

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования «Красноярский государственный медицинский  
университет имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства  
здравоохранения Российской Федерации.

Кафедра поликлинической педиатрии и пропедевтики детских болезней  
с курсом ПО

Зав. кафедрой: д.м.н, доцент Галактионова М.Ю.

## Реферат

На тему: «Рахит. Спазмофилии»

Выполнил: ординатор Саликова А.В.

Проверил: д.м.н. доцент Галактионова М.Ю.

*5 (отмет)*  
*М.Ю. Галактионова*

2016

## Содержание

Введение.....	3
1. Этиология рахита.....	4
2. Клиническая картина. Диагностика .....	6
3. Лечение.....	10
4. Спазмофилия. Этиопатогенез.....	12
5. Клиника. Лечение.....	12
Заключение.....	15
Литература.....	16

## Введение

Рахит (греч. Rhachis - хребет, позвоночник) известен со времен глубокой древности как болезнь социальная, нарушающая гармоническое развитие ребенка. Болеют преимущественно дети первых двух лет жизни.

Возможно и более позднее развитие рахита, как правило, в периоды наиболее интенсивного увеличения размеров тела и скелета. Правомочным поэтому является и определение рахита как болезни роста.

Рахит - одно из самых частых заболеваний детей раннего возраста, но точных данных о его распространенности нет.

Современная статистика учитывает только тяжелые его формы, которые в нашей стране встречаются относительно редко благодаря повышению материального благосостояния и культуры населения, более четкому соблюдению санитарных и гигиенических норм, профилактическим мероприятиям.

Сравнительно легкие начальные и подостротекущие варианты рахита часто могут быть просмотрены. Однако и они являются результатом значительных расстройств обмена веществ и сопровождаются ацидозом, нарушением и извращением иммунной реактивности ребенка. Рахит способствует развитию и более тяжелому течению острой респираторной инфекции, пневмоний, кишечных расстройств и других заболеваний, которые обычно принимают затяжной, рецидивирующий характер. В свою очередь каждое из них усугубляет тяжесть рахита. Таким образом, как бы создаётся порочный круг, взаимообусловленных патологических процессов, разорвать который без лечения рахита часто невозможно.

Спазмофилия (тетания) - это заболевание, характеризующееся склонностью ребенка первых 6-18 месяцев к судорогам и спастическим состояниям и патогенетически связанное с рахитом.

## 1. Этиология рахита

Причинными и предрасполагающими и предрасполагающими факторами к возникновению рахита являются следующие:

1. *Дефицит солнечного облучения* и пребывания на свежем воздухе, так как 90% эндогенно образующегося витамина ДЗ (холекальциферол) в организме синтезируется в коже под влиянием солнечного облучения. Необходимо учитывать, что вследствие загрязненности атмосферы крупных городов, особенно в северных широтах, до земли доходит минимальное количество солнечных лучей, обладающих противорахитической активностью с длиной волны 296-310 нм.

2. *Пищевые факторы.* Установлено увеличение частоты и тяжести рахита в группах детей

а) получающих при искусственном вскармливании неадаптированные для грудных детей смеси (в которые, в частности, не добавлен витамин ДЗ.

б) длительно находящиеся на молочном вскармливании (1 литр женского молока содержит 40- 70 МЕ витамина ДЗ, а коровьего 5-40 МЕ), с поздним введением докормов и прикормов (1г. желтка куриного яйца содержит 140-390 МЕ витамина ДЗ);

в) получающих преимущественно вегетарианские прикормы (каши, овощи) без достаточного количества животного белка (желток куриного яйца, мясо, рыба, творог), масла. Важно отметить что причинное значение в возникновении рахита имеет не дефицит витамина в пище а питание не обеспечивающее оптимальные условия для поступления кальция и фосфора из пищи, а также обмена белков (прежде всего аминокислот), липидов, микроэлементов, других витаминов (С, В1, В2, , Е). В частности, в злаковых много фитиновой кислоты, связывающей кальций в кишечнике, а также лигнина, обладающего таким же эффектом на витамин Д и его метаболиты, т.е. избыток каш, тормозит всасывание гепато-энтерогенную циркуляцию кальция и витамина Д.

