

Статья поступила в редакцию 27.02.2024 г.

Ющенко М.А., Ананьева Т.В., Золоторевская О.С., Елгина С.И., Рудаева Е.В., Мозес К.Б.,
Мозес В.Г., Черных Н.С.

Кузбасская областная клиническая больница им. С.В. Беляева,
Кемеровская городская клиническая больница № 4,
Кемеровский государственный университет,
Кемеровский государственный медицинский университет,
г. Кемерово, Россия

ИСТОМОЦЕЛЕ БОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ ПОСЛЕ КАСЕРЕВА СЕЧЕНИЯ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Кесарево сечение является одной из самых распространённых акушерских операций. За последние несколько десятилетий частота кесарева сечения в России увеличилась более чем в два раза и составляет около 24 %. В связи с этим, особо актуальным является вопрос состоятельности рубца на матке после кесарева сечения, влияние состояния рубца на течение последующих беременностей и родов.

В представленной статье описан редкий клинический случай истмоцеле больших размеров у пациентки после трех кесарева сечений. Учитывая выраженные анатомо-морфологические изменения, проведение органосохраняющей операции (метропластики) у пациентки было невозможно в связи с неблагоприятным прогнозом вынашивания беременности в последующем в плане полной несостоятельности послеоперационного рубца.

Ключевые слова: истмоцеле; кесарево сечение; несостоятельность рубца

Yushchenko M.A., Ananyeva T.V., Zolotorevskaya O.S., Elgina S.I., Rudaeva E.V., Moses K.B., Mozes V.G.,
Chernykh N.S.

S.V. Belyaev Kuzbass Regional Clinical Hospital,
Kemerovo City Clinical Hospital N 4,
Kemerovo State University,
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia

LARGE ISTHMOCELE AFTER CROSS-SECTION (CLINICAL CASE)

Cesarean section is one of the most common obstetric operations. Over the past few decades, the caesarean section rate in Russia has more than doubled and is about 24 %. In this regard, the issue of the viability of the scar on the uterus after cesarean section, the effect of the scar condition on the course of subsequent pregnancies and childbirth is particularly relevant.

The presented article describes a rare clinical case of large-sized isthmocele in a patient after three cesarean sections, taking into account the pronounced anatomical and morphological changes, organ-preserving surgery (metroplasty) in the patient was impossible due to and associated with an unfavorable prognosis of pregnancy in the future in terms of complete insol- vency of the postoperative scar.

Keywords: isthmocele; cesarean section; failure of the scar

Кесарево сечение является одной из самых распространённых акушерских операций. За последние несколько десятилетий частота кесарева сечения в России увеличилась более чем в два раза и составляет около 24 % [1, 2]. Увеличение количества этих операций происходит в основном за счёт крупных акушерских стационаров и перинатальных центров, где концентрируются женщины с наиболее тяжёлой акушерской патологией, высокими материнским и перинатальным рисками. Рост числа операций кесарева сечения связан с тем, что эта операция снижает перинатальный риск, а по некоторым данным, детский и материнский травматизм [3, 4]. Также кесарево сечение упрощает родоразре-

шение в сложных акушерских и пограничных ситуациях.

Но увеличение количества операций кесарева сечения в России и в мире имеет и определённые отрицательные стороны. В первую очередь, это увеличение количества женщин репродуктивного возраста, имеющих рубец на матке. А по статистике около 30 % женщин, которым выполнялось кесарево сечение, планируют ещё беременности в будущем. В связи с этим, особо актуальным является вопрос состоятельности рубца на матке после кесарева сечения, влияние состояния рубца на течение последующих беременностей и родов [5, 6]. Поэтому крайне важной проблемой на сегодняшний день

Информация для цитирования:



10.24412/2686-7338-2024-2-135-140



NLFHPA

Артымук Д.А., Артымук Н.В., Марочко Т.Ю., Колесникова Н.Б., Хочибова Д.Б. УПРАВЛЕНИЕ ПОСЛЕРОДОВЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ: ИСТОРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ //Мать и Дитя в Кузбассе. 2024. №2(97). С. 135-140.



