

Лекция № 20

ПРЕГРАВИДАРНАЯ ПОДГОТОВКА



Кафедра внутренних болезней
Дисциплина пропедевтика клинических
дисциплин



Цель и задачи дисциплины

Цель изучения дисциплины «Пропедевтика клинических дисциплин» - формирование важных профессиональных навыков обследования больного с применением клинических и наиболее распространенных инструментально-лабораторных методов исследования; выявление симптомов и синдромов как основ клинического мышления, характеризующих морфологические изменения органов и функциональные нарушения отдельных систем в целом.

Задачи дисциплины:

- приобретение студентами знаний основных клинических симптомов и синдромов заболеваний внутренних органов и механизмов их возникновения;

обучение студентов методам непосредственного исследования больного (расспроса, осмотра, пальпации, перкуссии, аускультации), обеспечивающими формирование профессиональных навыков обследования больного;

- обучение студентов важнейшим методам лабораторной и инструментальной диагностики заболеваний внутренних органов;

- формирование представлений об основных принципах диагностического процесса

- обучение студентов оформлению медицинской документации (истории болезни)



План лекции

1. ПРЕГРАВИДАРНАЯ ПОДГОТОВКА у здоровых и «отягощенных» женщин – залог успешного развития беременности
2. Планирование беременности
3. Обследование будущих родителей
4. Восполнение дефицитов
5. Фолиевая кислота
6. Йод
7. Витамин Д
8. Биоценоз



ПРЕГРАВИДАРНАЯ ПОДГОТОВКА у здоровых и «отягощенных» женщин – залог успешного развития беременности



MARCS

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНАЯ
АССОЦИАЦИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ
РЕПРОДУКТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ

ПРЕГРАВИДАРНАЯ ПОДГОТОВКА КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ

Утверждён Протоколом №4П-16 Президиума Правления
Междисциплинарной ассоциации специалистов
репродуктивной медицины (МАРС)
от 28 июня 2016 года

Для специалистов в области
репродуктивной медицины

Москва 2016

StatusPraesens
Profmedia

Преграavidарная подготовка необходима обоим будущим родителям



Преграavidарная подготовка -

(от лат. *gravidā* —беременная, *pre* —предшествующий)

- комплекс диагностических, профилактических и лечебных мероприятий, направленных на подготовку супружеской пары к полноценному зачатию, вынашиванию беременности и рождению здорового ребенка
- обеспечение оптимального физического и психического здоровья к моменту наступления беременности на основе выявления экономических, культурных, социальных и медицинских факторов риска
- проведение мероприятий по снижению интенсивности их воздействия или полному устранению

ЭТАПЫ ПРЕГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ



1 этап. Определение состояния здоровья будущих родителей и оценка факторов риска

2 этап. Подготовка будущих родителей к зачатию:

- коррекция образа жизни, отказ от вредных привычек, прививки, информация о гравидарной профилактике при конфликтной резус-принадлежности партнеров;
- коррекция биоценоза половых путей;
- дотация витаминов и микроэлементов.

3 этап. Дополнительные лечебно-профилактические мероприятия у женщин с гинекологическими и соматическими заболеваниями.

ПРЕГРАВИДАРНАЯ ПОДГОТОВКА: ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ



- **Интергенетический интервал:**

- В интересах сохранения здоровья матери и ребёнка интергенетический интервал должен составлять **не менее 24+9 мес** (время от родоразрешения до зачатия плюс длительность гестации) **(А)**
- Аналогичный оптимальный срок должен быть предусмотрен между последовательными родами в случае, если анамнез пациентки отягощён **кесаревым сечением**.
- При наличии экстрагенитальных заболеваний оптимальная длительность интергенетического интервала зависит от сроков их компенсации.
- Единственный путь гарантированного обеспечения оптимального интергенетического интервала — **рациональная контрацепция**.
- Наилучший период для наступления последующей беременности **после самопроизвольного аборта** — 3–6 мес **(В)**
- Акушерский и перинатальный риски минимальны у пациенток в **возрастной группе 19–35 лет**; беременность и роды у женщин моложе 19 и старше 35 лет сопряжены с повышением вероятности различных осложнений для матери и плода **(А)**



