

Nr 57/95

Nazwisko

Wiek 41 lat

Dzień śmierci
14.09.1995r.

Sekcjonowany
w godzin
po śmierci
Sekcja mózgu
21.10.1995r.

Ogłoszone, lub demon-
strowane przez

Utrwalony materiał:

Alkohol	Formol
1.okol.czoł.1.	
2.jądra podsta- wy przednie l.	
3.amon l.	
4.okol.skron.1.	
5.wzgórze l.	
6.okol.ciem.1.	
7.okol.potyl.1.	
8.okol.centralna lewa	
9.śródmózgowie z 1.czarną	
10.most	
11.opuszka	
12.rdzeń podopu- szkowy	
13.móżdżek l.	
14.móżdżek p. - istota biała z j.zębatym	

Użyte metody barwienia
Hematoksylina i eozy-
na, Heidenhain.

Mikrofotografie, rysunki

Rozpoznanie kliniczne

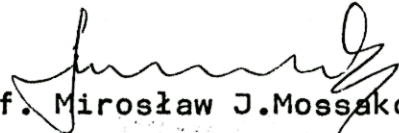
Nabyty zespół niedoborów odporności.
Obustronne nawrotowe zapalenie płuc
powikłane obustronną odmą opłucnej.
Wyniszczenie.

Rozpoznanie anatomiczne

Hydrocephalus internus.

Rozpoznanie histologiczne

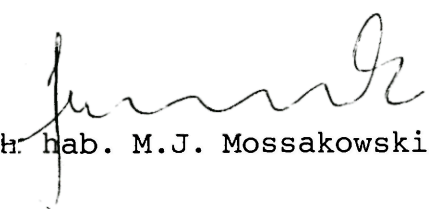
Brak zmian neuropatologicznych wskazują-
cych na zajęcie układu nerwowego przez
infekcję HIV lub przez proces oportunisty-
czny.


Prof. Mirosław J. Mossakowski

Rozpoznanie kliniczne: Nabyty zespół niedoborów odporności. Obustronne nawrotowe zapalenie płuc powikłane obustronną odmą opłucnej. Wyniszczenie.

Badanie histopatologiczne: Obraz mikroskopowy przypadku nie wykazuje zmian układających się w określony zespół neuropatologiczny. Opony miękkie półkul mózgu wykazują znacznego stopnia zwłóknienie. W preparacie z okolicy jąder podstawy stwierdza się drobnopyłkowe zwapnienia błony wewnętrznej większych naczyń w gałce bladej oraz drobne okołonaczyniowe zwapnienia w skorupie. Na pograniczu gałki bladej i istoty bezimiennej widoczna pojedyncza luźno utkana ubogokomórkowa grudka glejowa. W zakręcie okołosrodkowym ograniczone drobnojamkowe zgębczenie warstwy II i III kory, bez jakiegokolwiek odczynu glejowego. We wszystkich częściach mózgu widoczne są delikatne nacieki limfocytarne przy pojedynczych naczyniach: liczba komórek nacieku jest minimalna, w żadnym przypadku nie wytwarzają one pełnego pierścienia okołonaczyniowego. Jedyne grubsze nacieki w istocie białej półkuli mózdzku prawej. W części podstawnej mostu widoczny wielojądrowy twór, złożony z kilku nakładających się hiperchromatycznych jąder. Przy powierzchniowym badaniu sprawia wrażenie olbrzymiej komórki wielojądrowej. W większych powiększeniach widać, że jest on położony w świetle małego cienkościennego naczynia (wyjaśnienia wymaga sekcyjne badanie ogólne). W kilku drobnych naczyniach śródmózgowia widać kule fibrynogenowe. We fragmencie kory skroniowej stycznie ściętym widoczna znaczna satelitaxa okołoneuronalna i przynaczyniowa.

Rozpoznanie neuropatologiczne: Brak zmian neuropatologicznych wskazujących na zajęcie układu nerwowego przez infekcję HIV lub przez proces oportunistyczny.


