

Статья поступила в редакцию 26.02.2022 г.

Зуева С.А., Шин А.П., Рохленко О.В., Алещенко Ю.Ю., Елгина С.И., Мозес В.Г., Рудаева Е.В., Железная А.А., Мозес К.Б.

Кузбасская клиническая больница им. С.В. Беляева,
Кемеровский государственный медицинский университет,
Кемеровский государственный университет,
г. Кемерово, Россия

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького,
г. Донецк, Донецкая народная республика

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ АУТОИММУННОГО ЭНЦЕФАЛИТА У БЕРЕМЕННОЙ

В последние десятилетия неуклонно возрастает интерес неврологов, психиатров, врачей других специальностей к проблеме аутоиммунных энцефалитов.

Аутоиммунные энцефалиты – это группа неврологических заболеваний, при которых верифицированы аутоантитела к внутри- и внеклеточным структурам нейрона, которые выступают в роли антигенов. Количество пациентов с диагнозом «Аутоиммунный энцефалит» растёт, однако сочетание аутоиммунного энцефалита и беременности является редким.

Представляем вашему вниманию своё наблюдение случая лимбического энцефалита при беременности.

Ключевые слова: аутоиммунный энцефалит; беременность; плод

Zueva S.A., Shin A.P., Rokhlenko O.V., Aleshchenko Yu.Yu., Elgina S.I., Mozes V.G., Rudaeva E.V., Zheleznaya A.A.

Kuzbass Clinical Hospital named after S.V. Belyaev,
Kemerovo State Medical University,
Kemerovo State University, Kemerovo, Russia
Donetsk State Medical University named after M. Gorky, Donetsk, Donetsk People's Republic

CLINICAL CASE OF AUTOIMMUNE ENCEPHALITIS IN A PREGNANT WOMAN

In recent decades, the interest of neurologists, psychiatrists, and doctors of other specialties in the problem of autoimmune encephalitis has been steadily increasing.

Autoimmune encephalitis is a group of neurological diseases in which autoantibodies to the intra and extracellular structures of the neuron, which act as antigens, have been verified. The number of patients diagnosed with autoimmune encephalitis is growing, but the combination of autoimmune encephalitis and pregnancy is rare.

We present to your attention our observation of a case of limbic encephalitis during pregnancy.

Key words: autoimmune encephalitis; pregnancy; fetus

В последние десятилетия неуклонно возрастает интерес неврологов, психиатров, врачей других специальностей к проблеме аутоиммунных энцефалитов [1-3].

Аутоиммунные энцефалиты – это группа неврологических заболеваний, при которых верифицированы аутоантитела к внутри- и внеклеточным структурам нейрона, которые выступают в роли антигенов. На сегодняшнем этапе изучения аутоиммунные энцефалиты подразделяют на две группы: паранеопластические и идиопатические [4-6]. По тому же принципу можно разделить и антитела: антитела к внутриклеточным антигенам («истинные» паранеопластические), антитела к поверхностной нейрональной мембране, антитела, которые чаще выявляются идиопатическими [7-9].

Сложность диагностики иммунных энцефалитов, помимо полиморфной клинической картины, определяется пограничными с нормой значениями стандартных неврологических обследований (МРТ головного мозга, клинический анализ ликвора, ЭЭГ). В рутинной клинической практике спектр определяемых антител в настоящее время ограничен техническими возможностями лабораторной диагностики [10-13].

Количество пациентов с диагнозом «Аутоиммунный энцефалит» растёт, однако сочетание аутоиммунного энцефалита и беременности является редким [14, 15].

Представляем вашему вниманию своё наблюдение случая лимбического энцефалита при беременности.

Информация для цитирования:



10.24412/2686-7338-2022-2-51-55



TOPDXN

Зуева С.А., Шин А.П., Рохленко О.В., Алещенко Ю.Ю., Елгина С.И., Мозес В.Г., Рудаева Е.В., Железная А.А., Мозес К.Б.
Клинический случай аутоиммунного энцефалита у беременной // Мать и Дитя в Кузбассе. 2022. №2(89). С. 51-55.



МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Пациентка П., 26 лет, находилась в Кузбасской клинической больнице им. С.В. Беляева, где ей установлен диагноз аутоиммунного энцефалита.