КОНТРАЦЕПЦИЯ

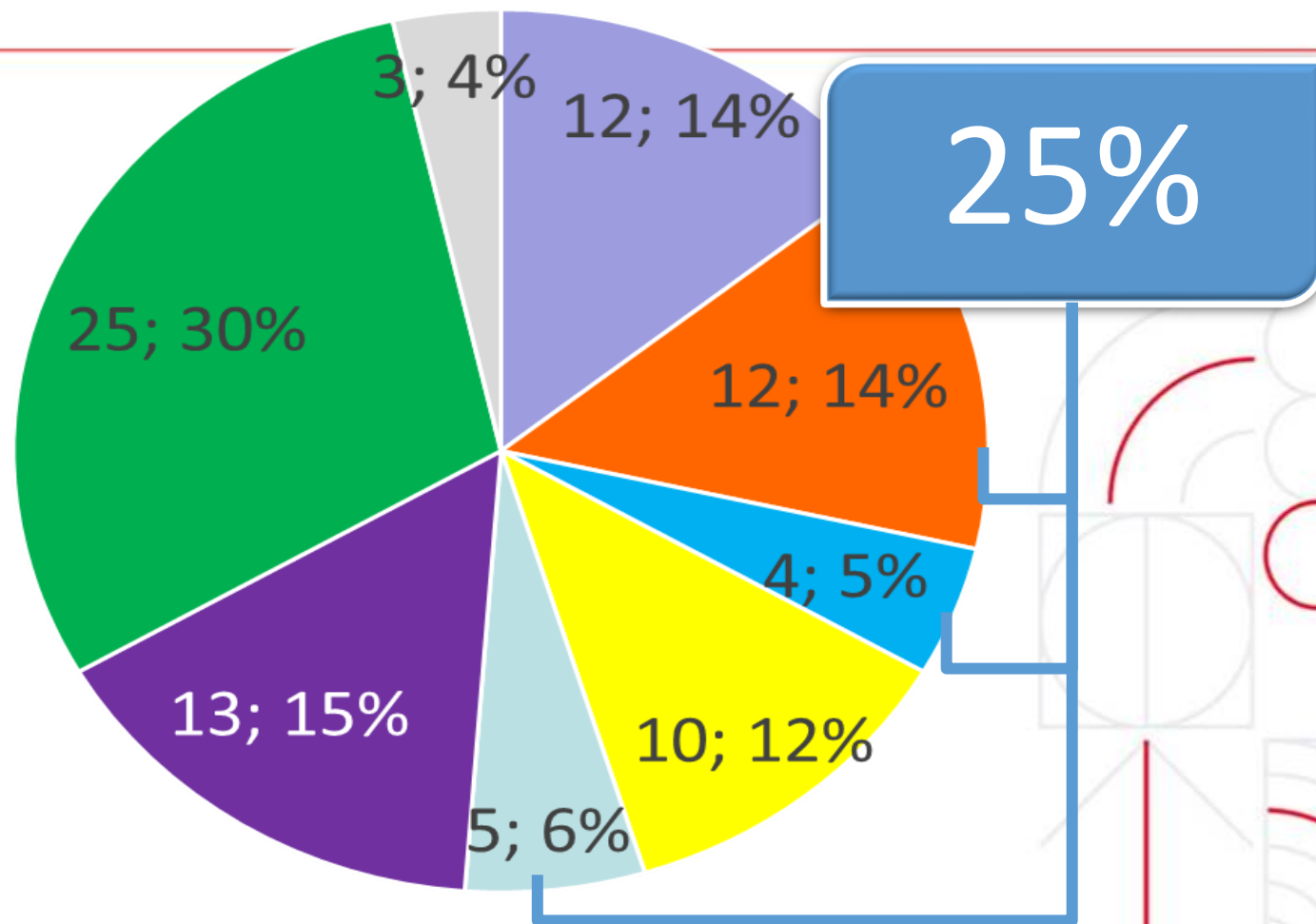
- **Единственный путь гарантированного соблюдения оптимального интергенетического интервала — адекватная послеродовая контрацепция.**
- Для обеспечения адекватной послеродовой контрацепции необходимо консультировать женщину **до выписки из родильного дома**, а лучше обсудить этот вопрос ещё во время беременности.

