

Клиникалық жағдай

Цикл: Ішкі аурулар

ДИАГНОЗ: «Ауруханадан тыс екі жақты төменгі бөліктік пневмония, орташа ауыр жағдайда. ДН II.

{ Орындаған: Нұрмахан М. С.
Тобы: ЖТД 701-1
Қабылдаған: Енсегенова З. Ж

II. Паспорттық бөлімі

- ▣ **Науқастың тегі, аты, әкесінің аты:** *Суслова Клавдия Петровна*
- ▣ **Науқастың жасы:** *14.10.1964*
- ▣ **Жынысы:** *әйел*
- ▣ **Мамандығы:** *зейнеткер*
- ▣ **Мекен жайы:** *Краснооктябрьская 22/1*
- ▣ **Жұмыс орыны:** *жоқ*
- ▣ **Клиникаға түскен күні және сағаты:** *23.01.16. 12:30*
- ▣ **Аурухана бөлімі:** *терапия*
- ▣ **Шығарылған күні:** *01.02.16*
- ▣ **Қан тобы, резус-фактор:**
- ▣ **Жолдама берген мекеменің диагнозы:** *Ауруханадан тыс екі жақты төменгі бөліктік пневмония. ДН I-II.*
- ▣ **Алғашқы диагноз:** *Ауруханадан тыс екі жақты төменгі бөліктік пневмония. ДН I-II.*
- ▣ **Клиникалық диагноз:** *Ауруханадан тыс екі жақты төменгі бөліктік пневмония, орташа ауыр жағдайда. ДН II. Артериалық гипертензия 3 деңгей, қауіп 3. СЖЖ ФК 2, НК 1*

III. Науқастың шағымдары.

Науқас ашық түсті, шырышты, жабысқақ қақырықты жөтелге, қалыпты жағдайда және аздаған физикалық жүктемеде пайда болатын ентікпеге, тыныс алу кезіндегі кеуде тұсының ауырсынуына, дене температурасының 37,5 С дейін көтерілуіне, денесінің ауырлауына, тәбетінің төмендеуіне, жұмысқа қабілеттілігінің төмендеуіне, жалпы әлсіздікке шағымданады.

IV Шынайы аурудың тарихы (Anamnesis morbi)

- Науқас 18.01.16 ж бері өзін ауру сезінеді, осы аптаның ішінде суықтаудың нәжитесінде бронхтық қабыну синдромы жабысқақ қақырықты жөтел түрінде дамыған. Бронхтық қабыну синдромы қақырықты жөтел, кеуденің ауырсынуы, тыныс қимылында бір жағының қалыңқылығы байқалады.
- Өздігімен симптоматикалық ем қабылдаған: Колдрекс, Амброксол, әсері болмаған. Осыған қосарлана жай қозғалыстарға ентікпелер пайда бола бастаған, дене температурасы субфебрильді сандарға дейін көтерілген.

□

V.Өмір тарихы(Anamnesis vitae).

- Науқас жынысы мен жасына сай дамыған. 1964 жылы Алматы қаласының Баканас ауданында ,отбасында 3 перзенттің екінші баласы. Әкесі жүргізуші, анасы асханада аспазшы болған. Білімі орта, жоғары оқу орындарын аяқтаған. 1990 жылдан бері тұрмыста. Екі баланы дүниеге әкелген. Әлеуметтік –тұрмыстық жағдайы жақсы. Тамақтануы уақытылы, жеткілікті. Еңбек анамнезінде үй шаруасында болған, қазіргі кезде зейнеткер.
- **Созылмалы аурулары** артериялық гипертензия және созылмалы жүрек жеткіліксіздігі бар.
- Науқаста Боткин ауруы, гепатит, туберкулез, мерез және тері-венерологиялық аурулар болмаған.
- **Ешқандай хирургиялық оталар жасалмаған.**
- **Отбасылық анамнезінде :** әкесі гипертоник, анасы ішектің қатерлі ісігінен қайтыс болған.
- **Зиянды әдеттері :** жоқ.
- **Акушер-гинекологиялық анамнезінде:** етеккір циклі 14 жасынан басталған, реттілігі дұрыс, ұзақтығы 4 күн, ешқандай ауырсынусыз болған. Түсіктер болмаған. Өзінде 2 жүктілікпен босану болған. 53жасында климакс басталған. Гинекологиялық аурулары жоқ.
Аллергологиялық анамнезі: тыныш.

