

**Кафедра перинатологии, акушерства и гинекологии лечебного
факультета**

***ТЕМА: Национальный проект
«Здоровье». Роль первичного звена в
организации акушерско-
гинекологической помощи.***

**Лекция № 18 для студентов 4 курса, обучающихся по
специальности 060101 – Лечебное дело (очная форма
обучения)**

к.м.н., доцент А.В. Даценко

Красноярск, 2012

План лекции:

- Актуальность темы
- Оказание акушерско-гинекологической помощи беременным и родильницам в свете национального проекта «Здоровье»
- Реализация национального проекта «Здоровье» в Красноярском Крае
- Задачи работы врача женской консультации
- Рекомендации по питанию беременных
- Унифицированный план ведения беременности
- Группы риска по течению беременности
- Группы диспансерного учета
- Ведение послеродового периода
- Реабилитация
- Вторичная профилактика
- Выводы

Цель проекта



**Улучшить здоровье женщин
и младенцев за счет внедрения
международных стандартов оказания
помощи в практику здравоохранения**

Раздел I



ANNE GEDDES®

www.annegeddes.com

В связи со сложившейся демографической ситуацией в России: низкая рождаемость, высокая частота аборт, высокие показатели младенческой и материнской смертности, правительство РФ подготовило и утвердило ряд законопроектов. В том числе и национальный проект «Здоровье»



Национальный проект «Здоровье»

- Для улучшения качества оказания акушерско-гинекологической помощи беременным и родильницам особое внимание уделяется первичному звену- женским консультациям, где проводится обследование беременных согласно- унифицированному плану. С этой целью женские консультации оснащаются современной диагностической аппаратурой, созданием и укрупнением диагностических центров, для проведения гормонального, ультразвукового скрининга и генетического обследования.
- Введены родовые сертификаты. За каждым родовым сертификатом стоит конкретная сумма, которая выплачивается из региональных отделений Фонда социального страхования, следовательно, учреждения заинтересованы в каждой конкретной пациентке.
- Стоимость родового сертификата составляет 11 тыс. рублей, из них 4 тыс. рублей на введение в женской консультации и 7 тыс. рублей – за ведение родов. Из них в женской консультации 1 тыс. рублей должна быть израсходована на обеспечение женщин витаминами, микроэлементами и железосодержащими препаратами.
- В родильном доме- 1 тыс. рублей предусмотрена для резервирования в премиальный фонд для медицинских работников, и будет выдаваться в тех случаях если не будет тяжелых осложнений в родах, в послеродовом периоде как со стороны матери, так и со стороны плода.
- В родовом сертификате имеется еще один талон для детских поликлиник стоимостью в 1 тыс. рублей, который будет оплачен в том случае, если качественно наблюдался ребенок до 1 года жизни врачами поликлиники.
- Сертификат в женской консультации оплачивается при наблюдении за женщиной не менее 12 недель, в более поздние сроки посещения женщина может выписать сертификат для поступления в родильный дом.
- Сертификаты выписываются только женской консультацией.
- Женщина, наблюдающаяся в частных клиниках сертификат не получает.
- Оказание помощи в родильном доме проводится без оплаты ее родов страховыми компаниями. Необходимое лечение оплачивается самой женщиной.

Для снижения младенческой смертности в РФ в рамках национального проекта «здоровье» будет проводиться работа по улучшению качества ведения беременности и родов, материально-технической базы службы родовспоможения, ранее выявление врожденных и наследственных заболеваний. Во многие регионы будет поставлено медицинское оборудование, появятся лаборатории по неонатальному скринингу.



В целях усиления материальной поддержки семьи в связи с рождением и воспитанием детей разработан федеральный закон «О государственных пособиях гражданам, имеющим детей». Так, с 1 января 2007 года повышены пособия на период отпуска по уходу за ребенком. Единовременное пособие увеличено с 6 тыс. до 8 тыс. рублей и ежемесячного пособия с на период отпуска по уходу за ребенком до достижения им возраста до 1,5 лет с 500 рублей до 700 рублей.

