Алтайский государственный

медицинский университет

Кафедра факультетской терапии

Заведующая кафедрой: профессор Осипова И.В.

Преподаватель: ассистент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Куратор: студент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**КЛИНИЧЕСКАЯ ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ**

БОЛЬНОЙ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ:

Цирроз печени

Барнаул 2008

**Паспортные данные**

Ф.И.О: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Возраст: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Год рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_..

Профессия: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_..

Домашний адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Дата поступления в клинику: 6.11.08г.

Дата начала курации: 10.11.08г.

**Жалобы**

Предьявляет жалобы на боль в низу живота, переодического характера. Чувство распирание в правой подреберной области, боли в эпигастральной области, при кашле резкая боль в правом подреберье. Снижение аппетита. На увеличение живота в обьеме.

**Дополнительные жалобы**

**-Система органов дыхания:** жалобы на кашель, возникающий преимущественно в утренние часы, с небольшим отделением светлой мокроты.

**-Система органов кровообрашения:** жалоб не предьевляет.

**-Система органов пищеварения:** аппетит не изменен, вкус не извращен, неприятного запаха изо рта нет. Стул не изменен, регулярный.

**-Система органов мочевыделения:** мочеиспускание не затруднено 5-6 раз в сутки, жалоб на боль в поясничной области не предъявляет, отеков, покраснения в поясничной области нет.

**-Эндокринная система:** масса тела в последний месяц без изменений, на выпадение волос, ломкость ногтей нет жалоб.

**-Нервная система:** жалоб не предъявляет.

**-Опорно-двигательная система:** жалоб не предъявляет.

**Выводы:**

На основании жалоб на боль в низу живота, переодического характера. Чувство распирание в правой подреберной области, боли в эпигастральной области, при кашле резкая боль в правом подреберье. Снижение аппетита. На увеличение живота в объеме.

Можно сделать вывод что в паталогический процесс вовлечена система органов пищеварения.

**Anamnesis morbi**

В 2006 году во время прохождения лечения по поводу остеохондроза был выявлен описторхоз, после лечения был выписан с открытым больничным листом. В течении следующих 1,5 лет алкоголь не употреблял на диспансерный учет не являлся. В Апреле 2008 года при прохождении медицинской комиссии ни каких жалоб не предъявлял, анализы были в норме. В июне 2008 года начал вновь употреблять алкоголь. 3.11.08 (после употребление алкоголя с 1.11.08 по 2.11.08) возникли резкие боли в правом подреберье, увеличение живота в объеме, боли в эпигастральной области. Больной вызвал скорую помощь, был доставлен в приемное отделении Славгородской ЦРБ, дежурным врачем был поставлен диагноз Цирроз печени? После обследования был госпитализирован в ОКБ ст. Барнаул.

**Anamnesis vitае**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.родился 14 апреля 1960 года в селе \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_., Новосибирской области. В семье четверо детей,- был 2-м ребенком. Со слов пациента материальная обеспеченность и питание в семье были удовлетворительными.

Рос и развивался нормально, в умственном и физическом развитии от сверстников не отставал. Простудными заболеваниями болел крайне редко. В школу пошел с 7 лет, учился хорошо, учеба давалась легко, занимался спортом (футбол, легкая атлетика). Закончив 7 классов средней школы, пошел работать в колхоз. Вскоре был призван в ряды Советской Армии. После войны заочно поступил в Омский железнодорожный техникум по специальности слесарь-электрик, Переехал жить в г Славгород, Алтайского края, где работал во время учебы, после получения образования место работы менять не стал, работал дорожным рабочим. Профессиональные вредности: Холодный воздух, выхлопные газы.

Сейчас проживает с супругой в частном доме с печным отоплением в г. Камень на Оби. Имеет дочь и сына. Санитарно-гигиенические условия удовлетворительные, питание регулярное, полноценное.

Со слов пациента листком нетрудоспособности пользовался редко 1 раз в 1-1,5 года. Время получения последнего не помнит.

Перенесенные заболевания: в детстве переболел желтухой, в 7 лет болел лямблиозом.

Эпидемиологический анамнез: вирусные гепатиты, туберкулез, ЗППП отрицает. В контакте с инфекционными больными не был.