Прегравидарная подготовка : клинический протокол / [авт.-разраб. В.Е. Радзинский и др.]. — М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2016. — 80 с.

Как наступила Ваша беременность?



- заранее готовились - обследовались
- заранее готовились - принимали витамины
- заранее готовились - принимали витамины и обследовались
- лечились
- лечились и принимали ФК и Й
- перестали предохраняться негормональными средствами
- перестали предохраняться гормональными контрацептивами
- приятный "сюрприз"



Проанкетировано 84 родильницы, роддом МАУ ГКБ№40, сентябрь-октябрь 2015 г.: как наступила настоящая беременность?



Коррекция «мужского фактора»

Факторы риска репродуктивных потерь со стороны мужчины:

- бесплодие в супружеской паре;
- перенесённые и имеющиеся в настоящее время заболевания половых органов, прежде всего инфекционной природы;
- изменения в спермограмме — сниженная скорость движения сперматозоидов, повышенная вязкость эякулята, агглютинация сперматозоидов, повышенное количество лейкоцитов, нарушение белкового состава спермы с низким уровнем гликоделина.

Прегравидарная подготовка : клинический протокол / [авт.-разраб. В.Е. Радзинский и др.]. — М.: Редакция

журнала StatusPraesens, 2016. — 80 с.

Сбалансированный рацион питания

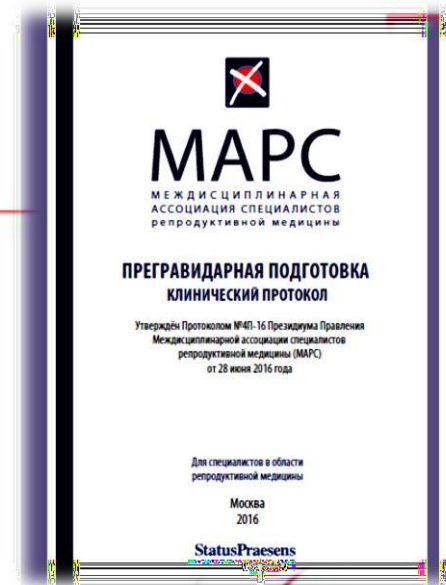


- Обеспечивает благоприятное течение и исход беременности.
- Коррекция алиментарного статуса в ходе ПП путём назначения пищевых добавок и фортификаторов допустима только **строго по показаниям** (эндемический дефицит или подтверждённая нутриентная недостаточность)
- Во всех остальных случаях подобные назначения противопоказаны во избежание **излишнего набора массы тела**, что достоверно **повышает риск самопроизвольного прерывания беременности**

Прегавидарная подготовка : клинический протокол / [авт.-разраб. В.Е. Радзинский и др.]. — М.: Редакция

журнала StatusPraesens, 2016. — 80 с.
Кафедра внутренних болезней | дисциплина пропедевтика клинических дисциплин

Здоровый образ жизни: алкоголь



Для беременных и женщин, планирующих беременность, употребление любого количества алкоголя и никотина — основание для отнесения их к группе риска негативного воздействия на плод.

Прегравидарная подготовка : клинический протокол / [авт.-разраб. В.Е. Радзинский и др.]. — М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2016. — 80 с.

Прегравидарная вакцинация



- Если пациентка **до наступления беременности** серонегативна в отношении вируса **кори, краснухи и ветряной оспы** (отсутствуют специфические IgG), то перед планированием зачатия необходимо провести вакцинацию.
- Оптимальные сроки вакцинации — не менее **чем за 3 мес** до зачатия.
- Эффективность вакцинации составляет 96% и обеспечивает иммунитет на период 12 лет и дольше.
- *Противопоказания к вакцинации:* иммунодефициты, онкологические заболевания, аллергия на аминокликозиды и белок яйца, срок менее 3 мес после внутривенного введения иммуноглобулина.

Прегравидарная подготовка : клинический протокол / [авт.-разраб. В.Е. Радзинский и др.]. — М.: Редакция

журнала StatusPraesens, 2016. — 80 с.