Prof. dr. hab. M.J. Mossakowski

Protokół sekcji makroskopowej mózgu Nr 58/95

Materiał nadesłano z: Centrum Diagnostyki i Terapii AIDS

Imię i nazwisko Data zgonu 14.09.1995 r.....
Wiek 41 lat Data sekcji ogólnej 15.09.1995
Data sekcji mózgu 21.10.1995

Rozpoznanie kliniczne Nabyty zespół niedoborów odporności. Obustronne
nawrotowe zapalenie płuc powikłane obustronną odmą
płucnej. Wyniszczenie.

waga mózgu utrwalonego 1502 g

Symetria zachowana

Zniekształcenia nie stwierdzono

rowki bez widocznych zaników
zakręty

Opony zmętniałe

Przestrzenie podoponowe nad rowkami wypełnione mętnym galaretowatym płynem

Naczynia podstawy nieco pogrubiałe

Przekroje przez półkule w płaszczyźnie czołowej

Układ komorowy poszerzony. Zmian ogniskowych nie stwierdzono.

Pień o prawidłowym rysunku

Mózdzek bez zmian

Rdzeń nie sekcjonowano

Rozpoznanie makroskopowe

Obducent

Prof. M.J.Mossakowski

Skrót historii choroby

, lat 41, żonaty, glazurnik

Przyjęty 30.08.1995r.
zmarł 14.09.1995r.

Rozpoznanie kliniczne: Nabyty zespół niedoborów odporności. Obustronne nawrotowe zapalenie płuc powikłane obustronną odmą opłucnej. Wyniszczenie.

Wywiad: chory z obustronnym, prawdopodobnie grzybiczym zapaleniem płuc powikłanym odmą opłucnej został przeniesiony do Oddziału IVA CDiTAIDS z Instytutu Gruźlicy w związku ze stwierdzeniem zakażenia wirusem HIV /brak danych na temat źródła infekcji: stosunki homoseksualne i przetaczania krwi neguje, jedyną partnerką seksualną jest żona HIV-negatywna/. P-ciała anti-HIV wykryto i potwierdzono W-B w lutym 1995 r., powodem wykonania testu była uporczywa grzybica jamy ustnej.

W ciągu ostatnich 6 lat chory przebył 3x /1989, 1992 i 1995/ zapalenia płuc powikłane ropniami płuc po stronie prawej. Z powodu obecnego zachorowania pacjent był najpierw hospitalizowany 18.08.95 w Szpitalu Wolskim, gdzie stwierdzono obustronne zapalenie płuc; po 3 dniach pobytu wystąpiło powikłanie w postaci odmy opłucnowej lewostronnej i z tego powodu został przeniesiony do Instytutu Gruźlicy, gdzie założono drenaż opłucnowy uzyskując rozprężenie płuca, a po uzyskaniu wyniku badania bakteriologicznego płwociny odstąpiono od stosowanej dotychczas antybiotykoterapii i rozpoczęto leczenie p-grzybicze flukonazolem.

Przedmiotowo: przytomny, kontakt logiczny prawidłowy, stan ogólny dość dobry. Węzły chłonne obwodowe nie powiększone. Śluzówki jamy ustnej i Język bez nalotów grzybiczych. W IV międzyżebrowo po stronie lewej w linii pachowej przedniej założony dren ssący. Ruchomość oddechowa prawidłowa, szmer pęcherzykowy prawidłowy. Czynność serca miarowa, tony czyste. Wątroba na granicy prawego łuku żebrowego. Objawy oponowe ujemne.

Przebieg: w pierwszej dobie zgodnie z zaleceniem torakochirurgów stosowano drenaż **bierny**^{Rtg} wykonane w drugiej dobie pobytu wykazało ponownie niedodmę płuca lewego, zastosowano więc drenaż ssący uzyskując stopniowe rozprężanie się płuca lewego. Kontynuowano leczenie p-grzybicze zwiększając dawkę flukonazolu. W związku z pogarszaniem się stanu ogólnego i progresją zmian zapalnych, również w badaniu radiologicznym, a równocześnie przy braku pełnego rozpoznania etiologicznego dołączono do stosowanego dotychczas leczenia leki p-prątkowe i antybiotyki o szerokim spektrum. Pomimo tego stan chorego nadal pogarszał się, nasiliły się cechy niewydolności oddechowej, pacjent wymagał stałej tlenoterapii.

