***Паспортная часть.***

1. *Ф.И.О.*

#### \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. *Возраст*

17 лет

###### Пол

женский

##### Профессия

Краснодарский колледж электронного приборостроения - студентка.

###### Домашний адрес

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

###### Время поступления в клинику

12. 05. 99г.

###### Направившего учреждения

НМФ период половой зрелости

*8. Диагноз при поступлении.*

НМФ по типу опсоменореи.

1. *Диагноз клинический.*

Нарушение менструальной функции, период полового созревания по типу альгоопсоменореи. Генитальный инфантилизм. Гипофункция яичников.

***II. Данные субъективного обследования***

***Жалобы больного:***

На нерегулярные и болезненные менструации. Боли локализуются внизу живота в течение первых 2-х дней.

***Анамнез заболевания:***

Считает себя больной с декабря 1998 года, когда за 10 дней до ожидаемой менструации начались бурные выделения крови по поводу чего обратилась к гинекологу. Проведено лечение: гентамицин, глюконат Са, витамины, ФТЛ. С 31.12.98 началась менструация в срок. В феврале и марте менструация прошла нормально, только были болезненными в первые 2 дня, по 6 дней, в марте с 10 – 16.03. 28.03 выделения крови появились вновь, так же сопровождались болями, периодически выделения были тёмно-коричневыми, периодически алыми, продолжались до 16.04. – электрофорез СаСl2. С 5.05.99 г принимала пустырник, цинаризин, настойку элеутерококка. Измерила базальную температуру 37,2 – 37,1. 5.05 началась менструация (закончились 11.05). Прошла обычно, так же болезненно в первые 2 дня.

***Анамнез жизни:***

Наследственность не отягощена.

Родилась в срок. Вскармливалась естественно. Росла и развивалась в соответствии с полом и возрастом. Ходить начала в 11 мес. В психомоторном развитии не отставала от сверстников.

Из детских инфекций перенесла ветряную оспу, эпидемический паротит, краснуху часто болела ОРЗ.

Гемотрансфузии отрицает. Аллергических реакций не было.

Опреаций не производилось.

Mensis с 11 лет, сразу не установились, нерегулярные, продолжительность 6 – 7 дней, через 20 – 40 дней, болезненны в первые 2 – 3 дня с первой менструации, умеренные. За день до менструации – головная боль. Последняя менструация 5.05.99 – закончились 11.05.99.

В 1993 году по поводу опсоменореи проводилось гомеопатическое лечение, после чего цикл был длительностью 40 дней (в течение года).

Половую жизнь отрицает. Секреторная функция выражена умеренно.

Противозачаточные средства не применялись.

Беременностей не было.

Туберкулёз, ЗППП, вирусный гепатит, психические заболевания у себя и родственников отрицает.

Вредных привычек не имеет.

Условия труда и быта хорошие.

***III. Данные объективного исследования.***

***Общий осмотр.***

Состояние больной удовлетворительное**.** Положение активное. Сознание ясное. Температура тела 36,7οС. Телосложение правильное, пониженного питания. Рост 159 см , вес 45 кг. Молочные железы мягкие, безболезненные, вокруг сосков единичные тёмные волосы. Кожные покровы физиологической окраски, чистые, тургор нормальный. Кровоизлияний на коже и слизистых оболочках нет. Подкожно-жировая клетчатка развита слабо, мускулатура развита умеренно. Отёков нет. Лимфатические узлы не пальпируются. Щитовидная железа не визуализируется. Суставы безболезненны при активных и пассивных движениях, конфигурация их не изменена.

***Органы дыхания.***

Дыхание через нос не затруднено. Тип дыхания смешанный. ЧДД 16 в минуту . Форма грудной клетки нормостеническая , деформаций нет , при пальпации безболезненна . Перкуторно - ясный легочной звук . Аускультативно выслушивается везикулярное дыхание , хрипов нет .

