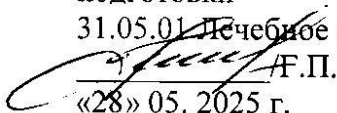


**Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Ставропольский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
кафедра акушерства и гинекологии № 1 с курсом дополнительного профессионального
образования**

СОГЛАСОВАНО

Руководитель направления
подготовки

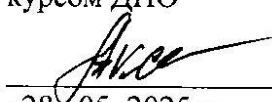
31.05.01 Лечебное дело

 /Ф.П. Никулина/

«28» 05. 2025 г.

УТВЕРЖДАЮ

Зав. кафедрой акушерства и гинекологии с
курсом ДПО

 /В.А. Аксененко/

«28» 05. 2025 г.

Фонд оценочных средств по дисциплине

Наименование дисциплины	Большие акушерские синдромы
Направление подготовки	31.05.01 Лечебное дело
Форма обучения	Очная
Год начала подготовки	2023

1. Перечень компетенций, формируемых дисциплиной (полностью или частично)

Коды и наименование компетенций	Наименование компетенций
ПК-1	Готов к оказанию медицинской помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи.

2. Виды оценочных материалов и соответствие с формируемыми компетенциями

Наименование компетенций	Виды оценочных материалов	Количество заданий
ПК-1	Задание закрытого типа на установление соответствия	5 с эталоном ответов
	Задание закрытого типа на установление последовательности	5 с эталоном ответов
	Задание открытого типа с развернутым ответом/ задача	5 с эталоном ответов
	Задания открытого типа с кратким ответом	5 с эталоном ответов
	Задание закрытого типа	30 с эталоном ответов
Всего		50 заданий

3. Банк заданий по оценки уровня формирования компетенций

№ п/п	Наименование компетенций	Задание	Верный вариант
1.	ПК-1	Установите соответствие между формой гипертензивного расстройства и временем ее возникновения: Позиции: - Хроническая артериальная гипертензия - Гестационная артериальная гипертензия - Преэклампсия Варианты ответов: А. Повышение АД $\geq 140/90$ мм рт.ст., впервые зафиксированное после 20-й недели беременности и не сопровождающееся значимой протеинурией. Б. Повышение АД $\geq 140/90$ мм рт.ст., зарегистрированное до беременности или в течение первых 20 недель беременности. В. Специфичный для беременности синдром, возникающий после 20-й недели, характеризующийся АГ в сочетании с протеинурией и/или полиорганной дисфункцией.	1-Б, 2-А, 3-В
2.	ПК-1	Установите соответствие между степенью тяжести преэклампсии и уровнем протеинурии: Позиции:	1-Б, 2-А

		1. Умеренная преэклампсия 2. Тяжелая преэклампсия Варианты ответов: А. Протеинурия ≥ 5 г/сутки Б. Протеинурия $\geq 0,3$ г/сутки, но < 5 г/сутки	
3.	ПК-1	Установите соответствие между термином и его характеристикой: Позиции: 1. Малый для гестационного возраста плод (МГВ) 2. Задержка роста плода (ЗРП) Варианты ответов: А. Патологически маленький плод, не достигший своего потенциала роста (ПМП/ОЖ < 3 -го перцентиля, либо < 10 -го перцентиля + патологический кровоток). Б. Плод с размерами ниже предопределенного порогового значения (3-9 перцентиль), но с низким риском перинатальных осложнений и нормальной динамикой роста.	1-Б, 2-А
4.	ПК-1	Установите соответствие между показателем КТГ и его определением: Позиции: 1. Вариабельность базального ритма 2. Акцелерация 3. Поздняя децелерация Варианты ответов: А. Увеличение ЧСС на 15 уд/мин и более, длительностью от 15 сек, связанное с движениями плода. Б. Замедление ЧСС, смещенное относительно пика схватки, указывающее на маточно-плацентарную недостаточность. В. Амплитуда кратковременных колебаний ЧСС относительно базального ритма.	1-В, 2-А, 3-Б
5.	ПК-1	Установите соответствие между классификацией ПР по сроку беременности и гестационным сроком (согласно пособию): Позиции: 1. Экстремально ранние ПР 2. Очень ранние ПР 3. Поздние ПР Варианты ответов: А. 28,0 – 31,6 недель Б. 22,0 – 27,6 недель В. 34,0 – 36,6 недель	1-Б, 2-А, 3-В
6.	ПК-1	Установите правильную последовательность патогенетических звеньев развития преэклампсии (согласно двухэтапной теории): 1. Генерализованная эндотелиальная дисфункция и клиническая манифестация (АГ, протеинурия). 2. Нарушение второй волны инвазии цитотрофобласта (7-16 недель). 3. Системная воспалительная реакция и дисбаланс ангиогенных факторов (повышение sFlt-1, снижение PlGF). 4. Сохранение мышечного слоя спиральных артерий, плацентарная ишемия.	2, 4, 3, 1