является несостоятельный рубец на матке после кесарева сечения.

Адекватное заживление шва на матке и формирование полноценного рубца после кесарева сечения — один из основных вопросов этой операции. На процесс заживления шва на матке влияет множество факторов: большая длительность операции; большая кровопотеря при кесаревом сечении; экстренное кесарево сечение; использование методики Гусакова при вскрытии полости матки (способствует формированию кровоизлияний и гематом в области краёв разреза, есть риск перехода разреза на сосудистый пучок); нарушение техники ушивания матки, использование неадекватного шовного материала; эндометрит после кесарева сечения.

Из всех перечисленных факторов формирования несостоятельного рубца на матке основным является эндометрит (воспаление матки). Частота эндометрита после самопроизвольных родов составляет в среднем 5 %, а после кесарева сечения — 15 % [7-9]. Ранняя несостоятельность швов на матке, возникающая на фоне прогрессирующего острого послеродового эндометрита, может проявиться возникновением тазового перитонита (острое воспаление тазовой брюшины вследствие поступления инфицированного содержимого полости матки через несостоятельный шов в полость малого таза). В большинстве же случаев с острым эндометритом удаётся справиться, но воспалительный процесс в области шва может принять подострое (торпидное) течение, что приводит к замедлению заживления шва на матке и, в итоге, к формированию так называемой поздней несостоятельности рубца. Современная ситуация осложняется тем, что эндометрит после кесарева сечения у большинства больных изначально имеет подострое, скрытое течение, приводящее к поздней диагностике.

Взаимосвязь между несостоятельностью рубца и гинекологическими симптомами у небеременных женщин была установлена относительно недавно. Ниша в области рубца на матке может проявляться обильными и длительными менструациями, длительными мажущими кровяными выделениями перед менструацией и после менструации, болезненными менструациями (дисменорея), болями при половом контакте (диспареуния) [10-12].

В настоящее время нет единого подхода для лечения истмоцеле [13-15]. При обнаружении несостоятельности рубца на матке или подозрении на неё по данным ультразвукового исследования показано выполнение гистероскопии. При наличии неглубокой ниши по данным ультразвукового исследования и гистероскопии, наличии жалоб на болезненные менструации и постменструальные мажущие кровяные выделения возможно выполнение гистерорезектоскопической резекции ниши. При полной несостоятельности рубца на матке, наличии жалоб и для предупреждения осложнений при планируемой беременности и в родах показано выполнение пластики рубца на матке вне беременности — метропластики.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Пациентка К., 41 лет, находилась в Кузбасской областной клинической больнице им. С.В. Беляева с диагнозом: Истончение послеоперационного рубца на матке после кесарева сечения (атрофия и фиброз матки (N85.8). Осложнения: Истмоцеле больших размеров.

Женщине проведена тотальная гистероэктомия с маточными трубами с использованием видеоэндоскопических технологий по поводу истмоцеле больших размеров, истончения послеоперационного шва после кесарева сечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Пациентка К. поступила с жалобами на боли внизу живота, в динамике не усиливающиеся.

Из анамнеза заболевания: В связи с болями, нерегулярными менструациями проводилось лечение Дюфастоном во II фазу менструального цикла в течение 5-6 мес. Обратилась к гинекологу по месту жительства, по данным УЗИ — признаки кист шейки матки; по данным обследования — дисплазия шейки матки легкой степени. Проведено оперативное лечение: электродиатермоконизация шейки матки; гистероскопия, раздельное диагностическое выскабливание полости матки и цервикального канала. **Гистологический результат:** «Заживающий эндометриоз. Эндометрий фазы пролиферации». По данным УЗИ в динамике — значительное увеличение размеров новообразования шейки матки. Самостоятельно обратилась в гинекологическое отделение № 1, госпитализирована для планового оперативного лечения.

