**I. Паспортные данные**

1. Фамилия, имя, отчество больного:

2. Пол: Мужской

3. Возраст: 51 год.

4. Место жительства:

5. Место работы, профессия: не работает

6. Дата и вермя поступления в стационар: 21.03.2012 в 15.40

7. Дата выписки из стационара или перевода в другое лечебное учреждение: --

8. Кем направлен больной: доставлен бригадой скорой медицинской помощи

9. Диагноз направившего учреждения: Внегоспитальная нижнедолевая правосторонняя пневмония

10. Диагноз при поступлении: Внегоспитальная нижнедолевая правосторонняя пневмония. Дыхательная недостаточность I степени.

**II. Основные жалобы пациента**

Больной предъявляет жалобы на повышение температуры тела до 39.5 °С, постоянный кашель с трудно отделяемой серозной мокротой.

**III. Общие жалобы пациента**

Больного беспокоят слабость, недомогание, озноб, снижение трудоспособности, потливость, головная боль.

**Опрос по органам и системам**

**Система органов дыхания:**

**Одышка:** возникает при физической нагрузке, носит смешанный характер.

**Кашель:** постоянный в течение всего дня со слизистой мокротой, мокрота трудно отделяется в небольшом количестве.

**Мокрота:** есть, слизистая, трудно отделяется, четверть стакана за сутки, выделение не зависит от положения тела, запах обычный.

**IV. История заболевания**

 Заболевание началось остро 17 марта 2012 г. после переохлаждения, когда у больного поднялась температура до 39,5 ºС и появился сухой кашель. Никаких лекарственных препаратов больной не принимал. Через 2 дня кашель стал влажным с трудно отделяемой мокротой, при этом температура держалась в течение 4-х дней. 21 марта 2012 г. вызвал бригаду СМП и был госпитализирован в Витебскую центральную городскую клиническую больницу, с диагнозом Внегоспитальная нижнедолевая правосторонняя пневмония. Пациент не состоял на диспансерном учёте. Из ранее перенесённых заболеваний дыхательной системы больной отмечает только ОРВИ.

**V. История жизни**

***Краткие биографические данные*** Воронов Василий тимофеевич родился в 1960 г. в городе Витебске. Первым ребёнком в семье. Роды были своевременными и проходили без осложнений. Масса тела при рождении 3600 г. Возраст матери и отца на момент его ро­ждения 19 и 20 лет соответственно. Вскармливался естественно. Физически и психически развивался соответственно возрасту, рахитом не страдал. Го­ворить начал в 12 месяцев, ходить в 11 месяцев. В школу пошёл с 7 лет. Успеваемость в школе была хорошая. Получил средне-специальное образо­вание. Профессия - строитель.

***Трудовой анамнез***. Начал работать с 20 лет строителем (Вредные факторы: работа на открытом воздухе, пыль, физическое и психическое напряжение). В настоящее время не работает. Служил в армии.

***Жилищно-бытовые условия***удовлетворительные. Проживает в двухкомнатной квартире в кирпичном доме. Дом сухой, достаточная степень инсоляции жилых помещений. Питается нерегулярно 3 раза в день. В рационе преобладает рыба и растительная пища. Питается в основном дома. Физкультурой и спортом не за­нимается. Пребывание на воздухе около 1ч. в сутки.

***Вредные привычки*** Курение, употребление наркотиков отрицает. Алкоголем не злоупотребляет.

***Перенесенные ранее заболевания, травмы, операции, ранения***. Перенесенные детские инфекции не помнит. Из перенесённых заболеваний отмечает ОРВИ. Туберкулез, венерические заболевания, ВИЧ-инфекцию, вирусные гепатиты отрицает.

***Семейный анамнез****:* Со стороны отца наследственность не отягощена. У матери Г.Б. Нервными, психическими заболеваниями никто из членов семьи или родственников не страдает.

***Наследственность:*** не отягощена.

***Семейный анамнез****:* Женился вышла в 20 лет. Имеет двух детей.

***Аллергологический анамнез****:* со слов пациента, аллергических реакций на лекарственные средства, продукты питания, косметические средства, запахи, пыльцу различных растений, также на контакт с различными животными, одеждой, шерстью, дорожной пылью, постельными принадлежностями аллергических реакций не отмечал.

 ***Трансфузионный анамнез****:* переливание крови и введение сывороток не проводились.

**VI. Объективное исследование**

**Общий осмотр**

Общее состояние больного средней степени тяжести, сознание ясное, по­ложение активное. Выражение лица спокойное; бреда и галлюцинаций нет. Походка свободная. Телосложение правильное. Конституциональный тип - нормостеник. Длина шеи и конечностей пропорциональна длине ту­ловища.

Рост 167 см, масса тела 75 кг.

Определение индекса массы тела (И.М.Т.):

 МТ

И.М.Т.= =75/(2.79)=26,9

 Рост²

Больной – имеет избыточную массу тела (предожирение).

*Система кожных покровов и видимых*

 *слизистых.*

Кожный покров бледно-розового цвета, видимые слизистые оболочки (глаз, носа, губ, полости рта) - бледно-розовые. Патологической пигментации не обна­ружено. Кожа эластична, тургор сохранен. Влажность кожи умеренная. При осмот­ре общие отеки не выявлены. Сыпь, шелушения, рубцы, "сосудистые звездочки" не обнаружены.

*Оволосение.*

Оволосение выражено умеренно, по мужскому типу. Выпадение и ломкость волос не наблюдается. Отмечается частичное поседение волос.

*Ногти.*

Форма овальная, поверхность ровная, прозрачные. Исчерченности, ломкости, матовости не отмечается.

*Подкожно-жировая клетчатка.*

Выражена умеренно, толщина кожной складки в области трёхглавой мышцы плеча – 2,5 см. Отложение жира равномерное, место наибольшего отложения жира - живот.

*Периферические лимфатические узлы.*

Затылочные, передние и задние шейные, околоушные, подчелюстные, над- и подключичные, подмышечные, локтевые, паховые, подколенные лимфатические узлы не пальпируются.

*Мышечная система.*

Степень развития мышечной системы обычная, тонус мышц нормальный. При пальпации и движении болезненность не отмечается. Сила мышц в кисти, бёдрах, голени умеренная. Дрожание отдельных мышц и мышечных групп конечностей и туловища не обнаружено. Парезов и пара­личей нет.

*Костно-суставная система*

При исследовании костей черепа, таза, конечностей утолщений, ис­кривлений и других нарушений не установлено. Периостита, акромегалий, изменений концевых фаланг кистей и стоп, болезненности при пальпации и перкуссии не отмечается.

