**Паспортные данные пациента**

1. ФИО

2. Пол - Женский

3. Возраст - 11 мес

4. Дата и место рождения –

5.Дата поступления в дневной стационар –

6. Домашний адрес:

**Жалобы при поступлении**

Выделения из носа, одышка, боль в горле, слабость, высокая температура, сухой кашель, сердцебиение, одышку.

**Анамнез жизни.**

Мама - 22 года. Мама девочки здорова. Ребенок от первой беременности. У матери во время родов был токсикоз. Роды первые, срочные, в 37 недель. Родилась в 5 роддоме. Роды проходили без осложнений. Масса при рождении 3000 кг. К груди приложена на первые сутки. Первые три недели находилась на донашивании. Вскармливание грудное, до 1 месяца, затем переведена на искусственное вскармливание. Получала смесь «Нутрилон», затем с 2-3 мес. Ребенка перевели на каши. Перенесенные заболевания: 3 недели после родов ребенок находился в ОПН с диагнозом гипоксия, ишемическое поражение ЦНС, также отмечались двигательные нарушения. Внутриутробная пневмония, неонатальная желтуха. Наблюдалась у невропатолога. Было назначено лечение, но оно не было выполнено. Сделаны прививки: БЦЖ – в 3 мес. Аллергологический анамнез не отягощен. Наследственные болезни, эндокринные заболевания, туберкулез, психические и венерические заболевания у родственников отрицает. Наличие в роду выкидышей и мертворожденности, нежизнеспособности детей, врожденных уродств, необычного течения заболеваний также отрицает. Гемотрансфузии не было.

В семье - 3 человека: мама, бабушка и ребенок. В семье родители иногда употребляют алкоголь, курит мама. Отец в семье не живет. Родных братьев нет, семья не полная, не благополучная.

 Санитарно-гигиенические условия (режим сна, обеспеченность одеждой, мебелью, игрушками) неудовлетворительные.

Эпидемиологический анамнез: в семье, квартире инфекционных заболеваний нет.

**Анамнез заболевания**

 Заболела остро. Заболевание началось 28 ноября ночью с насморка, слабости, повышения температуры. Мать связывает заболевание ребенка с переохлаждением ребенка при гулянии. В 15 часов 28 ноября бабушка вызвала скорую помощь, вследствии ухудшения состояния. При этом наблюдалась одышка и кашель. Проконсультировали и доставили в ГДКБ №13. Доставлена по экстренным показаниям. Из ГДКБ №13 были переведены в ГДКБ №17 в реанимационное отделение. В реанимации она находилась 2 дня.

 В дальнейшем к моменту курации состояние девочки несколько улучшилось. На фоне назначенного лечения - нормализовалась температура, уменьшилась общая слабость, одышка, кашель; стала отходить мокрота.

**Данные осмотра на момент курации**.

Общее состояние тяжелое, сознание ясное, реакция на осмотр недовольное. Телосложение правильное, питание повышенное. Физическое развитие среднее, гармоничное. Масса тела - 12 кг, длина тела - 74 см. Ребенок развивается в соответствии с возрастной нормой. Стигмы дизэмбриогенеза не выявлены.

 **Кожные покровы** гиперемированы, акроцианоз, цианоз. Кожа эластичная, влажная. Отмечается мелкая точечная сыпь на щеках, слизистые чистые. Рубцов и депигментаций не имеется.

**Осмотр глаз:** отделяемого из глаз нет, конъюнктива обычной окраски, инъекции сосудов склер нет, движения глазных яблок безболезненные, светобоязни, отечности век, слезотечения нет.

**Осмотр ушей**: ушные раковины обычной формы, розовые, отделяемого нет, кожа наружного слухового прохода не гиперемирована.

**Волосы, пальцы, ногти**: волосы блестящие, здоровые, пальцы и ногти обычной формы.

**Подкожно-жировая клетчатка**: развита слабо, равномерно распределена, отеков, пастозности нет, тургор тканей нормальный.

**Лимфатические узлы**: пальпируются поднижнечелюстные лимфатические узлы размером 4-5 мм, безболезненные, легко смещаются; остальные: подбородочные, затылочные, шейные лимфоузлы, над- и подключичные, подмышечные, торакальные, кубитальные и паховые не пальпируются.

**Оценка физического развития**

**Мышцы**: развиты симметрично, тонус нормальный, безболезненные при пальпации и при движении, сила мышц не снижена (5 баллов).