Ультразвуковое исследование матки и придатков трансагинальное: Матка типичной формы, 46 × 66 мм, за счет новообразования увеличена 71 × 60 см. Миометрий в области послеоперационного рубца по передней стенке жидкостное образование 19 × 23 мм. Полость матки не расширена, с нечетким контуром. Эндометрий 7 мм. Яичники: правый 36 × 24 × 28 мм, левый 61 × 52 × 60 мм, в структуре-жидкостное образование 39 × 51 мм фасции, брюшины задних отделов таза.

Акушерско-гинекологический анамнез: Менархе в 16 лет, установились сразу, по 3 дня, через 30 дней, скудные, безболезненные, нерегулярные в течение последнего года — задержки до 2-3 мес. Прием Дюфастона во II фазу цикла.

Половая жизнь с 25 лет, в браке I. Контрацепция: ВМС 2 года, без осложнений. Число беременностей — 3. Родов — 3 (кесарево сечение в плановом порядке 2014, 2017, 2018 гг. — в Таджикистане), аборт — 0, выкидышей — 0. Гинекологические заболевания: Первичное бесплодие, связанное с отсутствием овуляции (в 2010 г. — операция по поводу бесплодия на придатках матки); новообразование шейки матки. Электродиатермоконизация шейки матки, гистероскопия, раздельное диагностическое выскабливание. Гистологический результат:

Заживающий эндоцервикоз. Эндометрий фазы пролиферации.

Гинекологический статус: Наружные половые органы без особенностей. Оволосение: по женскому типу. Паховые лимфоузлы не увеличены. Уретра и парауретральные железы без изменений, отделяемого нет. Бартолиновые железы без особенностей.

В зеркалах: Слизистая влагалища: обычной окраски, без видимых патологических изменений. Складчатость: обычная. Шейка матки цилиндрическая; гипертрофирована, укорочена до 2 см, цервикальный канал зияет до 2,5 см, на уровне средней трети цервикального канала определяется нижний полюс округлого эластического образования диаметром до 50 мм, безболезненного. Отделяемое сукровичное скудное. Слизистая обычной окраски. Тело матки anteфлексio, занимает срединное положение, подвижное, безболезненное, нормального размера, форма матки правильная, консистенция плотная. Правые придатки матки не увеличены, безболезненные. Левые придатки матки увеличены до 40 × 45 мм, болезненны при пальпации. Своды глубокие.

Диагноз при поступлении (предварительный): Доброкачественные новообразования матки.

Сопутствующий диагноз: Тазовые перитонеальные послеоперационные спайки (2010 г. — операции по поводу бесплодия на придатках матки с использованием видеоэндоскопических технологий; в 2014, 2017, 2018 гг. — кесарево сечение). Доброкачественное новообразование левого яичника. Хроническая железодефицитная анемия легкой степени тяжести.

Намечен план ведения и лечения: Оперативное лечение: диагностическая лапароскопия, гистероскопия, гистероскопическая миомэктомия? Расширение объема операции при невозможности гистероскопического удаления новообразования шейки матки. Тотальная гистерэктомия (экстирпация матки) с использованием видеоэндоскопических технологий. Сальпингэктомия билатеральная с использованием видеоэндоскопических технологий — при необходимости.

Ход операции (Гистероскопия): В асептических условиях шейка матки взята на пулевые щипцы. Длина полости матки по зонду 10,5 см. Цервикальный канал значительно деформирован, смещен влево за счет выбухающего кистозного округлого образования диаметром более 60 мм, исходящего из правой боковой стенки в области послеоперационного рубца. В полость матки введен диагностический гистероскоп. Полость матки не деформирована, расширена. Сосудистый рисунок слизистой выражен. Устья эндометриодных ходов не визуализируются. Устья маточных труб визуализируются. Кистозное образование захвачено зажимами, надсечено, излилось до 20 мл светлой прозрачной слизиобразной жидкости. При пальпации, зондировании под контролем лапароскопии обнаружено, что зонд уходит в область подобных образований в области послеоперационного рубца на матке, дном данного образования является стенка послеоперационного рубца, истонченная до 2 мм — истмоцеле.

В брюшную полость введены лапароскоп и 3 троакара для манипуляторов и операционных инструментов.

В передне-маточном пространстве обнаружены выраженные рубцовые изменения в области пузырно-маточной складки, рубцовые сращения между мочевым пузырем и зоной рубца, без выраженных границ. В полость матки введен маточный манипулятор. Надсечена пузырно-маточная складка, мочевой пузырь с затруднениями, ввиду выраженных рубцовых изменений, смещен книзу. Передняя стенка нижнего сегмента и шейки матки кистозно дегенерирована, истончена до 2 мм, здоровой ткани шейки матки по передней стенке не обнаружено. Позади-маточное пространство без патологии. В брюшинных карманах эндометриоза нет. Выпот в брюшной полости серозный, 30 мл, направлен на цитологическое исследование. Крестцово-маточные связки видны, без патологии.

Матка видна, форма шаровидная, размер 100 × 90 × 8 мм, аденомиоз, с усиленным сосудистым рисунком, гиперемией, воспалительными изменениями на поверхности. В области послеоперационного рубца на матке в области нижнего маточного сегмента-перешейка — выбухающие тонкостенные кистозные образования (№ 2) размерами 20 × 30 мм и 15 × 20 мм. Спайки с мочевым пузырем.

Яичник справа размером 55 × 60 мм, киста (размеры 40 × 40 мм, однокамерная, тонкостенная, заполнена светлым прозрачным содержимым), Брюшина без патологии. Слева яичник нормального размера, визуальное не изменен.

Маточные трубы просматриваются на всем протяжении, длиной 8 см. Аппендикс не виден. Сальник без патологии.

Учитывая невозможность проведения органосохраняющей операции (метропластики) — полное отсутствие неизменной ткани передней губы шейки матки и нижнего маточного сегмента, гигантский дефект послеоперационного рубца с формированием «грыжи» гигантского истмоцеле, сопряженный с неблагоприятным прогнозом вынашивания беременности в последующем в плане полной несостоятельности послеоперационного рубца, разрыва матки по рубцу, признаки другой патологии (эндометриоз матки) — коллегиально принято решение о проведении радикальной операции.

Ход радикальной операции:

Пересечение круглых связок матки и диссекция мочевого пузыря. С помощью маточного манипулятора матка отведена вправо и впереди. Зажимом натянута круглая связка слева, коагулирована и пересечена. Затем матка смещена в противоположном направлении, коагулирована и пересечена круглая связка с противоположной стороны. Матка смещена кзади, ножницами рассечена брюшина пузырно-маточной складки в поперечном направлении с переходом на передний листок широкой связки до соединения с местом пересечения круглых связок. Мочевой пузырь отсепарован книзу с затруднениями ввиду рубцовых изменений. Целостность моче-

вого пузыря проконтролирована путем наполнения мочевого пузыря окрашенным физ. раствором.

Манипуляции затруднены в связи с достаточно большими размерами матки, выраженными кистозными изменениями в области послеоперационного рубца.

Пересечение верхней части связочного аппарата. Вскрыт задний листок широкой связки с обеих сторон в виде «окна». Коагулированы и пересечены собственные связки яичников с обеих сторон, мезосальпинксы с обеих сторон.

Гемостаз сосудистого пучка матки. Осуществлена биполярная коагуляция и пересечение маточных сосудов на уровне внутреннего зева.

Отсечение матки от стенок влагалища. L-образным монополярным электродом в режиме «резания» с использованием внутриматочного манипулятора матка с маточными трубами отсечена от стенок влагалища с одновременной биполярной коагуляцией всех кровоточащих сосудов стенок влагалища. Матка с маточными трубами удалена через кольпотомное отверстие фрагментарно.

После дополнительного гемостаза культи влагалища ушита отдельными П-образными швами трехрядно. Завязывание узлов — интракорпоральное.

Произведена энуклеация кисты желтого тела правого яичника, гемостаз точечный с применением биполярной коагуляции.

Гемостаз и санация брюшной полости. В конце операции проведен тщательный гемостаз всех кровоточащих участков с помощью биполярных щипцов, из брюшной полости удалены все сгустки крови. На конечном этапе контроля гемостаза давление в брюшной полости снижено до 7 мм рт. ст. для выявления всех кровоточащих сосудов.

В дальнейшем проведено ушивание послеоперационных троакарных ран на передней брюшной стенке, наложены асептические повязки. Общая кровопотеря составила 100 мл. Диурез — 200 мл, моча светлая.

Макропрепараты:

1) матка массой 174 г, стенки выражено диффузно утолщены эндометрий не утолщен, передняя губа шейки матки отсутствует, представлена тонкостенными «карманами»;

2) правая и левая маточные трубы;

3) оболочки кисты правого яичника.

Макропрепарат матки представлен на рисунках 1, 2, 3 и 4.

Диагноз после операции:

Основной: Истончение послеоперационного рубца на матке после кесарева сечения (атрофия и фиброз матки (N85.8).

Осложнения: Истмоделе больших размеров.

Сопутствующие заболевания: Хронический эндометрит. Рубцовая деформация шейки матки. Эндометриоз матки II ст. Доброкачественное новообразование правого яичника. Тазовые перитонеальные послеоперационные спайки (2010 г. — операции по поводу бесплодия на придатках матки с исполь-

Рисунок 1
Макропрепарат матки (последовательное вскрытие макропрепарата)

Figure 1

Uterine macropreparation (layered sequential autopsy of the macropreparation)

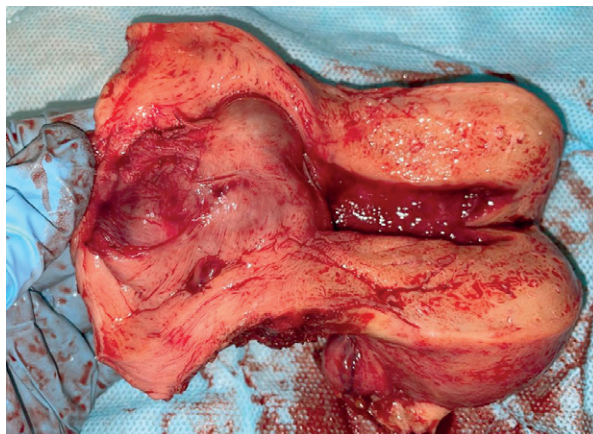
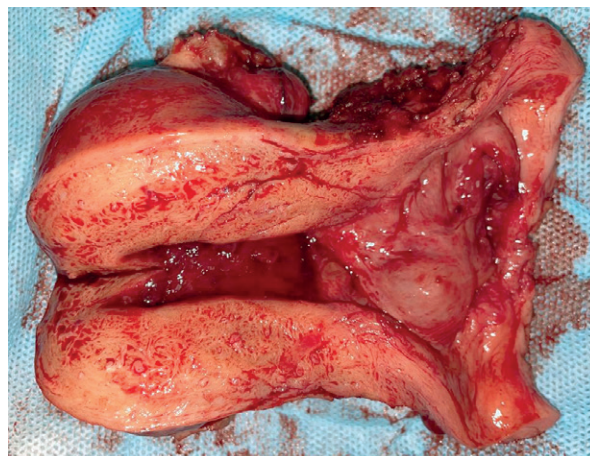


Рисунок 2

Макропрепарат матки (последовательное вскрытие макропрепарата)

Figure 2

Uterine macropreparation (layered sequential autopsy of the macropreparation)



зованием видеоэндоскопических технологий; 2014, 2017, 2018 гг. — кесарево сечение). Хроническая железодефицитная анемия легкой степени тяжести.

Течение послеоперационного периода правильное, Пациентка выписана на 7-е сутки под наблюдение врача женской консультации.

ВЫВОДЫ

Проведение органосохраняющей операции (метропластики) у пациентки было невозможно в связи с выраженными анатомо-морфологическими изменениями и сопряжено с неблагоприятным прогнозом вынашивания беременности в последующем в плане полной несостоятельности послеоперационного рубца.

Рисунок 3
Макропрепарат матки (послойное последовательное вскрытие макропрепарата)
Figure 3
Uterine macropreparation (layered sequential autopsy of the macropreparation)

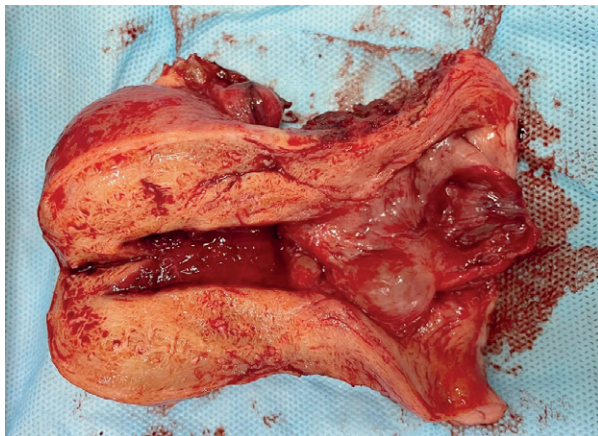
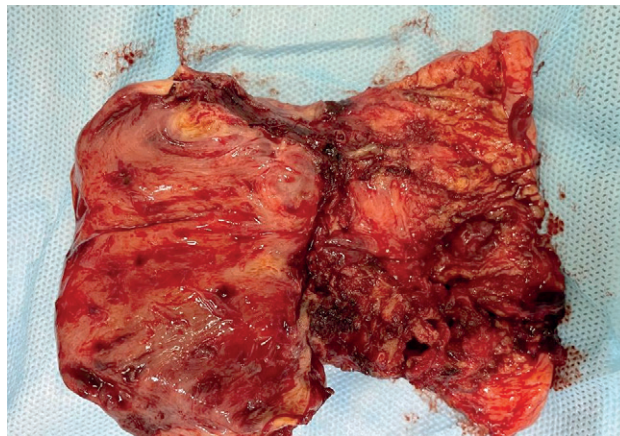


Рисунок 4
Макропрепарат матки (послойное последовательное вскрытие макропрепарата)
Figure 4
Uterine macropreparation (layered sequential autopsy of the macropreparation)



Информация о финансировании и конфликте интересов

Исследование не имело спонсорской поддержки.

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES:

- Kulshrestha V, Agarwal N, Kachhawa G. Post-caesarean Niche (Isthmoele) in Uterine Scar: An Update. *J Obstet Gynaecol India*. 2020; 70(6): 440-446. doi: 10.1007/s13224-020-01370-0
- Sukhoi GT, Kogan EA, Kesova MI, Demura TA, Donnikov AE, Martynov AI, et al. Morphological and molecular genetic features of neoangiogenesis in scar tissue in patients with undifferentiated connective tissue dysplasia. *Obstetrics and gynecology*. 2010; (6): 23-28. Russian (Сухих Г.Т., Коган Е.А., Кесова М.И., Демура Т.А., Донников А.Е., Мартынов А.И. и др. Морфологические и молекулярно-генетические особенности неоангиогенеза в рубцовой ткани у пациенток с недифференцированной дисплазией соединительной ткани //Акушерство и гинекология. 2010. № 6. С. 23-28.)
- Sukhoi GT, Donnikov AE, Kesova MI, Kan NE, Amiraslanov EYu, Klimantsev IV, et al. Assessment of the condition of the uterine scar using mathematical modeling based on clinical and molecular genetic predictors. *Obstetrics and gynecology*. 2013; (1): 33-40. Russian (Сухих Г.Т., Донников А.Е., Кесова М.И., Кан Н.Е., Амирасланов Э.Ю., Климанцев И.В. и др. Оценка состояния рубца матки с помощью математического моделирования на основании клинических и молекулярно-генетических предикторов //Акушерство и гинекология. 2013. № 1. С. 33-40.)
- Gulz M, Imboden S, Nirgianakis K, Siegenthaler F, Rau TT, Mueller MD. Endometriosis and isthmoele: common or rare? *J Clin Med*. 2022; 11(5): 1158. doi: 10.3390/jcm11051158
- Al Naimi A, Wolnicki B, Mouzakiti N, Reinbach T, Louwen F, Bahlmann F. Anatomy of the sonographic post-caesarean uterus. *Arch Gynecol Obstet*. 2021; 304(6):1485-1491. doi: 10.1007/s00404-021-06074-y
- Bamberg C, Hinkson L, Dudenhausen JW, Bujak V, Kalache KD, Henrich W. Longitudinal transvaginal ultrasound evaluation of cesarean scar niche incidence and depth in the first two years after single- or double-layer uterotomy closure: a randomized controlled trial. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2017; 96(12): 1484-1489. doi: 10.1111/aogs.13213
- Budny-Winska J, Zimmer-Stelmach A, Pomorski M. Two- and three-dimensional transvaginal ultrasound in assessment of the impact of selected obstetric risk factors on cesarean scar niche formation: the case-controlled study. *Ginekol Pol*. 2021; 92(5): 378-382. doi: 10.5603/GPa2021.0024
- Demography and reproductive health of the female population of Kuzbass. Ushakova GA, Elgina SI, Surkov NI. Kemerovo, 1997. Russian (Демография и репродуктивное здоровье женского населения Кузбасса. Ушакова Г.А., Елгина С.И., Сурков Н.И. Кемерово, 1997.)
- Antila-Långsjö R, Mäenpää JU, Huhtala H, Tomás E, Staff S. Comparison of transvaginal ultrasound and saline contrast sonohysterography in evaluation of cesarean scar defect: a prospective cohort study. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2018; 97(9): 1130-1136. doi: 10.1111/aogs.13367
- Yılmaz Baran Ş, Kalaycı H, Doğan Durdağ G, Yetkinel S, Alemdaroğlu S, Çok T, Bulgan Kılıçdağ E. Single- or double-layer uterine closure techniques following cesarean: A randomized trial. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2021; 100(3): 531-537. doi: 10.1111/aogs.14018

11. Stegwee SI, van der Voet LF, Ben AJ, de Leeuw RA, van de Ven PM, Duijnhoven RG, et al. Effect of single- versus double-layer uterine closure during caesarean section on postmenstrual spotting (2Close): multicentre, double-blind, randomized controlled superiority trial. *BJOG*. 2021; 128(5): 866-878. doi: 10.1111/1471-0528.16472
12. Di Spiezo Sardo A, Saccone G, McCurdy R, Bujold E, Bifulco G, Berghella V. Risk of cesarean scar defect following single- vs double-layer uterine closure: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2017; 50(5): 578-583. doi: 10.1002/uog.17401
13. Erkayiran U, Arslanca T. Comparative analysis of classical primary continuous and novel technique uterine suturing methods on uterine scar formation after caesarean section: a prospective clinical study. *Ginekol Pol*. 2022; 93(7): 552-557. doi: 10.5603/GPa.2022.0022
14. Pomorski M, Fuchs T, Rosner-Tenerowicz A, Zimmer M. Morphology of the cesarean section scar in the non-pregnant uterus after one elective cesarean section. *Ginekol Pol*. 2017; 88(4): 174-179. doi: 10.5603/GPa.2017.0034
15. Marchand GJ, Masoud A, King A, Ruther S, Brazil G, Ulibarri H, et al. Effect of single- and double-layer cesarean section closure on residual myometrial thickness and isthmocele – a systematic review and meta-analysis. *Turk J Obstet Gynecol*. 2021; 18(4): 322-332. doi: 10.4274/tjod.galenos.2021.71173

КОРРЕСПОНДЕНЦИЮ АДРЕСОВАТЬ:

ЕЛГИНА Светлана Ивановна

650029, г. Кемерово, ул. Ворошилова, д. 22а, ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России

Тел: 8 (3842) 73-48-56 E-mail: elginas.i@mail.ru

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

INFORMATION ABOUT AUTHORS

ЮЩЕНКО Марина Анатольевна, зав. гинекологическим отделением, ГАУЗ КОКБ им. С.В. Беляева, г. Кемерово, Россия.

YUSHCHENKO Marina Anatolyevna, head of the gynecological department, S.V. Belyaev Kuzbass Regional Clinical Hospital, Kemerovo, Russia.

АНАНЬЕВА Татьяна Владимировна, врач гинекологического отделения, ГАУЗ КОКБ им. С.В. Беляева, г. Кемерово, Россия.

ANANYEVA Tatyana Vladimirovna, doctor of the gynecological department, S.V. Belyaev Kuzbass Regional Clinical Hospital, Kemerovo, Russia.

ЗОЛОТОРЕВСКАЯ Ольга Сергеевна, врач акушер-гинеколог, ГАУЗ КГКБ № 4, г. Кемерово, Россия. E-mail: halepa-o@yandex.ru

ZOLOTOREVSKAYA Olga Sergeevna, obstetrician-gynecologist, Kemerovo City Clinical Hospital N 4, Kemerovo, Russia. E-mail: halepa-o@yandex.ru

ЕЛГИНА Светлана Ивановна, доктор мед. наук, доцент, профессор кафедры акушерства и гинекологии им. Г.А. Ушаковой, ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия. E-mail: elginas.i@mail.ru

ELGINA Svetlana Ivanovna, doctor of medical sciences, docent, professor of the department of obstetrics and gynecology named after G.A. Ushakova, Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia. E-mail: elginas.i@mail.ru

РУДАЕВА Елена Владимировна, канд. мед. наук, доцент, доцент кафедры акушерства и гинекологии им. Г.А. Ушаковой, ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия. E-mail: rudaeva@mail.ru

RUDAEVA Elena Vladimirovna, candidate of medical sciences, docent, docent of the department of obstetrics and gynecology named after G.A. Ushakova, Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia. E-mail: rudaeva@mail.ru

МОЗЕС Кира Борисовна, ассистент кафедры поликлинической терапии и сестринского дела, ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия. E-mail: kbsolo@mail.ru

MOZES Kira Borisovna, assistant, department of polyclinic therapy and nursing, Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia.

МОЗЕС Вадим Гельевич, доктор мед. наук, профессор, директор медицинского института, ФГБОУ ВО КемГУ, г. Кемерово, Россия. E-mail: vadimmoses@mail.ru

MOSES Vadim Gelievich, doctor of medical sciences, professor, director of the medical institute, Kemerovo State University, Kemerovo, Russia. E-mail: vadimmoses@mail.ru

ЧЕРНЫХ Наталья Степановна, канд. мед. наук, доцент, доцент кафедры поликлинической педиатрии, пропедевтики детских болезней и последипломной подготовки, ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия. E-mail: nastep@mail.ru

CHERNYKH Natalya Stepanovna, candidate of medical sciences, docent, docent of the department of polyclinic pediatrics, propaedeutics of childhood diseases and postgraduate training, Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia. E-mail: nastep@mail.ru