Женщине проведено полное клинико-лабораторное, МСКТ обследование, консультации специалистов. В последующем она наблюдалась по поводу беременности в Перинатальном центре. И была родоразрешена в родильном доме № 1 Кузбасской клинической больницы скорой медицинской помощи им. М.А. Подгорбунского.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Пациентка П., 26 лет, госпитализирована в отделение реанимации больницы 24.11.2019 г.

При поступлении: жалоб не предъявляет ввиду тяжести состояния.

Сбор анамнеза по представленной документации, со слов медицинских работников. 15.11.2019 г. была проведена лазерная коагуляция глазного дна, после чего появились головные боли в затылочной области, тошнота, однократно рвота, нарушился сон, по поводу головной боли самостоятельно принимала ибупрофен, парацетамол.

20.11.2019 г остро возникла слабость в левой руке, онемение левой половины нижней губы. По скорой помощи госпитализирована в первичное сосудистое отделение Городской больницы № 2 г. Кемерово.

21.11.2019 г. появились замедленная речь, общая заторможенность. Выполнены: МСКТ головного мозга (патология не найдена), люмбальная пункция — ликвор бесцветный, прозрачный, цитоз 8/3, белок 0,6 г/л, сахар 3,5 ммоль/л, хлориды 87,5 ммоль/л. На фоне проводимой метаболической терапии состояние оставалось стабильным. ДС БЦА 22.11.2019 г. — изменений сосудистой стенки, препятствий кровотоку не найдено. Осмотрена офтальмологом, на глазном дне спастическая ангиопатия сетчатки обеих глаз, признаки ишемии зрительных нервов.

24.11.2019 г. состояние с отрицательной динамикой — нарастание общемозговой симптоматики, развился генерализованный тонико/клонический билатеральный эпилептический приступ. Пациентка переведена в отделение реанимации, затем транспортирована в отделение реанимации ГАУЗ ККБ им. С.В. Беляева. При первичном осмотре: Зрачки расширены медикаментозно. Лицо симметричное. Язык в полости рта прямо. Симптомы орального автоматизма отрицательные. Активных движений в конечностях нет. Мышечный тонус в руках и ногах пирамидный, без сторонней разницы. Сухожильные рефлексы с рук и ног живые, равны, патологические стопные рефлексы не вызываются. Ригидность мышц затылка 4 см, симптом Кернига под углом 150 градусов с двух сторон. Уровень сознания 12 баллов. Дыхание самостоятельное, эффективное,

АД 115/80 мм рт. ст., ЧСС 90 в мин., температура тела 37,4°C.

При поступлении осмотрена акушером-гинекологом: менструации с 13 лет, через 28 дней по 5 дней, умеренные, безболезненные, последняя 07.08.2019 г., после стимуляции по поводу СПКЯ. Беременность первая, желанная, запланированная, на учёте состоит с 8 недель. Принимала дюфастон по 10 мг 3 раза в сутки. 21.11.2019 г. в стационаре проведено УЗИ ОМТ: беременность 13,5-14 недель. Повышение тонуса матки, низкая плацентация, внутренний зев замкнут.

Осмотрена дежурным офтальмологом: на глазном дне диски зрительных нервов отёчные, проминируют, границы ступёваны, вены расширены, извиты, паравазально мелкие петехиальные геморрагии. Заключение: нейроретинопатия, застойные диски зрительных нервов.

Осмотр оториноларинголога: острой патологии нет.

Лабораторно: лейкоциты $22,5 \times 10^9$ /л, без сдвига формулы влево, в остальном без клинически значимых изменений.

Проведен консилиум в составе дежурного невролога, реаниматолога, акушера/гинеколога, принято совместное решение о проведении МРТ головного мозга (без контрастного усиления).

МРТ головного мозга — очаговых изменений мозга не найдено. Косвенный признак доброкачественной внутричерепной гипертензии: значительное расширение перипапиллярных ликворных пространств.

Магниторезонансная ангиография интракраниальных артерий: вариантная анатомия Веллизиева круга — неполная форма передней трифуркации левой брахиоцефалической артерии, неполная форма задней трифуркации правой брахиоцефалической артерии (диагональный тип). Других изменений нет.