3. *Перинатальные факторы.* Недоношенность предрасполагает к рахиту благодаря тому, что наиболее интенсивное поступление Са и Р от матери к

плоду происходит в последние месяцы беременности (в 26 недель прирост Са в организме плода 100-120 мг/кг/сутки, Р- 60 мг/кг/сутки, а в 36 недель Са-120-150мг/кг/сутки,а Р-85 мг/кг/сутки) и ребёнок менее 30 недель, уже при рождении имеет часто остеопению более низкое содержание минеральных веществ в кости. В то же время при больших темпах постнатального роста, чем у доношенных детей, им требуются большие количества Са и Р в пище. Кроме того, недоношенность, также как и неосложненное течение беременности с плацентарной недостаточностью, приводящее к задержке внутриутробного развития, сочетается с гораздо меньшими запасами в организме и более низкими уровнями витамина Д и его метаболитов в крови вены пуповины. Поэтому у глубоконедоношенных детей (менее 30 недель) содержание Са и Р в грудном молоке не обеспечивает покрытие их потребностей, что требует в первые 2 месяца жизни добавления к грудному молоку, наряду с витамином Д, солей Са и Р. Без таких добавок у них развивается остеопения..

В то же время, нерациональное питание и режим жизни беременной (мало прогулок на улице, недостаток двигательной активности) могут привести к сравнительно меньшим запасам витамина Д, Са, Р при рождении и у доношенного ребёнка обусловить более раннее возникновение у него рахита.

4. *Недостаточная двигательная активность*, вследствие не только перинатальных энцефалопатий, но и отсутствия в семье элементов физического воспитания (массаж и гимнастика и др.), ибо кровоснабжение кости существенно повышается при мышечной деятельности.

5. *Дисбактериоз кишечника с диареей.*

6. *Противосудорожная терапия*, назначаемая длительно (фенобарбитал, дифенин и др.) способствует ускоренной метаболизации обменно - активных форм витамина Д.

7. *Синдромы нарушенного всасывания* (целиакия, муковисцидоз и др.), хронические заболевания печени и почек, приводящие к нарушению образования обменно-активных форм витамина Д.

8. *Наследственные аномалии* обмена вит. Д и кальциево-фосфорного обмена.

9. *Экологические факторы*. Избыток в почве и воде, продуктах стронция, свинца, цинка и др. приводящие к частичному замещению кальция в костях.

## 2. Клиническая картина. Диагностика

Классификация рахита По Дулицкому С.О.

1. По периоду болезни:

- начальный период; разгара;
- репарации; остаточных явлений.

2. По тяжести процесса:

- лёгкая; средней тяжести; тяжёлая.

3. По характеру течения:

- острое; подострое; рецидивирующее.

*Начальный период рахита*. Первые признаки заболевания возникают чаще всего на 2-3-м месяце жизни (у недоношенных в конце 1-го месяца). Изменяется поведение ребенка: появляется беспокойство, легкая возбудимость, вздрагивание при громком звуке, внезапной вспышке света. Сон становится поверхностным, тревожным. Утрачиваются ранее приобретенные навыки, частично и статические функции, двигательные умения, с трудом образуются новые условно-рефлекторные связи. Отмечается повышенное потоотделение, особенно при крике, кормлении и переходе от бодрствования ко сну. Пот имеет неприятный кисловатый запах, раздражает кожу, вызывая зуд. Ребенок трется головкой о подушку, волосы на затылке вытираются. Появляется потница, стойкий красный дермографизм.

Обращает внимание мышечная дистония (при пассивных движениях гипертонус, характерный для этого возраста, сменяется гипотонией). При ощупывании костей черепа можно выявить некоторую податливость швов и краев большого родничка, но явных изменений скелета нет. Отсутствуют и патологические изменения внутренних органов. При рентгенографии костей

запястья выявляется лишь незначительный остеопороз. Биохимическое исследование обнаруживает нормальное или даже несколько повышенное содержание кальция (2,62-2,87 ммоль/л при норме 2,37-2,62 ммоль/л) и сниженный уровень фосфора (менее 1,45 ммоль/л при норме 1,45-1,77 ммоль/л) в сыворотке крови.

Длительность начального периода при остром течении рахита колеблется от 2-3 до 4-6 нед, при подостром течении иногда затягивается до 2-3 месяцев. Затем при неадекватном или отсутствии лечения наступает период разгара.