**Костная система**: развита пропорционально, без признаков деформации, большой родничок размером 0,5\*0,5, форма грудной клетки бочкообразная, симметричная, искривлений позвоночника визуально не наблюдается, эпигастральный угол прямой. Гаррисоновой борозды и утолщения ребер на границе костной и хрящевой частей не выявлено.

Эмпирический способ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатели ребенка | стандарт | % отклонения |
| Рост 75 см | 73,5 см | 2% |
| Масса 12 кг | 10,9 кг | 9,2% |
| Окр.груди 49 см | 47,5 | 3,1% |
| Окр.головы 46,5 см | 45,5 | 2,2% |

Заключение: физическое развитие соответствует возрасту.

**Оценка нервно-психического развития**

Стоит с помощью взрослых, влезает на невысокую поверхность и слезает с нее, открывает и закрывает (коробку), вкладывает один предмет в другой, подражает разным слогам взрослого, знает название частей тела, дает знакомый предмет со слов взрослого. Пьет из чашки.

Заключение: отстает в нервно-психическом развитии на 1 мес.

**Система дыхания**

Дыхание жесткое, носовое дыхание затруднено, из полости носа - слизистое отделяемое. Тип дыхания смешанный. ЧДД составляет 40 в 1 минуту, дыхание ритмичное, глубокое, сопровождается свистом, выдох удлинен. Выявляется слизистое отделяемое, дыхание через нос затруднен. Хрипы сухие, влажные, мелкосреднепузырчатые, рассеянные, свистящие по всем полям. Обе половины грудной клетки принимают участие в акте дыхания, межреберные промежутки несколько расширены, отмечается напряжение зубчатых мышц равномерно с обеих сторон. Одышка смешанная. Кашель влажный, малопродуктивный. Грудная клетка при пальпации безболезненна. Голосовое дрожание симметричное, слегка ослаблено. Перкуторный звук над легкими коробочный. При топографической перкуссии нижняя граница правого легкого определяется по срединно-ключичной линии - верхний край 5 ребра, по средней подмышечной линии - 7 ребро, по лопаточной линии - верхний край 9 ребра. Подвижность легочного края - 3 см. Симптом Кораньи - отрицательный.

При аускультации легких выслушиваются непостоянные сухие свистящие хрипы.

**Система кровообращения**

При осмотре сердечной области: сердечного горба нет. Сердечный толчок четко не пальпируется, верхушечный пальпируется в пятом межреберье на 1 см кнутри от СКЛ, локализован. При перкуссии: верхняя граница относительной тупости сердца - во втором межреберье, правая - на 0,5 см вправо от правого края грудины, левая - на 1 см кнаружи от срединно-ключичной линии. При аускультации сердца тоны сердца приглушены, ритм не нарушен. Пульсация сосудов шеи ритмичная, учащенная, удовлетворительного напряжения. Пульс на лучевой артерии: частота 142 в 1 минуту, Ps (142): ЧДД (40) = 2:1, ритмичный, частый, средний, удовлетворительного напряжения и наполнения, синхронный на обеих руках.

**Система пищеварения и органов брюшной полости**

Губы красного цвета с легким цианотичным оттенком, сухие, слегка обветренные. Высыпаний, изъязвлений, трещин нет. Слизистая оболочка ротовой полости и десны розового цвета, влажная; кровоизлияний, язвочек, пятен Филатова не отмечается. Язык: кончик розовый, налетов нет. Трещин, язв, отпечатков зубов нет, сосочки слегка сглажены. Зубы соответствуют возрасту. Слизистая оболочка глотки гиперемирована, задняя стенка глотки также гиперемирована, отечная, небные миндалины гипертрофированы, выступают за пределы небных дужек, гиперемированы.

Слюнные железы не увеличены, при пальпации, жевании, открывании рта безболезненные.

Живот обычной формы, симметричный, не вздут, видимая пульсация, расширение вен передней брюшной стенки отсутствуют, рубцов нет, перистальтика удовлетворительная (аускульт.). Перкуторный звук тимпанический. При пальпации живот мягкий, безболезненный, симптом флюктуации отсутствует. Симптомы Щеткина-Блюмберга и Менделя отрицательные. Нижний край печени безболезненный, мягкий, эластичный, гладкий, выступает на 2.5 см из-под реберной дуги. Размеры печени по Курлову: 8 см, 6 см, 5 см. Селезенка пальпаторно не определяется. Стул 2 раза в сутки, оформленный, коричневого цвета, без патологических примесей.