**Нижние границы лёгких:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Линии | Справа | Слева |
| Парастенальная | V межреберье | V межреберье |
| Срединно-ключичная | VI ребро | VI ребро |
| Передняя подмышечная | VII ребро | VII ребро |
| Средняя подмышечная | VIII ребро | VIII ребро |
| Задняя подмышечная | IX ребро | IX ребро |
| Лопаточная | X ребро | X ребро |
| Околопозвоночная | Остистый отросток XI грудного позвонка | |

***Сердечно-сосудистая система.***

Выпячиваний и пульсации сонных артерий нет. Пальпаторно верхушечный толчок располагается в V межреберье на 1,5 см кнутри от срединно-ключичной линии . Сердечный толчок не определяется . Границы относительной и абсолютной сердечной тупости не изменены.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Граница* | *Относительная тупость* | *Абсолютная тупость* |
| Правая | На 1 см кнаружи от правого  края грудины | Левый край грудины |
| Верхняя | Верхний край III ребра | Хрящ IV ребра |
| Левая | На 1 см кнутри от срединно-ключичной линии | На 1 см кнутри от срединно-ключичной линии |

Поперечник сердца - 11 см. Конфигурация сердца не изменена.

*Аускультативно*. Тоны сердца громкие , ритмичные . Частота сердечных сокращений 70 ударов в минуту , патологические шумы не выслушиваются .

Пульс ритмичный, слабого наполнения и напряжения. АД - 120/70 мм.рт.ст.

***Пищеварительная система.***

Язык влажный, чистый. Зев нормальной окраски . Форма живота обычная . Видимая перистальтика отсутствует .

При поверхностной пальпации живот мягкий, зон повышенной кожной чувствительности нет; расхождения прямых мышц живота, феномен «мышечной защиты» отсутствуют; симптом Щёткина - Блюмберга отрицательный.

При глубокой методической пальпации: сигмовидная кишка прощупывается в виде урчащего валика, безболезненна; слепая кишка пальпируется в виде цилиндра толщиной в 2 пальца, безболезненна; подвздошная кишка урчит; поперечно-ободочная кишка легко передвигается вверх и вниз. Инфильтратов , опухолей нет .

Печень пальпируется у края рёберной дуги: край острый, поверхность гладкая, безболезненна. Размеры печени по Курлову 9см-8см-7см .

Желчный пузырь не пальпируется.

Поджелудочная железа и селезёнка не пальпируется.

Стул без особенностей.

***Мочеполовые органы.***

При осмотре поясничной области покраснения, припухлости не выявленно. Напряжения поясничных мышц нет . Симптом покалачивания отрицателен с обеих сторон . Мочевой пузырь не пальпируется . Дизурических расстройств нет .

***Эндокринная система.***

Щитовидная железа при осмотре не визуализируется. Вторичные половые признаки соответствуют возрасту и полу, развиты умеренно. Оволосение по женскому типу.

***Нервная система.***

Сознание ясное ориентирована в месте, времени и ситуации. Внимание устойчивое, память на текущие и прошлые события сохранена. Мышление логичное, речь последовательная. Менингеальные симптомы отрицательные. Патологии со стороны ЧМН, чувствительной и двигательной сфер не выявлено.

**Гинекологическое исследование.**

Наружные половые органы сформированы правильно, с признаками гипоплазии. Оволосение по женскому типу. Hymen кольцевидной формы.

Уретра и парауретральные ходы не изменены. Слизистая входа во влагалище розовая. Выделения слизистые.

### **Per rectum:**

матка в ante versio меньше нормальных размеров, плотная, подвижная, безболезненная.

Угол между телом и шейкой не выражен. Придатки с обеих сторон не увеличены, область их при пальпации безболезненна.

Своды свободные.

**Предварительный диагноз и его обоснование.**

На основании жалоб больной (на нерегулярные и болезненные менструации), анамнеза заболевания (больнеет с декабря 1998 года, когда за 10 дней до ожидаемой менструации начались бурные выделения крови по поводу чего обратилась к гинекологу. Проведено лечение: гентамицин, глюконат Са, витамины, ФТЛ. С 31.12.98 началась менструация в срок. В феврале и марте менструация прошла нормально, только были болезненными в первые 2 дня, по 6 дней, в марте с 10 – 16.03. 28.03 выделения крови появились вновь, так же сопровождались болями, периодически выделения были тёмно-коричневыми, периодически алыми, продолжались до 16.04. – электрофорез СаСl2. С 5.05.99 г принимала пустырник, цинаризин, настойку элеутерококка. Измерила базальную температуру 37,2 – 37,1. 5.05 началась менструация (закончились 11.05). Прошла обычно, так же болезненно в первые 2 дня, результатов гинекологического исследования (наружные половые органы сформированы правильно, с признаками гипоплазии;