13.09.95 na kolejnym zdjęciu radiologicznym stwierdzono odmě po stronie prawej. W czasie zakładania drenażu wystąpiła utrata przytomności z napadem drgawek tonicznych. Pacjenta zaintubowano. Po kilkunastu minutach odzyskał przytomność, ale pozostawał pobudzony i wymagał podawania leków uspakajających. Zgon nastąpił wśród narastających objawów niewydolności oddechowej.

Badania dodatkowe : badanie płwociny w kierunku BK - trzykrotnie ujemne. Limfopenia, bez leukopenii. CD4 2 komórki, CD4/CD8 - 0,01.

P-ciała przeciwko toksoplazmozii i CMV w surowicy krwi negatywne.

Białka w surowicy: hypoalbuminemia i hypogammaglobulinemia, wzrost alfa 1 i alfa 2.

Wynik sekcji ogólnej:/15.09.95/

Pneumonia pneumocystica lobaris pulmonum, cum pleuritidae fibrinosa. Emphysema bullosum superficialis pulmonum. Concretio cavi pleurae dextrae. Calcificatio dystrophica organorum. Necrosis focalis corticis glandulae suprarenalis bilateralis. Status post dreinagem cavi pleurae bilateralis recenter factam. Inanities. /dr med. Maciej Chrzanowski/.

INSTYTUT
GRUZYLCY I CHOROBY PŁUC
Klinika Chirurgii
ul. Płocka 26; 01-138 Warszawa

oddz V - 632-03-86.

Warszawa, dnia 30.08.95 199
Nr Ks. Głównej 2725/95
Nr Ks. Oddziału

KARTY INFORMACYJNA

Pan lat 41

Zamieszkały w Warszawa ulica Ogrodowa woj. Mazowieckie

przebywał w Klinice od dnia 21.08.95 do dnia 30.08.95

na oddziale Torakochirurgii V

Rozpoznanie przy przyjęciu: Pneumothorax spontaneus sin.

Pneumonia bilateralis candidiasis susp.

HIV-positiv.

Rozpoznanie przy wypisie:

Choroby współistniejące:

Choroby/operacje przebyte:

Zastosowano leczenie: Drenaż jamy płucnej

Powikłania w czasie leczenia:

Wyniki badań dodatkowych

Obustronnie widoczne plamiste zagęszczenia
Dren w lewej jamie płucnej
Rtg klatki piersiowej przy przyjęciu: Płuca obustronnie rozprężone

Rtg klatki piersiowej przy wypisie:

Inne badania rentgenowskie:

Bronchoskopia: data wynik:

Inne badania endoskopowe: data rodzaj badania

wynik:

Wyniki hist.-pat. materiał z z. płwociny... rozpoznanie Inf. telefoniczna ze Szpitala Ksaprzaka- Komórki nabłonkowe i kolonie grzybów.

EKG: data wynik:

RR przy przyjęciu 110/70 RR przy wypisie

Spirometria: VC % FEV₁ % Tiff
 Gazometria przy przyjęciu: pH pO₂ pCO₂ BE
 Gazometria przy wypisie: pH pO₂ pCO₂ BE
 Badanie mikrobiologiczne: materiał wynik
 z płwociny- **candida.**
BK- w preparacie bezpośrednim prątków nie stwierdzono

GRUPA KRWI: Rh
 OB przy przyjęciu 120/128 OB przy wypisie
 MORFOLOGIA KRWI:
 przy przyjęciu: przy wypisie:
 E 3470 000 L 3800 Ht 30 E L Ht
 Hb ... 10,3 płytki 207.000 Hb płytki
 Białko całk. Bilirubina Białko całk. Bilirubina
 AlAT 16 U/l AspAT 60 U/l AlAT AspAT
 Elektrolity: Na K Cl Elektrolity: Na K Cl
 Mocznik 30 mg% Kreatynina 0,8 mg% Mocznik Kreatynina
 Glukoza 71 mg% Cholesterol Glukoza Cholesterol

BADANIE MOCZU:

przy przyjęciu: przy wypisie:
 C. właściwy 1025 Białko /-/
 Cukier -/- E Cukier E
 L 0-2 WPW wałeczki L wałeczki