Магниторезонансная венография интракраниальных вен/синусов: тромбозов/мальформаций нет, отток по поперечным, сигмовидным синусам симметричный, шейные коллатерали закрыты.

В динамике 25.11.2020 г. состояние оставалось тяжёлым, уровень сознания сопор, ригидность мышц затылка 2 см, (+) симптом Кернига. Решено провести дополнительное обследование. ЭХО-КГ: фракция выброса удовлетворительная, признаков инфекционного эндокардита нет. УЗИ органов брюшной полости: эхографические изменения не обнаружены. Лабораторно: лейкоцитоз $24,2 \times 10^9$ /л, СРБ 56,2 мг/л.

В течение нескольких дней от момента поступления гипонатриемия до 124 ммоль/л. По ЭКГ: синусовая (дыхательная) тахикардия, ЭКГ без патологии. Люмбальная пункция (25.11.2019 г.): ликвор бесцветный, прозрачный, белок 0,6 г/л, цитоз 18/3, с/ядерные лейкоциты 2, моноциты 3, лимфоциты 13, сахар 4,0, хлориды 115 ммоль/л.

УЗИ малого таза в динамике: один плод в головном предлежании, КТР 76 мм — 13,5 недель, БПР

27 мм — 13,5 недель. Пороки развития плода не обнаружены, двигательная активность в норме, сердечная активность ритмичная 150 в минуту, плацента по передней стенке, до внутреннего зева 15 мм, толщина 15 мм, стадия зрелости 0, структура обычная. Околоплодные воды в норме, структура миометрия без особенностей, тонус матки 2, внутренний зев замкнут, длина шейки 32 мм. Заключение: беременность 13,5 недель. Низкая плацентация. Умеренные эхопризнаки угрожающего выкидыша.

Проведен повторный консилиум, установлен диагноз: Энцефалит неуточнённой этиологии.

Начата метаболическая и противоотёчная терапия (дексаметазон 16 мг/сутки), противосудорожная терапия (карбамазепин 200 мг утро, вечер). Объём медикаментозного лечения ограничен беременностью, согласован с клиническим фармакологом.

При динамическом наблюдении гемодинамика оставалась устойчивой, дыхание самостоятельным, температура: низкий субфебрилитет, питание зондовое и парентеральное (общемозговая симптоматика). ЭЭГ от 26.11.2019 г.: единичные комплексы острая/медленная волна в теменно/височных областях билатерально. Со стороны неврологического статуса последовательно определялись: парез зрачка вправо, снижение силы в правых конечностях до 4-х баллов, повышение в них тонуса по пирамидному типу, двухсторонний симптом Бабинского, выраженные положительные симптомы орального автоматизма, сохранялись оболочечные симптомы, угнетение сознания до сопора.

Выполнена МРТ головного мозга повторно с контрастным усилением, по-прежнему не выявившая очаговых изменений в мозге, лабораторно сохранялся воспалительный ответ, рутинные исследования на ВИЧ, гепатиты, сифилис отрицательные, УЗИ щитовидной железы без патологии, антитела к ТПО в норме, ПЦР ликвора на вирусы простого герпеса, Эпштейна-Барр, цитомегаловирус, токсоплазму отрицательный результат.

На фоне проводимого лечения состояние с лёгкой положительной динамикой: пациентка стала отвечать на простые вопросы, выполнять элементарные команды. Однако параллельно отмечена дезориентация в месте и времени, очень плаксива, жалуется на несистемное головокружение, головную боль, чувство страха. Эпилептические приступы не повторялись. 29.11.2019 г. проведен забор крови для верификации аутоиммунного характера энцефалита (отсутствует техническая возможность определения антител в ликворе). С позднего вечера 29.11.2019 г. фиксируются зрительные и слуховые галлюцинации (пациентка видит родственников, разговаривает с ними). Критика к состоянию сохранена частично.

02.12.2019 г. осмотрена психиатром. Контакт доступен, внешне выглядит растерянной, в месте ориентирована верно, фон настроения снижен, предъявляет жалобы на головную боль, головокружение, зрительные галлюцинации, потерю памяти —

не может вспомнить адрес проживания, дату рождения мужа, не помнит события госпитализации. Состояние расценено как органическое поражение ЦНС с психическими расстройствами. Рекомендовано начать приём сонапакса 10 мг утро, вечер. В последующие дни состояние оставалось без существенной динамики, 03.12.2019 г. осмотрена офтальмологом, на глазном дне патология не найдена.

