**Паспортная часть.**

***Ф.И.О..***

***Возраст*** 11 месяцев.

***Дата рождения*** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Адрес:***

***Отец:*** СП ДПС УВД,

***Мать:*** домохозяйка.

***Дата поступления*** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Дата курации***

***Диагноз:***

***Основной:*** Острая респираторная вирусная инфекция.

***Осложнения****:* Острый стенозирующий ларинготрахеит.

***Сопутствующий:*** Железодефицитная анемия, тяжелой степени тяжести. Рахит II, период реконвалесценции.

**Жалобы.**

Поступила с жалобами на сухой, непродуктивный кашель, одышку, повышение температуры до 38 0С, беспокойство, слабость, бледность кожных покровов.

**История настоящего заболевания (anamnesis morbi).**

Болеет с 25 апреля, заболевание началось с повышения температуры до 37,50С, подкашливания, беспокойства. С 15 апреля лечилась по поводу острого бронхита. Проводилось лечение: Ампицилин в/м, 7 дней. После проведенного лечения отмечалась положительная динамика (кашель исчез). 27 апреля состояние ухудшилось (повышение температуры до 38,50С, одышка). Вечером вызвали скорую помощь. По экстренным показаниям ребенок доставлен в детское отделение 6-ой городской больницы.

**История жизни (anamnesis vitae).**

**Акушерский анамнез.**

Ребенок от 1 беременности, 1 родов. Беременность протекала без осложнений, токсикоза не было. Роды преждевременные: 34-35 недель (в связи с поднятием тяжести). Закричала сразу. Рост при раждении – 44 см., вес – 1700 г. В течение месяца находилась в роддоме. Выписалась с массой тела 2500 г. Искусственное вскармливание с 1 недели. Пупочный остаток отпал на 3 сутки. В течение месяца находилась в роддоме. Выписалась с массой тела 2500 г.

**Развитие ребенка и вскармливание на первом году жизни.**

Ребенок голову держит с 3-х мес., сидит с 7-и мес.

Психо-эмоциональное развитие соответствует возрасту.

***Лист расчета питания****.*

1) Фактический вес: 8200 г.

2) Долженствующий вес: 8800 г.

3) Вид вскармливания: искусственное.

4) Суточный объем: 1100 мл.

5) Количество кормлений: 5.

***Меню:***

1) 6-00 1-ый завтрак: цельное коровье молоко с 5% сахара – 200,0

2) 10-00 2-ой завтрак: каша гречневая – 150,0

яблочное пюре – 50,0

3) 14-00 обед: овощное пюре – 120,0

мясные фрикадельки – 40,0

сухарик – 15,0

яблочный кисель – 200,0

4) 18-00 полдник: творог – 50,0

кефир – 150,0

печенье – 5,0

5) 22-00 ужин: адаптированная молоч. смесь «Энфамил-2» – 200,0

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Состав | Кол-во | Белки | Жиры | Углеводы | ККал |
| 1. цельное коровье молоко с 5% сахара  2. каша гречневая  3. яблочное пюре  4. овощное пюре  5. мясные фрикадельки  6. сухарик  7. печенье  8. творог  9. кефир  10. яблочный кисель  11. «Энфамил-2» | 200,0  150,0  50,0  120,0  40,0  15,0  10,0  50,0  150,0  100,0  200,0 | 5,6  5,6  0,2  1,8  8,4  1,5  0,9  6,0  4,2  0,23  4,4 | 7,0  8,9  –  3,6  6,2  0,2  1,0  4,3  5,3  –  6,0 | 9,0  9,5  24,5  5,8  17,0  5,6  10,5  7,0  1,7  6,8  13,1  16,0 | 124  39  205  24  115  115  49  41,5  70,5  93  55  135 |
| Общее кол-во | 1085 | 38,83 | 42,5 | 126,5 | 1066 |
| На 1 кг массы | - | 4,4 | 5,1 | 13,3 | 121 |
| Физиологическая норма | 1100 | 2,5-3 | 5-6 | 13 | 100-120 |
| Дефицит на 1 кг. | - | +1,4 | 0 | +0,3 | +1 |
| Дефицит общий | - | +12,3 | 0 | +2,6 | +8,8 |

**Заключение:** Питание ребенка несбалансированное (избыток белка). Рекомендованно исключить из рациона творог или фрикодельки.