Профилактика резус-конфликта



- Резус-конфликт возникает при беременности резус-отрицательной матери резус-положительным плодом (зачатым от резус-положительного мужчины; отца с гетерозиготным генотипом D+/- приравнивают к резус-положительному).
- **До зачатия необходимости в превентивных мерах нет**, даже если женщина перенесла искусственное прерывание беременности, возникшей от резус-положительного партнёра, и при этом специфический иммуноглобулин не вводили.
- Женщину следует обязательно информировать о том, что, согласно Приказу МЗ РФ №572н, **на сроке 28 нед** ей будет необходимо ввести специфический анти-D-иммуноглобулин с возможным повторным введением на сроке **34 нед** и обязательным — **не позднее 72 ч после родов**
- На более ранних сроках гестации (от 12 нед) введение анти-D-иммуноглобулина показано в ситуациях, сопровождающихся повышенной вероятностью поступления эритроцитов плода в материнский кровоток: амниоцентез, биопсия ворсин хориона, внематочная беременность, частичная отслойка плаценты и т. д.

ВОССТАНОВЛЕНИЕ БИОЦИНОЗА ВЛАГАЛИЩА





ВОССТАНОВЛЕНИЕ ВЛАГАЛИЩНОГО БИОЦИНОЗА

- Для успешной и устойчивой коррекции бактериального вагиноза необходимо:
 - устранение экзогенных и эндогенных факторов, спровоцировавших дисбиоз;
 - антибактериальная/антисептическая терапия для редукции численности условно-патогенных микроорганизмов;
 - восстановление пула нормальной лактофлоры с помощью пре- и/или пробиотических средств.
- Немаловажен гормональный баланс, в первую очередь — содержание эстрогенов (от их концентрации зависит созревание эпителия половых путей и количество гликогена в слизистой оболочке).
 - местное назначение микродоз эстриола в сочетании с лактобактериями, а в программе прегравидарной подготовки необходима системная коррекция эндокринных нарушений.

Рекомендации пациенткам

- Используйте только продукты, которые предназначены для интимных зон.
- Не используйте губки или мочалки
- Не направляйте струю воды непосредственно во влагалище
- Отдельное полотенце для интимной гигиены (мягкое, чистое, индивидуальное, меняется каждые 2-3 дня).
- Нижнее белье лучше носить из хлопка или льна
- Интимная гигиена до и после сексуального контакта
- Половой акт во время менструации несет повышенный риск инфицирования
- Во время менструации смена прокладок каждые 2-4 часа, тампонов – каждые 2-3 часа (чистые руки, ночное время)





Дотация витаминов и микронутриентов

Кафедра внутренних болезней | дисциплина пропедевтика клинических дисциплин

СТАБИЛЬНОСТЬ ФОЛИЕВОЙ КИСЛОТЫ И ЕЕ СОЕДИНЕНИЙ

Большинство форм фолатов нестабильно:

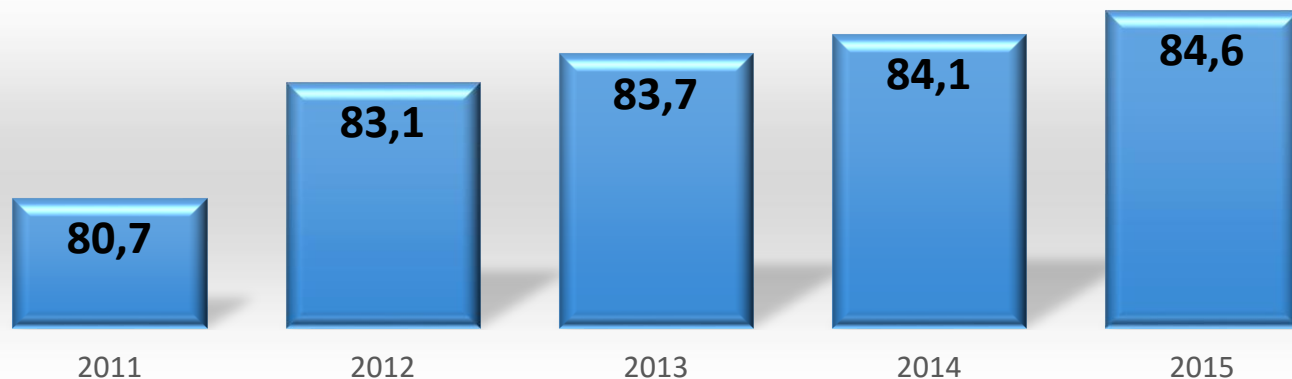
- Свежие листовые овощи, хранимые при комнатной температуре, могут терять до 70% фолиевой кислоты за три дня.
- Значительные потери могут также происходить в процессе приготовления пищи и тепловой обработки (до 95%).
- 15 -70% фолиевой кислоты теряется при замораживании овощей и фруктов.
- Фактически всасывается только около 50% фолиевой кислоты, потребляемой с пищей.