Трансфузионный анамнез: переливания крови, растворов не было.

Аллергологический анамнез**:**

Аллергии на продукты питания, лекарственные вещества, на хим раздражители не предъявляет.

Хронические интоксикации: курит с 20 ле по пачке сигарет в день, алкоголем в прошлом злоупотреблял, в течение 1,5 последних лет не употребляет(до лета 2008г). Наркотики не принимал.

- заболевания органов дыхательной системы.

I – 1,2 - бабушка и дедушка по материнской линии пробанда. Умерли по неизвестной причине.

I - 3,4 - бабушка и дедушка по отцовской линии. Умерли по неизвестной причине.

II -1,2,3 - Тети и дяди по материнской линии. Умерли по неизвестной причине.

II- 6,7,8 - Тети и дяди по отцовской линии. Умерли по неизвестной причине .

II – 4,5- Отец и мать пробанда. Отец погиб на войне. Мать умерла по неизвестной причине.

III -1,3,4- Братья и сестры пробанда в настоящее время заболеваниями дыхательной системы не страдают.

IV – 1,2,3,4,5,6,7 - дети пробанда здоровы.

V – 1.2.3.4.5.6.7 – внуки пробанда здоровы.

**Заключение:** в родословной нет наследственной предрасположенности к заболеваниям органов дыхательной системы.

**Status praesens communis**

**Общий осмотр**:

- общее состояние средней тяжести

- сознание ясное

- положение больного в постели активное

- телосложение пропорциональное

- конституция нормостеническая

- походка тяжелая

- осанка прямая

- рост 170 см, вес 85 кг

- температура тела нормальная 36,6 С

**Кожные покровы**:

- бледно-розового цвета

- эластичность кожи сохранена

- влажность кожных покровов умеренная

- сыпи нет

**Ногти**:

- обычной формы

- продольно исчерчены

**Подкожная клетчатка**:

- развитие подкожно-жирового слоя умеренное, толщина складки в подключичной области 3 см

- наибольшее отложение жира на животе

- отеков нет

**Лимфатические узлы**: затылочные, подчелюстные, над- и подключичные, локтевые, биципитальные, подмышечные, подколенные, паховые не увеличены, безболезненные, мягкой консистенции, подвижные, неспаянные с тканями и между собой.

Подкожные вены малозаметны.

**Голова**:

- овальной формы

- положение головы прямое

**Шея**:

- не искривлена

- щитовидная железа не пальпируется

**Лицо**:

- выражение лица живое

- глазная щель не изменена

- веки обычной окраски

- конъюнктива бледная

- форма зрачков круглая, реакция на свет сохранена

**Нос** заостренный, крылья носа участвуют в акте дыхания.

**Губы**:

- углы рта симметричны

- цвет губ цианотичный

**Полость рта**:

- запах изо рта кислый

- десны бледно-розовые, умеренно увлажнены

- зубы прямоугольные с преобладанием ширины над высотой, цвет светло желтый, на режущем крае резцов отсутствует эмаль, четко виден слой дентина, зубных протезов нет, имеются металлические коронки. На вестибулярных и оральных поверхностях зубной налет. На жевательной поверхности 34 имеется кариозная полость 1 класс по Блеку. Зубной камень визуально не определяется.

Язык больной высовывает свободно, цвет розовый, обложен белым налетом больше в центре, умеренно увлажнен, сосочки выражены.

Миндалины правильной формы, не выступают из за дужек, окраска розовая.

**Исследование опорно-двигательного аппарата:**

**Осмотр**:

Конфигурация суставов не изменена, изменение величины и окраски кожи над суставами не наблюдается. Мышцы развиты умеренно, тонус сохранен.

**Поверхностная пальпация**:

Температура над поверхностью суставов не изменена. Объем активных и пассивных движений в суставах полный.

**Глубокая пальпация**:

Уплотнений и болезненности при пальпации не выявлено. Мышцы развиты умеренно, тонус сохранен.

**Перкуссия**: болезненности не обнаружено.

**Исследование органов дыхания:**

Осмотр: грудная клетка нормальной формы, обе стороны грудной клетки равномерно участвуют в акте дыхания, тип дыхания – смешанный, ЧД 18 в минуту.