**Наследственность.**

Родители – здоровы. Наличие злокачественных новообразований, эндокринных и психических нарушений, алкоголизма, геморрагических диатезов у ближайших родственников отрицает.

**Жилищно-бытовые условия:** неудовлетворительные: холодная квартира с повышенной влажностью.

В контакте с туберкулезными и инфекционными больными не была. Травм, переломов, операций не было. Аллергии нет.

**Профилактические прививки:** БЦЖ в роддоме не сделано, в 4-х месячном возрасте по месту жительства. Профилактических прививок кроме БЦЖ и полиомиелита нет.

**Объективное исследование (status praesens).**

***Общий осмотр:*** Общее состояние тяжелое, степень тяжести обусловлена лихорадочным синдромом, анемией. Сознании сохранено. Положение активное.Настроение беспокойное.

***Оценка физического развития ребенка:***

Вес – 8100 г.

Рот – 73 см.

Окружность головы – 45 см.

Окружность груди – 46 см.

Правильного телосложения, удовлетворительного питания.

*1) По центильному методу:*

Рост – 73 см.

Коридор № 1. (зона до 3-х центилей)

Вес – 8100 г.

Коридор № 4 (между 25 и 50 центилями)

окр. головы – 45 см.

Коридор № 1. (зона до 3-х центилей)

окр. гр. кл – 46 см.

Коридор № 2 (между 3 и 10 центилями)

Разница коридоров между любыми двумя из трех показателей

больше 3-х знаков – развитие резко дисгармоничное.

Определение соматотипа.

Сумма коридоров центильных зон составляет = 8

--- микросоматотип.

*2) По эмпирическим формулам:*

Определение долженствующей массы тела:

1700 + 7100 = 8800 г.

Следовательно масса тела исследуемого ребенка ниже

возрастной нормы.

Долженствующий рост – 73 см, соответствует норме.

*3) По сигмальным отклонениям:*

Рост: в пределах М + 1GR

Вес: в пределах М – 2GR

Окр. головы: в пределах М + 1GR

Окр. груд. кл.: в пределах М + 1GR

***Заключение:*** Физическое развитие ребенка резко дисгармоничное, микросоматотип, отставание в развитии за счет дефицита массы.

**Кожные покровы и слизистые** бледные, сухие; синева под глазами, цианоз носогубного участка; на волосистой части головы гнейс.

**Подкожно жировой слой** развит умеренно, тургор тканей снижен. Периферические лимфатические узлы не пальпируются.

**Мышечный тонус** снижен.

**Костная система:** наблюдаются гаррисонова борозда; утолщения в области запястья, в местах перехода костной части в хрящевую на ребрах, в межфаланговых суставах пальцев рук с образованием соответственно рахитических «браслеток», «четок», «нитей жемчуга».

Большой родничок 1,5 \* 1,5 см., без особенностей.

Суставы правильной конфигурации,подвижные, при пальпации безболезненны, активные и пассивные движения в полном объеме.

**Система органов дыхания.**

При осмотре дыхание через нос свободное. Число дыхания 40 в мин. Одышка смешанного характера. Форма грудной клетки с боков вдавлена, нижняя апертура ее несколько разворачивается, на боковых поверхностях втягивания – гаррисонова борозда, дыхательные движения симметричные, наблюдается участие в дыхании вспомогательной мускулатуры.

.

Границы легких:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Ориентиры | ср.ключная | подмышечная | лопаточная | околопозв. |
| справа | VI реб. | VII реб | VIII реб | X |
| слева | --- | VIII реб | IX реб | X |

Подвижность легочных краев по средней подмышечной линии:

справа: 2см.

слева: 2 см.

При аускультации в легких везикулярное дыхание. Побочные дыхательные шумы не выслушиваются.

Бронхофония одинаково выражена с обеих сторон.

**Система органов кровообращения.**

При осмотре области сердца видимых пульсаций не выявлено.

Верхушечный толчок локализуется в v межреберье на 1-2 см. кнаружи от левой сосковой линии, умеренной силы и высоты, ограниченный.

*Перкуссия:*

Границы относительной тупости сердца:

Правый край – по правой парастернальной линии.

Левый край – 1-2 см. кнаружи от левой сосковой линии.

Верхний край – 11 ребро.

Поперечник относительной тупости сердца: 7 см.