7.	ПК-1	Установите последовательность действий врача при поступлении беременной с тяжелой преэклампсией в стационар 3-й группы: 1.Начало инфузии магния сульфата (стартовая доза) для профилактики судорог. 2.Оценка состояния плода (КТГ, доплерометрия). 3.Осмотр шейки матки в зеркалах и оценка состояния плодного пузыря. 4.Внутривенная гипотензивная терапия для снижения АД ниже 160/110 мм рт. ст. 5.Катетеризация мочевого пузыря для почасового контроля диуреза.	4, 1, 5, 2, 3
8.	ПК-1	Установите последовательность тактики ведения беременности при выявлении малого для гестационного возраста плода (МГВ) на сроке 34 недели: 1.УЗ-доплерометрия маточных артерий и артерии пуповины. 2.Динамический контроль фетометрии и доплерометрии каждые 1-2 недели. 3.Оценка динамики прироста окружности живота и предполагаемой массы плода. 4.Назначение КТГ для оценки функционального состояния плода. 5.Родоразрешение в 37-38 недель при отсутствии признаков гипоксии.	1, 3, 4, 2, 5
9.	ПК-1	Установите последовательность действий при задержке частей последа в полости матки: 1.Внутривенное введение спазмолитиков. 2.Ручное обследование полости матки. 3.Диагностика дефекта последа при осмотре последа. 4.Профилактическое введение антибиотиков после манипуляции. 5.Инфузия утеротоников для профилактики кровотечения после процедуры.	3, 1, 2, 5, 4
10.	ПК-1	Установите последовательность действий при проведении комбинированного скрининга I триместра: 1.Забор крови для определения РАРР-А и свободной β-ХГЧ. 2.Проведение УЗИ и измерение копчико-теменного размера (КТР). 3.Измерение пульсационного индекса (PI) в маточных артериях. 4.Внесение данных в программу (Astraia) для расчета индивидуального риска. 5.Формирование заключения о риске ХА и больших акушерских синдромов.	2, 3, 1, 4, 5
11.	ПК-1	Пациентка 28 лет, первобеременная, срок беременности 34 недели. Обратилась с жалобами на головную боль, «мушки» перед глазами, отеки голеней и рук. АД при измерении на приеме: 155/95 мм рт. ст. и 150/90 мм рт. ст. с интервалом 15 минут. В анамнезе: хронических заболеваний нет. При осмотре: генерализованные отеки. Анализ мочи по тест-полоске: белок «2+». Сформулируйте предварительный диагноз в соответствии с современной классификацией. Обоснуйте его, перечислив критерии диагностики преэклампсии.	Предварительный диагноз: Беременность 34 недели. Тяжелая преэклампсия. Обоснование: Диагноз «преэклампсия» ставится на основании сочетания артериальной гипертензии (АД $\geq 140/90$ мм рт. ст. при двукратном измерении) и протеинурии ($\geq 0,3$ г/л, что соответствует «1+» и выше). У пациентки имеются оба этих критерия.