Конфигурация суставов нормальная, припухлостей и деформаций нет. Болей и неприятных ощущений в других отделах костно-суставной систе­мы не обнаружено. Хруст, флюктуации, контрактуры, анкилозы не обна­ружены. Походка нормальная.

**Осмотр головы, лица, шеи**

Голова. округлой формы, нормальной величины, положение прямое, подвижность свободная, мозговая и лицевая части черепа развиты пропорционально. Надбровные дуги выражены умеренно.

Лицо. Выражение спокойное, цвет кожи лица бледно-розовый.

Глаза. глазная щель правильной формы, не сужена, зрачки нормальной величины и формы, реакция зрачков на свет равномерная, быстрая, содружественная. Блеск глаз умеренный, слезотечение отсутствует. Конъюнктива бледно-розового цвета. Экзофтальма и западения глазных век не наблюдается.

Нос. форма правильная, не деформирован. Слизистая носа бледно-розового цвета, умеренной влажности, не гипертрофирована. Выделений из носа нет. Носовое дыхание свободное.

Зев. Слизистая розовая. Гнойных пробок, налётов, изъязвлений, кровоизлияний, сыпи нет.

Губы. бледно-розовые, влажность нормальная, кайма губ не сглажена, герпетических высыпаний нет, трещин в уголках рта не обнаружено.

Шея. правильной формы, симметричная, без видимых деформаций. Уплотнений, болезненности нет.

Щитовидная железа: область проекции щитовидной железы визуально не изменена.

**Система органов дыхания**

Осмотр грудной клетки.

*Статический осмотр грудной клетки.*

## Нормостеническая форма грудной клетки. Эпигастральный угол прямой. Лопатки плотно прилегают к грудной клетке. Ход ребер прямой. Межреберные промежутки прослеживаются. Ключицы выявляются хоро­шо, надключичные и подключичные ямки выражены умеренно. Ассиметрических выпячиваний и западений грудной клетки нет. Патологического искривления позвоночника нет.

*Динамический осмотр грудной клетки.*

Правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания. Тип дыхания грудной. Вспомогательные дыхательные мышцы не участвуют. Дыхание ритмичное, обычной глубины. Частота дыхания 20 в минуту. Одышка носит смешанный характер.

Пальпация грудной клетки.

## Грудная клетка эластичная, при пальпации безболезненная. Ширина межреберных промежутков нормальная. Голосовое дрожание на симметричных участках грудной клетки не изменено.

Перкуссия.

*Сравнительная перкуссия легких.*

В 4-м и 5-м межреберьях по правой окологрудинной и правой среднеключичной линиям отмечается притупление перкуторного звука. На остальных симметричных участках грудной клетки, над всей легочной по­верхностью определяется ясный легочный звук. Исключение составляет физиологическое укорочение перкуторного тона в правой подмышечной области, т.к. рядом находится печень, и во II и III межреберьях слева за счет близкого расположения сердца.

*Топографическая перкуссия легких.*

Высота стояния верхушки левого легкого спереди 3 см выше середины ключицы, сзади на уровне остистого отростка VII шейного позвонка. Вы­сота стояния верхушки правого легкого спереди на 3 см выше середины ключицы, сзади на уровне VII шейного позвонка. Ширина полей Кренига слева и справа 6 см. Нижние границы легких по всем топографическим ли­ниям в норме.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ТОПОГРАФИЧЕСКАЯ ПЕРКУССИЯ: | СПРАВА | СЛЕВА |
| высота стояния верхушек легких спереди | 3 | 3 |
| высота стояния верхушек легких сзади | остистый отросток 7-го шейного позвонка | остистый отросток 7-го шейного позвонка |
| ширина полей Кренига | 6 см | 6 см |
| НИЖНЯЯ ГРАНИЦА ЛЕГКОГО:- по окологрудинной линии | 5 ребро | 4 межреберье |
| - по срединно-ключичной линии | 6 ребро | 5 межреберье |
| - по передней подмышечной линии | 7 ребро | 7 ребро |
| - по средней подмышечной линии | 8 ребро | 8 ребро |
| - по задней подмышечной линии | 9 ребро | 9 ребро |
| - по лопаточной линии | 10 ребро | 10 ребро |
| - по околопозвоночной линии | остистый отросток 11-го грудного позвонка | остистый отросток 11-го грудного позвонка |
| Экскурсия нижнего края легкого по средней подмышечной линии | 5 см | 6 см |

 *Подвижность нижнего края легкого, см.*

 Правое легкое Левое легкое

Топографические линии вдох выдох сумма вдох выдох сумма

Средняя подмышечная линия 2,5 2,5 5 3 3 6

Аускультация легких.

В 4-м и 5-м межреберьях по правой окологрудинной и правой среднеключичной линиям выслушиваются ослабленное везикулярное дыхание, мелкопузырчатые хрипы и крепитация. Над остальной поверхностью легких выслушивается везикулярное дыхание. Физиологическое бронхиальное дыхание выслушивается в области рукоятки грудины и места соединения её с грудиной – спереди, а сзади – в межлопаточном пространстве на уровне III и IV грудных позвонков. Шум трения плевры не выслушивается. Выслушивается усиление бронхофонии справа в 4-м и 5-м межреберьях по окологрудинной и среднеключичной линиям.

**Система органов кровобращения**

Осмотр области сердца.

Область сердца визуально не изменена. Верхушечный и сердечный толчки не визуализируются. Сердечный горб отсутствует. Патоло­гических пульсаций не видно.

Пальпация области сердца.

Верхушечный толчок пальпируется в V межреберье на 1,5 см кнутри от левой срединно-ключичной линии, площадью 1,5 кв. см., нормальной силы, средней амплитуды. Сердечный толчок не выявляется. Симптом "кошачьего мурлыканья" в области верхушки и основания сердца не обна­ружен.

Исследование артериального пульса.

Пульс одинаковый на правой и левой лучевых артериях по наполнению и времени появления пульсовых волн. Частота пульса - 65 в минуту. Ритм правильный. Пульс среднего напряжения и наполнения, средней величи­ны, нормальной формы. Дефицита пульса нет. Стенка лучевой ар­терии эластичная и равномерная. Определяется пульсация височной, сонной, локтевой, лучевой, подключичной, подмышечной, плечевой, бедренной, подколенной артерий, a. tibialis posterior, a. dorzalis pedis, стенка их эластична.

Перкуссия области сердца и сосудистого пучка.

*Границы относительной тупости.*

Правая граница - определяется в IV межреберье на 1 см кнаружи от правого края грудины, образована правым предсердием.

Верхняя граница - проходит по нижнему краю III ребра, образована ушком левого предсердия.

Левая граница - определяется в V межреберье на 1,5 см кнутри от левой сре­динно-ключичной линии, образована левым желудочком.

*Контуры сердечно-сосудистого пучка*.

Правый контур - граница проходит справа от грудины и отстоит от перед­ней срединной линии в I, II, III межреберье на 3см (образован верхней полой веной), а в IV - на 4см, (образован правым предсердием).

 Левый контур - проходит слева от грудины и отстоит от передней средин­ной линии в I, II межреберье на 3см (образован дугой аорты и легоч­ной артерией); в III межреберье - на 4см (образован ушком левого предсердия); в IV межреберье - на 6см, в V - на 8см (образован левым желудочком).

 Конфигурация сердца нормальная.

*Определение размеров сердца.*

Поперечник сердца – 12,5см (сумма 2-х перпендикуляров). Первый пер­пендикуляр - расстояние от крайней точки правой относительной тупости сердца до передней срединной линии - 4см. Второй - расстояние от пе­редней срединной линии до крайней точки левой границы относительной тупости сердца – 8,5 см.

Ширина сосудистого пучка определяется во II -м межреберье - 5,5 см.

Конфигурация сердца нормальная.

*Границы абсолютной тупости сердца*

Правая граница - IV межреберье у левого края грудины.

Верхняя граница - IV ребро.

Левая граница - на 1см кнутри от левой границы относительной тупости сердца.

Абсолютная тупость сердца образована правым желудочком.

Аускультация сердца и сосудов.

Ритм сердца правильный. Тоны сердца ясные. Изменения тонов, добавочных тонов, шумов сердца, экстракардиальных шумов нет. При аускультации сонной, бедренной артерий, яремной вены патологических изменений не выявлено. Двойной тон Траубе, двойной шум Дюрозье на бедренных артерий не выслушивается.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Правая рука | Левая рука |
| Класическое положение пациента: |  |  |
| Систолическое АД | 130 | 120 |
| Диастолическое АД | 85 | 80 |
| Положение пациента стоя: |  |  |
| Систолическое АД | 125 | 115 |
| Диастолическое АД | 80 | 75 |

**Система органов пищеварения**

Осмотр полости рта.

Запах изо рта обычный. Ротовая полость санирована. Язык бледно-розового цвета, умеренной влажности, не обложен. Десны бледно-розового цвета, не кровоточат. Цвет слизистой губ, щёк, твердого и мягкого неба - бледно-розовый. Слизистая рта и зева достаточной влажности. Запах изо рта, трещины в углах рта отсутствуют. Миндалины не увеличены. Лакуны не расширены.

Исследование живота в вертикальном положении.

Общий осмотр.

Живот увеличен за счет подкожно-жировой клетчатки, правильной формы, симметричный, участвует в акте дыхания. Видимой перистальтики не выявлено. Подкожная венозная сеть на боко­вых стенках живота и вокруг пупка, расхождение прямых мышц живота, сыпи, стрий не выявлено.

Поверхностная пальпация живота.

При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный, напряжения мышц, грыжевых выпячиваний нет. Симптом Щёткина-Блюмберга отрицательный. Пупочное и паховое кольца без патологии.

Перкуссия живота.

Желудок и кишечник дают громкий тимпанический звук. Наличие свободной и осумкованной жидкости в брюшной полости не выявлено. Симптом Менделя отрицательный.

Аускультация живота.

В пупочной области, в правом и левом фланках, в правой и левой подвздошных областях выслушивается умеренная перистальтика кишечника. Шум трения брюшины не выявлен.

Исследование живота в горизонтальном положении.

Общий осмотр.

Живот увеличен за счет подкожно-жировой клетчатки, правильной формы, симметричный, участвует в акте дыхания. Видимой перистальтики не выявлено. Подкожная венозная сеть на боко­вых стенках живота и вокруг пупка, грыж, расхождение прямых мышц живота не выявлено. Пупок втянут.

Перкуссия живота.

Желудок и кишечник дают громкий тимпанический звук. Наличие свободной и осумкованной жидкости в брюшной полости не выявлено.

Аускультация живота.

В пупочной области, в правом и левом фланках, в правой и левой подвздошных областях выслушивается умеренная перистальтика кишечника. Шум трения брюшины не выявлен.

Поверхностная ориентировочная пальпация.

При поверхностной пальпации брюшной стенки в эпигастральной области, в правом и левом подреберье, в пупочной области, в правом и левом фланках, в надлобковой области, в правой и левой подвздошных областях болезненности не выявлено. Симптом «мышечной защиты» и симптом раздражения брюшины Щеткина-Блюмберга отрицательные. Симптом флюктуации отсутствует. Пупочное и паховое кольца без патологии.

Глубокая скользящая, методическая топографическая пальпация по методу Glenard-Образцова-Гаусмана.

*Сигмовидная кишка -* прощупывается в левой подвздошной области живота, в виде гладкого, умеренно-плотного эластичного тяжа, диаметром 2 см. Пассивная подвижность кишки в пределах 3-5 см. При пальпации безболезненна, не урчит.

*Нисходящий отдел толстой кишки.* Пальпируется в области левого фланка в виде мягкого цилиндра, подвижного, безболезненного, эластичного тяжа. Не урчит, диаметр около 3 см.

*Слепая кишка -* пальпируется (в правой подвздошной области на гра­нице средней и наружной третей правой линии, соединяющий пупок с пе­редней верхней остью подвздошной кости, в среднем на 5см. от кости) в виде гладкого, мягко-эластичного тяжа, диаметром около 3 см. Безболез­ненная, подвижная.

*Восходящий отдел толстой кишки.* Пальпируется в области правого фланка в виде мягкого цилиндра, подвижного, безболезненного, эластичного тяжа. Не урчит, диаметр около 3 см.

*Терминальный отдел подзвдошной кишки не пальпируется.*

*Большая кривизна желудка.* Методами аффрикции, сукуссии и аускультативной перкуссии большая кривизна желудка определяется на 4 см. выше пупка.

Большая кривизна пальпируется в виде эластичного валика, мягкой консистенции, на 4 см. выше пупка.

*Малая кривизна и пилорический отдел желудка не пальпируются.*

*Поперечно-ободочная кишка.* Пальпируется в пупочной области ниже большой кривизны желудка на 3см, в виде мягкого цилиндра, подвижного, безболезненного, эластичного, не урчащего, диаметром около 4 см.

Исследование печени.

 *Осмотр области печени.*

При осмотре области проекции печени на переднюю поверхность грудной клетки, правого подреберья и эпигастральной области ограниченного и диффузного выбухания не выявлено. Расширение кожных вен и анастомозов, кровоизлияний, сосудистых «звездочек» не обнаружено.

*Перкуссия печени по методу Курлова.*

Верхняя граница – на уровне V ребра по правой окологрудинной, среднеключичной и передней подмышечной линиям.

Нижняя граница– по правой передней подмышечной на уровне 11 ребра, по правой среднеключичной линии на уровне нижнего края реберной дуги, по окологрудинной линии на 2 см ниже рёберной дуги, по передней срединной линии – на 4 см. ниже мечевидного отростка, по левой реберной дуге – на уровне VII ребра.

Высота печеночной тупости

Правой передней подмышечной линии – 9 см

Правой срединно-ключичной линии – 10 см

Правой окологрудинной линии – 11,5 см

Границы печени по Курлову

*Первый размер.* Расстояние между верхней и нижней границами печени по срединно-ключичной линии-10 см.

*Второй размер.* Расстояние между верхней и нижней границами печени по срединной линии-9 см.

*Третий или косой размер.* Расстояние между верхней границей по срединной линии и нижней границей печени по левой реберной дуге – 8 см.

Пальпация печени.

При пальпации край печени острый, мягкий, эластичный, безболезненный. Передняя поверхность печени ровная, мягкая, эластичная, безболезненная.

Исследование селезенки.

При осмотре подреберья в области проекции селезенки на левую боковую поверхность грудной клетки и левое подреберье патологических взбуханий не отмечается.

Перкуссия селезенки.

Нижний край селезенки определяется вдоль края левой реберной дуги на уровне X ребра до места появления притупленного звука (1-я точка).

Верхний край селезенки определяется на линии в направлении 1-й точки до места появления притупленного звука (2-я точка).

Длинник селезенки – отрезок, соединяющий 1-ю и 2-ю точки – 6 см.

Поперечник селезенки определяется методом перкуссии от периферии к центру селезенки в направлении от ясного звука к тупому, по перпендикуляру, который делит длинник селезенки пополам, до появления притупленного звука (3-я точка).4-ю точку определяют перкуторно снизу вверх, по нижнему отрезку перпендикуляра, который делит длинник селезенки пополам, до появления притупленного звука.

Отрезок, соединяющий 3-ю и 4-ю точки - поперечник селезенки – 4 см.

Пальпация селезенки.

Селезенка не пальпируется.

Свободной жидкости в брюшной полости не обнаружено.

**Мочеполовая система**

Осмотр поясничной области.

При осмотре поясничной области припухлости, покраснения и отечности не обнаружено.

Перкуссия почек.

Болезненности при поколачивании поясничной области справа и слева нет (симптом Пастернацкого).

Пальпация почек и мочеточниковых точек.

В горизонтальном и вертикальном положении почки не пальпируются. Болезненности в болевых точках по ходу мочеточников нет.

Аускультация почек.

При аускультации почечных артерий в реберно-позвоночном углу шумы не выявлены.

**VII. Предварительный диагноз.**

На основаниижалоб (на повышение температуры до 39.5 C, постоянный кашель с трудно отделяемой серозной мокротой)**,** истории болезни (заболевание началось остро после переохлаждения), истории жизни (работа на открытом воздухе, пыль, физическое и психическое напряжение), объективного осмотра (в 4-м и 5-м межреберьях по правой окологрудинной и правой среднеключичной линиям отмечается притупление перкуторного звука), больному можно выставить следующий предварительный диагноз:

**Основной:** Внегоспитальная пневмония нижней доли правого легкого**,** средней степени тяжести.

**Осложнения:** Дыхательная недостаточность I степени.

**Сопутствующий диагноз:** --

**VIII. План обследования пациента.**

1. Общий анализ крови.

2. Биохимический анализ крови (общий белок, глюкоза, мочевина, креатинин).

3. Общий анализ мочи.

4. Кровь на RW.

5. УЗИ органов брюшной полости.

6. ЭКГ.

7. Кал на яйца глистов.

8. Рентгенологическое исследование органов грудной клетки.

9. Бактериологическое исследование мокроты.

**IX. Результаты лабораторных и инструментальных исследований.**

1. Общий анализ крови от 22.03.2012г.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Показатели** | **полученные данные** | **норма** |
| **Эритроциты** | **4,65 \* 1012 / л** | **3,9 - 4,7 \*1012 /л** |
| **Гемоглобин** | **147 г/л** | **130 - 160 г/л** |
| **Цветовой показатель** | **0,95** | **0,85 - 1,05** |
| **СОЭ** | **40 мм/час** | **2- 15 мм/час** |
| **Тромбоциты** | **210 \* 109 /л** | **180-320 \* 109 /л** |
| **Лейкоциты** | **11,1 \* 109 /л** | **4,0 - 9,0 \* 109 /л** |
| **Нейтрофилы:** |  |  |
|  **Палочкоядерные** | **9 %** | **1 - 6 %** |
|  **Сегментоядерные** | **73%** | **47 - 72 %** |
| **Эозинофилы** | **5 %** | **0,5 - 5 %** |
| **Базофилы** | **1,6 %** | **0 - 1 %**  |
| **Лимфоциты** | **27%** | **19 - 37 %** |
| **Моноциты** | **3%** | **3- 11 %** |

Заключение: Умеренный лейкоцитоз со сдвигом влево, увеличение СОЭ

2. Биохимический анализ крови (общий белок, глюкоза, мочевина, креатинин) от 23.03.2012

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Показатели** | **Полученные данные** | **Норма** |
| **Общий белок сыворотки** | **65 г/л** | **65-85г/л** |
| **Креатинин** | **0,093ммоль/л** | **0,044-0,120ммоль/л** |
| **Глюкоза** | **6,0 ммоль/л** | **3,58-6,05ммоль/л** |
| **Мочевина** | **7,26 ммоль/л** | **2,5-8,32 ммоль/л** |

Заключение: Норма

3. Общий анализ мочи.

|  |  |
| --- | --- |
| Цвет | Жёлтый |
| Прозрачность  | Прозрачна |
| Удельный вес | 1030 ↑ |
| Реакция мочи | Слабо кислая |
| Белок | 0,184 ↑ |
| Эпителиальные клетки плоские | 2-4 в поле зрения (Норма) |
| Лейкоциты | 35-40 в поле зрения ↑ |
| Эритроциты | 10-15 в поле зрения ↑ |
| Глюкоза | Нет |
| Желчные кислоты | Нет |
| Цилиндры | Нет |
| Осадок | Нет |
| Бактерии  | Нет |

4. Кровь на RW.

RW – отрицательная.

5. УЗИ органов брюшной полости.

Без патологии.

6. ЭКГ.

Вертикальное положение ЭОС. Ритм синусовый, ЧСС – 65 в мин.

7. Кал на яйца глистов.

Отрицательно.

8. Рентгенологическое исследование органов грудной клетки.

На обзорной рентгенограмме органов грудной полости видны очаговые затемнения справа в 4-м и 5-м сегментах, бронхо-легочный рисунок умеренно усилен.

9. Бактериологическое исследование мокроты.

Слизистая мокрота, белого цвета, вязкой консистенции, в поле зрения множество бактерий. Высеян Staphylococcus pneumoniae.

**X. Дифференциальный диагноз.**

 При проведении дифференциального диагноза пневмонии следует исключить другиие заболевания, сопровождающиеся притуплением перкуторного звука при сравнительной перкуссии лёгких, кашлем и болями грудной клетки: туберкулёз и рак лёгкого.

 Туберкулез - это хроническая бактериальная инфекция, которая, как никакая другая инфекция, вызывает наибольшее число смертей по всему миру. Возбудитель инфекции, микобактерия туберкулеза (палочка Коха, бацилла Коха), распространяется воздушно-капельным путем. Первоначально поражает легкие, однако инфекции могут быть подвержены и другие органы. Считается, что микобактерией туберкулеза инфицировано около 2/3 населения планеты. Однако у большинства инфицированных никогда не развивается сам туберкулез. Это происходит только у людей с ослабленной иммунной системой (особенно ВИЧ-инфицированных), когда бацилла преодолевает все защитные барьеры организма, размножается и вызывает активно текущее заболевание. Ежегодно активным туберкулезом заболевает около 8 миллионов человек, около 3 миллионов заболевших погибает.

 Легочная форма туберкулеза приводит к характерным болям в груди, кашлю, и отделении мокроты с кровью (вследствие разрушения стенок сосудов). Многие пациенты не испытывают дыхательной недостаточности до тех пор, пока разрушение легких не достигает значительной выраженности, вследствие образования пустот на месте очагов воспаления.

***Диагностика туберкулеза*** - это, прежде всего, кожный туберкулиновый тест более известный как проба Манту. Он позволяет обнаружить факт инфицирования уже спустя 6-8 недель. Туберкулин вводится в кожу предплечья, место инъекции осматривается спустя 48-72 часов. В общем случае, наличие реакции вокруг места укола означает факт инфицирования, причем не только туберкулезной микобактерией. Однако тест может быть полностью неинформативным у пациентов с глубоким поражением иммунной системы, в частности при ВИЧ-инфекции. Для выявления активной формы туберкулеза у пациентов с положительной пробой Манту, существует несколько методов, однако дифференциальная диагностика может быть затруднена вследствие того, что туберкулез может мимикрировать под другие заболевания, в частности пневмонию, абсцессы легких, опухоли или грибковые поражения, либо сочетаться с ними. Единственным тестом, дающим 100% уверенность, является посев мокроты на предмет выявления палочек Коха. Микробиологический диагноз также позволяет установить какие из медикаментов будут эффективными в данном случае. Микобактерии очень плохо растут и бактериологический анализ занимает около 4 недель, определение же чувствительности занимает еще 2-3 недели. Все это делает диагностику и лечение туберкулеза затруднительными.
 О туберкулезе легких следует подумать, если начало заболевание постепенное, если ему предшествовал период немотивированного недомогания, кашля, субфебрильной температуры. Клинически признаки уплотнения легочной ткани выявляются в области верхушки или верхней доли с одной или двух сторон. При этом они могут быть минимальными - укорочение перкуторного звука, ослабленное дыхание, на ограниченном участке небольшое количество мелкопузырчатых влажных хрипов, иногда свистящих хрипов, которые выслушиваются лишь в первый момент после покашливания, а затем исчезают. Рентгенологически затемнение обнаруживается в области верхней доли, может быть однородным или уже на ранних этапах, особенно с помощью томографии, можно обнаружить полости распада.

 Рак легкого - одна из наиболее частых локализаций злокачественных новообразований у мужчин и женщин в возрасте старше 40 лет. Вероятность его значительно выше у курящих. При выкуривании 2 и более пачек сигарет в день вероятность рака легкого возрастает в 25-125 раз. Число умерших от злокачественных новообразований по сравнению с 1975 годом увеличилось к 1986 почти на 30%, а первое место в структуре смертности занял рак легких - 20,5%. У одной трети первично выявленных больных диагностируют IV стадию заболевания, и более 40% больных умирает в течение первого года после установления диагноза, что указывает на позднюю диагностику процесса.

***Этиология и патогенез.*** Ни одно из онкологических заболеваний не имеет столь очевидной связи с факторами окружающей среды, условиями производства, бытовыми привычками и индивидуальным стилем жизни, как рак легкого. Курение можно считать самым главным этиологическим фактором. Помимо никотина, канцерогенность которого доказана, в табаке содержатся пиридиновые основания, феноловые тела. При горении табака образуются частички дегтя, они оседают на стенках альвеол, обволакиваются слизью и аккумулируются фагоцитирующими пневмоцитами. Эти "пыльные клетки" выделяются с мокротой, при движении они разрушаются, их содержимое выделяется. Чем ближе к крупным бронхам, тем больше концентрация частичек дегтя в слизи. Таким образом, слизистая крупных и средних бронхов подвергается воздействию табачным дегтем в большей степени. Этим можно объяснить более частое возникновение первичного рака в крупных и средних бронхах.

 Установлена четкая зависимость между продолжительностью, характером, способом курения, числом выкуриваемых сигарет или папирос и заболеваемостью раком легкого. В связи с распространением курения среди женщин рак легкого у них стал выявляться чаще; особенно рискуют женщины, начавшие курить с ранних лет, глубоко затягивающиеся, выкуривающие более 20 сигарет в день.

 Среди различных этиологических факторов особого внимания заслуживает загрязнение воздушной среды, особенно в крупных промышленных городах (выбросы промышленных предприятий, асфальт, жидкое топливо, каменный уголь). Риск заболевания раком легкого увеличивается при воздействии пыли и газов на рабочем месте: канцерогенным действием обладают цементная пыль, асбест, некоторые искусственные материалы, ароматические углеводы, адсорбированные на коксовой и графитовой пьли. К профессиональным злокачественным опухолям органов дыхания относят новообразования от воздействий соединения хрома, никеля, мышьяка, каменноугольных смол, асбеста, пыли радиоактивных руд (список профессиональных заболеваний, утвержденный МЗ СССР и ВЦСПС от 1970 г.).

 В происхождении рака легкого большое значение имеют хронические воспалительные изменения слизистой оболочки бронхов при различных заболеваниях (хронический бронхит, пневмония, туберкулез, локализованный пневмофиброз), которые предшествуют развитию рака легкого у значительного числа больных.

 При этих заболеваниях нарушается функция мерцательного эпителия, угнетаются процессы самоочищения и накапливаются канцерогенные вещества, что способствует возникновению очагов плоскоклеточной метаплазии. Рак легкого может возникать в рубцах легочной ткани различной этиологии.

 Имеются данные о бластомогенном влиянии физических факторов: облучение солнечными лучами, чрезмерное воздействие радиои рентгеновских лучей, механические травмы и ожоги.

***Клиника.*** Клинические проявления рака легкого многообразны, при этом признаки, характерные для бластоматозного процесса, выявляются нередко только в поздних стадиях болезни. Симптоматика определяется локализацией опухоли, размерами, темпом роста, характером метастазирования. Чем меньше степень дифференцировки клеток опухоли, тем больше склонность к ее метастазированию. Наиболее злокачественное течение отмечается при наличии недифференцированного рака легкого. Раннее поражение плевры и гематогенная диссеминация отмечаются при аденокарциноме. Медленнее развивается плоскоклеточный рак, который в настоящее время является единственным типом опухоли (рака легкого), где наблюдается стадия дисплазии - атипичной метаплазии бронхиального эпителия. Дисплазия эпителия чаще возникает в области разветвления бронхов, на так называемых шпорах. Отдельные участки дисплазии могут переходить в прединвазивный рак (carcinoma in situ), что морфологически выражается в нарастании клеточной атипии, появлении большого числа митозов. По данным А. X. Трахтенберга, даже инвазивный рак способен давать регионарные метастазы. Дисплазия эпителия бронхов встречается в 30 - 50% наблюдений: из них 60 - 80% составляют курящие, 40 - 60% - больные бронхитом (в 25% случаев - при отсутствии воспалительных изменений эпителия бронхов) и лишь 12% - некурящие.

***Патогенез.*** По патогенезу выделяют первичные (местные) клинические симптомы, которые обусловлены наличием опухоли в просвете бронха. При центральном раке они появляются относительно рано, это - кашель, часто сухой, по ночам, плохо поддающийся лечению, кровохарканье в виде прожилок крови, реже - легочное кровотечение, одышка, боли в груди.

 Периферический рак достаточно длительно может развиваться бессимптомно и часто является находкой при флюорографии (60 - 80% случаев). Кашель, одышка и кровохарканье не являются ранними симптомами этой формы рака, они свидетельствуют о прорастании опухоли в крупный бронх. Боли на стороне поражения отмечаются не у всех больных и, как правило, непостоянны.

 Общие симптомы, такие, как слабость, утомляемость, недомогание, снижение аппетита и трудоспособности, малохарактерны для начальных стадий рака легкого.

Вторичные симптомы рака легкого - следствие осложнений, связанных с нарушением бронхиальной проходимости, вплоть до полной обтурации бронха, с развитием воспаления легкого, абсцедированием или распадом легочной ткани. В этих случаях усиливается одышка, выделяется значительное количество мокроты различного характера, повышается температура тела, могут появляться ознобы, реактивный плеврит, признаки интоксикации. Эти симптомы более характерны для центрального рака, но при распространении периферической опухоли на крупный бронх клинические проявления могут быть сходными при этих двух формах. Периферический рак может протекать с распадом и поэтому напоминать картину легочного абсцесса. При росте опухоли и развитии внутригрудных метастазов присоединяются боли в груди нарастающего характера, связанные с прорастанием грудной стенки, развитием синдрома сдавления верхней полой вены, пищевода. Возможно проявление рака легкого без симптомов со стороны первичного очага поражения, а в виде метастатического поражения тех или иных органов (боли в костях, патологические переломы, неврологические нарушения и другие).

 При прогрессировании опухолевого процесса возможно развитие различных синдромов и осложнений:

- *синдром верхней полой вены -* нарушение оттока крови от головы, шеи, верхней части грудной клетки, проявляется развитием коллатеральных вен и отечностью плечевого пояса и шеи;

- *синдром сдавления средостения* (при прорастании опухоли в трахею, пищевод, сердце, перикард), проявляется сиплостью голоса, нарушением акта глотания, болями в области грудины;

- *синдром Пенкоста* (поражение верхушки с прорастанием 1 ребра, сосудов и нервов плечевого пояса), характеризуется выраженной болью в области плечевого пояса, атрофией мышц верхней конечности, развитием синдрома Горнера;

- *перифокальное воспаление -* фокус пневмонии вокруг опухоли, проявляется повышением температуры, кашлем с выделением мокроты, катаральными явлениями;

- *плевральный выпот -* экссудат имеет, как правило, геморрагический характер, не поддается пункционным методам лечения, быстро накапливаясь после удаления;

- *ателектаз,* развивается при прорастании или сдавлении опухолью бронха, в результате чего нарушается пневматизация легочной ткани;

- *синдром неврологических нарушений,* проявляется симптомами паралича диафрагмального и возвратного нервов, нервных узлов, при метастазах в мозг - различными неврологическими нарушениями;

- *карциноидный синдром,* связан с избыточным выделением серотонина, брадикинина, простагландинов, проявляется приступами бронхиальной астмы, гипотонией, тахикардией, гиперемией кожи лица и шеи, тошнотой, рвотой, поносами.

***Диагностика.*** Многообразие и неспецифичность клинических проявлений рака затрудняют диагностику, особенно при осложнениях или при оценке симптомов у лиц, страдающих хроническим бронхитом, туберкулезом, у курильщиков, которые в течение длительного времени могут предъявлять жалобы на кашель с мокротой и одышку.

 В начальных стадиях развития рака легкого физикальные приемы диагностики не обладают достаточной информативностью. Перкуссия и аускультация дают обычно скудные данные. Притупление перкуторного звука отмечается при больших размерах опухоли или при ее расположении в краевых участках, в непосредственной близости к грудной стенке. При аускультации на стороне поражения может отмечаться ослабление везикулярного дыхания, обусловленное эмфиземой или ателектазом. При уплотнении легочной ткани вокруг опухоли прослушивается дыхание с бронхиальным оттенком. При сопутствующем бронхите выслушиваются сухие хрипы, при вовлечении плевры - шум ее трения.

 Решающее значение при диагностике рака легкого имеет комплексное рентгенологическое (R- и томография) и бронхографическое исследование. Так, при центральном раке выявляются следующие рентгенологические признаки: раковый пневмонит, гиповентиляция, вздутие или ателектаз легочной ткани, тень опухоли с нечеткими контурами, полость распада в зоне ателектаза, плеврит, сливающийся с ателектазом, сужение крупных бронхов, увеличение лимфатических узлов корня легкого и средостения. Бронхография при центральном раке выявляет сужение просвета бронха, закрытие просвета бронха, симптом "культи" бронха, перемещение бронха.

 В сложных случаях используется рентгеновская компьютерная томография или томография на основе ядерного магнитного резонанса.

 Бронхоскопическое исследование - обязательная диагностическая процедура у больных и лиц с подозрением на рак легкого. Она позволяет провести цитологическое и гистологическое исследования, установить распространенность опухоли по бронхиальному дереву, уточнить объем предстоящей операции. При бронхоскопии обязательны биопсия выявленной опухоли бронха, пункционная биопсия или получение бронхиального секрета (промывных вод) для гистологического и цитологического исследования.

 Бронхоскопически выявляют следующие признаки рака бронха: Опухоль с некротизированием и обтурацией просвета бронха или имеющая вид полипа с гладкой поверхностью. Стенка бронха может быть уплотнена, инфильтрирована, слизистая нередко отечна и кровоточит, отмечается венэктазия, смещение устьев бронхов, уплощение картины бифуркации трахеи.

 Из других эндоскопических методов используют медиастиноскопию и торакоскопию. Медиастиноскопия показана при обнаружении в средостении увеличенных лимфатических узлов, подозрительных на метастатическое поражение плевры, облегчает дифференциальную диагностику с мезотелиомой плевры.

 Завершающей процедурой в случае неясного диагноза в отдельных случаях становится диагностическая торакотомия, которая при подтверждении рака легкого во время срочного гистологического исследования может перейти в лечебную.

 С диагностической целью используют и другие методы исследования: анализ мокроты и плеврального выпота на атипичные клетки, производят несколько раз подряд (3-5-8). При исследовании периферической крови у части больных может быть лейкоцитоз, увеличение **СОЭ** и тромбoцитоз.

 Повышенную продукцию эктопического АКТГ, АДГ, паратгормона, тирокальцитонина используют в качестве биохимических маркеров рака легкого, которые определяются с помощью радиоиммунопогического исследования.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  Признаки  | Очаговая пневмония | Бронхогенный рак легких | Очаговый туберкулез легких |
| Особенности анамнеза | Перенесенный острый или хронический бронхит | Длительное курение | Наличие в прошлом туберкулеза, контакт с больным туберкулезом |
| Кашель | Частый кашель с мокротой. | Часто мучительный, надсадный, с незначительным количеством мокроты | Незначительный, с небольшим количеством мокроты |
| Рентгенологическая картина | Очаговые изменения разлитой величины и интенсивности | Полость с участком просветления в центре, с бугристой внутренней стенкой | Наличие полости с признаками диссеминации очагов |
| Характер мокроты | В первую стадию ржавая мокрота. | Слизисто-гнойная, нередко цвета малинового желе; атипические клетки  | Чаще слизистая; микобактерии туберкулеза |
| Кровь | Лейкоцитоз, сдвиг формулы в лево, часто увеличена СОЭ | Нередко умеренный лейкоцитоз, увеличение СОЭ | Часто лимфоцитоз |

**XI. Клинический диагноз и его обоснование.**

На основаниижалоб (на повышение температуры до 39.5 C, постоянный кашель с трудно отделяемой серозной мокротой)**,** истории болезни (заболевание началось остро после переохлаждения), истории жизни (работа на открытом воздухе, пыль, физическое и психическое напряжение), объективного осмотра (в 4-м и 5-м межреберьях по правой окологрудинной и правой среднеключичной линиям отмечается притупление перкуторного звука), лабораторных и инструментальных исследований (в ОАК - умеренный лейкоцитоз со сдвигом влево, увеличение СОЭ; ОАМ - протениурия, лейкоцитоз, микрогематурия; Рентгенологическое исследование органов грудной клетки - очаговые затемнения справа в 4-м и 5-м сегментах, бронхо-легочный рисунок умеренно усилен; Бактериологическое исследование мокроты - высеян Staphylococcus pneumoniae) больному можно выставить следующий клинический диагноз:

**Основной:** Внегоспитальная пневмония нижней доли правого легкого**,** средней степени тяжести. Дыхательная недостаточность I степени.

**Осложнения: --**

**Сопутствующий диагноз:** --

**XII. Лечение пациента и его обоснование.**

1. Режим общий, строгий постельный во время лихорадочного периода.
2. Диета по Пивзнеру № 15, обильное щелочное питьё.
3. Этиотропное лечение – антибиотикотерапия по схеме “лихорадочный период + 5-7 дней”.

Rp.: Ceftriaxoni 1,0
 D.t.d. № 20
 Signa: развести содержимое флакона в 2 - 3 мл изотонического раствора натрия хлорида. Вводить 1 раз в день внутримышечно.

1. Дезинтоксикационная терапия:

Sol. Natrii chloridi 0,9 % - 250 ml

 S.Вводить в/в капельно.

1. Симптоматическое лечение

Для разжижения мокроты и улучшения дренажной функции

Rp.: Tab. Bromhexini 0,008
 D.T.D.N. 40
 S. По 2 таблетки 3 раза в день.

**XIII. Прогноз.**

## По основному заболеванию прогноз для жизни благоприятный. Возможно полное выздоровление при адекватном лечении и проведении соответствующей реабилитации.

**XIV. Профилактика.**

##  Профилактика только неспецифическая:

## 1) проведение профилактических осмотров для выявления очагов хронической инфекции;

## 2) санация полости рта и зева;

## 3) оздоровление санитарных условий в учебных и рабочих помещениях, борьба с запыленностью воздуха;

## 4) своевременность и широкое проведение профилактических прививок;

## 5) борьба с курением и алкоголизмом;

6) закаливание организма, лечебная физкультура.

## 7) широкая санитарно-просветительная работа среди населения.

## 8) увеличение пищи богатой витаминами

## 9) санаторное-курортное лечение

**XV. Дневник наблюдения за пациентом.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата | Ту | Тв | Текст дневника | Назначения |
| 23.03.12 | 36,8 | 36,6 | Жалуется на кашель с небольшим количеством белой мокроты, слабость, потливость. Состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное, на контакт идёт легко. Пульс 68 уд/мин. АД 120/80 мм.рт.ст. Видимые слизистые розовые, влажные, чистые. Язык влажный чистый. Лимфоузлы не пальпируются. Тоны сердца ритмичные приглушенные. Дыхание жесткое. Присутствуют влажные мелкопузырчатые хрипы в нижних отделах лёгких. Притупление перкуторного звука над лёгкими в нижней части грудной клетки. Живот мягкий, не вздут, безболезненный, равномерно участвует в акте дыхания. Печень не выступает из-под рёберной дуги. Мочеиспускание самостоятельное, без затруднений. Стул оформлен, коричневый, без примесей. Диурез в пределах нормы.  | Режим общийДиета №15Ceftriaxoni 1,0 - 1 раз в день в/мSol. Natrii chloridi 0,9 % - 250 ml в/в капельноTab. Bromhexini 0,008 по 2 таблетки 3 раза в день. |
| 26.03.12 | 36,6 | 36,8 | Жалуется на кашель с небольшим количеством белой мокроты, слабость, потливость. Состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное, на контакт идёт легко. Пульс 70 уд/мин. АД 125/80 мм.рт.ст. Видимые слизистые розовые, влажные, чистые. Язык влажный чистый. Лимфоузлы не пальпируются. Тоны сердца ритмичные приглушенные. Дыхание жесткое. Присутствуют влажные мелкопузырчатые хрипы в нижних отделах лёгких. Притупление перкуторного звука над лёгкими в нижней части грудной клетки. Живот мягкий, не вздут, безболезненный, равномерно участвует в акте дыхания. Печень не выступает из-под рёберной дуги. Мочеиспускание самостоятельное, без затруднений. Стул оформлен, коричневый, без примесей. Диурез в пределах нормы. | Режим общийДиета №15Назначения те же |
| 27.03.12 | 36,4 | 36,7 | Жалуется на кашель с небольшим количеством белой мокроты, слабость, потливость. Состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное, на контакт идёт легко. Пульс 65 уд/мин. АД 120/80 мм.рт.ст. Видимые слизистые розовые, влажные, чистые. Язык влажный чистый. Лимфоузлы не пальпируются. Тоны сердца ритмичные приглушенные. Дыхание жесткое. Присутствуют влажные мелкопузырчатые хрипы в нижних отделах лёгких. Притупление перкуторного звука над лёгкими в нижней части грудной клетки. Живот мягкий, не вздут, безболезненный, равномерно участвует в акте дыхания. Печень не выступает из-под рёберной дуги. Мочеиспускание самостоятельное, без затруднений. Стул оформлен, коричневый, без примесей. Диурез в пределах нормы. | Режим общийДиета №15Назначения те же |

**XVI. Эпикриз.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ поступил 21.03.2012 года в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ с жалобами на повышение температуры тела до 39.5 °С, постоянный кашель с трудно отделяемой серозной мокротой, слабость, недомогание, озноб, снижение трудоспособности, потливость, головную боль. Заболевание началось остро 17 марта 2012 г. после переохлаждения, когда у больного поднялась температура до 39,5 ºС и появился сухой кашель. Никаких лекарственных препаратов больной не принимал. Через 2 дня кашель стал влажным с трудно отделяемой мокротой, при этом температура держалась в течение 4-х дней. 21 марта 2012 г. вызвал бригаду СМП и был госпитализирован. Данные объективного осмотра (в 4-м и 5-м межреберьях по правой окологрудинной и правой среднеключичной линиям отмечается притупление перкуторного звука). Данные лабораторных и инструментальных исследований (в ОАК - умеренный лейкоцитоз со сдвигом влево, увеличение СОЭ; ОАМ - протениурия, лейкоцитоз, микрогематурия; Рентгенологическое исследование органов грудной клетки - очаговые затемнения справа в 4-м и 5-м сегментах, бронхо-легочный рисунок умеренно усилен; Бактериологическое исследование мокроты - высеян Staphylococcus pneumoniae).

 Клинический диагноз:

**Основной:** Внегоспитальная пневмония нижней доли правого легкого**,** средней степени тяжести. Дыхательная недостаточность I степени.

**Осложнения: --**

**Сопутствующий диагноз:** --

##  Проводилось медикаментзное лечение:

## Ceftriaxoni 1,0 - 1 раз в день в/м

## Sol. Natrii chloridi 0,9 % - 250 ml в/в капельно

Tab. Bromhexini 0,008 по 2 таблетки 3 раза в день.

 Самочувствие больного улучшилось: перестали беспокоить боли, прошла слабость, перестал беспокоить кашель, перестала выделяться мокрота. По основному заболеванию прогноз для жизни благоприятный. Для профилактики показано курортно-санаторное лечение.

**XVII. Литература.**

1. Гельцер Б. И., Семисотова I:. Ф. Пропедевтика внутреннних болезней
 - Владивосток: Дальнаука, 2001 г.

2. Маколкин В. И., Овчаренко С. И. Внутренние болезни: Учебник -
 М.: Медицина, 1999 г.

3. Чиркин А. А. Диагностический справочник терапевта: Клинические
 симптомы, программы обследования больных, интеграция данных -
 Минск: Беларусь, 1993 г.

4. Машковский М.Д. Лекарственные средства: в 2 томах – М.:Медицина, 1986 г.

5. Чучалин А.Г.,Синопальников А.И. и др. «Внебольничная пневмония у взрослых: практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике.» - 2003г.

1. Внтуренние болезни, под редакцией Ф.И. Комарова, Москва, изд. Медицина, 1990г.
2. Лекарственные средства, М.Д. Машковский, Харьков, изд. Торсинг, 1997г.
3. Диагностический справочник терапевта, под редакцией Ч.А. Чиркина, Минск, изд. Белларусь, 1993г.
4. Дифференциальная диагностика внутренних болезней, Роберт Хэгглин, Москва, изд. Инженер, 1993г.