**4. Анамнез жизни:**

Родилась от 1-ой беременности, первых родов; роды в срок (40 нед.), протекали без особенностей. Вес при рождении 3100 гр.; закричала сразу, к груди приложена в 1-е сутки, выписана на 4-е сутки.

**Профилактические прививки:**

 БЦЖ – 9.02.2001г.

 Реакция манту – 26. 10. 2002г. *отр.лен*

 АКДС – 6. 05. 2001г.

 6. 06. 2001г.

 6. 07. 2001г.

 7. 08. 2002г.

 Корь – 15. 02. 2002г.

**Перенесенные заболевания:**

ОРВи – 2-3 раза в год.

**Аллергологический анамнез:** не отягощен

**Наследственность и семейный анамнез:** не отягощены

**Материально-бытовые условия:** удовлетворительны

**5. Эпидемиологический анамнез:**

Туберкулез, венерические заболевания, гепатит отрицает; жидкого стула в последние 3 недели не было, в контакт с инфекционными больными за последние 6 месяцев не вступала.

**Вывод по анамнезу жизни** **и эпидемиологическому анамнезу:**

Эпид. анамнез не отягощен. В анамнезе жизни отмечаются частые ОРВи.

**6. Данные объективного исследования:**

**Общее состояние:** средней степени тяжести; самочувствие больной удовлетворительное; контакт с окружающими соответственно возрасту; сознание ясное; положение – активное; настроение спокойное; сон не нарушен; аппетит снижен.

**Антропометрические показатели:**

- масса 17 кг.

- длина тела 100 см.

- окружность головы 49 см.

- окружность грудной клетки 54 см.

* Индекс Эрисмана = Окр. гр. – 1/2 роста (54-100/2) = 54-50 = +4 (физическое развитие пропорционально)

**Оценка поцентильным таблицам**:

Длина тела (100 см.) – область “средних величин”

Масса тела (17 кг.) – область “ средних величин”

Окружность грудной клетки(54см) – область “средних величин”

**Вывод:** т.к. разница между коридорами не более 1 колонки, то физическое развитие ребенка пропорционально, ребенок не отстает в физическом развитии.

• Массо – ростовой индекс Вервена:

 длина тела (см.)  =  100 = 1,14

2\*m тела (кг.) + окр. гр. (см.) 2\*17+54

N = 0,85-1,25; развитие ребенка гармоничное.

* Индекс Кетле:

 ИК = m тела (кг.) = 17 = 17; соответственно к центельным таблицам от-

 (длина тела (м.))2 1 -носится к области «средних величин»

**Вывод:**

Развитие ребенка гармоничное. Ребенок не отстаёт в физическом развитии.

**Кожа:**

Физиологической окраски, чистая, без высыпаний, нормальной эластичности, влажности, тургор сохранен.

**Слизистые оболочки:**

Бледно-розового цвета, чистые, отделяемого и налётов нет.

**Подкожно – жировой слой:**

Развит умеренно, равномерно. Выражена отечность лица, рук, передней брюшной стенки, голеней.

**Мышечная система:**

Мышцы конечностей и туловища развиты удовлетворительно, тонус и силы снижены, болезненности нет. Парезов и параличей не обнаружено.

**Костная система:**

Сформировано правильно; деформаций черепа, грудной клетки, таза и трубчатых костей нет; пальпация и перкуссия костей безболезненна. Суставы не увеличены, не имеют ограничений пассивных и активных движений, болезненности при движениях, хруста, изменений конфигурации, гиперемии и отечности близлежащих мягких тканей нет.

**Лимфатическая система:**

Пальпируются единичные шейные узлы до 4 мм. в диаметре – безболезненные, эластичные, подвижные. Другие л/у не пальпируются.

**Система органов дыхания:**

Дыхание свободное через нос; частота дыхательных движений = 25 в′; дыхание ритмичное; тип дыхания – смешанный; голос сохранен; кашель, одышка не выявляются; грудная клетка обычной формы, нормостеничной конфигурации, симметричная, межреберные промежутки обычной ширины и расположения; искривлений позвоночника нет; обе половины грудной клетки симметрично участвуют в акте дыхания. При пальпации грудная клетка безболезненна, голосовое дрожание ощущается с одинаковой силой в симметричных участках.