Пальпация грудной клетки: ригидность нормальная, болезненности по ходу межреберных нервов, мышц и ребер нет, голосовое дрожание равномерно ослаблено на симметричных участках грудной клетки, трения плевры нет.

Сравнительная перкуссия легких: перкуторный звук на симметричных участках грудной клетки без особенностей.

Топографическая перкуссия:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Верхние границы легких | Правое легкое | Левое легкое |
| Высота стояния верхушек | 4см | 4см |
| Ширина полей Кренига | 5см | 5см |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ЛИНИИ | СПРАВА | СЛЕВА |
| l. parasternalis | 4 м/р | - |
| l. medioclavicularis | 5 м/р | - |
| l. axilaris anterior | 6 м/р | 6 м/р |
| l. axilaris media | 7 м/р | 7 м/р |
| l. axilaris posterior | 8 м/р | 8 м/р |
| l. scapularis | 9 м/р | 9 м/р |
| l. paravertebralis | 10 м/р | 10 м/р |

Подвижность нижнего легочного края.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Опознавательные линии | Правое легкое | Левое легкое |
| Среднеключичная | 3 | 3 |
| Среднеаксиллярная | 4,5 | 4.6 |
| Лопаточная | 3 | 3,5 |

Аускультация легких: жесткое дыхание, шума трения плевры нет.

**Исследование органов кровообращения:**

При осмотре в области сердца, сердечного горба, патологической и атипической пульсации нет. Верхушечного и сердечных толчков не наблюдается, пульсации сосудов в яремной ямке нет. При пальпации верхушечный толчок расположен в пятом межреберье на 2,5 см кнутри от левой срединно-ключичной линии, невысокий, умеренной силы, площадью 1-1,5 см2. Состояние вен и артерий в области шеи пальпаторно не изменено, патологической пульсации не выявлено. Пульс на обеих руках одинаков, ритм правильный, нормального напряжения и наполнения, частота пульса 78 ударов в минуту, пульсовая волна совпадает с ритмом сердечных сокращений. Дефицита пульса и пульсации артериол ногтевых фаланг нет.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Границы | Относительная | Абсолютная |
| Правая | 4 межреберье на 1 см кнутри от правого края грудины | по левому краю грудины, IV межреберье |
| Левая | на 2,5 см кнутри от левой срединно-ключичной линии в V межреберье | на 2,5 см кнутри от левой срединно-ключичной линии в V межреберье |
| Верхняя | в III межьреберье слева по около грудинной линии | У левого края грудины в V межреберье. |

Ширина сосудистого пучка 3 см, не выходит за пределы грудины.

Аускультативно: ритм правильный, тоны сердца глухие, в 4 основных и 3 дополнительных точках(Боткина, Наунина, Левиной), паталогических шумов нет, раздвоений и расщеплений тонов нет.

**Исследование органов брюшной полости:**

Осмотр: живот обычной формы, увеличен в объеме, симметричный, участвует в акте дыхания, подкожная венозная сеть в области живота видна, так называемая голова медузы.

Пальпация поверхностная: на симметричных участках живота температура одинакова, кожа умеренно увлажнена, тургор и эластичность снижены. Локализованная болезненность в области эпигастральной области и правой подреберной области, подкожно-жировая клетчатка умеренно развита, мышечный тонус сохранен. Патологических образований и грыжевых выпячиваний не выявлено. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный.

Глубокая методическая скользящая топографическая пальпация по Образцову-Строжеско:

- сигмовидная кишка пальпируется в левой подвздошной области на протяжении 13 см, в виде гладкого, умеренно плотного тяжа диаметром 3 см. Безболезненна, не урчит, вяло и редко перистальтирует, легко перемещается в пределах 5 см.

- слепая кишка пальпируется в правой подвздошной области в виде гладкого, плотного, подвижного, безболезненного тяжа длинной 10 см, диаметром 4 см, периодически расслабляется, издавая громкое урчание.

- восходящая ободочная кишка пальпируется в правой боковой области живота, как подвижный умеренно плотный, безболезненный цилиндр диаметром 2 см.

- нисходящая ободочная кишка пальпируется в левой боковой области, как подвижный умеренно плотный, безболезненный цилиндр диаметром 2 см.

