная или гнойная, на рентгенограмме очаги инфильтрации разных размеров и интенсивности, вспомогательная мускулатура не участвует в акте дыхания, больная сторона не отстает в акте дыхания, укороченный перкуторный звук над очагом поражения, мелкопузырчатые влажные хрипы).

Для туберкулеза легких в отличии от пневмонии характерны:

профузные ночные поты

значительное похудание

сухой, безболезненный кашель с возможным отделением небольшого количества слизистой мокроты

перкуторный звук не изменен

рентгенологически характерно множество мелких очагов по всем легочным полям, очаги расположены симметрично.

(при пневмонии характерны укорочение перкуторного звука над областью поражения; на рентгенограмме очаги инфильтрации разных размеров и интенсивности,)

# ***План лечения курируемого больного***

1. Этиологическое:

Rp.: Ceftriaxoni 1,0

D. t. d. N10 in amp.

S. по 1,0 2 раза в день внутримышечно

Rp.: Tab. Сlaritromycini 0,5. t. d N10 по 1 таблетке 2 раза в день

. Патогенетическое:

Rp.: Sol. Natrii chloridi 0,9% - 200ml

Sol. Euphillini 2,4% - 5 ml. t. d. № 10. внутривенно капельно

. С муколитической целью:

Rp: Tab. Bromhexini 0,008 N 20

D. S. по 1 таб.3 р/д

Rp.: Tinct. Ginsengi 50 ml

D. S. по 20 капель за 30 мин до еды

. Лечение ИБС

Rp.: Тab. Egiloki 0,05 N 10

D. S. по 1 таблетке 2 раза в день

Дезагрегант:

Rp.: Тab. Aspirini 0,5 N 10

D. S. по ¼ таблетки 2 раза в день

. Лечение железодиффицитной анемии.: Tab. "Sorbifer durules". t. d. № 30

S. по 1 таблетке 2 раза в день

. Лечение ХСН

Rp.: Bisoprololi 0,05 № 10. S. по 1 таблетке 1 раз в день

Rp.: Verospironi 0,025 № 10. S. по 1 таблетке 1 раз в день

Rp.: Tab. Perindoprili 0,002 N14

D. S. по 1 таблетке 1 раз в день

. Физиотерапевтическое лечение:

УВЧ - терапия

# ***Дневник наблюдения***

**04.09.13**

Жалобы на общую слабость, одышку. Состояние больного удовлетворительное Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, чистые. В легких выслушивается везикулярное дыхание, ослабленное, аускультативно: влажные мелкопузырчатые хрипы слева. Тоны сердца приглушенные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный.

пульс 78 уд\мин

АД - 120\80 мм. рт. ст.

ЧД - 16\мин

**05.09.13**

Жалобы на общую слабость, одышку. Состояние больного удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, чистые. В легких выслушивается везикулярное дыхание, ослабленное, аускультативно: влажные мелкопузырчатые хрипы слева. Тоны сердца приглушенные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный.

пульс 75 уд/мин.

АД - 120/80 мм. рт. ст.

ЧД - 16/мин.

**06.09.13**

Жалобы на общую слабость, одышку, отмечает улучшение общего состояния. Состояние больного удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, чистые. В легких выслушивается везикулярное дыхание, ослабленное, аускультативно: влажные мелкопузырчатые хрипы слева. Тоны сердца приглушенные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный.

пульс 72 уд/мин.

АД - 125/80мм. рт. ст.

ЧД - 18/мин.

**11. ПРОГНОЗ:**

Прогноз для здоровья, жизни - относительно благоприятный. При выполнении мер профилактики и применения лекарственных препаратов должна наблюдаться положительная динамика.

# ***Эпикриз***

Больной \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ поступил во 2-е терапевтическое отделение Клинической больницы №5 24 августа 2013 года по направлению поликлиники.

При поступлении больной жаловался на загрудинные боли давящего характера, отдышку в покое и при незначительной физической нагрузке, кашель со слизистой мокротой.

В анамнезе ишемическая болезнь сердца в течение многих лет. Признаки перенесенного инфаркта миокарда по ЭхоКГ. Принимал энап, коронал. В течение последних двух месяцев беспокоит выраженная одышка и боли в груди. В середине августа появился кашель с трудно отделяемой мокротой. Прошел планово ФОГК, на которой была выявлена пневмония. Больной принимал цефтриаксон, кларитромицин (5 дней). Боли в грудной клетке сохранились и больной был направлен на стационарное лечение

При лабораторно-инструментальном исследовании обнаружилось:

. ОАК выраженный анизоцитоз, железодефицитная анемия

. на рентгенограмме - левосторонняя полисегментарная пневмония;

. на спирографии - умеренное нарушение ВФЛ по обструктивному типу.

. на ЭКГ - Полная блокада левой ножки пучка Гиса

В стационаре проводится медикаментозная противовоспалительная, бронхолитическая, патогенетическая, симптоматическая и физиотерапевтическая терапия. Состояние больного улучшается, дыхательный дискомфорт перестает беспокоить, однако одышка даже в покое сохранилась.

пневмония полисегментарная бактериальная диагноз

# ***Список использованной литературы***

1. "Схема оформления истории болезни" Р.М. Фазлыева, Г.К. Макеева, Г.В. Филиппова Уфа-2005.

2. Избранные лекции по внутренним болезням, часть I.Р.М. Фазлыева Уфа - 2009.

. Внутренние болезни. В.И. Маколкин. Издание 6-ое "Медицина" 2012.

. Лекарственные средства. Издание 16-е. М.Д. Машковский 2010 г.