*Период разгара рахита.* Этот период приходится чаще всего на конец первого полугодия жизни и характеризуется еще более значительными первично-мышечными и вегетативными расстройствами. Ребенок становится вялым, малоподвижным. Выявляется отставание в психомоторном, а часто и в физическом развитии, сохраняется резкая потливость, появляются слабость, повышенная утомляемость (у старших детей). Выражена гипотония мышц и связочного аппарата, присоединяются отчетливые изменения скелета, особенно в зонах роста костей. Процессы остеомалации, особенно явно выраженные при остром течении рахита, приводят к размягчению чешуи затылочной кости (краниотабес) с последующим, часто односторонним, уплощением затылка, податливости и деформации грудной клетки с вдавлением нижней трети грудины («грудь сапожника») или выбуханием ее («куриная грудь»), втяжением по ходу прикрепления диафрагмы (гаррисонова борозда), а также искривлению длинных трубчатых костей и формированию суженного, плоскоррахитического таза. Указанная последовательность появления костных изменений соответствует периодам максимального роста отдельных частей скелета. Гиперплазия остеоидной ткани, превалирующая при подостром течении рахита, проявляется образованием лобных и теменных бугров, утолщениями в области запястья, в местах перехода костной части в хрящевую на ребрах, в меж-фаланговых суставах пальцев рук с образованием соответственно рахитических «браслетов», «четок», «нитей жемчуга». Гипоплазия костной ткани приводит к позднему закрытию родничков и швов

череп, несвоевременному и неправильному прорезыванию зубов, замедлению роста трубчатых костей в длину, что одновременно с искривлением укорачивает их. На рентгенограммах длинных трубчатых костей выявляются значительный остеопороз, бокаловидные расширения метафизов, размытость и нечеткость зон предварительного обызвествления.

*Период реконвалесценции.* Для этого периода характерны улучшение самочувствия и общего состояния ребенка, ликвидация неврологических и вегетативных расстройств. Улучшаются или нормализуются статические функции, формируются новые условные рефлексy, однако мышечная гипотония и деформации скелета сохраняются длительно. На рентгенограммах конечностей видны патогномичные для этого периода рахита изменения в виде неравномерного уплотнения зон роста. Нормализация биохимических показателей свидетельствует о переходе рахита из активной в неактивную фазу период остаточных явлений, который сопровождается лишь такими обратимыми изменениями опорно-двигательного аппарата, как мышечная гипотония, разболтанность суставов и связок.

Рахит I степени (легкий) характеризуется преимущественно нервно-мышечными проявлениями и минимальными расстройствами костеобразования (краниотабес, уплощение затылка, незначительное разрастание остеонной ткани в зонах роста).

Рахит II степени (среднетяжелый), помимо нервно-мышечных изменений, сопровождается умеренными, но отчетливыми деформациями черепа, грудной клетки и конечностей, небольшими функциональными изменениями внутренних органов.

О рахите III степени (тяжелом) свидетельствуют резко выраженные костные и мышечные изменения, разболтанность суставно-связочного аппарата, задержка развития статических и локомоторных функций, а также нарушения со стороны внутренних органов, вызванные ацидозом и сопутствующими нарушениями микроциркуляции.



При III степени рахита из-за деформаций грудной клетки ребенок постоянно находится в состоянии гиповентиляции. Появляются смешанная одышка, жесткое с удлиненным выдохом дыхание. Возможны рассеянные сухие и влажные хрипы. Постоянно отмечается тахикардия, границы сердца часто умеренно расширены, тоны приглушены, выслушивается короткий систолический шум. На рентгенограмме гипотония миокарда, сердце имеет своеобразную форму киста. Ферментативная дисфункция органов пищеварения, атония кишечника приводят к снижению аппетита, нарушению всасывания и моторики, результатом чего является увеличение объема живота и количества жидкого содержимого в кишечных петлях, определяется псевдоасцит. Кроме того, при рахите III степени наблюдаются большие, плотные печень и селезенка, что принято связывать с расстройством обмена веществ, застойными явлениями в системе воротной и селезеночной вен, а также анемия гипохромного типа.

*Рахит диагностируют на основании:*

- 1) нервно-мышечных расстройств и изменения поведения ребенка;
- 2) характерных деформации скелета появляющихся в первые месяцы жизни и постепенно нарастающих;
- 3) цикличности патологического процесса. Диагноз подтверждается снижением содержания кальция и фосфора при одновременном повышении уровней щелочной фосфатазы в сыворотке крови, нарушением процессов костеобразования по данным рентгенограмм; хорошим эффектом от применения витамина Д.

### 3. Лечение

Необходимо комплексное лечение рахита. Оно должно быть длительным и направленным как на устранение вызвавших его причин, так и на ликвидацию гиповитаминоза Д. Различают неспецифическое и специфическое лечение, включающее ультрафиолетовое облучение и введение препаратов витамина Д.