### Per rectum: матка в ante versio меньше нормальных размеров, плотная, подвижная, безболезненная. Угол между телом и шейкой не выражен. Придатки с обеих сторон не увеличены, область их при пальпации безболезненна),можно поставить предварительный диагноз:

*Нарушение менструальной функции, период полового созревания, по типу альгоопсоменореи. Генитальный инфантилизм. Гипофункция яичников.*

**Данные лабораторных и инструментальных исследований.**

* **Общий анализ крови 14.05.99 г.**

*Эритроциты* ***4.0 х1012/л***

*Гемоглобин*  ***114.7 г/л***

*Цветной показатель* ***0.9***

*Тромбоциты*  ***245000***

*Лейкоциты*  ***8,7 х109/л***

*Базофилы*  ***1%***

*Эозинофилы*  ***2 %***

*Нейтрофилы: Миэлоц .*  ***---***

*Юные*  ***---***

*Палочкоядерные*  ***3 %***

*Сегментоядерные*  ***53 %***

*Лимфоциты*  ***33 %***

*Моноциты*  ***9 %***

*СОЭ* ***4 мм/час***

* **Общий анализ мочи 14.05.99г.**

1. цвет светло жёлтый
2. реакция кислая
3. удельный вес 1013
4. прозрачность п/п
5. белок нет
6. сахар нет
7. ацетон нет

Микроскопия осадка .

1. Эпителиальные клетки
2. Плоские 1-1-2 в п/з
3. Лейкоциты 2-1-2 в п/з
4. Эритроциты отр.
5. Цилиндры 0-2-1 в п/з

Гиалиновые

Зернистые

5. Кл-ки почечного эпителия отр.

1. Слизь +
2. Бактерин отр.
3. Соли отр.

* **Метод – ИФА исследование гормонов.**

А) тестостерон – дети до половой зрелости (норма 0,2 – 0,7 моль/л) – 0,6

Б) фолитропин – (норма меньше 2 Ед /л) – 4,65

В) лютропин (1 – 14 Ед/л) – 12,15

Г) пролактин – (540 – 13000 МЕ/л) – 124,0

* **По Вассерману 14.05.99 г.**

***отрицательная***

* **Мазок на кольпоцитологию 15.05.99 г.**

Слизь – 28%

### Флора – 72%

Гонококк – КИ – 20%

Трихомонады – Р1 III

* **Глюкоза крови 15.05.99 г.**

4,3 ммоль/л

* **Биохимия крови 16.05.99 г.**

Биллирубин - 8,85 мкмоль/л

Холестерин - нет реактива

Мочевина – 5,55 ммоль.л

Остаточный азот – 4,6

Креатинин – 58,99 мкмоль.л

Общий белок – 67,7 г/л

Белковые фракции - нет расстройства

АСТ – 0,194 мкмоль/л

АЛТ – 0,39 мкмоль/л

* **Формоловая проба** – отр
* **ЦРБ** – отр
* **УЗИ** – исследование матки и придатков 14.05.99.

Размерами: продольный

Общая длина – 76 мм

Длина тела – 45 мм

Длина шейки – 31 мм

Соотношение между телом и шейкой матки 1: 1,5

Угол между шейкой и телом не выражен

Структура миометрия: однородная. Полость матки не деформирована

Передне-задний размер эндометрия 2 мм

Яичники:

Левый 43х24х31

Правый 41х20х31

Расположение у маточных углов

Фолликулярный аппарат до 5 мм

***ЗАКЛЮЧЕНИЕ:*** *генитальный инфантилизм*

* **ВАГИНОСКОПИЯ**

Выделения слизистые. Слизистая влагалища розовая. Шейка матки коническая. Наружный зев щелевидный. Симптом «зрачка» положительный, эрозии нет.

* **ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАФИЯ**

*Заключение:* совокупность изменений на ЭЭГ косвенно отражает гиперреактивность стволовых структур мозга, толерантность мозга к гипоксии снижена. Пароксизмальных форм активности на момент исследования не выявлено

* **ЭКГ**

Ритм синусовый, замедленный. Нормальное положение электрической оси. Замедленная внутрижелудочковая проводимость по правой ножке п. Гисса.