- нижняя граница желудка на 2-3 см выше пупка.

- поперечно-ободочная кишка пальпируется в пупочной области, в виде поперечно лежащего, дугообразно изогнутого книзу, умеренно плотного цилиндра диаметром 2,5 см. Безболезненна, легко смещается.

- желудок не пальпируется.

- поджелудочная железа не пальпируется

- печень не пальпируется, перкуторные размеры по Курлову 9-8-7,5см.

- желчный пузырь и селезенка не пальпируются.

Перкуссия живота: звук тимпанический, симптом Менделя отрицательный, симптом флюктуации отрицательный.

**Органы мочевыделения:**

Осмотр: в поясничной области покраснения, припухлости, отечности кожи нет, выпячивания над лобком нет.

Пальпация: мочевого пузыря безболезненна, почки не пальпируются.

Перкуссия: симптом Пастернацкого отрицательный, в надлобковой области притупления перкуторного звука нет.

**Предварительный диагноз и его обоснование**

На основании жалоб больного на боль в низу живота, переодического характера. Чувство распирание в правой подреберной области, боли в эпигастральной области, при кашле резкая боль в правом подреберье. Снижение аппетита. На увеличение живота в объеме.

На основании данных объективного обследования и анамнестических данных можно поставить предварительный диагноз: Цирроз печени.

**План дополнительных методов обследования больного**

Лабораторные:

1.Калий, кальций и натрий крови 1. Билирубин общий и прямой

1. Группа крови 2. Холестерин крови

3. Резус-фактор 3. Мочевина крови

4. Сывороточное железо 4. Общий анализ крови

5. Анализ кала на скрытую кровь 5. Ретикулоциты

1. Вирусные маркеры (НВsАg, НВеАg, 6. Тромбоциты

антитела к вирусу гепатита В, С, Д) 7. Общий белок и белковые

7. Мочевая кислота крови фракции

8. Креатинин 8. АсАТ, АлАТ

9. Сахар крови 9. ЩФ, ГГТП

10. Общий анализ мочи

11. Фибриноген

**Инструментальные исследования**

1. УЗИ печени, желчного пузыря, поджелудочной железы, селезенки и сосудов портальной системы

2. Эзофагогастродуоденоскопия

1. Электрокардиография

**Результаты дополнительных методов исследования больного**

1. **Общий анализ крови ( 27.10.08.):**

Гемоглобин- 148 г/л

Лейкоциты- 9,6\*109/л

СОЭ- 20 мм/ч

Эритроциты-4,45\*104/л

Эозинофилы-1

Палочкоядерные-3

Сегментоядерные-75

Лимфоциты-15

Вывод: В общем анализе крови наблюдается лейкоцитоз и синдром ускоренного СОЭ.

2. **Общий анализ мочи: (29.10.08.):**

Количество 80 мл.

Удельный вес - 1022

Цвет – желтый

Прозрачная

Реакция кислая

Белок отриц.

Лейкоциты 2-3 в поле зрения.

Плоский эпителий 1-3 в поле зрения.

Вывод: Количество мочи соответствует норме. Удельный вес в приделах нормы. В норме белок в моче не определяется. Эритроциты и лейкоциты в норме от нуля до трех в поле зрения.

3**. Биохимический анализ крови (5.11.08.):**

Общий билирубин- 15.8 мкмоль/л

Сахар крови – 4,5 ммоль/л

Альфа – амилаза – 22,4 г/(ч. л)

Мочевина – 5,3 ммоль/л

К+ - 4.8 ммоль/л

Na+ - 139 ммоль/л

ПТИ – 89%

Фибриноген – 4.0 г/л

Общий белок – 74.6 г/л

Сиаловая проба – 0.220 усл. ед.

АЛТ- 1,75 мкмоль/л

АСТ- 1,31 мкмоль/л

Вывод: Общий билирубин повышен. АЛТ и АСТ повышены*.* Сахар крови в пределах нормы. Мочевина не изменена. α-амилаза в пределах нормы. Калий в пределах нормы. Натрий в пределах нормы. Сиаловые кислоты без отклонений. Фибриноген не изменен. Общий белок в пределах нормы.