*Неспецифическому лечению* необходимо уделять больше внимания, так как рахит не всегда бывает обусловлен только гиповитаминозом Д. В этих случаях назначение витамина Д без восполнения дефицита кальция, микроэлементов (магния, цинка), полноценного белка, витаминов А, С, В и устранения других неблагоприятных факторов может быть не только бесполезным, но и вредным для больного. Это вид лечения включает организацию охранительной) режима, соответствующего возрасту больного, с устранением громкого шума, яркого света, дополнительных раздражителей. Необходимо длительное пребывание ребенка на свежем воздухе в дневное время со стимуляцией активных движений. Больше значение имеют гигиенические процедуры ванны, обтирания.

Диета строится в соответствии с возрастом и потребностями ребенка и корректируется с учетом существующих дефицитов. С этой целью ребенку 3-4 месяцев, находящемуся на грудном вскармливании, вместо питья дают овощные и фруктовые отвары и соки, раньше обычного вводят желток, творог. При смешанном и искусственном вскармливании уже в раннем возрасте следует назначать овощной прикорм, ограничить количество молока, кефира и каши. В более ранние сроки в диету вводят остальные блюда прикорма, дают больше овощей. Сырые и вареные овощи и фрукты обладают ощелачивающим действием, восполняют дефицит витаминов и микроэлементов. Для улучшения пищеварения при тяжелых формах рахита используют соляную кислоту и ферменты (пепсин, панкреатин, абомин). При естественном вскармливании (особенно недоношенным детям) с профилактической целью, а также в период лечения рахита витамином Д на 1-1 /2 месяца назначают препараты кальция (хлорид кальция 5 10% раствор по 1-2 чайной ложке 23 раза в сутки или

глюконат кальция по 0,250,5 г 2-3 раза в сутки.). При искусственном и смешанном вскармливании дефицита кальция как содержание его в коровьем молоке высокое. Назначение витаминов С и группы В (В 1, В2, В3) способствует уменьшению ацидоза и его последствий, активизирует процессы костеобразования и повышает активность специфического лечения. Этому же способствует цитратная смесь (35 г лимонной кислоты, 25 г цитрата натрия, 250 мл воды), которую назначают по 1 чайной ложке 3-4 раза в день в течение месяца.

*Специфическое лечение* назначается с учетом периода болезни и характера течения процесса. В начальном периоде рахита и при подостром его течении следует отдавать предпочтение общему ультрафиолетовому облучению как более физиологичному способу терапии, длительность курса 15-20 дней. Ультрафиолетовое облучение не показано при остром течении процесса, особенно в период разгара болезни, при наличии признаков спазмофилии, а также сопутствующих заболеваний: диспепсии, туберкулезной инфицированности, выраженной гипотрофии и анемии.

В разгар заболевания и при остром течении рахита назначают витамин Д в одной из перечисленных форм: 1) видехол 0,125% масляный раствор холекальциферола (Д3), 1 капля - 500 МЕ.

2) видеин таблетированный водорастворимый витамин Д2 в комплексе с белком (казеином); драже и таблетки содержат по 500, 1000, 5000, 10000 МЕ: 3) витамин Д2 эргокальциферол 0,125% масляный раствор, 1 мл содержит 50000 МЕ. Оптимальный способ введения всех препаратов витамина Д –дробный., т. е. ежедневно дают такие дозы витамина, которые покрывают суточную потребность организма ребенка. Препарат вводят с едой, смешивая с молоком или с кашей, коровьим молоком.

Противопоказаниями к назначению витамина Д являются: гипоксия и внутричерепная родовая травма, ядерная желтуха и малые размеры большого родничка.

#### 4. Спазмофилия. Этиопатогенез

Спазмофилия (тетания) — это заболевание, характеризующееся склонностью ребенка первых 6-18 месяцев к судорогам и спастическим состояниям и патогенетически связанное с рахитом. Спазмофилия может возникать при передозировке витамина D, при ряде заболеваний сопровождающихся лихорадкой, интоксикацией, возможна также при повторной рвоте, при передозировке щелочей, вводимых в связи с метаболическим алкалозом.

*Этиопатогенез.* Заболевание развивается в результате приема больших доз витамина D или ранней весной, когда при повышенной инсоляции происходит гиперпродукция витамина D в коже. Большие дозы активного витамина D подавляют функцию паращитовидных желез, стимулируют всасывание солей кальция и фосфора в кишечнике и их реабсорбцию в почечных канальцах, в результате чего повышается щелочной резерв крови, развивается алкалоз. Кальций начинает усиленно откладываться в костях, что приводит к гипокальциемии и повышению нервно-мышечной возбудимости, возникают судороги.