**Дифференциальный диагноз.**

Нарушение менструальной функции по типу альгоопсоменореи. Генитальный инфантелизм нужно отдифференцировать от врождённого эндометриоза, кторый чаще встречается у девочек из семей, «неблагополучных по эндометриозу», чего у данной больной не прослеживается. Часто диагноз эндометриоза легко ставится лишь при запущенных, тяжёлых формах генитального эндометриоза с распространеним процесса на соседние органы, но в дифференциальной диагностике помогают такие симптомы, как боль, альгодисменорея есть и у нашей больной, но не так выражена, как при врождённом эндометриозе, тогда как при нём альгодисменорея сопровождается рвотой и даже симптомами «острого живота», характерно появление болей в первые годы после менархе, прогрессирование клиническогтечения с возрастом. У данной больной боли намного менее интенсивные, боли появились с первой менструацией и со временем, с каждой последующей менструацией становятся менее интенсивными. Так же при врождённом эндометриозе вторичные половы признаки выражены, а у данной больной выражены слабо.

Так же необходимо дифференцировать с воспалительными заболеваниями, так как для них так же характерны болезненные и нерегулярные менструации, в частности с сальпингоофоритом, так как это воспалительный процесс, то для него характерны общевоспалительные реакции организма в виде (умеренное повышение числа лейкоцитов, незначительный сдвиг лейкоцитарной формулы влево, значительное увеличение СОЭ, появление С-реактивного белка). Лабораторные исследования у данной больной выявили нормальное количество лейкоцитов, отсутствие сдвига в лейкоцитарной формуле, СОЭ равное 4 мм в час, отсутствие С-реактивного белка и отрицательная формоловая проба). Так же в дифференциальной диагностике помогает сбор анамнеза заболевания. При остром начале сальпингоофорита характерны интенсивные боли внизу живота и в пояснице, повышение температуры, дизурические и диспепсические явления, выраженные изменения крови присущие воспалительному процессу, озноб, выраженные в той или иной степени процессы экссудации и инфильтрации в области придатков матки и окружающих тканей, в придатках могут наблюдаться выраженные изменения вплоть до нагноения, при влагалищно-брюшностенном исследовании придатки увеличены. При хроническом процессе характерно уплотнение, ограничение подвижности, не резко выраженная болезненность придатков при их смещении вследствие спаечного процесса, наличие обострений. В анамнезе заболевания данной больной отсутствуют указания на вышеперечисленные симптомы, боль внизу живота возникает только при наступлении менструации, в течение первых 2-х дней, в другие периоды боль не беспокоит. Объективно бимануальное исследование выявило, что придатки с обоих сторон не увеличены, абсолютно безболезненны. Всё вышеперечисленное позволяет отвергнуть сальпингоофорит.

Нарушение менструального цикла по типу альгоопсоменореи, нужно дифференцировать с эндометритом при котором, есть аналогичные симптомы: боли внизу живота, циклические нарушения менструального цикла, в дифференциальной диагностике помогает сбор анамнеза, который при эндометрите выявит внутриматочное вмешательство, некроз подслизистого узла, чего у данной больной не было, ещё в анамнезе при эндометрите повышение температуры, чего так же не наблюдалось. Выделения при эндометрите слизисто-гнойные, жидкие, иногда с неприятным запахом, тогда как у данной больной выделения слизистые, прозрачные, без запаха. Объективное исследование при эндометрите определяет слегка увеличенную болезненную матку мягкой консистенции; а у данной больной при бимануальном исследовании матка плотная, подвижная, безболезненная.

**Окончательный диагноз и его обоснование.**

На основании предварительного диагноза, проведённого дифференциального диагноза, результатов лабораторно-инструментального исследования (Метод – ИФА исследование гормонов: фолитропин – (норма меньше 2 Ед /л) – 4,65 ⇒ увеличение в крови содержания фолликулотропного гормона; заключение УЗИ исследования матки и придатков – генитальный инфантилизм; вагиноскопия - выделения слизистые, слизистая влагалища розовая. Шейка матки коническая. Наружный зев щелевидный. Симптом «зрачка» положительный, эрозии нет) можно выставить окончательный диагноз:

*Нарушение менструального цикла, период полового созревания, по типу опсоменореи. Генитальный инфантилим. Гипофункция яичников.*