			Диагноз «тяжелая» ставится на основании наличия как минимум одного из следующих признаков тяжелой преэклампсии: 1. Уровень АД $\geq 160/110$ мм рт. ст. (у пациентки АД 155/95, что не достигает до этого критерия, но важно для дифференцировки). 2. Наличие церебральных симптомов (головная боль, нарушения зрения — «мушки»), что является объективным критерием тяжелой преэклампсии согласно клиническим рекомендациям (табл. 2 учебного пособия). 3. Генерализованные отеки (особенно внезапно появившиеся) также являются дополнительным критерием тяжелой преэклампсии. Таким образом, наличие АГ, протеинурии и неврологической симптоматики позволяет классифицировать состояние как тяжелую преэклампсию, требующую госпитализации и решения вопроса о родоразрешении.
12.	ПК-1	Пациентка 26 лет, первобеременная, срок 32 недели. На приеме жалоб не предъявляет. При измерении высоты стояния дна матки (ВДМ) выявлено отставание на 3 см от предполагаемого срока (ВДМ = 28 см). Направлена на УЗИ. Заключение УЗИ: фетометрия – предполагаемая масса плода (ПМП) <5-го перцентиля. Пульсационный индекс (ПИ) в артериях пуповины >95-го перцентиля. Церебро-плацентарное отношение (ЦПО) снижено. Сформулируйте клинический диагноз, используя критерии Delphi и данные учебного пособия. Определите фенотип ЗРП (ранний или поздний) и обоснуйте.	Клинический диагноз: Беременность 32 недели. Ранняя задержка роста плода (ЗРП). Обоснование: Согласно критериям Delphi (2016), диагноз ЗРП устанавливается на основании следующих данных: 1. ПМП <10-го перцентиля (у пациентки <5-го, что является абсолютным критерием). 2. Нарушение кровотока: ПИ в артериях пуповины >95-го перцентиля. 3. Снижение ЦПО <5-го перцентиля, что свидетельствует о централизации кровообращения плода (brain-sparing effect) в ответ на гипоксию. Фенотип: Поскольку диагноз впервые установлен в сроке 32 недели, это соответствует критериям ранней ЗРП (диагноз до 32 недель). Ранняя ЗРП часто сопровождается тяжелыми

			плацентарными нарушениями, что и подтверждается данными доплерометрии.
13.	ПК-1	Пациентка 40 лет, повторнобеременная, срок 34 недели. Страдает хронической артериальной гипертензией (гипертоническая болезнь II стадии). На скрининговом УЗИ в 32 недели ПМП была на уровне 25-го перцентиля. При контрольном УЗИ в 34 недели: прирост ПМП за 2 недели составил всего 5 грамм в сутки (при норме 30-35 г/сут), ПМП снизилась до 7-го перцентиля. Допплерометрия: ПИ в маточных артериях и артериях пуповины в пределах нормы. ЦПО = 5-й перцентиль. Имеются ли у пациентки критерии для постановки диагноза «задержка роста плода»? Если да, то обоснуйте, опираясь на критерии поздней ЗРП. Каков план дальнейшего наблюдения?	Да, диагноз ЗРП может быть установлен. Обоснование: Согласно критериям Delphi для поздней ЗРП (≥ 32 недель), необходимо наличие как минимум двух из трех критериев. У пациентки наблюдается: 1. ПМП <10-го перцентиля (7-й перцентиль). 2. Замедление динамики роста ПМП и/или окружности живота (темп прироста значительно ниже нормы, что является патологическим). 3. Патологическое ЦПО <5-го перцентиля. План наблюдения: Пациентка относится к группе высокого риска по перинатальным осложнениям. Рекомендуется: 4. Усиленный мониторинг: КТГ плода 1-2 раза в неделю (или чаще по показаниям) для оценки состояния. 5. Допплерометрия кровотока (ПИ АП, ПИ СМА, ЦПО) 1 раз в неделю. 6. Контроль АД у матери и коррекция гипотензивной терапии. 7. Решение вопроса о родоразрешении с учетом динамики состояния плода, как правило, не позднее 37-38 недель.
14.	ПК-1	Пациентка 32 лет, беременность 28 недель. Поступила с жалобами на тянущие боли внизу живота, чувство давления на промежность. При УЗ-цервикометрии: длина шейки матки 18 мм, внутренний зев расширен до 8 мм. Результат теста на ПАМГ-1 (плацентарный альфа-микроглобулин-1) в цервикальной слизи – положительный. Сформулируйте клинический диагноз (тип преждевременных родов). Оцените риск родоразрешения в ближайшие 7 дней. Какова тактика ведения?	Клинический диагноз: Беременность 28 недель. Начавшиеся (неминусемые) преждевременные роды. Истмико-цервикальная недостаточность (ИЦН). Обоснование: Диагноз «начавшиеся ПР» ставится при наличии симптомов (боли), подтвержденных объективными признаками (укорочение шейки матки <25 мм по данным УЗИ и положительный лабораторный тест на ПАМГ-1), но при отсутствии активной регулярной родовой деятельности (раскрытие <4 см). Положительный тест и