Существуют соединения фолиевой кислоты, отличающиеся более высокой стабильностью, например, **левомефолат кальция**, который идентичен природным соединениям фолиевой кислоты, быстро всасывается и становится частью общего запаса фолатов в организме

Формирование ВПР

- Самый критический временной промежуток:
 - 35–40-й дни гестации (21–26-е сутки внутриутробного развития — срок от зачатия до закрытия нервной трубки плода), когда наиболее высок риск формирования анэнцефалии,
 - 37–42-й дни — высокий риск развития spina bifida.



Первичная профилактика врождённых пороков развития. Информационный бюллетень / под ред. В.Е. Радзинского. — М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2015. — 16 с.

Охват беременных диспансеризацией до 12 недель, Свердловская область; 2011-2015 г.г.

ФОЛАТЫ — ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ НАЗНАЧЕНИЕ. ДОЗЫ



- Минимальная рекомендуемая дозировка фолиевой кислоты — **400 мкг/сут** на протяжении 30 дней до зачатия и как минимум в течение всего I триместра (FIGO, 2015)
- Оптимальное насыщение организма фолатами при ежедневном их применении в дозе **не менее 400 мкг** происходит в течение 8–12 нед; при применении **800 мкг** фолатов в сутки за 4 нед до зачатия
- Максимальная суточная доза фолатов в группах низкого и умеренного риска ДНТ **не должна превышать 1000 мкг**
- В **группах высокого риска ДНТ** доза должна быть увеличена **до 4000 мкг/сут** (под контролем содержания гомоцистеина в крови)

Витамин:

B9

(Фолиевая кислота)



Неназначение фолиевой кислоты, предписанной порядками оказания медицинской помощи и клиническими рекомендациями, разработанными и утверждёнными в соответствии с частью 2 ст. 76 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», причисляют к **дефектам оказания медицинской помощи**

Йод

- В йоддефицитных регионах (95% территории РФ) для профилактики эндемического кретинизма и врождённых заболеваний щитовидной железы у ребёнка в течение 3 мес до зачатия необходимо дополнительное назначение препаратов йода: женщинам — в дозе 200 мкг/сут, мужчинам — 100 мкг/сут **(А)**
- При наступлении беременности количество потребляемого женщиной йода должно быть увеличено **(А)**





Витамин D

- Всем женщинам, готовящимся к зачатию, желательно получать витамин D в дозе 600–800 МЕ/сут В.
- Решение о назначении более высоких доз витамина D необходимо принимать на основании определения его концентрации в крови.
- Гиповитаминоз D подлежит обязательной коррекции.



Витамин D является регулятором эндометриальной экспрессии NOXA10, гена, критичного для процесса имплантации, который участвует во взаимодействии эмбриона и эндометрия, с помощью различных молекулярных и цитокиновых механизмов, улучшая имплантацию эмбриона

Briana J. Rudick et al; Fertility and Sterility® Vol. 101, No. 2, Feb.2014; Sebiha Ozkan et al; Fertil Steril. 2010 Sep; 94(4): 1314–1319. doi:10.1016; Nikolaos P. Polyzos et al; Human Reproduction, Vol.29, No.9 pp. 2032–2040, 2014; Laya Farzadi et al; Iran J Reprod Med Vol. 13. No. 6. pp: 361-366, June 2015; Lerchbaum, Elisabeth et al; Current Opinion in Obstetrics and Gynecology Issue: Volume 26(3), June 2014, p 145–150