VI. Науқастың қазіргі жағдайы (Status praesens)

1) Науқасты жалпы зерттеу

- Науқастың жалпы жағдайы интоксикациялық және өкпелік қабыну синдромының әсерінен орташа ауыр жағдайда. Тері қабаты: беті бозарған, еріндерінде акроцианоз. Дене бітімі нормостеник, жеткілікті тамақтану. Перифериялық лимфа түйіндері пальпацияланбайды. Перифериялық ісінулер байқалмайды. Дене қызуы субфебрильді 37.1 С. Бойы 159см, салмағы 80кг.
- Терісінің түсі бозарған, эластикалығы (созылғыштығы) –жақсы, ылғалдығы – қалыптағыдай. Көрінетін кілегей қабаттарының түсі қалыптағыдай. Тері астылық шел (май) даму айқындығы – біртоға, ісіну– байқалмайды, жаралар жоқ.
- Бұлшық ет жүйесінде бұлшық еттердің даму дәрежесі жақсы, бұлшық еттердің күші сақталған. Қол бұлшық еттерінің күші жақсы. Иықтың бұту және жазу бұлшық еттерін зерттеу кезінде ешқандай патологиясыз қозғалыста. Сан бұлшық еттерінің күші жақсы.

Науқасты жалпы зерттеу

- Сүйек–буын жүйесінде сүйектің қысқаруы– байқалмайды, сүйек қаңқасында дөрекі өзгерістер жоқ, буындардың жағдайы, пішіні қалыпты өзгермеген, пальпация кезінде ауырсынбайды, ісінулер жоқ, қозғалған кезде немесе тыныш жағдайда ауырсыну жоқ, сықырлаулар жоқ.
- Мойын симметриялы, мойын тұсында бұлтиған құрылым жоқ, тамырлардың соғуы байқалмайды (тиреотоксикоз, аорта клапандарының жетіспеушілігі)
- Кеуде (көкірек қуысы) кеуденің пішіні (формасын) – қалыптағыдай, деформация, пішінің өзгеруі жоқ және симметриялы, қабырғаларды пальпациялағанда ауырсынусыз, кеуде жарақаты жоқ.

Науқасты жалпы зерттеу

2) Лимфа түйіндерінің орналасқан жерін анықтау кезінде (иек астылық, жақастылық, мойын тамырларының бойында сол жақ бұғананың жоғарғы қыры мен төстік бұғана емізіктік бұлшық еттің сыртқы қыры арасында (асқазан қатерлі ісігі болғанда Вирхов метастазы), желкелік, бұғана астылық бұғана үстілік, қолтық астылық, шынтақтық, шаптық, сандық, тақым астылық іш пердесінің артындағы), олардың саны және көлемі, консистенциясы тығыз емес, түйіндер байқалмайды, ауырсынбайды, жылжымалылығы қалыпты.

3) Дем алу жүйесі

- Науқастың дем алу түрі құрсақтық, дем алу жиілігі – 22 р/мин, дем алудың тереңдігі және ырғағы қалыпты, өкпенің перкуссиясы кезінде салыстырмалы нәтижеде өкпелік дыбыстың жауырынның бұрышында екі жақты төменгі бөліктік тұйықталуы байқалады. Өкпе аускультациясында салыстырмалы нәтиже - везикулярлық, төменгі бөлігінде әлсіреу, сол жерде әсіресе сол жағында бәсеңдеген ұсақ көпіршікті сырылдар естіледі, дыбыстық дірілі бәсеңдеген;

Науқасты жалпы зерттеу

- ▣ 4) Жүрек–тамыр жүйесі
- ▣ Науқастың тамыр соғу (пульстің) жағдайы – 82р/мин (жиілігі, ырғағы, толуы және кернеуленді). Артериялық қысым сынап бағанасы бойынша 140/90 мм.с.б., жүрек итерісі оның күші және жайылымы қалыпты. Жүрек тұйықтылығының абсолюттік және шартты шекаралары: БОС 3 қабырға, төстің оң жағында, сол жағында 1,5см БОС. Жүрек түрткісі 5 қабырға бойында. Жүрек аускультациясында тондары әлсіреген. Шулар байқалмайды, перифириялық артериялардың жағдайы қалыпты, көк тамырлар жағдайы: мойын көк тамырларының кеңеюі жоқ, кеуде және іш қабырғасының көк тамырларының кеңеюі жоқ.