INNE BADANIA:

EPIKRYZA KONCOWA:

41 letni chory skierowany do Kliniki ze Szpitala przy ul. Kasprzaka gdzie od 18.08.95 był leczony z powodu obustronnego zapalenia płuc powikłanego odną opłucną lewostronną.
 Po dokładnym zebraniu wywiadu okazało się że pacjent jest nosicielem wirus HIV-pierwszy wynik pozytywny w lutym b.r-zarejestrowany w przychodni przy ul. Leszno. Wynik potwierdzono podczas obecnej hospitalizacji w I.G
 Po uzgodnieniu telefonicznym pacjenta przekazano do dalszego leczenia w Szpitalu Zakaźnym oddz.IV-miejsce uzgodniono z Dr. Jagodzińską.

Udzielono zwolnienia z pracy: liczba dni nr statystyczny

Zalecenia lekarskie: 1. Utrzymanie drenażu lewej j. opłucnowej.....

2. Dalsze leczenie w Szpitalu Zakaźnym oddz. IV.....

Miejsce uzgodniono z dr. Jagodzińską.....

• Lekarz prowadzący

Kierownik Kliniki

wz. Dr. G. Kereki.

KARTA INFORMACYJNA
leczenia szpitalnego

Nazwisko i imię lat 41

Adres Wař:

Przebywał w szpitalu od 18.08. do 21.08. na oddziale III wewn.

Rozpoznanie

Pneumothorax sin. Bronchopneumonia dextra.

Wyniki badań pracownianych

Rtg klp. - Obustronnie widoczne plamiste gęszczenia miąższowe, zlewające się w dole prawego płuca, przysercowo. Zatarły zarys prawej kopuły przepony. Na cień serca rzutuje się linijny zarys półkulisty o dość dobrym wysyceniu-zwapnienia w osierdziu? Sylwetka serca w normie. Aorta wydłużona. Badanie kontrolne rtg. 21.08.95r - Na wykonanych zdj. klp. widoczna odma opłucna lewostronna. Poza tym obraz płuca prawego i serca jak poprzednio.

Morfologia: WBC: 5,6 K/ul, RBC: 3,17 M/ul, MCV-91 fl
HGB: 9,2 g/dl, HCT: 28,8%

Płytki krwi-285 K/ul, OB+ 130 mm/1h RR-

Biochemia: cukier, 102 mg%. Mocznik-38 mg/dl
Na-137 mmol/l, K- 3,8 mmol/l

KARTA INFORMACYJNA Z LECZENIA ZAKŁADOWEGO

Imię i nazwisko data urodz. 3-10-1954.r.
zamieszkały w
zawód (szkoła) glazurnik
skierowany przez
przebywał w tut. zakładzie od 16-06-95.r. do 30-06-95.r.
Rozpoznanie wg skierowania

Rozpoznanie końcowe przy wypisaniu Abscesus pulm.dex. susp.

Choroby przebyte w tut. zakładzie

Zastosowano następujące leczenie Biofuroksyn 3 x 750.Flegamina 2 x 1.amp. Theophylli:
Chemioterapią (dawki, dzienne, czasokres) 2 x 1.t. Nebulizacja 3-4x dz.

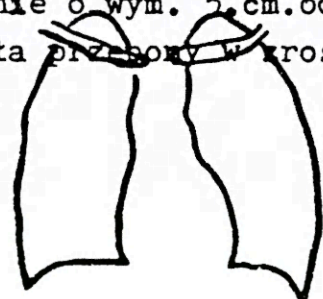
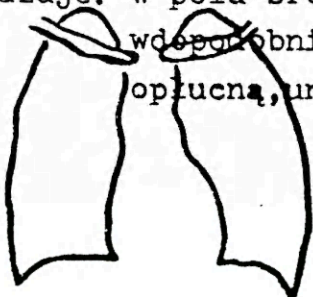
tolerancja leków dobra

Leczenie zabiegowe i usprawniające

Leczenie wspomagające i szczepienia

Wyniki przeprowadzonych badań dodatkowych
Rtg klatki piersiowejz dnia 20-06,95-r.