На фоне приёма сонапакса, продолжающейся терапии дексаметазоном полностью регрессировали оболочечные симптомы, пациентка стала критично относится к галлюцинациям. В неврологическом статусе не определялось глазодвигательных нарушений, парезов, мозжечковых и сенсорных расстройств. Функцию тазовых органов контролировала, однако не могла назвать текущую дату, допускала грубые ошибки при серийном счёте, арифметических действиях на умножение, не могла назвать месяцы года в обратном порядке, галлюцинации возникали преимущественно в вечерние часы, имели сложный сюжет, пациентка отмечала искажение зрительного образа предметов (казались очень маленькими или очень большими). Продолжалось наблюдение акушерами-гинекологами, матка в нормотонусе, беременность прогрессировала, акушерских осложнений течения беременности не было. Учитывая нормализацию картины глазного дна, дексаметазон был отменен. 05.12.2019 г. переведена в отделение неврологии ККБ. Галлюцинации прекратились, проведено когнитивное тестирование, тест рисования часов 3 балла, FAB 7 баллов, MMSE 22 балла. Пациентка имела профессиональное музыкальное образование: окончила музучилище, отделение дирижёр-хоровик. Выявлялись значительные нарушения нотной грамоты: не могла читать ноты с листа (общезвестные мелодии), не могла написать гамму на нотной бумаге. Пыталась читать художественную литературу, однако не вполне понимала смысл прочитанного, по просьбе не могла пересказать текст. Поведение в отделении спокойное, не критична к тяжести когнитивного снижения. Проводилась терапия карбамазепином 200 мг утро, вечер, доза сонапакса снижена до 10 мг вечер, сульфат магния в/в капельно. Лабораторно сохранялся стойкий лейкоцитоз, появилась умеренная лимфопения.

Получены результаты анализов крови на антитела (иммуноглобулины G): к GAD — < 5 ед/мл (референс значение < 10), антитела к NMDA < 1 : 10 (референс значение < 1 : 10), антитела к компонентам комплекса калиевого канала АТ к LG 11 < 1 : 10 (референс значение < 1 : 10), АТ с CASPR 2 < 1 : 100 (референс значение < 1 : 100).

18.12.2019 г. проведен консилиум. Учитывая данные анамнеза (молодой возраст пациентки, дебют заболевания с головной боли, пирамидного левостороннего гемисиндрома, в последующем судороги, нарастание общемозговой симптоматики, температурная реакция), параклинического обследования (воспалительные изменения в анализах крови и ликвора, картина глазного дна), на момент прове-

деня консилиума исключены очаговые изменения головного мозга по данным МРТ, текущие соматические и акушерские состояния, вызывающие неврологические симптомы. ЭЭГ в динамике от 17.12.2019 г. — сохраняются комплексы острая/медленная волна в левой теменной области. В клинической картине на момент проведения консилиума ведущими являются корковые расстройства — когнитивные, поведенческие нарушения. Установлен диагноз: Идиопатический аутоиммунный лимбический энцефалит. Состояние после впервые возникшего генерализованного эпилептического приступа (от 21.11.2019 г.). Отёк головного мозга, сопор (от ноября 2019 г.).

Принимая во внимание стойкий когнитивный дефицит, срок беременности, решено провести пульс-терапию (Солу-Медрол 5,0 граммов суммарно). Терапию перенесла хорошо. Контроль УЗИ проведен 20.12.2019 г.: размеры плода соответствуют 17 недель +5 дней по фетометрии. Эхопризнаки ФПН: изменения плаценты диффузного характера, низкой плацентации. По окончании пульс-терапии когнитивное тестирование пришло в норму. Восстановилась музыкальная грамотность. Выписана из стационара в удовлетворительном состоянии.