**Этиология и патогенез данного заболевания.**

Нарушение менструальной функции у больной происходит по типу гипоменструального синдрома, который развивается в результате замедленного созревания фолликула, запаздывания овуляции с появлением неполноценной лютеиновой фазы или отсутствием овуляции и второй фазы цикла, что клинически выражается редкими (один раз в 2-3 месяца) и скудными менструациями. По тестам функциональной диагностики часто обнаруживается снижение эстрогенной насыщенности организма и часто отсутствие или неполноценность лютеиновой фазы. У больной констатируется генитальный инфантилизм и гипофункция яичников. Среди причин инфантилизма, помимо генных нарушений, осложнённого течения внутриутробного развития, имеют так же значение постнатальные факторы: нарушение питания (в частности гиповитаминоз), детские инфекции, тонзиллит, ревматизм, опреации на яичниках. В данном случае половой инфантилизм, сопровождающийся овариальной недостаточностью. Этот тип инфантилизма выражается в гипофункции яичников, неполноценных циклических изменениях эндометрия и других изменениях. При инфантилизме часто наблюдается врожденная рефрактерность или пониженная чувствительность яичников к гонадотропным гормонам, а органов-мишений (матка, влагалище, молочные железы) – к стероидным гормонам. Так же при инфантилизме характерно снижение сократительной способности матки, что связано со снижением чувствительности или уменьшением содержания эстрогенных рецепторов. Немаловажную роль играют наблюдаемые при инфантилизме нарушения иннервации, а так же внутриорганной и тазовой гемодинамики.

Гормоны яичников оказывают влияние на слизистую оболочку матки, вызывая в ней характерные циклические изменения (пролиферацию, секрецию, десквамацию). Так как снижена чувствительность рецепторов яичников к тропным гормонам, следовательно и они будут выделять меньше гормонов, то согласно закону «обратной связи», часто увеличивается содержание тропных гормонов, которые воздействуя в большем количестве на яичники, стимулируют постепенное развитие фолликула, это, возможно, приводит к персистенции фолликула, то есть фолликул достигает стадии зрелости, но овуляции не происходит. Персистирующий фолликул более длительно выделяет эстрогены. В связи с отсутствием овуляции не происходит образования жёлтого тела и секреции прогестерона во торой фазе цикла, необходимого для секреторной трансформации пролиферативного эндометрия и нормального его отторжения. Может быть и атрезия фолликулов – обратное развитие не созревшего фолликула, сопровождающееся снижением секреции эстрогенов. По принципу «обратной связи» стимулируется выделение гонадотропинов, созревание очередного фолликула. Атрезия является непрерывным процессом созревания и гибели неполноценных фолликулов, никогда не достигающих стадии зрелости, необходимой для овуляции. Для обоих видов ановуляции характерно удлинение первой фазы цикла.

Альгодисменорею при инфантилизме связывают, во-первых, с недостаточной эластичностью матки; во-вторых, с затруднением прохождения менструальной крови и фрагментов эндометрия по длинному и узкому цервикальному каналу; в-третьих, с аномалиями иннервации, приводящими к дискоординации сокращений различных отделов матки и к патологической импульсации в ЦНС. Существенную роль в генезе альгодисменореи играет так же повышение продукции простагландинов.

**Лечение.**

КОНСЕРВАТИВНОЕ.

1. По возможности устраняется первопричина отставания половых органов в развитии.
2. Рациональное питание, организация режима отдыха, климатотерапия.
3. У девушек, находящихся в пубертатном периоде, гормональная терапия показана невсегда, по крайней мере не сразу. Предварительно в течение 3 мес следует создать «фон готовности», для этого предусматривается применять вещества (витамины Е,С,В1,В6), предназначенные для сенсибилизации половых органов к воздействию на них в дальнейшем половых гормонов. Одновременно проводится курс димедрола, тавегила и др в минимальной разовой дозе такой же продлжительности.
4. Далее при отсутствии эффективности, приступить к гормональной терапии, следует ещё раз убедиться в отсутствии порочных гонад с бластоматозной потенцией. В течение следующих 3 – 4 мес предпринимают циклическое введение эстрогенов и прогестерона в минимальных дозах.
5. Параллельно гормональной терапии рекомендуется проводить физиотерапию, электрорефлексотерапию (акупунктура, электропунктура, интраназальный электрофорез с витамином В1, воротник по Щербаку, электростимуляция рецепторов шейки матки, абдоминальная декомпрессия, лечебная гимнастика), бальнеофизиотерапия, ионогальванизация в сочетании с седативными средствами и транквилизаторами, витаминами А,С,Е, группы В.