Топографическая перкуссия: верхняя граница легких не определяется (верхушки легких не выходят за ключицу);

 **Правое** **Левое**

нижние границы по СКЛ - IV ребро отходит от грудины на

 уровне IV ребра вниз

средняя подмышечная VIII ребро IX ребро

 линия

лопаточная линия IX-X ребра X ребро

паравртебральная на уровне остистого отростка XI грудного

 линия позвонка

При **сравнительной перкуссии** над передними, боковыми и задними отделами легких в симметричных участках отмечается ясный легочный звук.

При **аускультации** над симметричными участками выслушивается везикулярное дыхание, проводится во все отделы; хрипов не выявлено; шум, трение плевры отсутствует. Бронхофония симметрична.

**Система органов пищеварения:**

Осмотр ротовой полости: слизистая бледно-розовая, влажная, чистая; зев и язык чистые, налеты не выявляются; зубы молочные в количестве 20 зубов; живот округлой формы, нормальной величины; участвует в акте дыхания; расширение вен передней брюшной стенки, расхождение прямых мышц живота не выявляется.

При перкуссии живота патологических симптомов нет; перкуссия печени по Курлову: 9-7—6 см.; перкуссия селезёнки не определяется.

При поверхностной пальпации живота: живот мягкий, безболезненный, локальное напряжение не выявлено; при ориентировочной пальпации – грыжевых выпячиваний в области пупка, паховых областях, в области белой линии нет.

Глубокая методическая пальпация по Образцову – Стражеско: пальпируется сигмовидная кишка, d=0,5 см., в виде мягкого, эластического цилиндра, подвижного и безболезненного при пальпации.

Пальпация печени: при глубокой пальпации на вдохе край печени выходит из подреберной дуги на 2 см. по правой средне-ключичной линии; нижний край закругленный, плотный, безболезненный, поверхность гладкая. Селезёнка, мезентеральные лимфатические узлы, поджелудочная железа при пальпации не определяются. Аускультативно: перистальтика удовлетворительная. Состояние ануса – соответственно норме. Испражнения – стул оформленный, коричневого цвета, запах каловый, не резкий; патологических примесей нет.

**Система органов кровообращения:**

Внешний осмотр и пальпация: область сердца без патологии, сердечный горб отсутствует; пульсация сонных артерий, набухание и пульсация шейных вен, венозной сети и пульсация в области эпигастрии не выявляются. Верхушечный толчок пальпируется в V-ом межреберье по сосковой линии, локализованный, умеренной силы и высоты, не резистентны. Пульс определяется на лучевых артериях с частотой 100 ударов в мин., ритмичный, синхронный, удовлетворительного наполнения и напряжения.

При перкуссии границы относительной сердечной тупости: правая граница на середине между окологрудинной линии и правым краем грудины; верхняя граница – II – е межреберье; левая – 1 см. к наружи от средино-ключичной линии.

Границы абсолютной сердечной тупости: правая – левая стернальная линия; верхняя – III – е ребро; левая – левая СКЛ.

Аускультация: тоны сердца ритмичные, приглушены, шумы не определяются; шум трения перикарда не выявляется.

А/Д = 95/60 мм. рт. ст. на правой и левой руках.

**Система почек и МВП:**

При осмотре область почек не изменена; отмечается пастозность голени.

При пальпации: почки в положении стоя и лежа не определяются. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Мочевой пузырь не определяется. Частота мочеиспусканий адекватна выпитой жидкости; мочеиспускание безболезненно. Моча соломенно-жёлтого цвета, прозрачная, без слизи и осадка; пенистая.

**Нервная система:**

Менингиальные симптомы отсутствуют; патологические рефлексы не определяются.

**Эндокринная система:**

Отставание ребенка в росто-весовых показателях от должного в 4-х летнем возрасте не наблюдается. Щитовидная железа не пальпируется, без болезненна, глазные симптомы отрицательны.

**7. Предварительный диагноз:**

Первичный хронический гломерулонефрит, нефротическая форма, период развернутых проявлений. Поставлен на основании жалоб: на отеки утром, преимущественно лица, рук, живота, голеней; повышение температуры до 37’4 ˚С, потеря аппетита; данных ОАК от 3.10.05г. – лейкоцитоз до 11,9\*109/л; СОЭ до 40 мм/ч; ОАМ от 3.10.05г.: *Le –* 8-10; Er – 1-2 в поле зрения, белок- 10г/л; данных анамнеза: 3. 10. 05г. госпитализирована в экстренном порядке в ЦРБ по месту жительства с диагнозом: острый гломерулонефрит; получала цефабол, супрастин; данных осмотра: отеки лица, рук, ног, живота; пальпации:нижний край печени виступает на 2см из под реберной дуги.

**8. План дополнительного обследования больного:**

ОАК; ОАМ; кал на копролгию; ЭКГ; БАК (АЛТ,АСТ, билирубин, общий белок, креатинин; К+, Na+ , мочевина, альбумин, Ca 2+,фосфор, шелочная фосфотаза, фибриноген ); УЗИ брюшной полости; почки с доплером мочевого пузыря.

**9. Данные дополнительных методов обследования:**

4.10.05г. ОАК: Hb- 135г/л

 Er-4,1\*1012г/л

 Цп- 0,86

 Tr- 246

 Le- 8,7\*109 г/л(сегменты-49

 эозинофилы- 8, базофилы-0,лимфоциты-38,моноциты-5)

 СОЕ- 25 мм/ч

Заключение: СОЕ ускоренное до 25мм/ч; лейкоцитоз

4.10.05г. ОАМ: кол-во- 70мл

 цвет- соломенно- желтый

 р-ция- кислая

 прозрачность- прозрачная

 белок- 10г/л

 Le-1-2-3

 Er-2-2-3

 эпителий плоский- 0-1-0

 оксалаты- + + +

Заключение: протеинурия,гематурия,оксалатурия

4.10.05г. БАК: альбумин- 19,4г/л(38-54)

 кальций- 1,98млмоль/л(2,5-2,87)

 креатинин- 47,3мкмоль/л(53-97)

 АСТ- 23,5 (0-37)

 АЛТ-15,2(0-40)

 фосфор- 1,51млмоль/л(0,87-1,45)

 общий белок-50,8г/л(62-82)

 щелочная фосфатаза- 272 (98-270)

 биллирубин- 3мкмоль/л(0-17)

мочевина- 4,8ммоль/л(1,7-8,3)

 фибриноген- 5,7г/л (1,8-3,5)

Заключение: гипоальбуминэмия, гипокальцемия,гиперфосфорэмия,гипопротеинэмия,увеличение щелочной фосфатазы,гиперфибриногенемия.

5.10.05г

 ЭКГ: ЧСС-80уд.**`**

 ритм синусовый

 ЭОС нормальное

 преоблодание потенциалов желудочков.

7.10.05г.

 УЗИ брюшной полости:

 Поджелудочная железа не увеличена, паренхима не изменена; желчный пузырь обычной формы, стенка не изменена; содержимое гомогенное;

Печень +2см из под реберной дуги выступает по правой с.к.л., повышенной эхогенности; мочевой пузырь перерастянут мочой; содержимое гипоэхогенное в большом количестве.

Селезенка 67\*20 ; левая почка- 57\*25; левая почечная артерия- YR-0,60;VC- 59;Vg- 22; правая почка – 61\*18; YR-0,65; VC-60; Vg-23.

Доплеровские показатели в норме.

Паренхима обоих почек уплотнена, смазана.

 Заключение: жидкости в б/п не обнаружено; предположительно отек внутренних органов.

**10. Консультации смежных специалистов:**

Не проводились.

**11. Дифференциальный диагноз:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Признаки  | Гломерулонефрит  | Пиелонефрит | Интерстициальныйнефрит | У больного  |
| Начало заболевания | через 2-3 недели после ангины, скарлатины, ОРЗ. | на фоне острых бактериальных и вирусных инфекций | на фоне поражения почек и воздействия неинфекционных факторов  | первый эпизод болезни после перенесенного ОРЗ |
| Дизурия | не характерна | характерна | не характерна | нет |
| Боли в пояснице | у 25-30% больных | у большинства больных | у большинства больных | нет |
| Темпер. тела | N или субфебрильная | фебрильная или субфебрильная | N или повышенная | N |
| Мочевой синдром: ОАМ | гематурия; протеиноурия; цилиндроурия; | лейкоцитурия; бактериурия; | гематурия; протеиноурия; | протеиноурия; гематурия; |
| Диурез | N или олигурия; | N или полеурия; | олигурия или полиурия; | N |
| Относительная ρ | N или ↑ | N или ↓ | ↓ | 1035 ( ↑ ) |
| Посев мочи | всегда стерильно | 85% - положительный высев | стерильно | не проводился |
| Креатинин, мочевина крови | ↑ | N | ↑ | N |
| Отёки | характерны | отсутствуют | у большинства больных отеков не бывает | на лице; руках; животе; голени; |
| Гипертензия | у большинства больных | не характерна | да | нет |
| Морфологическое изменение почек | поражение капилляров клубочков, пролиферация клеток капсулы клубочка | преимущественно поражение интерстициальной ткани почек | поражение тубулоинтерстициальной ткани | не проводилось |

**Заключение:** Таким образом, исходя из данных лабораторного обследования ;

отечного синдрома; соответствующего анамнеза можно сделать вывод, что у больного

DS: Первичнохронический гломерулонефрит, нефротическая форма, период развернутых клинических проявлений.

**12. Клинический диагноз с обоснованием:**

DS: Первичнохронический гломерулонефрит; нефротическая форма, период клиниеских проявлений.

 поставлен на основании:

- жалоб: на отечность лица, рук, ног, живота, преимущественно по утрам; повышение температуры тела до 37,4, плохой аппетит, плаксивость.

- данных анамнеза: впервые была экстренно госпитализирована 3.10.05г.в ЦРБ по м/ж, где в результате обследования:ОАК от 3.10.05-лейкоцитоз до 11,9\*109/л; СОЕ до 40мм/ч; ОАМ от 3.10.05г.: Le- 8-10;Er- 1-2 в поле зрения;белок-10г/л; был поставлен DS: Острый гломерулонефрит. С целью дальнейшего обследования, подтверждения диагноза и соответствующего лечения направлена 4.10.05г. в ОДБ.

- данных объективного осмотра: отеки лица, живота, рук и ног;

пальпации: нижняя граница печени выступает на 2см из под реберной дуги.

- лабораторных исследований:

ОАМ: протеинурия-10г/л; Er-2-2-3;оксалурия- + + +

ОАК: СОЕ-25мм/ч, лейкоцитоз

БАК: гипоальбуминемия(19,4 г/л)

 гипокальцемия(1,98 млмоль/л)

 гипопротеинэмия(50,8 г/л)

 гиперфосфорэмия(1,51млмоль/л)

 повышение щелочной фосфотазы (272)

 гиперфибриногенэмия 5,7г/л

УЗИ б/п: печень +2см, повишенной эхогенности; паренхима обеих

почек уплотнена, смазанна.

Клинические диагноз:

*основное заболевание-* Первичнохронический гломерулонефрит, нефотическая форма, период развернутых клинических проявлений.

*осложнения: -*

*сопутствующие заболевания: -*

**13.Этиология и патогенез:**

Хронический гломерулонефрит как правило является первичнохронической болезнью, заболеванием с наследственной предрасположенностью.

Тригерные факторы:

- нерациональная лекарственная терапия( нефротоксические медикаменты)

- хронические очаги инфекции

- персистирующие вирусные инфекции (гепатит В; ЦМВ; парагрипп)

- чрезмерные антигенные нагрузки(сочетанные и рецедивирующие инфекции, повторные введения иммуноглобулинов; нерациональное проведение иммунизации)

 В основе заболевания лежит иммунопатологический процесс,обусловленный:

- поступлением почечных антигенов в кровоток при нестабильности мембран нефрона, повреждением гистогематического барьера разными факторами (лекарства, токсины, вирусы), при дисплазиях почек. Следствием этого является выработка антител, цитотоксических лимфоцитов, образование иммунных комплексов, активация системы комплимента, повреждающих клубочки и базальную мембрану канальцев.

- расстройствами иммунологической реактивности, при которой возможен аутоиммунный процесс к неповрежденной ткани почек (при системных болезнях).

**14.Лечение больного:**

1. Стол № 7a(c 4.10.05 по 12.10.05г.)(ограничение жидкости,соленной пищи;назначается в остром периоде)

Стол № 7b( с 12.10.05)(ограничение соли и воды; назначается в период ремиссии-пожизненно)

1. Режим для снятия острых явлений-постельный(в течении 5-7 дней), в последующем- палатный(на оставшийся период пребывания в ОДБ)
2. Гормональная терапия:

ГКС оказывают противовоспалительное, десенсебилизирующее действие;обладают иммунодипрессивным,противошоковым и антитоксическим действием, обладают противоотечной активностью, тормозят развитие соединительной ткани.*Tab.Prednizoloni 0,005(8:00-3таб.,11:00-2таб.,13:00-1таб.)*

с 4.10.05г. под контролем картины крови; биохимических показателей на период от2х до 6 месяцев, с постепненной отменой.

Антиагреганты:

Курантил(Дипиридамол)обладает коронарорасширяющим действием, увеличивает объемную скорость кровотока, улучшает снабжение миокарда кислородом; уменшает общее переферическое сопротивление; снижает системное арт.давление.

*Tab.Curantili 0,0025(по ½ таб.* *4 раза в день за 1час до еды. На срок 10-14дней под контролем коагулограммы крови);*

Антикоагулянты:

Гепарин-оказывает антитромботическое действие, которое связано с прямым влиянием на систему свертывания крови;уменьшает агрегацию тромбоцитов,

стимулирует коллатеральное кровообращение ,оказывает спазмолитическое действие.*Sol.Heparini-п/к живота по 300тыс.ЕД 3раза в день на срок до 2х недель(с 4.10.05г.) под контролем коагулограммы*

Средства, действующие на сердечно-сосудистую систему:

Трентал является блокатором аденозиновых рецепторов и ингибитором фосфодиэстеразы. Улучшает МЦР и реалогические свойства крови: уменьшает агрегацию тромбоцитов, повышает деформацию эритроцитов, снижает вязкость крови, оказывает сосудо-расширяющее действие и улучшает снабжение тканей кислородом.*Sol.Trentali 2% раствор, по 2мл предварительно развести в 200,0 0,9% раствора NaCl и вводить ежедневно капельно( с 12.10.05 по 16.10.05г. )*.

Диуретики:

Фуросимид угнетает реабсорбцию ионов *Na* и *Cl* в проксимальных и дистальных извитых канальцах, а также в области восхдящего отдела петли Генле. Угнетается реабсорбция калия.Оказывает выраженный мочегонный эффект.*Sol.Furjsemidi 1% раствор по 1мл. в/в стр.,предварительно развести в 5 мл. 5% глюкозы.(с 4.10.05по12.10.05 утром); (с 12.10.05 по 20.10.05 после системы).*

Препараты калия:

Аспаркам (калия и магния аспаргинат) является переносчиком ионов калия и магния, способствует их проникновению во внутриклеточное пространство; поступая в клетки аспаргинат включается в процессы метаболизма. Назначается с целью коррекции гипокалиэмиии, вызванной применением салуретиков (Lasix).

*Tab. Asparcami 0,5;по 1 таблетке 3 раза в день после еды( с 4.10.05 по* *20.10.05- до отмены фуросемида).*

Препараты, стимулирующие метаболические процессы:

Рибоксин является производным пурина, является предшественником АТФ, проникает в клетки и повышает энергетический баланс миокарда; повышает активность ферментов Цикла Кребса. Обладает анаболическим действием.

*Sol.Riboxini 2%-2мл. развести в 5 мл. 5% Глюкозы и вводить в/в стр( с 14.10.05. по 20.10.05г.)*

**15. Дневник наблюдений.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  8.10.05г.t-36,7˚CЧД-25/минЧСС-88уд./минАД-90/60ммHgВ ОАК: ↑СОЭ(18мм/ч)ОАМ: протеинурия-10 г/локсалурияБАК: гипоальбумин-, гипопротеин-, гипокальци-, гиперфосфор-, гиперфибрингенемия.12.10.05г.t-36,6˚СЧД-22 / минЧСС-96уд/минАД-90/60ммHg  | Общее состояние сред. ст.тяжести;сознание ясное, положение активное,реагирует на осмотр. Жалобы на отеки.Кожные покровы бледные, чистые; отмечается отечность лица и пастозность нижних конечностей. Видимые слизис-тые чистые розовые. Костно-мышечная система без видимой патологии. Периферические лимфа-узлы пальпируются,единичные шейные л/у мягкоэластичной констистенции, б/б, неспаянные с окружающей тканью. Дыхание свободное ч/з нос. легкихдыхание везикулярное, хрипов нет; тоны сердца приглушены, ритм правильный.Язык чистый,влажный. Живот округлой формы, при пальпации мягкий, б/б; печень+1,0 см из под края реберной дуги. Селезенка не увеличена. Стул оформленный, регулярный; Область почек без видимой деформации; симптомпокалачивания отрицательный с обеих сторон; мочеиспускание свободное, б/б,учащенное, небольшими порциями~50,0мл.Общее состояние средней степени тяжести, сознание ясное, положение активное, ребенок адекватно реагирует наосмотр. Кожа и видимые слизистые чистые, обычной окраски. Жалоб не предъявляет. Отмечается пастозность области голеностопных суставов. Видимые слизистые чистые розового цвета. Костно-мышечная система без видимой патологии. Периферические л/упальпируются шейные-единичые, d-0,5см; эластической констинстенции, б/б;не спаянные с окружающей тканью.Дыхание свободное,ч/з нос. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет; тоны сердца приглушены, ритмичные, ясные.Язык чистый, влажный. Живот округлой формы, участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, б/б; печень+1см из под реберной дуги. Селезенка-N;стул оформленный, регулярный. Область почек без видимой патологии; симптом покалачивания отрицательный с обеих сторон; мочеиспускание свободное,б/б, учащенное, небольшими порциями ~50,0мл.   | Стол №7аПреднизалон 0,0058.00-3 таб.11.00-2 таб.13.00-1 таб.Курантил 0,025По ½ таб.4раза в день.Фуросемид 1%-2мл по 1 мл в/в стр. утром; на 5мл 5% глюкозы)Аспаркам 0,5 по 1 таб. 3 раза в день.Добавить к лечению физ. раствор200,0+ Трентал 2,0 в/в капель(N5)Гепарин по 300 тыс.п/к живота 3 раза в деньРибоксин 2%-5мл в/в струйно на 20 мл 5% глюкозы.Состояние ребенка стабильное; динамика положительная;Уменьшились отеки на ногах;Исчезли отеки на лице; аппетит улучшился.Исчезла бледность кожи. Ребенок активный. |

**17.Прогноз.**

Хронический гломерулонефрит-заболевание с неуклонным прогрессированием, постепенно приводящее к склерозированию почечной ткани. В случае своевременного лечения,следованию рекомендациям врача, ведение здорового образа жизни- блгоприятный.

**18.Эпикриз.**

17.10.05г. Этапный эпикриз.

Ребенок ФИО , 4 года, находится на лечении 11-е сутки с DS: Первичнохронический гломерулонефрит, нефротическая форма, период развернутых клинических проявлений.

При поступлении отмечались отеки лица, живота, верхних и нижних конечностей; в ОАМ-протеинурия, оксалурия; в БАК-гипоальбуминэмия, гипокальциемия, гипопротеиномия, гиперфосфоремия; увеличение щелочной фосфотазы; в ОАК: СОЭ-40мм/час; гиперфибриногенэмия; УЗИ б/п:печень+2см, паренхима почек уплотнена, смазана.

В лечении получала: преднизолон 2mg/кг(30mg-6 таб.)

 аспаркам 0,5(по 1 т. 3 раза в день)

 курантил 0,025(по 1/2т. 4 раза в день)

 гепарин, фуросемид, трентал(N 5);

 рибоксин(парентерально).

На фоне лечения отмечается положительная динамика в виде исчезновения отеков(сохраняются по утрам на веках). В ОАМ от 14.10.05г. протеинурия 8,0г/л;

 в ОАК от 14.10.05г. СОЭ-25мм/г.

В плане обследования контроль показателей биохимии крови, коагулограммы; изменений в моче. Лечение продолжать.

**19. Используемая литература.**

1. Л. А. Исаева “Детские болезни”; Москва, “Медицина” 1997г.
2. Н. П. Шабалов “Педиатрия”; Санкт-Петербург, “СпецЛит” 2005г.

Т. И. Капитан, УГУ 2003г.

1. “Пропедевтика детского возраста”, Москва, “Медпресс-информ”

2004г.

1. А. И. Кусельман, Р.Ш. Азизова, И. Е.Белокриницкая “Пропедевтика детского

возраста”; Ульяновск