В 2007 году будет реализован широкомасштабный комплекс мер, который включает:

- повышение размера ежемесячного пособия по уходу за ребенком до 1,5 лет до 40% заработка лица, осуществляющего уход за ребенком, распространение права на получения пособия на незанятых женщин (не работающих, не учащихся и не служащих) и установление его в размере 1500 рублей при уходе за первым ребенком и 3000 рублей при уходе за вторым и последующими детьми;**
- поддержку по оплате услуг дошкольных учреждений для детей, а также обеспечение доступности детских садов;**
- усиление охраны здоровья матери и ребенка, в том числе в рамках дальнейшего развития национального проекта «Здоровье»**
- после рождения второго ребенка женщине выплачивается 250.000 которые переводятся на счет, которые могут быть использованы для оплаты обучения или приобретения жилья по достижению 18 летнего возраста, или через 3 года в 2010 году. Женщина может использовать деньги для санаторно-курортного лечения ребенка и т. далее.**

В Красноярском крае:

- Закон «о социальной поддержке семей, имеющих детей», согласно которому малоимущим многодетным семьям и семьям, в которых дети инвалиды, из краевого бюджета будет ежемесячно выплачиваться 70 рублей, на проезд детей школьного возраста. Ежегодно таким семьям будет выдано по 1 тыс. рублей ежегодно, перед началом учебного года.
- Выплата 35 тыс. рублей на каждого ребенка родителям, в чьей семье, с 1 января 2007 г. родятся двойняшки, тройняшки.
- Ежемесячное пособие на ребенка в Крае с 1 .01.07 базовый размер составит 120 рублей, с учетом районного коэффициента составит 156 рублей. У детей родители, которых инвалиды составит 312 рублей.
- Краевая целевая программа «Дети» должна решить проблему нехватки детских садов. Если ребенок не может попасть в садик из-за отсутствия мест, выплачивается пособие в 3000 рублей. Нужно чтобы ребенок стоял на очереди в дошкольное учреждение.

КОНСУЛЬТАЦИИ:

Проявить максимальную эффективность при определении срока дородового и выдаче послеродового отпусков. Первый осмотр женщины в консультации должны проводить два врача для более квалифицированного заключения о сроке беременности. Если женщина согласна с установленным сроком, следует зарегистрировать это в карте наблюдения беременной. При возникновении разногласий необходимо немедленно определить срок беременности, используя все имеющиеся методы.



При первом влагалищном исследовании:

Которое проводят два врача, помимо определения величины матки, необходимо установить наличие экзостозов в малом тазу, состояние тканей, наличие аномалий развития половых органов. Кроме того, измеряют высоту стояния лона (4 см), так как при наличии высокого лобкового симфиза и наклонном его положении к плоскости входа емкость таза уменьшается.

Литература

Основная:

1. Савельева г.М. Акушерство: Учебник для мед. вузов, 2007
2. Айламазян, Э. К.. - Акушерство: Учебник для мед. вузов / авт. текста Э. К. Айламазян . - 5-е изд., доп.. - Санкт-Петербург : Спец.лит., 2005. - 527 с. : ил., твердый (Учебник для медицинских вузов)