Перкуссия әдісімен жүректің салыстырмалы және абсолютті тұйықтығын анықтағанда мынадай мөлшерлеме алынды:

Шекарасы:

- Оң жақ : салыстырмалы шекарасы - IV қабырғааралықта төстің оң жақ шетінен 1,5 см қашықтықта абсолютты шекарасы -IV қабырғааралықта төстің сол жақ жиегінде
-
- Сол жақ: салыстырмалы шекарасы - V қабырғааралықта 1. medioclavicularis-тан сыртқа қарай 1 см қашықтықта
- Абсолютты шекарасы -V қабырғааралықта 1. medioclavicularis-тан ішке қарай 0,5 см қашықтықта
- Жоғарғы: салыстырмалы шекарасы - parasternalis бойында III қабырғааралықта 1. parasternalis бойында
- абсолютты шекарасы - IV қабырғааралықта
- Тамыр шоғырының ені – 6,5 см.

Аускультацияда: Жүрек тондары әлсіреген, ырғағы дұрыс

№	Топографиялық сызықтар	Оң жақ	Сол жақ
	I.parasternalis	V қабырға аралық	V қабырға
	l. medioclavicularis	VI қабырға аралық	VI қабырға
	l. axillaris anterior	VII қабырға	VII қабырға
	l. axillaris media	VIII қабырға	VIII қабырға
	l. axillaris posterior	IX қабырға	IX қабырға
	L. scapularis	X қабырға	X қабырға
	L. paravertebralis	XI қабырға	XI қабырға

□ 5) Ас қорыту жүйесі

- Науқастың ауыз қуысының жағдайы қалыпты (ерін клегей қабағының қызыл иектің түсі мен ылғалдығы, тілдің ылғалдығы мен жамылғысы), тістердің жағдайы қалыпты, жұтқыншақтың түсі қалыптағыдай, бадамша бездері қалыптағыдай, іштің жағдайы қарағанда: пішіні (конфигурация) – қалыптағыдай, симметриялы, іш кебуі жоқ, іштің тартылып тұруы жоқ, іштің демалуға толық қатысады, іш қабырғасындағы терінің түсі қалыпты, іш қабырғасы көк тамырларының кеңеюі жоқ, перистальтика қалыпты.
- **Ішке беткей пальпация:** Іш қабырғасының жағдайы жұмсақ, пальпация кезінде ауырсынусыз, теріасты шел май қабаты жақсы дамыған. Щеткин- Блюмберг симптомы теріс, жарықтар анықталмады.
- **Ішке терең пальпация:** Ішектер цилиндр тәрізді, ауырсынбайды, спазмиленген, қозғалмалы. Ас қазан, өт қабы, , ток ішектердің жағдайы қалыпты. Бауыр, көк бауыр пальпацияланбайды.

- Ішке перкуссия жүргізгенде бауыр тұйықтығы қалыптағы жағдайда абсолюттік тұйықтықтың жоғарғы шекарасы орта бұғаналық сызық бойынша 6 қабырға денгейінде, жауырын сызығы бойынша 10-қабырғада. Төменгі шекарасы ортаңғы сызық бойынша семсер өсіктен 4-6 см төмен (ол конституцияға және кеуде құрылысының ерекшелігіне қарай өзгеріп отырады), орта бұғаналық сызық бойынша қабырға доғасының сыртына шықпайды.
- Ішке перкуссия жүргізгенде перкуторлық ауырсынудың жоқтығы.
- Тік ішек пен артқы тесікті зерттегенде сыртқы геморроидальдық түйіндердің жоқтығы байқалды.
- Аускультацияда іш перистальтикасы сақталған. Құрсақ аортасында тамырлық шуылдар естілмейді.
- Бауыр және өт жолдары.

- ▣ **Қарау:** Томпаю, бауыр аймағында деформациясы жоқ. Тері, тамырларының кеңеюлері анықталмайды.
- ▣ **Палпация:** Образцов-Стражеско әдісімен пальпация жасағанда бауыр аздап ұлғайған, бауырдың төменгі шеті өткір, беті тегіс, жұмсақ, ауырсыну сезімі жоқ.
- ▣ **Перкуссия:** Курлов әдісі бойынша бауыр шекарасы:
Бауыр 7 қабырға тұсында орналасқан. Бауырдың көлемі 9 x 7 x 5 см болады: он жақ бұғана ортаңғы сызықпен 9 см (+12 см), алдыңғы ортаңғы сызықпен 8 см (+12см), сол жақ қабырға доғасымен 7см (+12см).
- ▣ Көкбауыр перкуссиясында ұзындық өлшемі 66 см, X қабырға бойымен созылып жатыр, ал ені 45 см.
- ▣ Өт қабы пальпацияланбайды. Ортнер, Мюсси, Мерфи симптомдары теріс.