Симптомы Георгиевского-Мюсси, Ортнера-Грекова, Мерфи - отрицательные.

**Мочеполовые органы**

Кожные покровы в поясничной области не изменены. Почки не пальпируются. Выпячивания над лобком и в области почек не определяется. Глубокая пальпация в области почек и проекции мочеточников безболезненная, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание 4-5 раз в день, свободное, безболезненное. Цвет мочи светло-желтый. Дизурических явлений нет.

**Эндокринная система**

Рост ребенка соответствует. Тремор не наблюдается. Тетании нет. Синдромы поражения гипофиза не наблюдаются. Щитовидная железа не увеличена, при пальпации мягкая, безболезненная.

# Предварительный диагноз и его обоснование

Учитывая:

1. данные анамнеза: У матери во время родов был токсикоз. Родилалась недоношенной - 37 недель. Вскармливание грудное, до 1 месяца, затем переведена на искусственное вскармливание. Получала смесь «Нутрилон», затем с 2-3 мес. ребенка перевели на каши. Перенесенные заболевания: 3 недели после родов ребенок находился в ОПН с диагнозом гипоксия, ишемическое поражение ЦНС, также отмечались двигательные нарушения. Внутриутробная пневмония, неонатальная желтуха. Наблюдалась у невропатолога. Частые ОРЗ, ОРВИ.
2. Заболела остро. Заболевание началось 28 ноября ночью с насморка, слабости, повышения температуры. Мать связывает заболевание ребенка с переохлаждением ребенка при гулянии. В 15 часов 28 ноября бабушка вызвала скорую помощь, вследствии ухудшения состояния. При этом наблюдалась одышка и кашель. Проконсультировали и доставили в ГДКБ №13. Доставлена по экстренным показаниям. Из ГДКБ №13 были переведены в ГДКБ №17 в реанимационное отделение. В реанимации она находилась 2 дня. В дальнейшем к моменту курации состояние девочки несколько улучшилось. На фоне назначенного лечения - нормализовалась температура, уменьшилась общая слабость, одышка, кашель; стала отходить мокрота.
3. на основании данных осмотра больной при поступлении: ЧДД=40 в минуту; акроцианоз, цианоз; кожные покровы гиперемированные, влажные. При аускультации - дыхание жесткое; хрипы сухие, влажные, мелкосреднепузырчатые, рассеянные, свистящие по всем полям.

 Предварительный диагноз:

Основное заболевание: Острый обструктивный бронхит

Соп: ДН I ст.

**План обследования больного:**

* ОАМ
* ОАК
* Биохимический анализ крови
* Гемостазиограмма
* ЭКГ
* Рентгенрография ОГК

**Результаты лабораторных, инструментальных и других исследований.**

* 1. ОАК от 28 ноября 2005 г.

Эритроциты – 4,5\*1012/л

Hb- 136 г/л

Цв. показатель – 0,9

Лейкоциты – 18,5\*109/л

Эозинофилы – 5%

Нейтрофилы:

- палочкоядерные – 3%

-сегментоядерные – 44%

Лимфоциты – 38%

Моноциты – 10%

Заключение: лейкоцитоз

* 1. ОАМ от 28 ноября 2005 г.

 Цвет – желтый

 Реакция – кислая

 Прозрачность – прозрачная

 Белок – отр.

 Эпит. клетки - 2-1 в поле зрения

 Лейкоциты – 2-3-3 в поле зрения

 Соли- ураты +

Заключение: наличие лейкоцитов свидетельствует о воспалительных процессах.

* 1. БХ от 28.11.05г.

 Общий белок – 68 г/л

 K+ - 38

 Na+ - 137

 Cl- - 102

 Сa2+ - 2,50

Заключение: без патологии

* 1. МКА – отр.
	2. Гемостазиограмма за 29.11.05 г.

 Активированное время рекальцификации – 59 (N – 60-80)

 Активированное парциальное тромбиновое время – 70 (N - 32-45)

 Протромбиновое отношение – 1 (N – 0,8-1,4)

 Тромбиновое время – 19 (N – 19-34)

 Фибриноген – 3,25 (N – 2-4)

Заключение: Повышено активированное парциальное тромбиновое время

* 1. ЭКГ от 30 ноября 2005 г.

 ЧСС – 160 уд/мин

 ЭОС вертикальное

 Неполная блокада правой ножки пучка Гисса

* 1. Рентгенограмма от 28.11.05 г.