Катамнестические сведения: госпитализирована в родильный дом № 1 Кузбасской клинической больницы скорой медицинской помощи им. М.А. Подгорбунского 14.05.2019 г. При поступлении осмотрена неврологом: на момент осмотра жалоб не предъявляет, после выписки из отделения неврологии в декабре 2019 г. наблюдалась у эпилептолога, эпилептические приступы не повторялись. Принимала

Финлепсин ретард 200 мг утро, вечер. В неврологическом статусе очаговой симптоматики нет. Консультирована офтальмологом, на глазном дне диски зрительных нервов с чёткими границами, вены умеренно расширены, артерии слегка извиты. 18.05.2020 г. произошли срочные оперативные роды в 39 недель. Экстренная операция кесарева сечения проведена по поводу родового излития околоплодных вод, отсутствия готовности родовых путей. Родился мальчик массой 3240 г, длиной 51 см, оценка по Апгар 8/9 баллов. Послеоперационный период протекал гладко, на 8-е сутки выписана домой с ребёнком.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В представленной статье описан редкий клинический случай, иллюстрирующий благоприятный исход заболевания при беременности. Хороший эффект терапии препаратами первой линии (кортикостероиды), вероятно, обусловлен небольшой давностью заболевания на момент начала лечения, относительно «мягким» течением болезни. Учитывая оптимальную выбранную тактику ведения пациентки, был получен благоприятный исход для женщины и плода.

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:

- Ramos-Casals M, Brito-Zerón P, Kostov B, Sisó-Almirall A, Bosch X, Buss D, et al. Google-driven search for big data in autoimmune geoepidemiology: analysis of 394,827 patients with systemic autoimmune diseases. *Autoimmun Rev.* 2015; 14(8): 670-679. DOI: 10.1016/j.autrev.2015.03.008.
- Newman MP, Blum S, Wong RC, Scott JG, Prain K, Wilson RJ, Gillis D. Autoimmune encephalitis. *Intern Med J.* 2016; 46(2): 148-157. DOI: 10.1111/imj.12974.
- Berzero G, Hacoheh Y, Komorowski L, Scharf M, Dehais C, Leclercq D, et al. Paraneoplastic cerebellar degeneration associated with anti-ITPR1 antibodies. *Neurol Neuroimmunol Neuroinflamm.* 2017; 4(2): e326. DOI: 10.1212/NXI.0000000000000326.
- Dalmau J. NMDA receptor encephalitis and other antibody-mediated disorders of the synapse: the 2016 Cotzias Lecture. *Neurology.* 2016; 87(23): 2471-2482. DOI: 10.1212/WNL.0000000000003414.
- Varley J, Taylor J, Irani SR. Autoantibody-mediated diseases of the CNS: structure, dysfunction and therapy. *Neuropharmacology.* 2018; 132: 71-82. DOI: 10.1016/j.neuropharm.2017.04.046.
- Crisp SJ, Kullmann DM, Vincent A. Autoimmune synaptopathies. *Nat Rev Neurosci.* 2016; 17(2): 103-117. DOI: 10.1038/nrn.2015.27.
- Joubert B, Honnorat J. Autoimmune channelopathies in paraneoplastic neurological syndromes. *Biochim Biophys Acta.* 2015; 1848(10, Pt B): 2665-2676. DOI: 10.1016/j.bbamem.2015.04.003.
- Gresa-Arribas N, Planagumà J, Petit-Pedrol M, Kawachi I, Katada S, Glaser CA, et al. Human neurexin-3α antibodies associate with encephalitis and alter synapse development. *Neurology.* 2016; 86(24): 2235-2242. DOI: 10.1212/WNL.0000000000002775.
- Fraune J, Gerlach S, Rentzsch K, Teegen B, Lederer S, Affeldt K, et al. Multiparametric serological testing in autoimmune encephalitis using computer-aided immunofluorescence microscopy (CAIFM). *Autoimmun Rev.* 2016; 15(10): 937-942. DOI: 10.1016/j.autrev.2016.07.024.
- Graus F, Titulaer MJ, Balu R, Benseler S, Bien CG, Cellucci T, et al. A clinical approach to diagnosis of autoimmune encephalitis. *Lancet Neurol.* 2016; 15(4): 391-404. DOI: 10.1016/S1474-4422(15)00401-9.