ПНЖК

- Для всех женщин в периконцепционный период **желательно** поступление ПНЖК в количестве **200–300 мг в сутки**¹
- Основная часть ПНЖК поступает в организм с рыбой и морепродуктами, в связи с этим потребление указанных продуктов в период планирования беременности необходимо увеличить²⁻⁴.
- Если расширение диеты невозможно по тем или иным причинам, женщине можно назначить дополнительный приём ПНЖК в той же дозе.



1. Carlson S. E. Docosahexaenoic acid supplementation in pregnancy and lactation // *Am. J. Clin. Nutr.* 2009. Vol. 89. №2. P. 678–84. [PMID: 19116324]; 2. Oken E., Radesky J. S., Wright R. O. et al. Maternal fish intake during pregnancy, blood mercury levels, and child cognition at age 3 years in a US cohort // *Am. J. Epidemiol.* 2008. Vol. 167. P. 1171–1181. [PMID: 18353804]; 3. Hibbeln J. R., Davis J. M., Steer C. et al. Maternal seafood consumption in pregnancy and neurodevelopmental outcomes in childhood (ALSPAC study): An observation cohort study // *Lancet* 2007. Vol. 369. P. 578. *PMID: 17307104]; 4. Innis S. M. Metabolic programming of long-term outcomes due to fatty acid nutrition in early life // *Matern. Child. Nutr.* 2011. Vol. 7. Suppl. 2. P. 112–123. [PMID: 21366871]

ПНЖК

- ПНЖК играют важную роль в развитии **зрительного** анализатора и функционировании **центральной нервной системы (ЦНС)** плода, обеспечивая лучшие показатели дальнейшего психосоциального и когнитивного развития^{1,2}. ПНЖК также важны для становления иммунной системы плода³.
- Обеспечение оптимального содержания в крови ПНЖК беременной профилактирует аллергические заболевания дыхательных путей, в первую очередь бронхиальной астмы, у её ребёнка во взрослом возрасте⁴. Доказана связь недостаточного потребления ПНЖК беременной с развитием у ребёнка во взрослом возрасте ожирения, СД 2-го типа, АГ и других ССЗ⁵.
- Кроме того, приём ПНЖК улучшает также исходы беременности, предотвращая рождение маловесных детей и детей с массой тела, не соответствующей сроку гестации^{6,7}.

1. Hibbeln J. R., Davis J. M., Steer C. et al. Maternal seafood consumption in pregnancy and neurodevelopmental outcomes in childhood (ALSPAC study): An observation cohort study // *Lancet* 2007. Vol. 369. P. 578. [PMID: 17307104]; 2. Innis S. M. Fatty acids and early human development // *Early Hum. Dev.* 2007. Vol. 83. №12. P. 761–766; [PMID: 17920214]; 3. Calder P. C. The relationship between the fatty acid composition of immune cells and their function // *Prostaglandins Leukot Essent Fatty Acids*. 2008. Vol. 79. №3–5. P. 101–108. [PMID: 18951005]; 4. Hansen S., Strom M., Maslova E. et al. Fish oil supplementation during pregnancy and allergic respiratory disease in the adult offspring // *J. Allergy Clin. Immunol.* 2016. [Epub ahead of print] [PMID: 27246522]; 5. Jack B. W., Atrash H., Coonrod D. V. et al. The clinical content of preconception care: an overview and preparation of this supplement // *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2008. Vol. 199. №6 (Suppl. 2). P. s266–s279. [PMID: 19081421]; 6. Mani I., Dwarkanath P., Thomas T. et al. Maternal fat and fatty acid intake and birth outcomes in a South Indian population // *Int. J. Epidemiol.* 2016. Vol. 45. №2. P. 523–531. [PMID: 27013336]; 7. Van Eijsden M., Hornstra G., van der Wal M. F. et al. Maternal n-3, n-6, and trans fatty acid profile early in pregnancy and term birth weight: a prospective cohort study // *Am. J. Clin. Nutr.* 2008. Vol. 87. №4. P. 887–895. [PMID: 18400711]