6) Зәр шығару, жыныс жүйесі

Бүйрек аймағында өзгерістер: Өзгерістер жоқ, соққылау симптомы теріс. Зәр шығару ауырсынусыз, бос.

- ▣ **Қарау:** бүйрек аймағында гиперемия және ісінулер байқалмайды. Тимпаникалық перкураторлы дыбыс естіледі, зәр шығару түтігінің үлкейгені байқалмайды.
- Пальпация:** іштің алдыңғы бөлігінен пальпацияланбайды. Зәр шығару түтігі пальпацияланбайды. Пальпация кезінде ешқандай ауырсыну жоқ. Тәулігіне зәр шығару жиілігі 3 рет

▣ 7) Жүйке жүйесі.

- ▣ Зерттеген кезде науқастың интеллектілік даму деңгейі дұрыс , ашуланғыштығы, бейтараптығы, жылауықтығы, көңіл күйінің күрт өзгерістері жоқ. Науқастың сөйлеу мүмкіншілігі қалыптағыдай, қозғалу реттілігі қалыпты (координация) (статикалық, Ромберг сынағымен анықталады – науқас тік тұрғызып бунақтарын жиып қолын алға созырғанда жеке теңдікті ұстау, саусақ мұрын, саусақ-көрсету, тізе-өкшелік сынақтарды жүргізу). Орталық жүйке жүйесінің аурулар мен жарақаттанулары жоқ (тырыспа, фибриллярлық қозғалыс, парездер, параличтер)және сезіну (тактильдік, ауру және температураны) қабілеті, тері рефлектерінің жағдайы (іштің, табандық кремастерлік), клегей қабат жағының рефлексі (корнеальдық, конъюнктивальдың, жұтқыншақтық), сіңірлік рефлексстер (тізе, ахиллдік және т.б.) және дермографизм байқалмайды.

Жетекші синдромдар және оны талдау

- 1) Өкпе тінінің жалпы қабынулық өзгерісті синдром – жөтел, қақырықтың бөлінуі, перкуторлы дыбыстың қысқаруы, дауыс дірілі мен бронхофонияның күшеюі, ылғалды сырылдар және рентгенологиялық өзгерістер.
- 2) Өкпелік инфильтрациялық синдром – объективті қарағанда перкуторлық дыбыстың тығыздалуы, аускультацияда – тыныс қатаң, әлсіреген, екі жақтық төменгі бөлігінде аздаған ұсақ көпіршікті сырылдар естілуі.
- 3) Интоксикациялық синдром – әлсіздік, дене температурасының жоғарлауы, делсалдық, тәбеттің төмендеуі, бас және бұлшықет ауырсынуы, жүрек соғысы, бозару.
- 4) Жалпы қабыну өзгерістері – қалтырау, қызудың көтерілуі, қанның жедел фазалық көрсеткіштерінің жоғарылауы: лейкоформуланың солға ығысуы, нейтрофильдік лейкоцитоз; ЭГЖ-ның жоғарылауы, СРБ-тың пайда болуы, фибриногеннің көбеюі.
- 5) Тыныс жетіспеушілігі – ентікпе, тахипноэ, үстірт тыныс, гипоксемия.

Басқа аурулармен дифференциальдық диагноз 1 реттілікпен:

- Пневмонияны өкпе инфарктынан, ателектаздан, өкпе ісіктерінен, пневмониттен, өкпе васкулиттерінен, туберкулезден, өкпенің шашыраңқы (диссеминацияланған) процестерінен ажырата білу керек.

- 1. Өкпе инфаркты – травмаға, операцияға ұшыраған, осыдан бұрын тыныс жолының инфекциясымен ауырмаған және қозғалуға шамасы келмейтін немесе тромбофлебиті бар науқастарда күдіктенген жөн. Дене қызуы 39 0С аспайды, қалтырау жоқ, жөтел онша мазаламайды. Бірақ қан қақыру байқалады. Ал науқаста – қалтырау бар, қақырықты жөтел, перкуссияда дыбыстың қысқаруы байқалады.