**Дифференциальный диагноз**

Ввиду того, что цирроз печени развивается постепенно, является в большинстве случаев следствием хронического гепатита, представляет определенную сложность разграничение его, особенно у пациентов с активными проявлениями его, от хронического гепатита. Разграничительными признаками цирроза от гепатита является наличие симптомов портальной гипертензии.

Необходимо дифференцировать цирроз печени от так называемых не цирротических форм фиброза печени, в частности от сердечного фиброза (цирроза) (по МКБ-10:К76.1).

При правожелудочковой сердечной недостаточности наблюдается ретроградное повышение венозного давления через нижнюю полую вену в печеночных венах с переполнением и расширением их, что приводит к хроническому повреждению с некрозом гепатоцитов в центре долек. В результате этого развивается чередование красных (застойные) и бледных (фибротические) участков, в связи с чем такую печень патологоанатомы называют мускатной. Необходимо учесть, что кардиогенный цирроз развивается, как правило, при хронически текущих патологических процессах с поражением сердца, при которых проводится длительное время лекарственная терапия. Вклад последней в развитие цирроза несомненен. Асцит и периферические отеки, первоначально связанные с сердечной недостаточностью, при развитии цирроза, как правило, усугубляются. Клиническая симптоматика тождественна мелкоузловому (портальному) циррозу.

Дифференциальным признаком при сердечном циррозе является наличие при этом виде поражения печени более выраженного и более постоянно наблюдаемого дискомфорта в области правого подреберья с ощущением тяжести. При физическом обследовании обнаруживается равномерно увеличенная, как правило, до больших размеров, плотная, с гладкой поверхностью печень. У больных реже выявляются или вовсе не обнаруживаются «печеночные знаки» (печеночные ладони, сосудистые звездочки). Характерным для сердечного цирроза является наличие признаков поражения сердца, а также обнаружение по данным на протяжении 10 и более лет таких заболеваний, как приобретенные ревматические пороки, врожденные пороки сердца, легочное сердце. При биохимических исследованиях крови у больных сердечным циррозом содержание альбумина, протромбина, АсАТ и др., как правило, не отличаются от нормы.

Констриктивный перикардит, в том числе хронический экссудативный (сдавливающий), ведет к ограничению диастолического наполнения сердца с уменьшением сердечного выброса и к венозному застою печени. Наблюдается переполнение вен печени с увеличением ее размеров и развитием портальной гипертензии. Эти проявления предшествуют сердечной декомпенсации, что в клинической практике более чем у 60% больных традиционно расценивается как «несомненный» признак цирроза. У больных наряду с быстро нарастающим асцитом вскоре появляется гидроторакс, отек нижних конечностей. Характерными признаками, помимо ускоренного темпа развития клиники, является одышка с учащенным дыханием, цианоз с одутловатостью лица, наличие венозных коллатералей с умеренно расширенными поверхностными подкожными венами, но не на брюшной стенке, а в нижнем отделе передней грудной стенки. В терминальной стадии констриктивного перикардита формируется сердечный цирроз печени с упорным асцитом и спленомегалией.

Для распознавания этого вида поражения печени имеет значение изучение анамнеза с выявлением ранее перенесенного туберкулеза легких, травм и ранений в области сердца, гнойного перикардита. При физическом обследовании отмечается уменьшение размеров относительной тупости сердца, нередко отрицательной верхушечный толчок, глухие тоны, малый, иногда парадоксальный пульс, обнаруживаются расширенные набухшие шейные вены. На рентгенограмме грудной клетки выявляется обызвествление перикарда, признаки туберкулезного поражения легких. На ЭКГ отмечается уменьшение вольтажа зубцов. Эхокардиография позволяет достоверно выявить характерные признаки поражения перикарда, наличие жидкости в его полости. Диагностика констриктивного перикардита важна, так как при современных хирургических методах лечения возможно достичь выздоровление больных.

Сходную клиническую картину с циррозом печени имеет эхинококкоз печени. Наряду с увеличенной печенью, обнаруживается и увеличенная селезенка. Однако при эхинококкозе печень отличается необычно деревянистой плотностью. При ультразвуковом исследовании обнаруживается неоднородность плотности ткани. Реакция латекс-агглютинации позволяет выявить наличие специфических антител. Более достоверно подтверждается диагноз при лапороскопии.