ВЛИЯНИЕ ОБОГАЩЕНИЯ ДИЕТЫ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН Ω -3 ПНЖК

(Докозагексаеновая кислота)

- ДНА способствует нормальному течению беременности и предотвращает преждевременные роды
- ω -3 ПНЖК оказывают положительное влияние на сердечно-сосудистую систему беременной женщины и плода
- ДНА способствует профилактике послеродовой депрессии



RussianFood.com

Hibbeln JR. Seafood consumption, the DHA content of mothers milk and prevalence rates of postpartum depression: a-cross-national, ecological analysis. J. Affect Disord. 2002; 69 (1-3): 15-29.

*Sontrop J, Avison WR, Evers SE et al. Depressive symptoms during pregnancy in relation to fish consumption and intake of ω -3 polyunsaturated fatty acids. *Pediatr. Perinat. Epidemiol.* 2008; 22:4: 389-399.*



РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ИМП (инфекция мочеполовых путей) У БЕРЕМЕННЫХ

- Бессимптомная бактериурия – до 20%¹
- Развитие пиелонефрита при нелеченой бактериурии – в 40% случаев¹
- Гестационный пиелонефрит диагностируют у 6-18 % беременных²

1. Снякова Л.А. Инфекции мочевых путей у беременных: ошибки диагностики и лечения. 2008. *Consilium Medicum*. Т.10/№4. С. 98-102.
Орджоникидзе Н.В. И др. Профилактика и лечение осложнений у беременных и родильниц с заболеваниями мочевыводящих путей. 2009. *Акушерство и гинекология*. №6. Стр.41-45.

2. Прегравидарная подготовка. Клинический протокол утвержден протоколом № 4П-16 Президиума Правления Междисциплинарной ассоциации специалистов репродуктивной медицины (МАРС) от 28 июня 2016 года. стр 34



Патология мочевыводящих путей

- При отсутствии прегравидарной коррекции риск повторного эпизода у беременных **значительно повышен** вследствие гестационного подъёма концентрации прогестерона в крови, ослабления тонуса гладкой мускулатуры мочевого пузыря, мочеточников и толстой кишки.
- Гестационный пиелонефрит диагностируют у 6–18% беременных, рожениц и родильниц, а бессимптомная бактериурия имеет место в среднем у 6%.
- У каждой третьей пациентки с хроническим пиелонефритом во время беременности происходит обострение

Schnarr J., Smaill F. Asymptomatic bacteriuria and symptomatic urinary tract infections in pregnancy // Eur. J. Clin.

Кафедра внутренних болезней | дисциплина пропедевтика клинических дисциплин *Invest. 2008, Vol. 38, Suppl. 2. P.50–57. [PMID: 18826482]*



ПРЕГРАВИДАРНАЯ ПОДГОТОВКА при МВС

- Обследование и уточнение диагноза — силами профильного специалиста (уролога, нефролога).
- Коррекция инфекционного процесса; тактика — по назначению профильного специалиста.

Необходимые компоненты:

- ликвидация застоя и улучшение пассажа мочи;
- интенсивное «вымывание» микроорганизмов и токсинов (обильное питьё);
- санация мочевых путей (фитоуросептики, по показаниям — антимикробные препараты).

- Восстановление зубиоза кишечника и влагалища.
- Коллегиальное решение о возможности вынашивания беременности (перинатальный консилиум или комиссия — после выведения пациентки в ремиссию).



Преэклампсия (ПЭ) – это грозное осложнение беременности, развивающееся после 20 недели беременности и характеризующееся повышенным артериальным давлением (выше 140 и/или 90 мм рт. ст.) протеинурией и нередко отеками.