			данные цервикометрии указывают на высокий риск наступления родов в ближайшие 7 дней (PPV теста до 98,5%). Тактика: 1. Госпитализация в стационар 3 группы (перинатальный центр). 2. Профилактика РДС плода: внутримышечное введение глюкокортикоидов (бетаметазон 12 мг или дексаметазон 6 мг/12 мг по схемам) для ускорения созревания легких плода. 3. Токолитическая терапия: назначение препаратов первой линии (нифедипин или атозибан) для пролонгирования беременности минимум на 48 часов, необходимых для полного эффекта от стероидов. 4. Нейропротекция плода: внутривенное введение магния сульфата (4 г болюсно, затем 1 г/час) до родов или в течение 24 часов для снижения риска церебрального паралича у недоношенного.
15.	ПК-1	Пациентка 33 лет, повторнобеременная, срок 40 недель. Находится в родах (активная фаза, раскрытие 6 см). Околоплодные воды отошли 2 часа назад, воды светлые. Внезапно появились резкие боли внизу живота, началось кровотечение по типу «алой струи». Плод на КТГ – глубокая брадикардия (до 70 уд/мин). АД упало до 80/40 мм рт. ст. Какое острое акушерское состояние развилось? Входит ли оно в понятие «плацентарная недостаточность»? Какова неотложная тактика ведения?	Состояние: У пациентки развилась преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП). Это проявляется классической триадой: резкая боль в животе, кровотечение и острая гипоксия плода (брадикардия), быстро приводящая к геморрагическому шоку у матери. Связь с плацентарной недостаточностью: Да, ПОНРП является одним из больших акушерских синдромов и тяжелым клиническим проявлением острой плацентарной недостаточности. В основе лежит острое нарушение маточно-плацентарного кровотока и газообмена. Неотложная тактика: 1. Экстренное родоразрешение путем операции кесарева сечения. Медлить нельзя, так как каждая минута увеличивает риск гибели плода и матери.

			2. Параллельно с подготовкой к операции проводится интенсивная терапия геморрагического шока: Катетеризация двух периферических вен. Инфузионная терапия кристаллоидами для восполнения ОЦК. Определение группы крови и резус-фактора, начало переливания компонентов крови при необходимости. Вызов анестезиолога-реаниматолога и трансфузиолога.
16.	ПК-1	Каким термином в современной классификации (согласно представленному учебному пособию) называется состояние, характеризующееся повышением АД после 20 недель беременности в сочетании с протеинурией $\geq 0,3$ г/сутки и/или признаками полиорганной дисфункции?	Презеклампсия
17.	ПК-1	Укажите, какой уровень систолического артериального давления (мм рт. ст.) является критерием для диагностики тяжелой презеклампсии.	160 и выше
18.	ПК-1	Назовите термин (аббревиатуру), используемый в международной практике для обозначения плода, чьи размеры ниже 10-го перцентиля для данного гестационного срока, но который при этом не имеет патологических изменений кровотока и имеет низкий риск перинатальных осложнений (в отличие от истинной задержки роста).	МГВ (малый для гестационного возраста плод) или SGA (small for gestational age)
19.	ПК-1	В соответствии с законодательством РФ и критериями, представленными в пособии, укажите минимальный срок беременности (в неделях), начиная с которого роды считаются преждевременными и ребенок подлежит регистрации как живорожденный при наличии соответствующих признаков.	22 недели
20.	ПК-1	Для профилактики преждевременных родов у беременных группы высокого риска (с укорочением шейки матки <25 мм в анамнезе) назначается препарат прогестерона. Укажите рекомендованную дозу (в мг) и путь введения этого препарата.	200 мг вагинально
21.	ПК-1	Какое состояние относится к «большим акушерским синдромам» и характеризуется возникновением после 20-й недели беременности, артериальной гипертензией в сочетании с протеинурией или полиорганной дисфункцией? 1.Хроническая артериальная гипертензия 2.Гестационная артериальная гипертензия 3.Презеклампсия 4.Пieloneфрит беременных	3
22.	ПК-1	В каком сроке беременности впервые может быть диагностирована презеклампсия? 1.До 12 недель 2.С 12 до 20 недель 3.После 20 недель 4.Только в III триместре	3
23.	ПК-1	Какой из перечисленных препаратов является основным (первой линии) для плановой антигипертензивной терапии у беременных? 1.Лизиноприл 2.Метилдопа (Допегит)	2