*Аускультация:*

Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС – 136 в мин.

Выслушивается систолический шум на верхушке.

Исследование сосудов:

Видимой пульсации сосудов шеи, височных, артерий конечностей, в надчревной области нет.

Артериальный пульс: ЧСС 120/мин., ритмичный на обеих лучевых артериях, полный, умеренного напряжения, средней величины, сосудистая стенка эластичная, гладкая.

**Система органов пищеварения.**

Аппетит понижен. Диспепсических явлений (изжога, отрыжка, тошнота, рвота, понос и др.) нет.

При осмотре полости рта – язык влажный, обложенный – белый; десны, мягкое и твердое небо розовой окраски; зев не гиперемирован. Зубы 2/2.

Живот правильной формы, несколько увеличен, участвует в акте дыхания. Видимой перистальтики желудка и кишечника не наблюдается. Венозные коллатерали отсутствуют.

При пальпации живот мягкий, безболезненный, перитонеальные симптомы отрицательные.

При осмотре видимого увеличения области печени не наблюдается; ограничения этой области в дыхании отсутствуют.

Пальпаторно печень выступает из-под края реберной дуги по сосковой линии на 2 см. Край печени закругленный, мягкий, безболезненный. Поверхность печени гладкая.

Симптомы Ортнера, Кара, Боаса отрицательные.

Болезненности в пузырной точке нет.

Селезенка не пальпируется.

Стул, со слов мамы, кашицеобразный, желтый, с комочками; до 2-х раз в день. Вокруг ануса небольшая гиперемия.

**Мочеполовая система.**

Выпячивания над лобком и в области почек не наблюдается. Симптом Пастернацкого отрицательный. При пальпации почки пальпируются как гладкие, умеренной эластичности, безболезненные образования.

Мочеиспускание свободное, безболезненное.

**Нервная система.**

Ребенок безразличен к окружающему, адинамичный, на осмотр реагирует вяло. Сон хороший. Состояние черепномозговых нервов без отклонений. Чувствительность не нарушена.

Дермографизм красный. Сухожильные рефлексы живые.

Менингеальные симптомы отрицательны.

**План обследования.**

1. Общий анализ крови.
2. Общий анализ мочи.
3. Биохимический анализ крови.
4. Кал на копрологию.
5. Кал на диз. группу (ЭПКП)
6. Мазок из зева и носа на B.d.
7. Рентгенография органов грудной клетки..
8. УЗИ брюшной полости.

**Данные лабораторных, инструментальных методов.**

**Оценка полученных данных.**

1. ОАК от 28.04.2000.

Эритр – 2,4 \* 1012 / л

Нв – 51 г/л

ЦП – 0,637

Лейк. – 4,0 \* 109 / л

Эозиноф. – 3 %

Палочкояд. – 4 %

Сегментояд. – 68 %

Лимфоц. – 26 %

Моноц. – 2 %

Гипохромия ++

Анизоцитоз ++

Пойкилоцитоз ++

СОЭ – 13 мм. в час

ОАК от 02.05.2000.

Эритр – 3,8 \* 1012 / л

Нв – 81 г/л

ЦП – 0,639

Лейкоц. – 7,0 \* 109 /л

Эозиноф. – 2 %

Палочкояд. – 1 %

Сегментояд. – 19 %

Лимфоц. – 72 %

Моноц. – 5 %

Гипохромия ++

Анизоцитоз ++

Пойкилоцитоз ++

СОЭ – 7 мм. в час.

1. ОАМ от 04.05.98.

Цвет соломенно-желтый.

Прозрачность – прозрачный.

Удельный вес – м/м.

Реакция щелочная.

Белок отриц.

3. БХ крови.

АСАТ – 43,3 ед

АЛАТ – 8,40 ед

Общий белок – 69,8 г/л

Билирубин – 9,84 мкмоль/л

Мочевина – 2,46 ммоль/л

Креатинин – 48 мкмоль/л

1. Кровь на стерильность – рост микроорганизмов не обнаружен.
2. Исследование кала – выделение условно-патогенной Clebsiella azena.
3. ЭКГ.

Ритм синусовый, учащенный. Вертикальное положение ЭОС.

1. ФКГ.

Функционирующее овальное окно. Добавочная хорда левого

желудочка.

1. Рентгенография органов грудной клетки.