Цирроз печени необходимо дифференцировать с опухолевыми заболеваниями печени, в частности с первичным раком и циррозом-раком. Для первичного рака печени характерно более острое развитие болезни, ускоренно прогрессирующее течение, истощение, лихорадка, боли в подреберье, анемия, лейкоцитоз, резко повышенная СОЭ, увеличенные размеры печени, нередко пальпаторно можно обнаружить опухолевое образование.

Более затруднительна диагностика цирроза-рака, так как опухолевое поражение печени развивается на фоне имеющейся картины цирроза, что чаще отмечается после вирусного гепатита С. О развитии рака на фоне цирроза можно предположить при возникновении резкого ухудшения клинического течения цирроза, появления значительных отклонений от нормы лабораторных показателей крови (СОЭ, лейкоцитоза). В ряде случаев возможно выявление паранеопластических проявлений. Наиболее частым из них является мигрирующий тромбофлебит с рецидивирующим течением. Более достоверным диагностическим тестом у больных циррозом-раком является обнаружение в сыворотке крови маркеров опухолевого поражения печени - эмбриональных сывороточных глобулинов (альфа-фетопротеина). Достоверное подтверждение диагноза достигается при лапороскопии с последующей биопсией.

**Клинический диагноз и его обоснование**

Данные лабораторных и инструментальных методов исследования подтверждаюь предварительный диагноз.

**Клинический диагноз:** Цирроз печени.

**Лечение**

Базисная терапия включает лечебные и общегигиенические мероприятия, ориентированные на нормализацию процессов пищеварения и всасывания, устранение кишечного дисбактериоза. Предусматривается исключение профессиональных и бытовых вредностей, в том числе употребления алкоголя, нарушений режима дня и отдыха, погрешностей питания. Больные должны соблюдать щадящий режим, избегать переохлаждении. В компенсированной стадии цирроза больные могут выполнять работу, не связанную с вынужденным положением тела, длительной ходьбой или стоянием, воздействием высокой, равно как и низкой температуры окружающей среды, значительными ее колебаниями. При портальной гипертензии следует избегать любых физических усилий, вызывающих повышение внутрибрюшного давления. При наличии активности процесса и в стадии декомпенсации показаны постельный режим и стационарное лечение.

Рекомендуется диета №5 (по Певзнеру), но следует проявлять осторожность в употреблении большого количества белок-содержащих продуктов.

Десятидневный курс интенсивной терапии:

Терапевтический парацентез с однократным выведением асцитической жидкости и одновременным внутривенным введением 10 г альбумина на 1,0 л удаленной асцитической жидкости и 150-200 мл полиглюкина.

Клизмы с сульфатом магния (15-20 г на 100 мл воды), если имеются запоры или данные о предшествующем пищеводно-желудочно-кишечном кровотечении.

Неомицин сульфат или ампициллин по 1,0 г X 4 в сутки. Курс 5 дней.

Внутрь или через назогастральный зонд лактулоза 60 мл в сутки. Курс 10 дней.

Внутривенное капельное введение 500-1000 мл в сутки гепастерила-А. Курс - 5-7 инфузий.

**Список использованной литературы**

1. Кузнецова А.В. Схема истории болезни. Барнаул 2003 год.
2. Трубников Г.В. учебно-методическое пособие «Методические основы познания терапии».
3. Машковский М.Д. “Лекарственные средства” часть 1 и 2. Москва, “Медицина”, 2002 год.
4. Под редакцией академика РАМН А.И.Воробьёва. Справочник практического врача. Издание 7-е. Москва, «ОНИКС 21 век», «АЛЬЯНС-В», 2000 год.
5. А.И. Мартынов. «Внутренние болезни» в двух томах. Москва «ГОЭТАР - МЕД», 2002 год.
6. Справочник Видаль 2002. М.: АстраФармСервис, 2002г. 1488 стр.
7. Трубников Г.В. «Руководство по клинической пульмонологии» Москва, 2001 год.
8. Чучалин А.Г. «Бронхиальная астма», С-Петербург, 1998 год.