		3.Лозартан 4.Спиронолактон	
24.	ПК-1	Препаратом выбора для профилактики судорог при тяжелой преэклампсии является: 1.Диазепам 2.Магния сульфат 3.Аминазин 4.Фенитоин	2
25.	ПК-1	Угрожающие преждевременные роды характеризуются: 1.Наличием регулярной родовой деятельности и открытием маточного зева ≥ 4 см 2.Наличием жалоб на тянущие боли внизу живота при отсутствии объективных признаков укорочения шейки матки 3.Полным сглаживанием шейки матки 4.Излитием околоплодных вод	2
26.	ПК-1	Золотым стандартом инструментальной диагностики угрожающих преждевременных родов является: 1.Бимануальное влагалищное исследование 2.Трансвагинальная УЗ-цервикометрия 3.Наружное акушерское исследование 4.КТГ плода	2
27.	ПК-1	Критической длиной шейки матки в сроках 16-24 недели, ассоциированной с высоким риском преждевременных родов, является: 1.Менее 35 мм 2.Менее 30 мм 3.Менее 25 мм 4.Менее 20 мм	3
28.	ПК-1	Какой экспресс-тест используется для диагностики подтекания околоплодных вод в сомнительных случаях? 1.Определение ХГЧ в моче 2.Определение плацентарного альфа-микроглобулина-1 (ПАМГ-1) в цервикальной слизи 3.Мазок на флору 4.Определение глюкозы в моче	2
29.	ПК-1	Для антенатальной профилактики респираторного дистресс-синдрома (РДС) плода при угрозе преждевременных родов применяют: 1.Амоксициллин 2.Эуфиллин 3.Кортикостероиды (дексаметазон/бетаметазон) 4.Сурфактант	3
30.	ПК-1	Пациентки с истмико-цервикальной недостаточностью (длина шейки матки < 25 мм) и преждевременными родами в анамнезе относятся к группе: 1.Низкого риска 2.Высокого риска 3.Среднего риска 4.Риск не оценивается	2
31.	ПК-1	Основным клиническим проявлением хронической плацентарной недостаточности является: 1.Многоводие 2.Крупный плод 3.Задержка роста плода (ЗРП) 4.Преждевременное созревание плаценты	3

32.	ПК-1	Для диагностики задержки роста плода (ЗРП) согласно критериям Delphi, помимо малых размеров, необходимо наличие: 1.Многоводия 2.Нарушений кровотока в маточных артериях или артерии пуповины 3.Крупной плаценты 4.Тахикардии плода	2
33.	ПК-1	Плод, имеющий предполагаемую массу тела ниже 10-го перцентиля, но с нормальными показателями доплерометрии и динамикой роста, классифицируется как: 1.Малый для гестационного возраста (МГВ/SGA) 2.Задержка роста плода (ЗРП/FGR) 3.Гипотрофичный плод 4.Здоровый плод	1
34.	ПК-1	Какие показатели кислотно-основного состояния (КОС) артериальной крови пуповины являются критериями тяжелого метаболического ацидоза? 1.pH >7,25 и BE < -5 ммоль/л 2.pH <7,0 и дефицит оснований (BE) ≥12 ммоль/л 3.pH 7,15-7,25 и лактат 4 ммоль/л 4.pH >7,35	2
35.	ПК-1	Ранние децелерации на КТГ во время родов обычно связаны с: 1.Плацентарной недостаточностью 2.Гипоксией плода 3.Сдавлением головки плода и являются вариантом нормы 4.Выпадением петель пуповины	3
36.	ПК-1	Для подтверждения диагноза преждевременного разрыва плодных оболочек (ПРПО) при сомнительных данных осмотра в зеркалах, используется тест на определение: 1.Интерлейкина-6 2.ПСИФР-1 (фосфорилированного протеин-1, связывающего инсулиноподобный фактор роста) 3.ХГЧ 4.Лейкоцитов	2
37.	ПК-1	При каком из перечисленных состояний проведение токолитической терапии ПРОТИВОПОКАЗАНО? 1.Начавшиеся преждевременные роды при сроке 28 недель 2.Хориоамнионит 3.Преждевременный разрыв плодных оболочек при сроке 30 недель 4.Укорочение шейки матки до 20 мм	2
38.	ПК-1	Отрицательный результат тройного теста (ПАМГ-1, ПСИФР-1, ИЛ-6) у пациентки с угрожающими преждевременными родами с высокой вероятностью (PPV 98,5%) указывает на: 1.Неизбежность родов в ближайшие сутки 2.Высокий риск инфекции 3.Низкий риск развития преждевременных родов в ближайшие 7 дней 4.Необходимость экстренного родоразрешения	3
39.	ПК-1	Ведение пациентки с преждевременным разрывом плодных оболочек при сроке 28 недель и отсутствии признаков инфекции предполагает: 1.Немедленное родоразрешение	2