#### 5. Клиника. Лечение

Различают скрытую (латентную) и явную формы спазмофилии.

При скрытой форме дети внешне практически здоровы, психомоторное развитие в пределах возрастных особенностей; почти всегда у них имеются симптомы рахита, чаще всего в периоде выздоровления. Скрытую форму спазмофилии можно диагностировать с помощью ряда симптомов: симптом Хвостека — при легком поколачивании щеки между скуловой дугой и углом юта на соответствующей стороне происходит сокращение мимической мускулатуры лица; симптом Труссо — при сдавливании на плече сосудисто-нервного пучка кисть судорожно сокращается, принимая положение «рука акушера»; симптом Люста — поколачивание перкуSSIONным молоточком ниже

головки малоберцовой кости вызывает быстрое отведение и подошвенное сгибание стопы.

При явной форме у ребёнка возможен ларингоспазм — сужение голосовой щели с характерным «петушиным закатыванием» при глубоком вдохе, смехе, плаче; спазм мышц конечностей (особенно кистей и стоп) или дыхательных мышц грудной клетки и гладких мышц бронхов (что сопровождается удушьем); спазм сердечной мышцы, который может привести к смерти ребёнка; общие судороги с запрокидыванием головы, подёргиванием конечностей, потерей сознания. Часто приступы возникают повторно.

Явная спазмофилия может проявляться кардонедальным спазмом и экламптическими приступами.

#### *Лечение.*

Госпитализация детей с явной спазмофилией обязательна. На догоспитальном уровне с целью снятия судорог возможно введение седуксена, регуляция гамма-масляной диеты с обязательным внутривенным введением хлорида кальция.

При скрытой спазмофилии показаны препараты кальция (курс 2—3 недели), седативная терапия, лечение рахита, охранительный режим, ограничение употребления коровьего молока.

#### *Неотложная помощь при спазмофилии - рахитогенной тетании*

1. Необходимо использовать внешние раздражители (создать доминантный очаг возбуждения в мозге) при ларингоспазме: распеленать ребенка, дать доступ свежего воздуха, дуть в нос, уколоть, похлопать или облить лицо холодной водой, "встряхнуть" ребенка, изменить положение тела. При тяжелом и длительном приступе ларингоспазма и остановке дыхания показана искусственная вентиляция легких с интенсивной оксигенотерапией.

2. При судорогах обязательно назначить седуксен внутримышечно из расчета 0,1 мл 0,5% раствора на 1 кг массы тела или 25% раствор магния сульфата внутримышечно из расчета 0,2 мл /кг, ГОМК 20% 0,5мл/кг.

Ребенка необходимо госпитализировать. Магния сульфат можно вводить через 8-12 часов, если судороги будут продолжаться.

3. При всех формах тетании показано применение солей кальция. При явной тетании проводят внутривенное введение 10% раствора кальция глюконата или кальция хлорида из расчета 1,0 -2,0 мл на 1кг массы тела в сутки в 2-3 приема (вводить медленно, т.к. быстрое введение данных препаратов может вызвать брадикардию и даже остановку сердца). Затем после улучшения состояния ребенку можно давать внутрь 5-10% раствор кальция глюконата, кальция лактата чайными ложками 4-6 раз в сутки. Можно использовать препараты кальция с цитратной смесью (лимонная кислота и натрия цитрат, 2:1, 10% раствор по 5-10 г 3-5 раз в сутки внутрь).

4. Если ребенок искусственник, то его лучше перевести на кормления сцеженным грудным молоком, максимально ограничить в питании содержание коровьего молока (из-за большого количества фосфатов) и увеличить количество овощного прикорма.

5. Спустя 3-4 дня после судорог больным явной спазмофилией следует назначать витамин D<sub>2</sub> по 2000-4000 МЕ 2 раза в день, методом выбора может быть и назначение внутрь 0,1% раствора дигидротахистерола по 0,05-, 1 мг/сутки (1-2 капли 2 раза). Кальциевую терапию и ограничение коровьего молока необходимо продолжать до полного исчезновения симптомов скрытой спазмофилии.

## Заключение

Неспецифическая профилактика рахита в антенатальном периоде должна проводиться всем беременным. Она состоит в следующем:

1. Режим дня с достаточным пребыванием на свежем воздухе в дневное время и достаточная двигательная активность.