На фоне усиленного легочного рисунка очаговые тени, в верхней

доле справа с тенденцией к слиянию. Диафрагма на уровне vi

ребер, синусы свободны. Срединная тень не смещена.

Определяется правая доля вилочковой железы.

Заключение: пневмония (септическая ?)

1. УЗИ ГМ.

Структуры хорошо дифференцированы, симметричны. Борозды извилины хорошо выражены. Межполушарная щель не расширена, не деформирована. Цистерны субарахноидального пространства и ликворные полости не дилатированы.

Пульсация сосудов визуально не изменена. Изменений структур перивентрикулярных тканей не отмечается. Патологических включений не дифференцируется.

1. Консультация инфекциониста:

Жалобы на повышение температуры до 39\*, жидкий, желтый стул до 3-4 раз в день, вялость.

В анамнезе: в период стац. Лечения в Илишевском ЦРБ отмечался жидкий стул, желтого цвета, иногда со слизью до 4-х раз в день, повышение температуры до субфебрильных цифр 37,2 – 38,5\*, вялость.

Объективно: Состояние тяжелое, обусловлено интоксикацией. Вялая. Кожные покровы бледные, вокруг ануса небольшая гиперемия. Тургор тканей снижен. Дыхание в легких жесткое. Сердечные тоны ритмичные, приглушены. Систолический шум на верхушке и в v точке. Живот умеренно вздут, мягкий. Печень + 1,5 см. Стул, со слов, разжиженный,желтого цвета с комочками до 3-х раз в день. Мочеиспускание свободное.

В бак., в ЦРБ выделена Clebsiella ozena.

Предварительный диагноз: возможно ребенок переносит кишечную инфекцию, вызванную Clebsiella.

Сопутствующее: сепсис, дисбактериоз кишечника, дефицитная анемия.

1. Консультация невропатолога:

Жалобы на температуру 38-39 \*, беспокойство, запрокидывание головки. Анамнез заболевания известен.

В момент осмотра вялая, фиксирующе следит за предметом.

Большой родничок не напряжен, 1,5 \* 1,5 см.

Менингеальные знаки отрицательные.

1. Консультация окулиста:

Реагирует на свет, смыкает веки. ОИ – положение глаз

правильно. ОД – отрыв пигментной зрачковой каймы на 18 часах.

Заключение: врожденный отрыв зрачковой каймы.

**Клинический диагноз.**

На основании жалоб больной на лихорадку(до 39°C), держащуюся более 3-х дней на фоне дачи жаропониающих, беспокойство, слабость; данных объективного исследования: одышка смеанного характера при отсутствии обструктивного синдрома, цианоз носогубного участка ; обнаружения локальной симптоматики над легкими: укорочение перукуторного тона в паравертебральных областях, при аускультации на фоне жесткого дыхания выслушиваются обильные мелко- и средне- пузырчатые хрипы по всем полям ; а также на основании данных лабораторных и инструментальных методов исследования: в ОАК—лейкоцитоз более 10 \*10 /л (17,0\*10 /л), сдвиг лейкоцитарной формулы влево ;

R—графия органов грудной клетки: на фоне усиленного легочного рисунка очаговые тени, в верхней доле справа с тенденцией к слиянию. Диафрагма на уровне VI ребер, синусы свободны. Срединная тень не смещена был поставлен диагноз: бронхопневмония, острое течение.

Обоснование сопутствующих диагнозов:

1. На основании объективного исследования: бледность кожных покровов ; результатах лабораторных исследований: уровень гемоглобина – 72 г/л, эритроциты – 2,5\*10 /л,гипохромия, анизоцитоз, пойкилоцитоз, микроцитоз был поставлен диагноз: железодефицитная анемия, средней степени тяжести.
2. основываясь на данных объективного осмотра: имеются характерные изменения со стороны костной системы: гаррисонова борозда, утолщения в области запястья, в местах перехода костной части в хрящевую на ребрах, в межфаланговых суставах пальцев рук с образованием соответственно рахитических «браслеток» «четок» «нитей жемчуга» был поставлен диагноз: Рахит 1, период разгара, подострое течение.
3. Экссудативный диатез был поставлен на основании следующих данных: сухость кожных покровов, пастозность, гнейс (жировые себорейные чешуйки на голове), неустойчивый стул (иногда со слизью, до 4-х раз в день).
4. основываясь на данных ФКГ был выставлен диагноз: функционирующее овальное окно, добавочная хорда левого желудочка.