**Дневник.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **24.05.99.г.**  **t 36,6оС**  **АД 120/70 мм.рт.ст.**  **Рs 74 уд/м**  **ЧДД 16 в /** | **Жалобы:**  на нерегулярные и болезненные менструации  При осмотре:  **В лёгких -** везикулярное дыхание , хрипов нет .  **Сердце -** тоны ясные , ритмичные .  Язык влажный, чистый. Живот мягкий, безболезненный.  Стул и диурез в норме. | **Лечение:**   1. Стол N 15 2. Vit Е,А,С 3. Vit В6 – 5% - 1мл в/м 4. ИРТ 5. ЛФК 6. ФТЛ   **Рекомендовано:**   * Электрофорез витамина В (эндоназально по схеме через день N 8) * Чередуя с электрофорезом Zn по брюшно-крестцовой методике через день N 8 |
| **26.05.99г.**  **t 36,7оС**  **АД 120/70 мм.рт.ст.**  **Р 70 в /**  **ЧДД 16 в /** | **Жалобы:**  прежние  **В лёгких -** везикулярное дыхание .  **Сердце -** тоны громкие , ритмичные.  Живот мягкий, безболезненный.  Стул и диурез в норме.  **St. genitalis:**  Наружные половые органы сформированы правильно, с признаками гипоплазии. Оволосение по женскому типу. Hymen кольцевидной формы.  Уретра и парауретральные ходы не изменены. Слизистая входа во влагалище розовая. Выделения слизистые. **Per rectum:** матка в ante versio меньше нормальных размеров, плотная, подвижная, безболезненная.  Угол между телом и шейкой не выражен. Придатки с обеих сторон не увеличены, область их при пальпации безболезненна.  Своды свободные. | **Лечение:**   * Стол № 15  1. Vit Е,А,С 2. Vit В1 – 5% - 1мл в/м  * Электрофорез Vit B * ИРТ * ЛФК   **Рекомендовано:**   * Воздержаться от Zn-электрофореза. |
| **28.05.99г.**  **t 36,6оС**  **АД 115/65 мм. рт.ст.**  **Р. 70 в /**  **ЧДД 17 в /** | **Жалобы:**  прежние  **В лёгких -** везикулярное дыхание .  **Сердце -** тоны громкие , ритмичные .  Живот мягкий безболезненный.  Стул и диурез в норме.  Получен анализ крови на гормоны – соответствует возрастной норме и дню менструального цикла.  Началась менструация в срок. | **Лечение:**   1. Стол N 15 2. Vit Е,А,С 3. Vit В6 – 5% - 1мл в/м 4. ИРТ 5. ЛФК 6. Электрофорез Vit В (эндоназально по схеме)  * Sol. Analgini50% - 2,0 Sol.Dimedroli 1% - 1,0   в/м при возникновении болей. |

***Эпикриз.***

Больная Касаткина Елена Сергеевна, 17 лет, поступила в плановом порядке в ЦМР, с жалобами на нерегулярные и болезненные менструации. На основании предварительного, дифференциального диагноза был поставлен окончательный клинический диагноз: нарушение менструального цикла, период полового созревания, по типу опсоменореи. Генитальный инфантилизм. Гипофункция яичников. Назначено и проводится лечение, в результате которого наблюдается некоторая положительная динамика – в срок началась менструация. В связи с окончанием курации наблюдение за больной прекращено.

Прогноз: для жизни и репродуктивной функции – благоприятный.

***Использованная литература .***

1. ГИНЕКОЛОГИЯ.

Под ред. проф. Л.Н. Василевской

М. Медицина 1985 г.

1. Н.В. Кобзева, М.Н. Кузнецова, Ю.А. Гуркин

Гинекология детей и подростков

Ленинград «Медицина» 1988 г.

1. СПРАВОЧНИК ПО АКУШЕРСТВУ И ГИНЕКОЛОГИИ

Под ред. академика РАМН Г.М. Савельевой

М. «Медицина» 1996 г.

1. АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ

Под ред. академика РАМН Г.М. Савельевой, проф., д.м.н. Л.Г. Сичинава

1. акад. Петровский Б.В.

БМЭ

М. Советская Энциклопедия 1978 г.

6. Справочник ВИДАЛЬ

АОЗТ М. АстраФармСервис 1996 г.