2. Сбалансированная диета, содержащая соли Са и фосфора в соотношении 2:1 и достаточное количество других микроэлементов, витаминов, полноценного белка и т.д.

3. Предупреждение и своевременное лечение заболеваний, протекающих с ацидозом, а также токсикозов и невынашивания. Специфическая профилактика проводится только в два последних месяца беременности и то, если они попадают на осенне - зимнее время.

Неспецифическая профилактика включает тщательный уход за ребенком, соблюдение режима, достаточное пребывание на свежем воздухе и воздушные ванны летом в тени деревьев. Ежедневный массаж и гимнастика, длительностью процедур 30-40 минут в сутки. Огромную роль играет естественное вскармливание со своевременной его коррекцией, а также использование нитратной смеси с курсом 10-12 дней.

Специфическая профилактика проводится здоровым детям первого года жизни, особенно при наличии дополнительных факторов риска, начиная с 1 - 1 1/2 месяцев. Исключаются летние месяцы. Проводится два курса облучения УФ-лучами (осенью и зимой) по 10 - 15 сеансов. Между курсами облучения назначают рыбий жир по .1 чайной ложке 1 раз в сутки (300 МЕ витамина Д). Можно давать, масляный раствор витамина Д3 или Д2 по 1 капле (500 МЕ) 1 раз в сутки, либо) через сутки. Категорически противопоказано одновременное применение УФО и витамина Д или сочетание двух его препаратов.

## Литература

1. Галактионова М.Ю., Денисенко Н.Ф Неотложная помощь детям на догоспитальном этапе.- Методическое пособие для врачей медицинских учреждений города. - Красноярск, 2001.- 42 с.
2. Детские болезни. Учебник / Под ред. Н.П. Шабалова. СПб.: Сотис, 1993. – 567 с.
3. Профилактика детских болезней: Практикум / Под ред. В.В. Юрьева. – СПб: Питер, 2003. – 252 с.
4. Справочник участкового педиатра / Под ред. проф. И.Н.Усова. – Мн.: Беларусь, 1991- 128с.
5. Тульчинская В.Д. Сестринское дело в педиатрии– Ростов н/Д : Феникс, 2007 – 78с.Детские болезни. Учебник / Под ред. Н.П. Шабалова. СПб.: Сотис, 1993. – 567 с.



## Рецензия на реферат

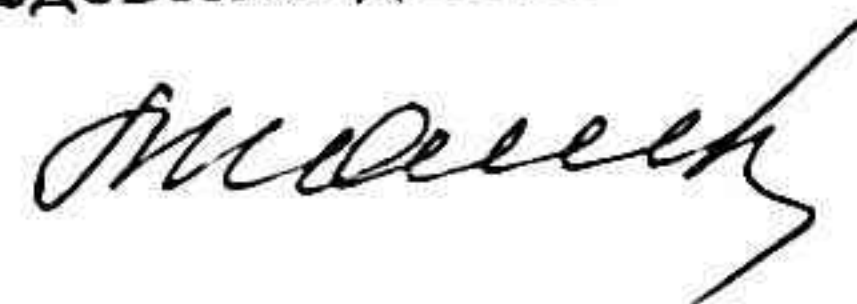
Саликовой Айсун Валехкыхы

«Рахит. Спазмофилии»

Рахит является одним из распространенных заболеваний у детей раннего возраста. Он может приводить к повышенной общей заболеваемости, снижению сопротивляемости организма ребенка, задержки его физического и нервно-психического развития. У детей, больных рахитом, чаще возникают болезни органов дыхания, нарушается деятельность сердечно-сосудистой системы, формируются различные деформации скелета. Поэтому профилактика и лечение рахита занимают важное место в комплексе мероприятий по укреплению здоровья детей, снижению смертности младенцев и детской заболеваемости. Особое внимание уделяется в докладе методам профилактики рахита, приводящим к снижению детской заболеваемости. Ординатор последовательно и доходчиво излагает теоретический материал. В тексте используются схемы, облегчающие понимание излагаемого материала. Оценивая представленную работу, можно отметить тот факт, что есть стремление максимально подробно разобраться и изложить изучаемый теоретический материал. Данная тема является актуальной, содержит научную и практическую значимость и может быть использована в качестве ознакомительного материала для врачей-педиатров и родителей.

Рекомендуемая оценка реферата Саликовой А.В. – 5 (отлично).

Заведующая кафедрой поликлинической педиатрии и пропедевтике детских болезней с курсом ПО дмн, доцент Галактионова М.Ю.



03.11.2016 года