Дополнительная

1. АЛГОРИТМЫ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ ПО ОБЩЕЙ И ЧАСТНОЙ ХИРУРГИИ, ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ, ОФТАЛЬМОЛОГИИ, НЕЙРОХИРУРГИИ, УРОЛОГИИ, ОНКОЛОГИИ, ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ, ТРАВМАТОЛОГИИ, ОРТОПЕДИИ, ВПХ, АКУШЕРСТВУ И ГИНЕКОЛОГИИ: УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ ДЛЯ СТУДЕНТОВ 4-6 КУРСОВ ПО СПЕЦ. 060101-ЛЕЧЕБНОЕ ДЕЛО / СОСТ. А.В. АНДРЕЙЧИКОВ И ДР. - КРАСНОЯРСК: КРАСГМА, 2010
2. ПРАКТИЧЕСКИЕ НАВЫКИ В АКУШЕРСТВЕ: УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ ДЛЯ ЛЕЧ. ФАКУЛЬТЕТА / РЕД. В.Б. ЦХАЙ. - КРАСНОЯРСК: КРАСГМА 2007
3. ЦХАЙ В.Б. ПЕРИНАТАЛЬНОЕ АКУШЕРСТВО: УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ. - РОСТОВ-Н-Д. ФЕНИКС, 2007
4. АКУШЕРСТВО. КУРС ЛЕКЦИЙ: УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ / ПОД РЕД. А.Н. СТРИЖАКОВА, А.И. ДАВЫДОВА. - М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2009
5. КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ. АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ / ПОД РЕД. Г.М. САВЕЛЬЕВОЙ И Г.Т. СУХИХ. - М.: ГЭОТАР-МЕДИА 2009
6. АКУШЕРСТВО. ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА. СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ РОДОВСПОМОЖЕНИЯ: МЕТОД. РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ СТУДЕНТОВ 4-6 КУРСОВ ЛЕЧ. ФАКУЛЬТЕТА / АВТ. ТЕКСТА В.Б. ЦХАЙ И ДР. - КРАСНОЯРСК: КРАСГМА, 2007
7. РУКОВОДСТВО ПО ОРГАНИЗАЦИИ И ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА / ПОД РЕД. Н.Н. ВОЛОДИНА, В.И. КУЛАКОВА, Р. А. ХАЛЬФИНА. - М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2007
8. НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ В АКУШЕРСТВЕ: УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ / Е.Н. КОПТИЛОВА И ДР. - Н.НОВГОРОД: ИЗД-ВО НИЖЕГОРОДСКОЙ ГОСМЕДАКАДЕМИИ, 2007
9. ОПЕРАТИВНОЕ АКУШЕРСТВО: УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ / ПОД РЕД. Т.Е. БЕЛОКРИНИЦКОЙ РОСТОВ-НА-ДОНУ: ФЕНИКС, 2007
10. АКУШЕРСТВО: НАЦИОНАЛЬНОЕ РУКОВОДСТВО / ПОД РЕД. Э.К. АЙЛАМАЗЯНА, В.И. КУЛАКОВА, В.Е. РАДЗИНСКОГО, Г.М. САВЕЛЬЕВОЙ. - М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2007
11. СИДЕЛЬНИКОВА В.М. ЭНДОКРИНОЛОГИЯ БЕРЕМЕННОСТИ В НОРМЕ И ПРИ ПАТОЛОГИИ. - М.: МЕДПРЕССИНФОРМ, 2009

ЭЛЕКТРОННЫЕ РЕСУРСЫ

1. ИБС КРАСГМУ
2. БД МЕДАРТ
3. БД МЕДИЦИНА
4. БД EBSCO

Дородовая госпитализация в срок, определенный совместно с врачом консультации и стационара – последняя, но очень важная задача женской консультации.

Своевременно госпитализировав беременную из групп среднего или высокого риска, врач женской консультации может считать свою задачу выполненной.



Питание в первой половине беременности:

Почти не отличается от рациона здорового человека. Общая энергетическая ценность пищи должна колебаться в зависимости от роста, массы и характера трудовой деятельности беременной. В первой половине беременности увеличение массы не должно превышать 2 кг, а при дефиците массы -3-4 кг. При ожирении беременная до 20 недель, должна сохранить свою прежнюю массу или же похудеть на 4-6 кг (при ожирении II-III степени).

Энергетическая ценность диеты для беременных до 16 нед., страдающих ожирением, не должна превышать 5024 кДж в сутки, а после 16 нед. – 6113 кДж. Однако, следует помнить, что полная женщина может похудеть за неделю не более чем на 1 кг, ибо чрезмерная потеря массы тела отрицательно скажется на состоянии ее здоровья.