 На ОГК диффузное усиление, деформация легочного рисунка на фоне повышенной воздушности легочных полей.

Заключение: Обструктивный бронхит

**Дневник.**

30.11.05 г.

Состояние тяжелое. Без ухудшений. Сознание ясное, сохраняется обструктивная ДН I-II ст. Гемодинамика стабильная, живот мягкий безболезненный, стул один раз, жидкий. Диурез адекватный. Тахикардия, кожа бледно-розовая, тургор снижен, отходит густая мокрота. Аускультативно справа по всем полям проводится сухие свистящие хрипы. Жалобы на кашель, насморк, одышку, повышенную температуру. При осмотре беспокойная.

01.12.05г.

Состояние стабилизируется, одышка умеренная сохраняется. Тахикардия, кожа бледно-розовая, тургор снижен, отходит густая мокрота. Аускультативно справа по всем полям проводится сухие свистящие хрипы. Жалобы на кашель, насморк, одышку, повышенную температуру. Диурез адекватный. Гемодинамика стабильная, живот мягкий безболезненный, стул один раз, жидкий.

02.12.05 г.

Состояние стабилизируется, одышка умеренная сохраняется. Тахикардия, кожа бледно-розовая, тургор снижен, отходит густая мокрота. Аускультативно справа по всем полям проводится сухие свистящие хрипы. Жалобы на кашель, насморк, одышку, повышенную температуру. Диурез адекватный. Гемодинамика стабильная, живот мягкий безболезненный, стул один раз, жидкий.

**План лечения**

* Антибиотикотерапия
* Дезинтоксикационная терапия
* Бронхолитики
* Ингаляция с беродуалом
* Массаж грудной клетки
* Кормление молочной смесью

**Расчет питания детям до одного года жизни в возрасте 11 мес. Масса 12 кг.**

Суточный объем 1000 мл. Разовая – 200 мл.

600 – молочная смесь 200 мл.

1000 – молочная смесь – 100 мл., овощное пюре -100 мл.

1400 – молочная смесь – 200 мл.,

1800 – молочная смесь – 100 мл., 10 % каша – 100 мл.

2200 – молочная смесь – 200 мл.

**Обоснование клинического диагноза**

Диагноз: Обструктивный бронхит, ДН I ст.

Поставлен на основании:

Жалоб больной на выделения из носа, одышка, боль в горле, слабость, высокая температура, сухой кашель, сердцебиение, одышку.

Данных истории развития настоящего заболевания:

Заболела остро. Заболевание началось 28 ноября ночью с насморка, слабости, повышения температуры. Мать связывает заболевание ребенка с переохлаждением ребенка при гулянии. В 15 часов 28 ноября бабушка вызвала скорую помощь, вследствии ухудшения состояния.

Объективных данных: Дыхание жесткое, носовое дыхание затруднено, из полости носа - слизистое отделяемое. Тип дыхания смешанный. Межреберные промежутки несколько расширены, отмечается напряжение зубчатых мышц равномерно с обеих сторон. Одышка смешанная. Кашель влажный, малопродуктивный. ЧДД составляет 40 в 1 минуту, дыхание ритмичное, глубокое, сопровождается свистом, выдох удлинен. Выявляется слизистое отделяемое, дыхание через нос затруднен. Хрипы сухие, влажные, мелкосреднепузырчатые, рассеянные, свистящие по всем полям. Цианоз кожных покровов.

Результатов лабораторных и инструментальных методов исследования: небольшой лейкоцитоз (ОАК), рентгенографии: диффузное усиление, деформация легочного рисунка на фоне повышенной воздушности легочных полей.

Динамики патологических симптомов за время наблюдения: положительная динамика в отношении кашля - стал более влажным, легче отходит мокрота; уменьшилось число хрипов;

**Этиология**

Вирусы (в основном респираторно-синцитиальный – 50%) – из-за высокого трофизма к слизистой оболочке бронхов, парагрипп, грипп, цитомегаловирус, бактерии ( Гр + 55 % , Гр – 45 %), внеклеточные возбудители: хламидии, микоплазмы, легионеллы.