Wykazuje: w polu środkowym płuca, prawego, zacinienie o wym. 5.cm.odp. najp
wdepodobniej ropniowi płuca. Prawa kopia przybrony wrostach z
opłucną, uniesiona ku górze spłaszczona.



przy przyjęciu w dniu przed wypisem w dniu

Badania płwociny (data, wynik)
metodą bezpośrednią

metodą posiewu

lekowrażliwość

Epikryza: chory przyjęty do tut. Oddz. z powodu podejrzenia ropnia płuca prawego. Chory bardzo wysoko gorączkował. W trakcie leczenia samowolnie opuści Oddz. z dniem 30-06-95.r. wypisany do domu.

Bad. ekgm. Rytm zatokowy 102/min. Dextrogram. poz. nieokreślona. Niski woltar nad lewą komorą.

Badania bronchologiczne

Badania czynnościowe

Badania hematologiczne **Morf. krw. L. 4.0. E. 3.41. Hb. 10.2. Ht. 32.4. Mocz. b.z. pat. poz. gl. we krw. 5,6. USR ujemny. Antygen Hbs. nie stw. si⁵. bad. przeciwciał anty HIV w obserwacji. pr. tym. 1.5. pr. Kunkela 3,5. bil. całk. w/n. Fost. zasad. 102. ASPAT 27.j. ALAT 22.j. poz. mocznika w sur. 3,9. poz. chol. w su 3,0. poz. sodu 139. potasu 4,7. poz. białka w sur. 71,0. W prep. wzb. nie wy**

Badania histo i cytologiczne **-kryto prątków kwasoopornych. Gr. krw. "A" Rh /+/ dodatni**

Badania inne

OT temp **prawidłowa.** wzrost waga

Zalecenia

Długofalowy plan chemioterapii
Dalsze leczenie w Rejonie.

Inne formy leczenia

Opinia do zdolności do pracy zawodowej

Uwagi:

pieczęć podpis dyktatora

Oddział IV Chorób Wewnętrznych
01-211 Warszawa, ul. Kasprzaka 17

K A R T A I N F O R M A C Y J N A

Ob. ul. Ogr przebywał w Oddziale od 5.10. do 5.11.1992

ROZPOZNANIE: Pneumonia lobii inferioris et medii pulmonis dextri in individuo
cum bronchitide chronicae. Anaemia see.

A. BADANIA PODSTAWOWE:

Mocz: c.wk. 1022 odczyn. kwaśny
Grupa krwi: Rh. WR./-/ujemny
Skład morfologiczny krwi:
Hb. 12,7 g/dl. Wsk. barwny 105 fl
Krw. czerw. 3,67 M/ul
Krw. białe 7,3 K/ul
Hematokryt 38,5 %
Płytki krwi - 138 K/ul

RR. 130/80. 110/70 mmHg
Glikemia na czczo 109 mg%

B. BADANIA RTG KL. PIERSIOWEJ I INNE: Masywne, zlewające się zęszczenia miąższowe w dolnym i środkowym płacie płuca prawego. Poza tym miąższ płucny bez zęszczeń. Serce i duże naczynia w normie wieku.
Bad. 2. - Utrzymują się dość liczne zęszczenia zapalne przy dolnym biegunie prawej wnęki. Przepona i serce w normie.

Bad. 3. - Wyższe ustawienie prawej kopuły przepony. Pasmowate zęszczenia w dolnym polu prawego płuca z niewielkim poz. m płynu przy dolno-bocznej prawej ścianie klp. Płuco lewe bez zęszczeń. Serce w normie.

C. BADANIA EKG /włosy/
Rytm zatokowy miarowy o częstości 84/min, Zapis Ekg w granicach normy.

Rtg. klp. bad. 4. - Serce i duże naczynia prawidłowe. Opisywane pasmowate zęszczenia w dole płuca prawego ulegają dalszej regresji. Płuco lewe prawidłowe.

D. BADANIE ZAWARTOSCI ŻOŁADKA, DWUNASTNICY I BADANIE STOLCA :

E. BADANIA NEFROLOGICZNE ; Posiew moczu : Plwocina-Flory patogenicznej nie
wychodowano. Plwocina-BK; w preparacie bezpośrednim prątków kwasopornych nie
Osad moczu /Addis; Hamburger/: stwierdzono.