Во второй половине беременности из рациона исключают мясные навары, острые и жаренные блюда, пряности, шоколад, пирожные, торты, уменьшают количество поваренной соли. После 20 недель беременности женщине ежедневно следует потреблять 120 г мяса и 100 г рыбы в отварном виде. При



Все виды продуктов нужно вносить в меню в определенной дозе. Прежде считалось, что молочные продукты, фрукты и ягоды можно есть без ограничений. Однако, излишек в рационе фруктов, особенно сладких, неминуемо приводит к развитию крупного плода в связи с большим количеством фруктового сахара, который накапливается в организме. В суточный рацион беременной должно обязательно входить подсолнечное масло (25-30 г), содержащее незаменимые ненасыщенные жирные кислоты (линолевую, линоленовую и арахидоновую). Рекомендуется ежедневно съедать до 500 г. овощей. Они малокалорийны, обеспечивают нормальную работу кишечника, содержат достаточное количество минеральных солей.

Рекомендуемые нормы увеличения массы тела во время беременности с учетом конституции женщины:

- При первой половине беременности для женщин с астеническим телосложением -10-14 кг., с нормальным 8-10 кг, при склонности к полноте 2-6 кг.
- При второй половине беременности – соответственно 8-10, 6-8 и 0-5 кг. (в зависимости от степени ожирения).
- В женской консультации на женщину заполняется гравидограмма.

С 36 недель беременности женщин из группы среднего и высокого риска повторно осматривает заведующий женской консультацией и заведующий акушерским отделением, в которое беременная госпитализирована до родов. Этот осмотр является важным моментом в ведении беременных из групп риска. В тех районах, где нет родильных отделений, беременных госпитализируют по графикам обл.-, горздравотделов для профилактического в определенные акушерские стационары.

Поскольку дородовая госпитализация для обследования и комплексной подготовки к родам для женщин из группы риска является обязательной, то срок госпитализации, предположительный план ведения последних недель беременности и родов должны выработываться совместно с акушерским отделением.

При взятии на учет женщины по беременности на женщину заполняется входной эпикриз (план ведения родов). После обследования женщины согласно унифицированному плану беременной.

Унифицированный план введения беременности

- Наблюдение в ж/к 1 раз в 2 недели до 30 недель, затем еженедельно.
- Полное лабораторное обследование с 1-й явки и в 30, 36 недель, трудоустройство с первой явки.
- Консультация специалистов и санация очагов инфекции. Консультация профильных специалистов по показаниям (генетика, кардиолога, эндокринолога).
- ЛОР, Окулиста, Терапевта, Стоматолога

- Гормональный скрининг с 16-19 недель.
- УЗ скрининг в 10-14 недель, 20-24 недели, 30-34 недели.
- Допплерометрия в 20-24 недели проводится всем пациенткам. В 34 недели по показаниям.
- КТГ проводится всем пациенткам с 30 недель. С 26 недели по показаниям.

- Контроль АД, веса, анализа мочи при каждом посещении женской консультации.
- Профилактика крупного плода (диета с ограничением сладкого, ЛФК, режим труда и отдыха).
- Профилактика мастита (подготовка сосков к кормлению ребенка). Осмотр молочных желез.
- Обследование на ЗППП.
- ФГ беременной и членов семьи.



Посещение занятий ППП

- С первой явки, в 20 недель, в 30-34 недели школы матерей.



Больные беременные женщины выполняют лечебную гимнастику дифференцированно, с учетом основного заболевания. Противопоказана физкультура при острых или часто обостряющихся и декомпенсированных соматических заболеваниях, привычных выкидышах в анамнезе и угрозе прерывания данной беременности.





При проведении занятий по определенным дням недели целесообразно формировать группы численностью 15-20 человек, желательно с одинаковым сроком беременности. В группе могут быть беременные, находящиеся под наблюдением как одного врача, так и нескольких. Заведующая консультацией организует занятия, учитывая особенности местных условий, осуществляет контроль над работой «Школы материнства» и связь с территориальным центром здоровья для получения методической помощи и печатных материалов.

Профилактика позднего гестоза

- Психо-эмоциональная проба с 1-й явки и в 30, 32 недели;
- Полноценное питание (диета, богатая белками и витаминами);
- Ограничение жидкости и соли;
- Своевременная диагностика гестозов (динамика АД, веса, анализа мочи, проба М - Олдрича);
- Обязательная госпитализация при выявлении гестоза;
- Метаболическая терапия в критические сроки.



Профилактика невынашивания

- Специализированный прием с первой явки;
- Проф. лечение в 12, 18, 32, 36 недель;
- Метаболическая терапия в критические сроки;
 - 1 курс (7-10 недель)- аскорутин 0,02*3 раза; гендевит 1 др.*3 раза; фолиевая кислота 0,005*3 раза.
 - 2-3 курсы по 10 дней- витамин «Е»*3 раза; глюконат кальция 0,5*3 раза; галаскорбин 0,5*3 раза; УФО, поливитамины.

! Госпитализация в критические сроки

Профилактика слабости, кровотечения

- Метаболическая терапия в критические сроки:

📌 Аскорутин 0,02 * 3 раза

📌 Глицерофосфат кальция 0,5 * 3 раза

📌 Метионин 0,5 * 3 раза

📌 Галаскорбин 0,5 * 3 раза



Профилактика перинатальной потери детей и ФПН

- **Метаболическая терапия в критические сроки: 8-12, 28-32 и 36 недель беременности**



После первой явки и полного обследования через 10 дней выставляется группа риска беременности:

- Низкая (0-5 баллов)
- Средняя (6-10 баллов)
- Высокая (свыше 10 баллов)

Группы риска:

- I группа риска по прерыванию беременности и преждевременным родам - 
- II группа по кровотечению в третьем периоде родов- 
- III группа риска по перинатальной потере детей- 
- IV группа риска по разрыву матки 
- V группа риска по слабости родовой деятельности- 

Группы диспансерного учета

- I группа диспансерного учета: соматически здоровые женщины без отягощенного акушерского анамнеза- 
- II группа диспансерного учета соматически здоровые с отягощенным акушерским анамнезом- 
- III группа диспансерного учета с экстрагенитальными и хроническими заболеваниями- 
- IV группа диспансерного учета женщины с осложнениями данной беременности- 

**В 20 недель
выдается
обменная карта**

**В 30 недель
дородовый отпуск
на 140 дней**



Всем женщинам группы риска проводится метаболическая терапия

I половина беременности:

- Бензотиамин 0,01 * 3 раза (ККБ 100 мг/в/м)
- Рибофлавин мононуклеатид 0,1 в/м* 1 раз
- Пантотенат кальция 1 т. * 3 раза или 20%-2,0 в/м
- Линолевая кислота 1 т.*3 раза или 0,5%-4,0 в\м
- Витамин «Е» 100мЕ* 3 раза или 1,0 в/м.

II половина беременности:

- Рибоксин 0,2* 3 раза
- Пиридоксин Фосфат 1 т.* 3 раза
- Фолиевая кислота 1 т. * 3 раза
- Оротат калия 1 т. * 3 раза
- Витамин «Е» 100 мЕ * 3 раза или 1,0 в/м
- ККБ 100мг в/м.



В послеродовом периоде в течение 1 недели женщина должна посетить врача женской консультации с обменной картой (с указанием диагноза, даты родов, веса новорожденного, состояния при выписке и рекомендации по грудному вскармливанию, и выпиской из родильного дома.)

Врач женской консультации после осмотра женщины должен рекомендовать посещение женской консультации через 2 месяца с учетом грудного вскармливания по показаниям и времени рекомендовать подбор контрацептивных препаратов.

Вторичная профилактика

- Профилактика начинается с момента рождения ребенка, продолжается в неонатальном периоде, подростковом, юношеском, детородном.
- Во время беременности, в родах и послеродовом периоде
- Обследование проводится в полном объеме с использованием современной аппаратуры для диагностики и лечения согласно Национальному проекту «Здоровье» с целью сохранения и улучшения детородной функции и рождения здорового потомства
- Профилактика включает так же борьбу с абортами (обучение методам контрацепции), мероприятия направленные на преодоление вредных привычек (алкоголь, табакокурение). Гигиена детей, подростков и беременных

**В женской консультации также
оказывается помощь
гинекологическим больным
согласно диспансерных групп**

Литература

Основная:

1. Савельева г.М. Акушерство: Акушерство: Учебник для мед. вузов, 2007
2. Айламазян, Э. К.. - Акушерство: Учебник для мед. вузов / авт. текста Э. К. Айламазян . - 5-е изд., доп.. - Санкт-Петербург : Спец.лит., 2005. - 527 с. : ил., твердый (Учебник для медицинских вузов)

Дополнительная

1. АЛГОРИТМЫ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ ПО ОБЩЕЙ И ЧАСТНОЙ ХИРУРГИИ, ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ, ОФТАЛЬМОЛОГИИ, НЕЙРОХИРУРГИИ, УРОЛОГИИ, ОНКОЛОГИИ, ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ, ТРАВМАТОЛОГИИ, ОРТОПЕДИИ, ВПХ, АКУШЕРСТВУ И ГИНЕКОЛОГИИ: УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ ДЛЯ СТУДЕНТОВ 4-6 КУРСОВ ПО СПЕЦ. 060101-ЛЕЧЕБНОЕ ДЕЛО / СОСТ. А.В. АНДРЕЙЧИКОВ И ДР. - КРАСНОЯРСК: КРАСГМА, 2010
2. ПРАКТИЧЕСКИЕ НАВЫКИ В АКУШЕРСТВЕ: УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ ДЛЯ ЛЕЧ. ФАКУЛЬТЕТА / РЕД. В.Б. ЦХАЙ. - КРАСНОЯРСК: КРАСГМА 2007
3. ЦХАЙ В.Б. ПЕРИНАТАЛЬНОЕ АКУШЕРСТВО: УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ. - РОСТОВ-Н-Д. ФЕНИКС, 2007
4. АКУШЕРСТВО. КУРС ЛЕКЦИЙ: УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ / ПОД РЕД. А.Н. СТРИЖАКОВА, А.И. ДАВЫДОВА. - М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2009
5. КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ. АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ / ПОД РЕД. Г.М. САВЕЛЬЕВОЙ И Г.Т. СУХИХ. - М.: ГЭОТАР-МЕДИА 2009
6. АКУШЕРСТВО. ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА. СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ РОДОВСПОМОЖЕНИЯ: МЕТОД. РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ СТУДЕНТОВ 4-6 КУРСОВ ЛЕЧ. ФАКУЛЬТЕТА / АВТ. ТЕКСТА В.Б. ЦХАЙ И ДР. - КРАСНОЯРСК: КРАСГМА, 2007
7. РУКОВОДСТВО ПО ОРГАНИЗАЦИИ И ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА / ПОД РЕД. Н.Н. ВОЛОДИНА, В.И. КУЛАКОВА, Р. А. ХАЛЬФИНА. - М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2007
8. НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ В АКУШЕРСТВЕ: УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ / Е.Н. КОПТИЛОВА И ДР. - Н.НОВГОРОД: ИЗД-ВО НИЖЕГОРОДСКОЙ ГОСМЕДАКАДЕМИИ, 2007
9. ОПЕРАТИВНОЕ АКУШЕРСТВО: УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ / ПОД РЕД. Т.Е. БЕЛОКРИНИЦКОЙ РОСТОВ-НА-ДОНУ: ФЕНИКС, 2007
10. АКУШЕРСТВО: НАЦИОНАЛЬНОЕ РУКОВОДСТВО / ПОД РЕД. Э.К. АЙЛАМАЗЯНА, В.И. КУЛАКОВА, В.Е. РАДЗИНСКОГО, Г.М. САВЕЛЬЕВОЙ. - М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2007
11. СИДЕЛЬНИКОВА В.М. ЭНДОКРИНОЛОГИЯ БЕРЕМЕННОСТИ В НОРМЕ И ПРИ ПАТОЛОГИИ. - М.: МЕДПРЕССИНФОРМ, 2009

ЭЛЕКТРОННЫЕ РЕСУРСЫ

1. ИБС КРАСГМУ
2. БД МЕДАРТ
3. БД МЕДИЦИНА
4. БД EBSCO



**Благодарю
за внимание!**