- 2. Өкпе ісіктері – өкпе рагынан жасы егде, темекі тартатын адамдарда күдіктенеді. Өкпенің ісіктері көбіне паранеопластикалық белгілермен қатар жүреді, шеттік лимфа түйіндерінің ұлғаюы жиі байқалады. Өнімді жөтелмен, ентігу, кеуде аймағының ауырсынуы, қызба, қан түкіру, стридор – тыныс алу кезіндегі ысқырықты сырыл. Науқастың зиян әдеттері жоқ, лимфа түйіндері ұлғаймаған, стридор байқалмайды.

Болжамды диагноз:

- Ауруханадан тыс екі жақты төменгі бөліктік пневмония. ДН I-II
- 1) Ауруханадан тыс – клиникаға түкенге дейін 48 сағат бұрын аурудың ерте біріншілік симптомдары көріне басталуына негізделген.
- 2) Пневмония келесі клиникалық синдромдарға байланысты негізделген:
 - · Бронхо-қабынулық синдром – қақырықты жөтелмен көрінуі
 - · Өкпелік инфильтрациялық синдром – объективті қарағанда: аускультацияда – везикулярлы тыныс, әлсіреген; рентгенологиялық зерттеуде кеуде қуысы ағзаларының инфильтративті қарауы байқалуына байланысты

- · Жалпы өзгерісті қабынулық синдром – фебрильді лихорадкамен көрінетін, қан көрсеткіштерінің жедел фазадағы өзгерістерімен көрінеді.
- · Интоксикациялық синдром – жалпы әлсіздік, шаршағыштықтың жоғарлауы
- 3) Төменгі екі жақтық – өзгерістердің объективті локализациясы екі жақтық төменгі өкпеде (аускультацияда ылғалды ұсақ көпіршікті сырылдар және перкуторлы екі жақтық төменгі бөліктің тығыздалуы байқалады.
- 4) ДН 1-2 – әлсіз диффузды цианозбен, тыныштық күйдегі ентікпемен, ЖСЖ -24

Зерттеу жоспары:

- 1. Лабораториялық зерттеулер:
- · Микрореакция 25.01.17ж. – теріс
- Қорытынды: Микрореакцияда ешқандай патологиялық өзгерістер байқалмайды, қалыпты.
- Қорытынды: Жалпы қан анализінде ешқандай патологиялық өзгерістер байқалмайды, қалыпты.

· Жалпы қан анализі 23.01.17ж.:

- Гемоглобин -127 г/л,

- Эритроциты – $4,36 \cdot 10^{12}/л$,

- Лейкоциты – $7,0 \cdot 10^9/л$,

- СОЭ – 13 мм/ч,

- Гемотакрит – 39,9%,

- Тромбоциты – $243 \cdot 10^9/л$,

- Лимфоциттер – 37,8%

- Моноциттер - 19,3%

- Нейтрофильдер - 42,9%

- ЭТЖ – 9мм/час

- Таяқша ядролары - %

- Сегмент ядролары - %

□ Жалпы зәр анализі 25.01.17г.

□ -ашық сары, мөлдір

□ -салыс.тығыздығы - 1016,

□ - кислая,

□ - белок- жоқ,

□ - қант жоқ,

□ - лейкоциттер-2-1 көру алаңында,

□ - жалпақ эпителий -3-5 көру алаңында.

□ Қорытынды: Жалпы зәр анализінде патологиялық өзгеріссіз, қалыпты.

□ · Коагулограмма
25.01.17ж.

□ - ПТИ-93%,

□ - Фибриноген- 3,3г/л.

□ Қорытынды: Жалпы коагулограммада көрсеткіштер қалыпты

Қанның биохимиялық анализі

- Қанның биохимиялық анализі 15.12.16ж.:
- - жалпы белок-73,
- - мочевина-5,3,
- - креатинин-78ммоль/л,
- - АлаТ-30 мккат/л,
- - АсаТ-32мккат/л,
- - общ.билирубин -21,0мкмоль/л,
- - пр.билирубин-7,0мкмоль/л,
- - холестерин-5,5ммоль/л,
- - ТГ-1,82 ммоль/л
- Қорытынды: Қанның биохимиялық анализінде билирубин саны 21,0 мкмоль/л жоғарылаған, тура билирубин 7,0мкмоль/л , ТГ -1,82 ммоль/л жоғарылаған.

▣ Қандағы қанттың мөлшері 25.01.17г.-6,0 ммоль/л.

▣ Қорытынды: Қандағы қанттың мөлшері мөлшері жоғарылаған.

▣ · Гельминттер жұмыртқасына нәжіс 26.01.16г.- теріс

▣ Қорытынды: Нәжісте гельминттер жұмыртқасы жоқ,
қалыпты

Аспаптық зерттеу

□ ЭКГ 23.01.17ж.