**Дифференциальный диагноз.**

Дифференциальный диагноз пневмоний проводят прежде всего с бронхитами и бронхиолитами. Пневмонии необходимо также дифференцировать с респираторными аллергозами, нарушениями проходимости дыхательных путей, плевритами, туберкулезом, поражениями легких при гельминтозах.

Помогает правильному диагнозу обнаружение очагов укорочения и вообще очаговости перкуторных и аускультативных данных, тупость (укороченный тимпанит) в прикорневых зонах, обнаружение в крови лейкоцитоза с нейтрофиллезом,

увеличение СОЭ, сливных, очаговых инфильтративных теней на рентгенограмме. Все эти признаки типичны для пенвмонии.

Частота локальных физикальных данных (в %) при разных формах острой пневмонии:

Локальные физикальные форма пневмонии симптомы очаговая сегментарн. долевая

Укрочение перкуторного тона. 57,2 60,4 77,6

Ослабленное или жесткое 68,9 69,0 77,6 дыхание

Локальные влажные 46,8 41,4 48,1 хрипы

Наличие хотя бы одного из 3-х 83,2 67,9 77,6 симптомов.

**Этиология и патогенез.**

Возбудителем пневмонии,как предполагается, является Clebsiella ozena.Предрасполагающими факторами к возникновению заболевания явились тяжелые рахит и анемия, врожденный порок сердца.

При пневмонии основным путем проникновения инфекции в легкие является бронхогенный с распространением инфекта по ходу дыхательных путей в респираторные отделы.

Бактерии вызывают пневмонию,как правило, только, когда они попадают из носоглотки в бронхи в слизи из верхних дыхательных путей, которая предохраняет микробы от бактериостатического и бактериоцидного действия бронхиального секрета.

Начальные воспалительные изменения в легких при пневмониях обнаруживают преимущественно в респираторных бронхиолах. Это объясняется тем, что именно в этом месте происходит задержка попавших в легкие микробов вследствие наличия здесь ампулообразного расширения бронхов, отсутствия реснитчатого цилиндрического эпителия и менее развитой мышечной ткани.

Инфекционный агент, распространяясь за пределы респираторных бронхиол, вызывает воспалительные изменения в паренхиме легких, т.е. пневмонию.

При кашле и чиханье инфицированный выпот из очага воспаления попадает в крупные бронхи, а затем, распространяясь в другие респираторные бронхиолы, обусловливает новые очаги воспаления, т.е. и распространение инфекции в легких может происходить бронхогенно.

Огромную роль в патогенезе пневмонии играет дефицит сурфактанта и гипоксия.

Кислородная недостаточность, закономерно развивающаяся при пневмонии, прежде всего отражается на деятельности ЦНС. У ребенка в разгар пневмонии возникают разлитое торможение в коре головного мозга, дисфункция вегетативного отдела нервной системы с преобладанием симпатического. Нарушение функционального состояния ЦНС отражается и на поведении ребенка (вялость, адинамия) и на деятельности большинства внутренних органов.

**Схема патогенеза гипоксии при пневмонии у детей.**

Респираторная недостаточность (I звено)

Нарушение вентиляции вследствие спазма бронхов, отечного синдрома, нарушение газообмена, снижение оксигенации крови, гипоксемия.

Циркуляторная недостаточность (II звено)

Компенсаторное усиление сердечной деятельности (тахикардия из-за усиления кровотока) в условиях отечного синдрома в легких --- затрудненное

кровообращение, правожелудочковое напряжение, увеличение печени. Правожелудочковая недостаточность.

Гемическая недостаточность (III звено)

Гипоксемия стимулирует эритропоэз, но токсикоз и ацидоз, аллергия ведут к укорочению длительности жизни эритроцитов, усиливается гемолиз, развивается анемия.

Гистотоксикоз (IV звено)

Недоокисленные токсические продукты, ацидоз блокируют дыхательные ферменты, «отказ» усвоения кислорода клетками, уменьшение артерио-венозной разницы, гликолиз, усиливающий ацидоз.

**Лечение.**

В данном случае необходимо комплексное лечение как основного заболевания, так и сопутствующих, утяжеляющих течение основного.