Mocznik : 31 mg% Kreatynina : 0,9 mg%
Klirens kreatyniny : PSP: I II III

F. ELEKTROLITY WE KRWI /BACOMETRIA/ :
.. Na. - 140 mmol/l, K+ - 4,6 mmol/l

G. INNE BADANIA BIOCHEMICZNE ;
Cholesterol:..... Osiry..... Krzywa obarczenia glukozą.....
Pr. tymolowa:.....
AspAT: 18 Iu/l ALT: 21 Iu/l Profil dobowy glikemii:
Diastaza:
Lipaza: Inne: Fe-13,8, TIBC- 63,9 umol/l
Białka surowicy : całk. Fosf. alkaliczna 151 Iu/l, ALP- 139 Iu/l
A L1 L2
G V

H. INNE BADANIA I KONSULTACJE : Zdjęcia warstwowe prawego płuca i wnęki:
Duże oskrzela prawidłowe. Zmiany włókniste w środkowo- tylnej części prawego
płuca. W porównaniu z badaniem poprzednim dalsza niewielka regresja zmian.

I. ZASTOSOWANE LECZENIE : Dieta lekkostrawna. Rovetin, Kalii Jodati, Ac. folici,
Bionital, Euphyllina, Hydrocortison, Hemofir, prot. Flegamina, Gentamycyna.

J. WSKAZOWKI LECZNICZE: Tryb życia: Okresowa kontrola w Poradni Internisty.
Konieczne wykonanie rtg klp. kontrolnego za miesiąc.

Zasady żywienia: Dieta normalna.....
Leki : Zirinat 500 mg 3x1tbl. Flegamina 3xłyżka. Bionital 3x1tbl.
Diprophyllina prolong. 2x2tbl. Vit. C. forte 3x1tbl. Hemofir prot. 2x
Ac. folici 3x1tbl.

Lekarz prowadzący

Ordynator

Wyk. Dz. Org. - Przemysł
Nr. 3884/92/33-5000
MZ i

WA-3995
Główny Instytut Reumatyzmów
ul. W. Reymonta 25 p. 4
Warszawa

Za 2 tygodnie
leczyma morfologic i OB

SZPITAL WOLSKI
Oddział Chorób Wewnętrznych
01-211 Warszawa, ul. Kasprzaka 17

Warszawa, dnia 6. VII. 197. 89 r.
L. ks. głównej ..6074.....
L. ks. oddziałowej ..632.....

KARTA INFORMACYJNA

Ob. _____ lat. 35 zam. _____ Warszawa _____
ul. Og _____ przebywał w Oddziale od 6. VI. do 6. VII. 197. 89.

ROZPOZNANIE : Pneumonia abscedens lobi medii pulmonis dextri in individuo cum bronchitide chronica.

A. BADANIA PODSTAWOWE:

Mocz: c. wt. 1017. odczyn kw.

Grupa krwi: _____ Rh: _____ WR/ - /ujemny.

C nb. _____

Skład morfologiczny krwi:

B nb. _____

Hb. 10,9. Wsk. barwny 31,1.

L 4-6wpw.

krw. czerw 3570000.

E doj. św. pteb.

krw. białe 76000.

W nb. _____

Hematokryt 35%. OB 120. - 90

Osad _____

RR _____

Glikemia na czczo:

64mg/dl.

	Mbl.	Myel.	Mł.	Pol.	Seg.	Kw.	Zos.	Lbl.	Limf.	Mon.
				2	59	5			32	2

B. BADANIA RTG KL. PIERSIOWEJ i INNE: Całkowite zacienienie środkowego płata płuca prawego z pojedynczym przejaśnieniem i poziomem płynu /ropień?/, /rozpad?/. Poza tym jak w badaniu z dnia 1. VI. 89r. Duży naciek zapalny obejmujący płat środkowy prawy z rozpadem w jego obrębie. Wyższe ustawienie prawej przepony. Poza tym płuca i serce w normie. lek. Z. Miazek.