 Предраспологающие факторы:

- загрязненный воздух

- переохлаждение

- перегревание

- пассивное курение

-неблагоприятные условия в семье

- фоновые заболевания (ЖДА, рахит, ЭКД)

- сниженный иммунитет

-аномалии АФО

**Патогенез**

Бронхиальная обструкция не просто нарушение функ­ции внешнего дыхания в результате инфекционного процесса, это приспособительная реакция, имеющая цель в условиях поражения реснитчатого эпителия защитить легочную паренхиму от попадания бактерий из верхних дыхательных путей. При таком подходе становится понятной и защитная роль трансплацентарного иммунитета к респираторно-синцитиальной вирусной и пара-гриппозной инфекции, способствующего бронхиальной обструкции. Как и всякая защитная реакция, обструкция может сама стать источником серьезных расстройств, в этом она не отличается от других болезней адаптации.

Защитная роль обструктивного синдрома при респираторно-синцитиальной вирусной и парагриппозной инфекции косвенно подтверждается и тем, что при гриппе, при котором вирусное по­ражение слизистой оболочки бронхов далеко не всегда сопровож­дается клинической картиной бронхита и редко вызывает обструк­цию, бактериальная пневмония развивается особенно часто. Другим практически важным аспектом патогенеза обструктив­ного синдрома при ОРВИ является аллергия. Сходство клиниче­ских проявлений этих форм и бронхиальной астмы послужило основанием для термина «астмоидный» бронхит. Однако клини­ческая аналогия — не единственное, что приводит к сопоставле­нию этих столь различных по этиологии болезней. У 30—50% больных бронхиолитом и обструктивным бронхитом эпизоды брон­хиальной обструкции повторяются в дальнейшем, что еще больше усиливает аналогию с бронхиальной астмой. Более того, у извест­ной части этих больных развивается бронхиальная астма. Изуче­ние патогенеза обструктивного синдрома при ОРВИ, однако, по­казало, что реагиновый механизм, характерный для бронхиальной астмы, при этих формах не играет ведущей роли; И отличие от больных астмой, у которых отмечаются снижении0 сывороточного и секреторного IgA и тенденция к уменьшению числа Т-лимфоцитов, у детей с бронхиолитом и обструктинным бронхитом эти показатели не имели каких-либо особенностей, по­зволяющих заподозрить участие иных этиологических факторов, нежели вирусная инфекция.

Различия в генезе обструкции при бронхиальной астме и брои-хиолитах подтверждаются и редкостью положительного эффекта эуфиллина при бронхиолитах. Однако при повторных эпизодах обструктивного бронхита чаще наблюдается эффект от введения эуфиллина, что доказывает большую роль бронхоопазма у этих детей. Клинические наблюдения и специальные исследования позволяют утверждать, что учащение повторных обструктивных эпизодов связано с повышением общей реактивности бронхов вследствие первого обструктивного эпизода, которая, в частности, выявляется в пробе с ацетилхолином. У детей с аллергической настроенностью этому способствуют и специфические механизмы аллергии.

**Дифференциальный диагноз**

Дифференциальная диагностика обструктивного бронхита с бактериальной пневмонией имеет большое практическое значение; диффузные изменения в легких, как и выраженная обструкция, с большой долей вероятности (более 95%) исключают пневмонию. В пользу пневмонии свидетельствуют асимметрия в распределении хрипов, стойкая фебрильная температура, выраженный токсикоз; в этих случаях вопрос решает рентгенологическое исследование. Этот комплекс симптомов свойствен аденовирусным бронхиолитам.

Другой аспект дифференциальной диагностики этих форм — исключение бронхиальной астмы у детей с повторными обструктивными эпизодами. Для эпизодов обструктивного бронхита ха­рактерны возникновение во время очередной ОРВИ, при повышен­ной температуре, постепенное развитие обструкции, тогда как для бронхиальной астмы — приступообразность, отсутствие связи с ОРВИ, контакт с неинфекционным аллергеном.

**Лечение**

Так как заболевание имеет вирусную природу, приведшее к возникновению выраженного бронхоспастического синдрома, а также синдрома интоксикации, целесообразным будет назначение противовирусных средств: ремантадина, интерферонов, специфических иммуноглобулинов или иммунокомплексных иммуноглобулинов.

При присоединении микробного процесса рекомендована антибиотикотерапия: амоксициллин, сумамед, рулид, кларитромицин, макропен; т. к. наличие бронхиальной обструкции создает дополнительные условия для развития бактериальной инфекции (застой в бронхах секрета, нарушение работы цилиарного аппарата бронхов). При назначении антибиотиков необходимо учитывать возможность развития у детей дисбактериоза и кандидоза. Поэтому целесообразно использовать одновременно комплекс витаминов, бифидум бактерин или бификол, а также противогрибковые препараты (нистатин).