11. Ushakova GA, Elgina SI. Problems of preserving the medical and biological potential of the reproduction of the population in the region (medical, social and clinical problems of children's reproduction). Kemerovo, 1999. 109 p. Russian (Ушакова Г.А., Елгина С.И. Проблемы сохранения медико-биологического потенциала воспроизводства населения в регионе (медико-социальные и клинические проблемы детской репродуктологии). Кемерово, 1999. 109 с.)
12. Van Sonderen A, Thijs RD, Coenders EC, Jiskoot LC, Sanchez E, de Bruijn MA, et al. Anti-LGI1 encephalitis: clinical syndrome and long-term follow-up. *Neurology*. 2016; 87(14): 1449-1456. DOI: 10.1212/WNL.0000000000003173.
13. Salovin A, Glanzman J, Roslin K, Armangue T, Lynch DR, Panzer JA. Anti-NMDA receptor encephalitis and nonencephalitic HSV-1 infection. *Neurol Neuroimmunol Neuroinflamm*. 2018; 5(4): e458. DOI: 10.1212/NXI.0000000000000458.
14. Cohen DA, Lopez-Chiriboga AS, Pittock SJ, Gadoth A, Zekeridou A, Boilson BA, et al. Posttransplant autoimmune encephalitis. *Neurol Neuroimmunol Neuroinflamm*. 2018; 5(6): e497. DOI: 10.1212/NXI.0000000000000497.
15. Noble GP, Lancaster E. Anti-NMDAR encephalitis in a patient with Crohn disease receiving adalimumab. *Neurol Neuroimmunol Neuroinflamm*. 2018; 5(5): e476. DOI: 10.1212/NXI.0000000000000476.

КОРРЕСПОНДЕНЦИЮ АДРЕСОВАТЬ:

ЕЛГИНА Светлана Ивановна

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

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

ЗУЕВА Светлана Алексеевна, зав. неврологическим отделением, ГАУЗ ККБ им. С.В. Беляева, г. Кемерово, Россия.	ZUEVA Svetlana Alekseevna, head of the neurological department, Kuzbass Clinical Hospital named after S.V. Belyaev, Kemerovo, Russia.
ШИН Александр Петрович, зав. акушерским дистанционно-консультативным центром, ГАУЗ ККБ им. С.В. Беляева, г. Кемерово, Россия.	SHIN Alexander Petrovich, head of the obstetric remote consultative center, Kuzbass Clinical Hospital named after S.V. Belyaev, Kemerovo, Russia.
РОХЛЕНКО Ольга Валерьевна, врач невролог, старший ординатор, отделение неврологии, ГАУЗ ККБ им. С.В. Беляева, г. Кемерово, Россия.	ROKHLENKO Olga Valerievna, neurologist, senior resident, department of neurology, Kuzbass Clinical Hospital named after S.V. Belyaev, Kemerovo, Russia.
АЛЕЩЕНКО Юлия Юрьевна, врач невролог, отделение неврологии, ГАУЗ ККБ им. С.В. Беляева, г. Кемерово, Россия.	ALESHCHENKO Yuliya Yuryevna, neurologist, department of neurology, Kuzbass Clinical Hospital named after S.V. Belyaev, Kemerovo, Russia.
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
МОЗЕС Вадим Гельевич, доктор мед. наук, доцент, директор медицинского института, ФГБОУ ВО КемГУ, г. Кемерово, Россия. E-mail: vadimmoses@mail.ru	MOZES Vadim Gelievich, doctor of medical sciences, docent, director of the Medical Institute, Kemerovo State University, Kemerovo, Russia. E-mail: vadimmoses@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
ЖЕЛЕЗНАЯ Анна Александровна, доктор мед. наук, профессор кафедры акушерства, гинекологии, перинатологии и детской и подростковой гинекологии ФИПО, ГОУ ВПО ДОННМУ им. М. Горького, г. Донецк, Донецкая Народная Республика.	ZHELEZNAYA Anna Aleksandrovna, doctor of medical sciences, professor of the department of obstetrics, gynecology, perinatology and pediatric and adolescent gynecology, faculty of postgraduate education, Donetsk State Medical University named after M. Gorky, Donetsk, Donetsk People's Republic.
МОЗЕС Кира Борисовна, ассистент кафедры поликлинической терапии и сестринского дела, ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия.	MOZES Kira Borisovna, assistant, department of polyclinic therapy and nursing, Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia.