### История болезни x

Диагноз: Правосторонняя нижнедолевая пневмония.

### Санкт – Петербург 1998

**Паспортная часть.**

1. Ф.И.О.: x

2. Возраст: 71 года.

3. Профессия: пенсионер

4. Место жительства:

5. Дата поступления в клинику: 9.02.1998

**Жалобы.**

При осмотре больная предъявляет жалобы на головокружение при вставании, слабость, головные боли.

При поступлении больная предъявляла жалобы на слабость, лихорадку, потливость, кашель с мокротой.

**Anamnesis morbi:**

Считает себя больной с октября 1997 года, когда появился сухой изнурительный кашель, ежедневное повышение температуры тела до 38 – 39 0C, отвращение к мясу, снижение веса. Обратилась к участковому врачу в октябре, была сделана флюорография, но изменений не было выявлено. Состояние ухудшалось, температура тела к вечеру ежедневно повышалась до 39 0C. В январе был проведен курс лечения пенициллином и гентамицином, не смотря на это состояние ухудшалось, усилился кашель с трудноотделямой мокротой, появилось учащенное сердцебиение, отеки на нижних конечностях. Больная была госпитализирована участковым врачом в больницу им. И.И. Мечникова 02.09.1998.

**Anamnesis vitae.**

Родилась в г. Оренбурге. Росла и развивалась нормально. Окончила

среднюю школу. По окончании школы работала в аптеке, гостинице, на железной дороге.

Профессиональные вредности отсутствуют. Материально-бытовые условия хорошие, питается 3 раза в день, принимает горячую пищу.

Перенесенные заболевания и операции: ИБС, стенокардия, хронический бронхит, аппендэктомия (1980 г.).

Привычные интоксикации: отрицает.

Семейная жизнь: замужем, есть дочка.

Гинекологический анамнез: Менструации начались с 12 лет,

регулярные, безболезненные. Начала половую жизнь в 22 года. Беременности в 24, 27, 30 лет. Менопауза с 50 лет. Гинекологические заболевания отрицает.

Наследственность не отягощена.

Аллергологический анамнез: на запахи, пищевые продукты, лекарственные препараты и химические вещества аллергические реакции отрицает.

Эпидемиологический анамнез:

туберкулез, гепатит, тифы, малярию, дизентерию и венерические заболевания отрицает. Контакта с лихорадящими больными не имела.

За последние 2 года за пределы С-Петербурга и Ленинградской области не выезжала. Операций по переливанию крови не было. Контакта с ВИЧ-инфицированными не имела.

Страховой анамнез:

Пенсионер.

**Status praesens objectivus.**

Состояние больной средней - тяжести. Состояние оглушенности. Положение пассивное. Телосложение правильное, по внешнему виду соответствует паспортному возрасту.

Волосы густые, сухие, блестящие, не секутся. Тип оволосения соответствует полу и возрасту.

Кожные покровы: землисто-серой окраски, чистые, сухие. Ногти овальной формы, ломкость, деформация ногтевых пластинок отсутствует. Видимые слизистые оболочки бледно-розового цвета. Подкожная жировая клетчатка развита умеренно, распределена равномерно. Имеются отеки на правой и левой голени, холодные, твердые. Толщина подкожно-жировой складки в области пупка 1 см, в области лопаток 0,3 см.

Периферические лимфатические узлы: затылочные, околоушные, подчелюстные, над и подключичные, подмышечные, кубитальные, паховые, подколенные – не увеличены, безболезненны, обычной плотности, подвижны.

Зев чистый, миндалины не увеличены, их слизистая розовая.

Мышечный корсет развит умеренно, тонус и сила мышц ослаблены, одинаковы с обеих сторон. Кости не деформированы. Суставы правильной формы, движения в полном объеме, безболезненные. Ногтевые фаланги пальцев не изменены. Череп округлой формы, средних размеров. Позвоночник имеет физиологические изгибы. Щитовидная железа: при пальпации не увеличена. При аускультации сосудистые шумы над ее поверхностью не выслушиваются.

### **Исследование сердечно - сосудистой системы**

Осмотр области сердца.

 Форма грудной клетки в области сердца не изменена. Верхушечный толчок визуально и пальпаторно определяется в 5-ом межреберье, на 1.5 см. кнаружи от linea medioclavicularis sinistra, усиленный, разлитой, площадью 3.0 см. Сердечный толчок не пальпируется. Кошачье мурлыканье во втором межреберье справа у грудины и на верхушке сердца не определяется. "Пляска каротид" отсутствует. Пальпируется физиологическая эпигастральная пульсация. При пальпации пульсация на периферических артериях сохранена и одинакова с обеих сторон.

При пальпации лучевых артерий пульс одинаковый на обеих руках, синхронный, аритмичный, частотой 105 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения, напряженный, форма и величина пульса не изменены. Варикозного расширения вен нет.

Границы относительной сердечной тупости.

Правая граница определяется в 4-ом межреберье - на 3 см. кнаружи от правого края грудины; в 3-ем межреберье на 2 см. кнаружи от правого края грудины.

Верхняя граница определяется между linea sternalis и linea parasternalis sinistra на уровне 2-го ребра.

Левая граница определяется в 5-ом межреберье на 1.5 см. кнаружи от linea medioclavicularis sinistra; в 4-ом межреберье на 1.5 см. кнаружи от linea medioclavicularis; в 3-ем межреберье на 2 см. кнаружи от линии parasternalis sinistra.

Границы абсолютной сердечной тупости.

Правая граница определяется в 4-ом межреберье на 1 см. кнаружи от левого края грудины.

Верхняя граница определяется на 3-ом ребре, между linea sternalis и parasternalis.

Левая граница определяется на 0.5 см. кнутри от левой границы относите льной сердечной тупости.

Сосудистый пучок распологается - в 1 и 2-ом межреберье, не выходит за края грудины.

При аускультации на верхушке сердца первый тон ослаблен, выслушивается систолический шум. На основании сердца второй приглушен, акцент II тона на легочной артерии. Артериальное давление на момент осмотра 160/80

**Система органов дыхания.**

Грудная клетка правильной формы, нормостенического типа, симметричная. Обе половины ее равномерно и активно участвуют в акте дыхания. Тип дыхания - грудной. Дыхание ритмичное с частотой 28 дыхательных движений в минуту, средней глубины.

Пальпация:

Грудная клетка безболезненная, ригидная. Голосовое дрожание ослаблено с обеих сторон.

Топографическая перкуссия легких.

Нижние границы легких.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Линия  | Правое | Левое |
| l. parasternslis | Верхний край 6-го ребра | ------ |
| l. medioclavicularis | Нижний край 6-го ребра | ------ |
| l. axillaris anterior | 7 ребро | 7 ребро |
| l. axillaris media | 8 ребро | Верхний край 9-го ребра |
| l. axillaris posterior | 9 ребро | Нижний край 9-го ребра |
| l. sсapularis | 10 ребро | 10 ребро |
| l. paravertebralis |  на уровне остистого  позвонка | отростка 11 грудного  |

Высота стояния верхушек легких: спереди на 5 см. выше ключицы, сзади на уровне остистого отростка 6 шейного позвонка. Ширина перешейков полей Кренига 6 см. Активная подвижность нижнего края легких по linea axilaris media 4 см. справа и слева. При сравнительной перкуссии над всей поверхностью легких определяется коробочный звук. Аускультация: над поверхностью легких выслушивается ослабленное дыхание, справа на верхушке жесткое дыхание. Сухие хрипы.

**Пищеварительная система.**

 Слизистые щек, губ, твердого неба розового цвета. Десны розовые, обычной влажности. Осмотр языка: язык обычных размеров, розовый, влажный, обложен белым налетом, сосочки сохранены. Полость рта санирована.

Живот округлой формы, симметричный. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Глубокая пальпация. В левой подвздошной области определяется безболезненная, эластичная, смещающаяся, слегка урчащая, с ровной поверхностью сигмовидная кишка диаметром 2 см. Слепая кишка диаметром 2.5 см пальпируется в правой подвздошной области, безболезненная, подвижная, слегка урчащая.

Поперечно-ободочная определяется на уровне пупка в виде мягкого, эластичного цилиндра, диаметром 3 см, не урчащая, легко смещается, безболезненная, с ровной поверхностью.

Большая кривизна желудка методом баллотирующей пальпации определяется на 3 см. выше пупка.

Печень при пальпации не выходит из под края реберной дуги. Край ее ровный, острый, безболезненный. Размеры печени по Курлову 11\*9\*8 см.

Селезенка не пальпируется. Безболезненная. Перкуторно верхний полюс по linea axillaris media на уровне 9 ребра, нижний полюс по linea axillaris media на уровне 11 ребра.

**Мочевыделительная система.**

Почки не пальпируются. Симптом Гольдфляма с правой и левой стороны отрицательный. Пальпация по ходу мочеточника безболезненна. Мочевой пузырь не пальпируется, пальпация в области его проекции безболезненная.

**Нервная система.**

Психическое состояние без особенностей. Зрачковые и сухожильные рефлексы сохранены, одинаковы с обеих сторон. Кожная чувствительность сохранена. Патологические рефлексы отсутствуют. Тремор конечностей отсутствует.

**Предварительный диагноз.**

На основании жалоб на момент осмотра: озноб, головокружение при вставании, слабость, головные боли.

Анамнеза заболевания: cчитает себя больной с октября 1997 года, когда появился сухой изнурительный кашель, ежедневное повышение температуры тела до 38 – 39 0C, отвращение к мясу, снижение веса. Обратилась к участковому врачу в октябре, была сделана флюорография, но изменений не было выявлено. Состояние ухудшалось, температура тела к вечеру ежедневно повышалась до 39 0C. В январе был проведен курс лечения пенициллином и гентамицином, не смотря на это состояние ухудшалось, усилился кашель с трудноотделямой мокротой, появилось учащенное сердцебиение, отеки на нижних конечностях. Больная была госпитализирована участковым врачом в больницу им. И.И. Мечникова 02.09.1998.

При поступлении больная предъявляла жалобы на слабость, лихорадку, потливость, кашель с мокротой.

Данных объективного исследования: грудная клетка безболезненная, ригидная. Голосовое дрожание ослаблено с обеих сторон. Высота стояния верхушек легких: спереди на 5 см. выше ключицы, сзади на уровне остистого отростка 6 шейного позвонка. Ширина перешейков полей Кренига 6 см. Активная подвижность нижнего края легких по linea axilaris media 4 см. справа и слева. При сравнительной перкуссии над всей поверхностью легких определяется коробочный звук. Аускультация: над поверхностью легких выслушивается ослабленное дыхание, справа на верхушке жесткое дыхание. Сухие хрипы.

Больной можно поставить диагноз: правосторонняя нижнедолевая пневмония, очаговый туберкулез легких?

**План обследования**

1. Клинический анализ крови – проводится с целью обнаружения лейкоцитоза, повышения СОЭ, анемии.

2. Общий анализ мочи

3. ЭКГ – для выявления поражения миокарда, нарушения проводимости, ритма, возбудимости.

4. Ад

5. Измерение t тела каждые 3 часа

6. Рентгенограма грудной клетки – для подтверждения клинического диагноза, для выявления воспалительных инфильтратов в легких и туберкулезных очагов.

7. Консультация фтизиатра

**Данные лабораторных и инструментальных исследований и заключения консультантов.**

# **Клинический анализ крови от 09.02.98г**

Hb – 96 г/л

Лейкоциты – 12.7\*10 9/л

Er – 3.0\*10 12/л

## Клинический анализ крови от 10.02.98г

Hb – 110 г/л

Лейкоциты – 8.8\*10 9/л

Er – 3.26\*10 12/л

ЦПК – 1,03

Палочк. – 8

Сегм. – 65

Лимфоциты – 18

Моноциты – 7

Базофилы – 1

Эозинофилы – 1

СОЭ – 38 мм/ч

Анизоцитоз – ++

Пойкилоцитоз – ++

Токсическая зернистость нейтрофилов (2)

# **Клинический анализ крови от 12.02.98г**

Hb – 110 г/л

Лейкоциты – 9.9\*10 9/л

Er – 3.26\*10 12/л

ЦПК – 1,03

Палочк. – 7

Сегм. – 67

Миэлоцитов – 1

Лимфоциты – 16

Моноциты – 9

Базофилы – 1

Эозинофилы – 1

СОЭ – 38 мм/ч

Анизоцитоз – ±

Пойкилоцитоз – ±

# **Клинический анализ крови от 19.02.98г**

Hb – 110 г/л

Лейкоциты – 6.1\*10 9/л

Палочк. – 7

Сегм. – 71

Лимфоциты – 10

Моноциты – 10

Эозинофилы – 2

СОЭ – 15 мм/ч

## Анализ мочи от 10.02.98г

Цвет – светло–желт.

Прозрачность – прозр.

Реакция – щелочная

Удельный вес – 1,009

Белок – 0,033 г/л

Лейкоциты – 5–10 в п/з

Эритроциты свежие – 0 – 1 в п/з

Эпителий – 1 – 4 в п/з

## Анализ мокроты на ВК от 12.02.98

ВК не обнаружено.

## ЭКГ от 09.02.98г

QRS – 0,08; RR – 0,39; QT – 0,23; ЧСС – 180 уд/мин;

Мерцательная аритмия тахисисталической формы. Несложная блокада левой ножки пучка Гисса. Гипертрофия левого желудочка. Изменненный вольтаж ЭКГ.

## Рентгенограмма от 09.02.98г

Легочные поля эмфиземоматозны. Дифузное усиление легочного рисунка – пневмофиброз. В обоих верхушках очаговые тени, различной плотности, множественные петрификаты в корнях.

В нижней доле правого легкого очаговые тени – пневмония? Отсев на TBC?

Заключение: Правосторонняя пневмония? Очаг tbc легких rg контроль, консультация фтизиатора.

***Консультация фтизиатра от 13.02.98г.***

Жалобы на постоянный кашель, чаще сухой, иногда со слизистой мокротой, отдышку, осиплость голоса, повышение температуры во второй половине дня, слабость, похудание.

Контакт с туберкулезными больными больная отрицает, ФЛГ гр. клетки последние три года до 05.97 не проводила. Жила в Курганской области, последние 2 года живет у дочери в отдельной квартире. Кашель отмечает на протяжении последних 2 – 3 десятков лет.

Ухудшение состояния с сентября 97 г. в виде кашля, нарастания слабости, похудания, отвращения к мясной и сладкой пище, наблюдалась врачем поликлиники.

Объективно: состояние тяжелое, истощение, кожа бледная, сухая, лимфатические узлы не увеличены.

В легких коробочный звук, справа на верхушке жесткое дыхание. Сухие хрипы. На представленной ФЛГ грудной клетки от 10.97: справа в Si снижение пневмотизации, очаговые изменения разлитой величины и интенсивности, в II межреберье справа корень фиброзно изменен, правый край диафрагмы ниже левого.

На обзорной рентгенограмме грудной клетки от 09.02.98 на фоне выраженного пневмофиброза правое легкое увеличено в объеме, в S1 и S2 снижение пневмотизации за счет инфильтративных изменений, на остальном протяжении легкого – очаговая фиссименация с обеих сторон.

Корни фиброзно изменены, застойные, не фифференцируются. Синусы свободны.

Анализ мокроты на ВК – в работе. В гемограмме лейкоцитоз со сдвигом в лево, лимфопения, увеличение СОЭ.

Рекомендуется проводить дифференциальный диагноз между канцироматозом легких и диссиминированным туберкулезом, исс. пробу на ВК 3 – 4 раза, анализ крови на туберкулезный Ag, консультация Лор, гинеколога.

## Рентгенограмма от 19.02.98г

Сравнительно со снимком от 09.02.98 отмечается положительная динамика.

В легочной ткани очаговых и инфильтративных образований не определяется. Выраженная инфизема.

Корни перекрыты тенью увеличенного сердца. Синусы свободны.

**Дифференциальный диагноз.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  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 |

**Окончательный диагноз и его обоснование.**

Учитывая наличие жалоб больной: на головокружение при вставании, слабость, головную боль, озноб.

Данные анамнеза заболевания: в октябре 1997 года, когда появился сухой изнурительный кашель, ежедневное повышение температуры тела до 38 – 39 0C, отвращение к мясу, снижение веса. Обратилась к участковому врачу в октябре, была сделана флюорография, но изменений не было выявлено. Состояние ухудшалось, температура тела к вечеру ежедневно повышалась до 39 0C. В январе был проведен курс лечения пенициллином и гентамицином, не смотря на это состояние ухудшалось, усилился кашель с трудноотделямой мокротой, появилось учащенное сердцебиение, отеки на нижних конечностях. Больная была госпитализирована участковым врачом в больницу им. И.И. Мечникова 02.09.1998.

Данные объективного осмотра: перкуторно в легких коробочный звук, справа на верхушке жесткое дыхание. Сухие хрипы. На представленной ФЛГ грудной клетки от 10.97: справа в Si снижение пневмотизации, очаговые изменения разлитой величины и интенсивности, в II межреберье справа корень фиброзно изменен, правый край диафрагмы ниже левого.

Данные инструментального исследования:

На обзорной рентгенограмме грудной клетки от 09.02.98 на фоне выраженного пневмофиброза правое легкое увеличено в объеме, в S1 и S2 снижение пневмотизации за счет инфильтративных изменений, на остальном протяжении легкого – очаговая фиссименация с обеих сторон.

Корни фиброзно изменены, застойные, не фифференцируются. Синусы свободны.

## Данные дополнительных методов исследования: Клинический анализ крови от 10.02.98г

Hb – 110 г/л

Лейкоциты – 8.8\*10 9/л

Er – 3.26\*10 12/л

СОЭ – 38 мм/ч

Анизоцитоз – ++

Пойкилоцитоз – ++

Токсическая зернистость нейтрофилов (2)

## Рентгенограмма от 09.02.98г

Легочные поля эмфиземоматозны. Дифузное усиление легочного рисунка – пневмофиброз. В обоих верхушках очаговые тени, различной плотности, множественные петрификаты в корнях.

В нижней доле правого легкого очаговые тени – пневмония? Отсев на TBC?

Заключение: Правосторонняя пневмония

## Рентгенограмма от 19.02.98г

Сравнительно со снимком от 09.02.98 отмечается положительная динамика.

В легочной ткани очаговых и инфильтративных образований не определяется. Выраженная инфизема.

Корни перекрыты тенью увеличенного сердца. Синусы свободны.

***Можно поставить диагноз:***

Правосторонняя нижнедолевая пневмония.

**Обоснование лечения.**

Терапию, которая используется при пневмониях, можно подразделить на этиотропную и патогенетическую. Этиотропное лечение включает антибиотикотерапию и сульфаниламидные препараты. Используются антибиотики широкого спектра действия (пеницилинового ряда - ампиокс, ампицилин которые блокируют образование муреина в бактериальной стенке). Антибиотики тетрациклинового ряда которые блокируют субединицу 30ой рибосомы и нарушают синтез белка в микробной клетке. Используются макролиды (эритромицин, олеандромицин и т.д.), цефалоспарины (цефалоридин, цефалотин) в том числе β – лактомазорезистентные (мефоксин). Аминогликазиды (каноминиц, мономицин, синтомицин и т.д.). Сульфаниламидные препараты – аналоги парааминобензойной кислоты, блокируют синтез фолиевой кислоты в микробной клетке а также нарушают деление микробной клетки (сульфодимитоксин, сульфомономитоксин, сульфоперидозин препараты пролонгированного действия), в том числе содержащие триметоприм (гросиптол, бисептол и т.д.).

Введение антибиотиков прекращают на 3-4 день после нормализации температуры.

Глюкокортикойды оказывают мощное противовоспалительное и имуностимулирующее действие. Механизм действия связан с блокадой фермента – фосфолипаза А2, таким образом блокируется освобождение арахидоновой кислоты с последующим образованием из нее циклических и алифатических эндоперикесей (к циклическим эндоперекисям относятся простогландины А, Е; тромбоксан А2; к алифатическим эндоперекисям относятся – гидропероксиэйкозантетраеновая кислота и гидроэйкозантетраеновая кислота, из которой затем образуются лейкотриены)

Отхаркивающие препараты: рефлекторного действия (рвотный корень, термопсисс), прямого действия (сода, NH4OH, KI, KBr и т.д.), муколитики (трипсин, дезоксирибонуклеаза и т.д.), препараты прямого действия (мукалтин).

При угрозе абсцедирования производится пассивная иммунизация антистафилакоковым гаммаглабулином.

При вирусных пневмониях используется противогриппозный гаммаглабулин, интерферон, реоферон.

**Лечение больной.**

R.p.: Sol. Glucosi 5% - 400 ml.