В связи с наличием обструктивных изменений в бронхах, вызванных отеком слизистой и скоплением секрета назначают секретолитические (бромгексин), отхаркивающие препараты (корень алтея, мукалтин).

Бронхолитики: эуфиллин, беродуал; Для ликвидации обструктивного синдрома, улучшения оттока мокроты, восстановления цилиарного аппарата.

b-агонисты (беротек). Можно назначить применение ГКС местно (ингаляционно) для устранения местного воспаления (пульмикорт, бекотид).

Необходим массаж: дренажные упражнения - для предупреждения распространения инфекции. Массаж на шаре, хлопающий.

Десенсибилизирующая терапия: пипольфен, димедрол, супрастин, тавегил, кларитидин; т.к. имеется поливалентная аллергия, которая служит источником сенсибилизации организма.

Иммуностимуляторы, т.к. организм ребенка ослаблен инфекцией, применяют нуклеинат натрия, женьшень, элеутерококк.

Витаминотерапия .

Физиотерапия (УВЧ, лазеротерапия на рефлексогенные зоны, электрофорез, содовые ингаляции).

Фитотерапия (корень алтея, термопсис, мята, мать- и мачеха, брусника, чабрец).

Режим. Гипоаллергенная диета.

Назначение: режим стационарный; диета: стол № 15 с исключением гипераллергенных продуктов; небулайзерная терапия b2-агонистами, электрофорез 0,1% р-ра адреналина № 2, УВЧ на грудную клетку № 6, ингаляции с беротеком, в/м преднизолон по 30мг 2 раза в день коротким курсом (4-5 дней). лазолван по 1 ч. л. 3 раза в день, эуфиллин - по 1/4 т. 2 раза в день, супрастин по 1/3 т. 2 раза в день.

**Эпикриз**

Больная Н., 18.12.04 года рождения, доставлена по экстренным показаниям 28.11.2005г. в состоянии средней тяжести с жалобами на выделения из носа, одышка, боль в горле, слабость, высокая температура, сухой кашель, сердцебиение, одышку

В результате проведенного в клинике обследования (осмотра, лабораторных анализов): Дыхание жесткое, носовое дыхание затруднено, из полости носа - слизистое отделяемое. Тип дыхания смешанный. Межреберные промежутки несколько расширены, отмечается напряжение зубчатых мышц равномерно с обеих сторон. Одышка смешанная. Кашель влажный, малопродуктивный. ЧДД составляет 40 в 1 минуту, дыхание ритмичное, глубокое, сопровождается свистом, выдох удлинен. Выявляется слизистое отделяемое, дыхание через нос затруднен. Хрипы сухие, влажные, мелкосреднепузырчатые, рассеянные, свистящие по всем полям. Цианоз кожных покровов.

Результатов лабораторных и инструментальных методов исследования: небольшой лейкоцитоз (ОАК), рентгенографии: диффузное усиление, деформация легочного рисунка на фоне повышенной воздушности легочных полей.

Диагноз:

основное заболевание - Обструктивный бронхит

По поводу выявленной патологии проведено лечение: режим стационарный; диета: стол № 15 с исключением гипераллергенных продуктов; небулайзерная терапия b2-агонистами, электрофорез 0,1% р-ра адреналина № 2, УВЧ на грудную клетку № 6, ингаляции с беротеком, в/м преднизолон по 30мг 2 раза в день коротким курсом (4-5 дней). лазолван по 1 ч. л. 3 раза в день, эуфиллин - по 1/4 т. 2 раза в день, супрастин по 1/3 т. 2 раза в день.

Больная продолжает лечение.

Прогноз для жизни благоприятный.

**Литература**

1. Детские болезни: Учебник /Под ред. Л.А. Исаевой.- М.:Медицина, 1997.- 592 с.
2. Мазурин А.В., Воронцов И.М. Пропедевтика детских болезней. - М.: Медицина, 1985. - 432 с.
3. Никитин А.В., Переверзев Б.М., Гусманов В.А. Основы диагностики заболеваний внутренних органов: Учебное пособие. - 2-е изд., испр. и доп. - Воронеж: Издательство Воронежского государственного университета, 1999. - 368 с.
4. Руководство по медицине. Диагностика и терапия. Т.1.: Пер. с англ. /Под ред. Р. Беркоу, Э. Флетчера.- М.: Мир, 1997.- 1045 с.