1)Антибиотикотерапия – основной вид лечения, направленный на борьбу с инфекцией в остром периоде заболевания:

Rp.: Sol. Gentomicini sulfatis 4% 1 ml

DTD № 10

S по 0,35 мл. В/м 2 р/д.

При применении антибиотиков обязательным является назначение витаминов С, В, В.,

Rp.: Sol. Acidi ascorbinici 5% 1ml

DTD № 5

S. по 1мл. В/в струйно в 10% растворе глюкозы.

антигрибковых препаратов:

Нистатин 250 000 1/3т 3 раза в день.

Rp.: Lactobactrini sicci ¹20

DS по 2 дозы 2 раза в день.

А после окончания курса антибиотиков бифидумбактерин по 2 дозы 2р/д.

2)Дезинтоксикационная терапия.

Sol.Glucosa 10% 100 ml

Sol. KCl 40 ml

Rp.: Hemodesi 100 ml

DS по 80 мл в/в капельно(10-15 мл на кг)

Rp.: Reopolyglucini 400 ml

DTD ¹2

S по 90 мл в/в капельно.

Sol.Ringeri 100 ml per os.

3)Витаминотерапия.

Вит. В7 – 0,5 мл в/м

Вит. В6 – 0,5 мл в/м

4)7-10 дневные курсы антигистаминных препаратов:

Sol. Dimedroli 1% 0,1 мл в /м

1. Sol. Papaverini 2% 0,1 мл в/м

Sol.Analgini 5% 0,2 ml

1. Rp.: Cocarboxylasae 0,05

DTD ¹ 6 in amp.

1. развести в 2 мл. Растворителя, ввести 1 мл. В 10 мл. 5%

раствора глюкозы в/в медленно.

1. Rp.:Tab. Panangini ¹ 50

DS. по1/4 т 3 р/д.

8)Rp.: Actiferini 100,0

DTD ¹ 1 in fl.

1. по 1 ч.ложке 1 раз в день.

**Дневник.**

7.05.98.

Жалобы на повышение температуры с 38,1- 37,8 °. Кашель, жидкий стул.

Объективно: Общее состояние тяжелое.ЧСС – 176 ‘,ЧД – 48 ‘,

Девочка вялая, кожные покровы бледные. Зев гиперемирован. Аускультативно: на фоне жесткого дыхания обильные мелко- и средне пузырчатые влажные хрипы. Сердечные тоны приглушены.На верхушке сердца и в V точке выслушивается функциональный систолический шум. Живот не вздут., при пальпации безболезнен.

Стул до 4-х раз в день, желтого цвета с комочками. Мочеиспускание свободное.

11.05.98.

Жалобы на кашель и повышение температуры сохраняются.

Общее состояние средней тяжести. На осмотр реагирует вяло Кожные покровы и слизистые бледные. Перкуторно: укороченный паравертебрально легочный звук. Аускультативно на фоне жесткогодыхания мелко и средне пузырчатые влажные хрипы.

Сердечные тоны приглушены.На верхушке систолический шум. При пальпации живот мягкий, безболезенный. Стул 3 раза в день, жидкий. Мочеиспускание свободное.

15.05.98.

Общее состояние тяжелое, степень тяжести обусловлена гипертермическим синдромом, в сознании. Правильного телосложения, удовлетворительного питания, Кожные покровы и слизистые бледные, чистые. При перкуссии: легочный звук укорочен паравертебрально, при аускультации: жесткое дыхание, выслушиваются влажные средне пузырчатые хрипы по всем полям. Сердечные тоны приглушены. На верхушке—функциональный систолический шум. При пальпации – живот мягкий, безболезненный. Печень выходит из\под края реберной дуги на 1,5см., край эластичный. Селезенка не пальпируется. Стул, со слов мамы оформленный. 1 р/д. Мочеиспускание свободное.

Эпикриз

**Температурный лист.**

**Источники литературы.**

1. А.В.Мазурин И.И.Воронцов

Пропедевтика детских болезней

М.Медицина, 1985г.

1. А.Ф.Тур Н.П.Шабалов

Детские болезни

М.Медицина, 1986г.

3.Справочник по детской диетике под редакцией

И.И.Воронцова и А.В.Мазурина

Ленинград, Медицина, 1980 г.

1. И.Н.Усов М.В.Чичко Л.Н.Астапова

## Практические навыки в педиатрии

Минск, 1990 г.