		2.Выжидательную тактику с антибиотикопрофилактикой 3.Назначение токолитиков 4.Амбулаторное наблюдение	
40.	ПК-1	Симптом, характерный для тяжелой преэклампсии, но необязательный для постановки диагноза «преэклампсия»: 1.Артериальная гипертензия 2.Протеинурия 3.Отеки 4.Тромбоцитопения	3
41.	ПК-1	Всем беременным с субъективным ощущением снижения шевелений плода в III триместре показано: 1.Немедленное кесарево сечение 2.КТГ и УЗИ с доплерометрией для оценки состояния плода 3.Назначение препаратов, улучшающих кровотоки 4.Наблюдение в течение суток	2
42.	ПК-1	Какой метод профилактики рецидива задержки роста плода рекомендован женщинам с антифосфолипидным синдромом? 1.Только аспирин 2.Комбинация низкомолекулярных гепаринов (НМГ) и аспирина 3.Только НМГ 4.Постельный режим	2
43.	ПК-1	Какой метод позволяет объективно подтвердить наличие ацидоза у плода в родах при сомнительной КТГ? 1.Повторная КТГ через 30 минут 2.УЗИ плода 3.Проба «скальп-лактат» (определение лактата из предлежащей части) 4.Аускультация стетоскопом	3
44.	ПК-1	При появлении признаков острой гипоксии плода в родах (патологический тип КТГ) первым действием врача должно быть: 1.Вызов бригады для экстренного кесарева сечения 2.Проведение внутриматочных реанимационных мероприятий (положение на боку, прекращение стимуляции) 3.Введение спазмолитиков 4.Амниотомия (если не вскрыт пузырь)	2
45.	ПК-1	Патологическим считается снижение вариабельности базального ритма на КТГ менее: 1.10 уд/мин 2.5 уд/мин 3.15 уд/мин 4.2 уд/мин	2
46.	ПК-1	Какой показатель КТГ является наиболее тревожным признаком тяжелой гипоксии плода и требует немедленной оценки? 1.Наличие акцелераций 2.Поздние децелерации 3.Ранние децелерации 4.Вариабельность 10-25 уд/мин	2
47.	ПК-1	Феномен «централизации кровообращения» (brain-sparing) у плода при доплерометрии характеризуется: 1.Повышением сопротивления в средней мозговой артерии	2

		2.Снижением сопротивления в средней мозговой артерии 3.Повышением сопротивления в аорте 4.Нулевым кровотоком в венозном протоке	
48.	ПК-1	При каком значении пульсационного индекса (ПИ) в маточных артериях во II триместре можно говорить о высоком риске развития плацентарной недостаточности и ЗРП? 1.Менее 50-го перцентиля 2.Более 95-го перцентиля 3.Любое значение 4.Значение, равное 0	2
49.	ПК-1	Роды в 22-27+6 недель гестации классифицируются как: 1.Ранние преждевременные роды 2.Поздние преждевременные роды 3.Экстремально ранние преждевременные роды 4.Своевременные роды	3
50.	ПК-1	Беременным группы высокого риска по преждевременным родам с 16 до 34 недель для профилактики рекомендовано назначение: 1.Антибиотиков 2.Вагинального прогестерона 3.Низкомолекулярных гепаринов 4.Аспирин	2

Разработан:
ассистент кафедры акушерства и
гинекологии с курсом ДПО

Е.Ю. Сорокина