 D.t.d. N. 5

 Signa: Для внутривенного введения.

 #

R.p.: Gemodesi 400 ml.

 D.t.d. N. 2

 Signa: Вводить внутривенно капельно по 300 ml. 1 раз в день.

 #

R.p.: S. Gentamycini sulfatis 4% - 1 ml.

 D.t.d. N. 20 in ampullis

 Signa: Вводить по 2 ml. внутримышечно 3 раза в сутки.

 #

R.p.: Erythromycini 0,1 (1000000)

 D.t.d. N. 20

 Signa: Содержимое флакона растворить в 5 ml. физраствора, вводить

 внутримышечно 3 раза в сутки.

**Прогноз** **заболевания.**

Прогноз на выздоровление - благоприятный

Прогноз на жизнь – благоприятный

Прогноз на трудоспособность – не имеет значения т.к. больная пенсионер.

##### Профилактика

Увеличение пищи богатой витаминами, курортное-санаторное лечение, наблюдение у терапевта по месту жительства, лечебная физкультура.

**Эпикриз**

Больная x 09.02.97 госпитализирована в больницу им. И.И. Мечникова, с жалобами на слабость, лихорадку, потливость, кашель с мокротой.

Данные анамнеза заболевания:

Считает себя больной с октября 1997 года, когда появился сухой изнурительный кашель, ежедневное повышение температуры тела до 38 – 39 0C, отвращение к мясу, снижение веса. Обратилась к участковому врачу в октябре, была сделана флюорография, но изменений не было выявлено. Состояние ухудшалось, температура тела к вечеру ежедневно повышалась до 39 0C. В январе был проведен курс лечения пенициллином и гентамицином, не смотря на это состояние ухудшалось, усилился кашель с трудноотделямой мокротой, появилось учащенное сердцебиение, отеки на нижних конечностях. Больная была госпитализирована участковым врачом в больницу им. И.И. Мечникова 09.02.1998.

Данные объективного осмотра:

Грудная клетка безболезненная, ригидная. Голосовое дрожание ослаблено с обеих сторон. Высота стояния верхушек легких: спереди на 5 см. выше ключицы, сзади на уровне остистого отростка 6 шейного позвонка. Ширина перешейков полей Кренига 6 см. Активная подвижность нижнего края легких по linea axilaris media 4 см. справа и слева. При сравнительной перкуссии над всей поверхностью легких определяется коробочный звук. Аускультация: над поверхностью легких выслушивается ослабленное дыхание, справа на верхушке жесткое дыхание. Сухие хрипы.

Данные дополнительных методов исследования:

## Клинический анализ крови от 10.02.98г

Hb – 110 г/л

Лейкоциты – 8.8\*10 9/л

Er – 3.26\*10 12/л

СОЭ – 38 мм/ч

Анизоцитоз – ++

Пойкилоцитоз – ++

Токсическая зернистость нейтрофилов (2)

## Рентгенограмма от 09.02.98г

Легочные поля эмфиземоматозны. Дифузное усиление легочного рисунка – пневмофиброз. В обоих верхушках очаговые тени, различной плотности, множественные петрификаты в корнях.

В нижней доле правого легкого очаговые тени – пневмония? Отсев на TBC?

Заключение: Правосторонняя пневмония

## Рентгенограмма от 19.02.98г

Сравнительно со снимком от 09.02.98 отмечается положительная динамика.

В легочной ткани очаговых и инфильтративных образований не определяется. Выраженная инфизема.

Корни перекрыты тенью увеличенного сердца. Синусы свободны.

Окончательный диагноз:

Правосторонняя нижнедолевая пневмония.

Назначенное лечение:

Глюкоза 5% - 400 мл, для внутривенного введения.

Гемодез 400 мл, внутривенно капельно по 300 мл 1 раз в день.

Гентамицин 4% - 1 мл, внутримышечно 3 раза в день

Эритромицин 0,1 внутримышечно 4 раза в день

После проведенной терапии состояние больной улучшилось, уменьшилась слабость, появился аппетит, уменьшился кашель.

Прогноз на жизнь - благоприятный

Прогноз на выздоровление – благоприятный

Рекомендации: Курортно-санаторное лечение. Наблюдаться у терапевта месту жительства.

**Используемая литература.**

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.