□ - ритм синусовый

□ - дұрыс

□ - солға ығысу

□ - ЖЖЖ 93 р/мин.

□ - сол жақ қарыншаның гипертрофиясы

□ - миокардтың диффузды өзгерісі.

□ Қорытынды: Сол жақ қарыншаның гипертрофиясы, миокардтың диффузды өзгерісі

□ Қақырық анализі:
25.01.2017ж

□ Түсі - сұр сары

□ Сипаты – шырышты

□ Консистенциясы –
тұтқыр

□ Лейкоцит – 2-5 көру
алаңында

□ Эпителий – біреу

□ Альвеолярлы макрофаг-
біреу көру алаңында

Дифференциальды диагноз 2 реттілікпен

1. Өкпе инфаркті -

- Пневмониядан айырмашылығы – қандағы лейкоцитоз аса жоғары емес және таяқша – ядролық ығысу болмайды, тромбтың ыдырауынан билирубиннің мөлшері көбейеді. Диагностикасында билирубиннің көбеюіне көңіл бөледі. Рентгендік тексеруде: плеврамен тұтасқан қиық тәрізді, өкпе сегментіне сәйкес, көлеңке анықталады. ЭКГда жүректің оң бөліктеріне күш түсу көріністері пайда болады. Күдіктенген жағдайларда өкпе артериясы тармақтарының бітелуін анықтау үшін радиоизотоптық зерттеу немесе ангиография жүргізіледі.

Өкпе ісігі -

- Рентгендік зерттеуде, өкпе тінінің зақымдануынсыз, тек қана түбірдің инфильтрациясы немесе жанынан түсірілген рентгенограммада, өкпе сегментіне сәйкес пішіні үшбұрышқа жақын көлеңке анықталады. Кейде обыр өсуінен омыртқалардың бұзылуы мүмкін. Обыр кеуде қуысының рентгенографиясында жұмыртқа, фокус, инфильтрат және ателектаз тәрізді көрінуі мүмкін. Антибиотиктер әсер етпейді. КТ –да обырдың жайылғандығы және метастаз бар- жоқтығы кезінде жасалады.

Клиникалық диагноз және оны негіздеу

- **Диагноз:** Ауруханадан тыс екі жақтық төменгі бөліктік пневмония, орташа ауыр дәрежесі. ТЖ 2. Артериальды гипертензия 3 дәреже, қауіп 3 . СЖЖ ФК 2 НК 1.
- · Ауруханадан тыс – клиникаға түскенге дейін 48 сағат ішінде біріншілік симптомдардың көрінуі.
- · Екі жақтық төменгі бөлікті – объективті және қосымша аспаптық әдістермен өкпенің екі жақтық төменгі бөлігінің өзгерістерінің локализациясы.

- **Пневмония** – келесі клиникалық синдромдардың болуымен негізделеді:
 - 1) Өкпелік инфильтрациялық синдром – объективті қарағанда перкуторлық дыбыстың екі жақты төменгі бөлігінің тығыздалуы, аускультацияда – тыныс қатаң, әлсіреген, екі жақтық төменгі бөлігінде аздаған ұсақ көпіршікті сырылдар естілуі. Рентгенде өкпенің төменгі бөлігінің екі жақты инфильтрациясы.
 - 2) Интоксикациялық синдром – әлсіздік, дене температурасының жоғарлауы, делсалдық, тәбеттің төмендеуі, бас және бұлшықет ауырсынуы, жүрек соғысы, бозаруы
 - 3) Жалпы қабынулық өзгерісті синдром – шырышты қақырықты жөтел, кеуденің ауырсынуы, тыныс қимылында бір жағының қалыңқылығы.
- **Орташа ауырлық** – аздаған интоксикацияның көріністеріне негізделген
- **ТЖ 2** – ТАЖ 24 р/мин ендігу мен аз ғана физикалық жүктемеден кейін пайда болуына негізделген.

EMII:

- Амоксициллин ішке 0,5- г 3 рет тәу 7-10 кун
- Цефтриаксон в/м 1 г 1 раз в сутки 7-10 кун
- Ацетилцистеин внутрь по 200мг 3-4 Рет кунине 7-10 кун
- бронходилатационная терапия - ипратропия бромид 1,0 + Sol. Натрия хлорида 0,9% 4,0
- через небулайзер 3-4 раза в сутки или