W porównaniu z badaniem poprzednim opisywane uprzednio zmiany utrzymują się nadal. Widoczna jest cienkościenna jama z guzowatą masą wewnątrz związaną z jej boczną ścianą, zmiana może odpowiadać naciekowi zapalnemu, grzybowi w obrębie jamy gruźliczej, lub ~~xx~~ ew. rozpadowi w obrębie guza. lek. J. Dębowski

Konsolidacja zmian w płacie środkowym płuca prawego /zmniejszenie się tego płata/. Objawów rozpadu w obrębie zagęszczeń w środkowym płacie nie stwierdza się. Poza tym obraz płuca i serca prawidłowy.

EKG: Rytm zatokowy miarowy- 92/min. Normogra. położenie serca pionowe. Dextrogyria.

D. BADANIE ZAWARTOŚCI ŻOŁĄDKA, DWUNASTNICY I BADANIE STOLCA: _____

Posiew krwi ~~z żołądka~~-Ecoli-wrażliwe na-Chloramfenicol, Doxycyklina, Penicylina, Streptomycyna, Amikacyna, Carbenicylina. Posiew krwi ~~z żołądka~~: Pałka Gram /-/
niefermentująca-wrażliwe na-Ampicilina, Doxycyklina, Penicylina, Streptomycyna,
Kolistyna.

E. BADANIA NEFROLOGICZNE: Posiew moczu: ~~z jałowy~~. Posiew płwociny-w 3 krotnym badaniu-
flory patogennej nie wyhodowano. Posiew płwociny na BK-w 2krotnym badaniu-
Osad moczu /Addis, Hamburger/: ~~prątków kwasoopornych nie stwierdzono.~~

Posiew krwi: posiew jałowy po 10dobach. _____

Mocznik: 23mg/dl. _____ Kreatynina: 1,0mg/dl. _____

Klirens kreatyniny: _____ PSP: I _____ II _____ III _____

F. ELEKTROLITY WE KRWI /GAZOMETRIA/: _____

G. INNE BADANIA BIOCHEMICZNE:

Cholesterol: 114mg/dl. _____ Krzywa obarczenia glukoza: _____

Pr. tymolowa: _____

AspAT: 27JU/l. AlAT: 18JU/l. Profil dobowy glikemii: _____

Diastaza: _____

Lipaza: _____ Inne: bilirubina-1,3,0,3mg/dl, b-0,8mg/dl,

Białka surowicy: całk. 5,5g%. _____ p-0,5mg/dl, fosf. alk.-28JU/l, Fe-80g%,

A 56,0. c₁ 4,0. c₂ 11,0. _____ TIBC-480g%.

β 13,0. γ 16,0. _____ Czas protrombiny-17", WSK protrombiny-76%.

H. INNE BADANIA I KONSULTACJE: Płwocina na komórki nowotworowe-dn. 6.VI.89r.

nr. 223100- Pust. lek. A. Janiak.

Endoboskopia: dn. 27.VI.89r. nr. bad. 326/89-Krtań, tchawica bez zmian.

Ostroga główna prosta, ostra. Zmiany zapalne błony śluzowej uogólnione,

głównie w oskrzelach do płuca prawego. Oskrzela do obu płuc ~~łatwo~~ łatwo

zapadają się przy odsysaniu wydzieliny. Wnioski: Zmiany zapalne bez widocznych

cech nacieku organicznego. lek. A. Doboszyńska.

I. ZASTOSOWANE LECZENIE: Ampicilina, Syntarpen, Carbenicylina, Euphyllina,

Flegamina, Diprophyllina prol., 6%KJ, Drenaz, Amikin,

J. WSKAZÓWKI LECZNICZE: Tryb życia: _____

Zasady żywienia: Dieta łatwostrawna.

Leki: Flegamina-3x1tabl, Euphyllina retard-2x1/2tabl, 6%KJ-3x1łyżka stołowa

Kontrolne bad. RTG klatki piersiowej za 2 tygodnie. Zakaz palenia papierosów.

Dalsza opieka w Poradni Rejonowej i Pulmonologicznej.

Leczący prowadzący

Ordynator

LEKARZ MEDYCYNY
TOMASZ SIKORSKI
SPECJALISTA ZDROB WENIEZNYCH
WARSZAWA, UL. KOSZYKÓW 2