Профилактика преэклампсии на прегравидарном этапе

- **Выделить группу риска по преэклампсии:**
 - артериальная гипертензия
 - ожирение
 - преэклампсия в анамнезе
 - сахарный диабет
 - заболевания почек
 - аутоиммунные болезни
 - старший репродуктивный возраст
 - беременность в подростковом возрасте
 - отсутствие родов в анамнезе
- **Мероприятия:**
 - снижение массы тела
 - правильное питание
 - подбор антигипертензивной терапии с учётом безопасности препаратов во время беременности

Guideline: calcium supplementation in pregnant women. Geneva: WHO, 2013. 35 p.; FIGO recommendations on adolescent, preconception, and maternal nutrition: "Think nutrition first" // Int. J. Gynaecol. Obstet. 2015. Vol. 131. Suppl. 4. P. s213–s53. [PMID: 26433230]; Berghella V. Obstetric evidence based guidelines. New York: Informa Healthcare, 2012. 304 p.; Гипертензивные расстройства во время беременности, в родах и послеродовом периоде.

МЕРОПРИЯТИЯ, ПРОТИВОПОКАЗАННЫЕ В ПЕРИОД ПРЕГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ



- **Избегать избыточных назначений.**

Излишне глубокое обследование супружеских пар молодого возраста при отсутствии факторов риска, равно как и неоправданно широкий спектр медикаментозной профилактики и лечения, приравнивают к дефектам оказания медицинской помощи.

Необходимость диагностических, профилактических и лечебных мероприятий, проводимых в рамках ПП, должна быть обоснована с позиций доказательной медицины.

- **Не использовать без показаний пищевые добавки** на фоне сбалансированного рациона питания.
- **Избегать полипрагмазии.**

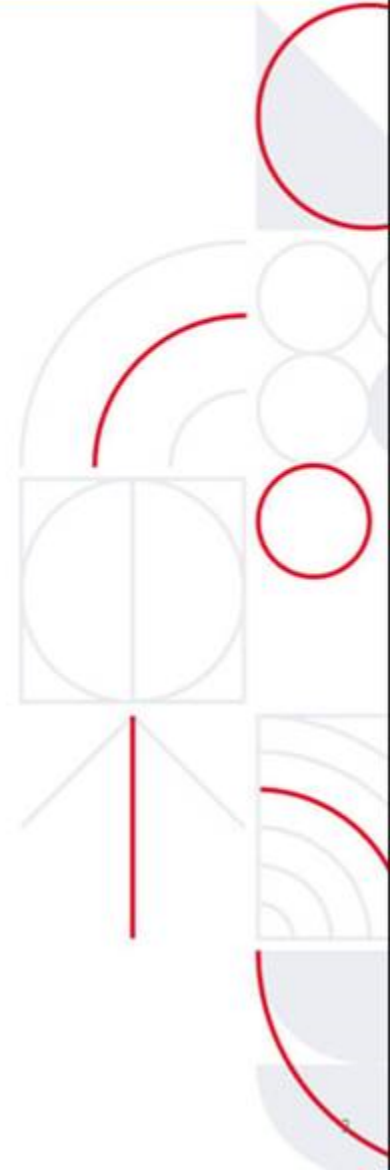
Не назначать пять наименований лекарственных препаратов одновременно и более без дополнительной оценки преобладания пользы над потенциальным вредом с привлечением **клинического фармаколога**.

- **Не проводить профилактическую санацию влагалища** в отсутствие доказанного инфекционно-воспалительного процесса.



Домашнее задание

- Изучить литературу по данной теме
- Повторить конспект лекции





Список литературы

Основная литература:

- 1. Пропедевтика внутренних болезней. Гребенев А. Л., 6-е изд. М., 2015.
- 2. Пропедевтика внутренних болезней. Мухин Н.А., Моисеев В.С., изд. дом ГЕОТАР-МЕД. М., 2017.
- 3. Пропедевтика внутренних болезней. Учебное пособие. Под ред. Шамова И. А., М., 2017.

Дополнительная литература:

1. Пропедевтика внутренних болезней вопросы, ситуационные задачи, ответы. Учебное пособие. Ростов-на-Дону. «Феникс». 2023.
2. Пропедевтика внутренних болезней. Практикум. Ивашкин В. С., Султанов В. В., изд. «Литтерра», М., 2022.
3. Пропедевтика заболеваний внутренних болезней. Ивашкин В.Т., Драпкина О.М., ООО «Изд. дом» «М-вести». М. 2021.

Спасибо за внимание!

