

Расстройства мочеиспускания после родов: методы коррекции

И.Ю.Ильина[✉], Ю.Э.Доброхотова, А.А.Чикишева, В.О.Маликова, И.Ю.Гончаров

ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И.Пирогова» Минздрава России. 117997, Россия, Москва, ул. Островитянова, д. 1

[✉]ilyina@mail.ru

Различные виды нарушений мочеиспускания у женщин, включающие недержание мочи, являются серьезной социально-экономической проблемой. Большинство исследователей связывают развитие нарушений мочеиспускания у женщин репродуктивного возраста с беременностью и родами. По данным ряда авторов, в этот физиологический период жизни женщины стрессовое недержание мочи составляет от 30 до 85%, поллакиурия, никтурия и urgency – от 22 до 96%, urgency недержание мочи – от 4 до 13% случаев.

Цель. На кафедре акушерства и гинекологии лечебного факультета ФГБОУ ВО «РНИМУ им. Н.И.Пирогова» было проведено исследование, целью которого явилось определение частоты развития различных видов нарушения мочеиспускания в зависимости от количества родов и вида родоразрешения, а также определение эффективности применения М-холинолитического препарата (троспия хлорид) у женщин после родов.

Материалы и методы. В исследование были включены 42 пациентки с симптомами стрессового недержания мочи, гиперактивного мочевого пузыря и смешанным типом нарушения мочеиспускания. Пациентки были после оперативного родоразрешения и после родов через естественные родовые пути. Некоторые пациентки получали лечение препаратом троспия хлорид, за другими осуществлялось динамическое наблюдение. Повторно у пациенток оценивали симптомы, связанные с нарушениями мочеиспускания, через 2 и 4 мес.

Заключение. На фоне лечения троспия хлоридом (при отсутствии противопоказаний для его приема) частота встречаемости нарушений мочеиспускания уменьшается через 2 мес в 2 раза, а через 4 – в 3,3 раза за счет купирования симптомов гиперактивного мочевого пузыря.

Обсуждение. Троспия хлорид может быть рекомендован пациенткам после родов, которые отказались от грудного вскармливания по тем или иным причинам, с симптомами гиперактивного мочевого пузыря и смешанным типом нарушения мочеиспускания. Применение данного препарата значительно повышает качество жизни пациенток послеродового периода.

Ключевые слова: стрессовое недержание мочи, гиперактивный мочевой пузырь, смешанный тип мочеиспускания, оперативное родоразрешение, роды через естественные родовые пути, М-холинолитики.

Для цитирования: Ильина И.Ю., Доброхотова Ю.Э., Чикишева А.А. и др. Расстройства мочеиспускания после родов: методы коррекции. Consilium Medicum. 2018; 20 (6): 66–69. DOI: 10.26442/2075-1753_2018.6.66-69

Article

Urination disorders after childbirth: treatment methods

I.Yu.Ilyina[✉], Yu.E.Dobrohotova, A.A.Chikisheva, V.O.Malikova, I.Yu.Goncharov

N.I.Pirogov Russian National Research Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation. 117997, Russian Federation, Moscow, ul. Ostrovitianova, d. 1

[✉]ilyina@mail.ru

Abstract

Various types of urination disorders in women, including urinary incontinence, represent a major social and economic problem. Most researchers connect urination disorders development in women of reproductive age with pregnancy and childbirth. According to a number of authors during this physiological period of woman's life stress urinary incontinence comprises from 30 to 85%, pollakiuria, nycturia and urgency – from 22 to 96%, and urge urinary incontinence – from 4 to 13% cases.

Objective. Our study was conducted on the basis of obstetrics and gynecology department of N.I.Pirogov RNRMU medical faculty. The aim of the study was to determine the frequency of various urination disturbances development depending on the number of childbirth and delivery method and to evaluate effectiveness of M-cholinolytic (trospium chloride) use in postpartum women.

Materials and methods. The study included 42 patients with symptoms of stress urinary incontinence, overactive bladder and mixed incontinence. The patients had either operative or vaginal delivery. Some of the patients received treatment with trospium chloride, in others follow-up was performed. Urination disorders symptoms were reassessed after 2 and 4 months of treatment.

Conclusion. After treatment with trospium chloride (if there were no contraindications for its use) a 2-fold decrease of urination disorders incidence was observed after 2 months and a 3.3-fold decrease – after 4 months of treatment due to overactive bladder symptoms reduction.

Discussion. Trospium chloride can be recommended for use in postpartum patients who do not breastfeed because of whatever reason and have symptoms of overactive bladder and mixed incontinence. This medication use allows to significantly increase quality of life in postpartum patients.

Key words: stress urinary incontinence, overactive bladder, mixed urination type, operative delivery, vaginal delivery, M-cholinolytics.

For citation: Ilyina I.Yu., Dobrohotova Yu.E., Chikisheva A.A. et al. Urination disorders after childbirth: treatment methods. Consilium Medicum. 2018; 20 (6): 66–69. DOI: 10.26442/2075-1753_2018.6.66-69

Различные виды нарушений мочеиспускания у женщин, включающие недержание мочи, являются серьезной социально-экономической проблемой и требуют пристального внимания со стороны медицинских сообществ. Согласно эпидемиологическим исследованиям, частота недержания мочи у женщин с годами увеличивается и достигает в репродуктивном возрасте 30% случаев [1, 2].

Большинство исследователей связывают развитие нарушений мочеиспускания у женщин репродуктивного возраста с беременностью и родами. Наиболее высокая частота симптомов отмечается во время беременности. По данным ряда авторов, в этот физиологический период жизни женщины стрессовое недержание мочи (СНМ) составляет от 30 до 85%, поллакиурия, никтурия и urgency – от 22

до 96%, urgentное недержание мочи – от 4 до 13% случаев в разные сроки беременности [2, 3].

Доказано, что основную роль играет не количество родов, а их качество, т.е. наличие разрывов мышц тазового дна, применение в родах акушерских щипцов и других родоразрешающих операций, приводящих к замещению мышечной ткани соединительнотканнми рубцами [2, 4, 5]. По современным данным, дисфункция тазового дна у женщин после родов встречается достаточно часто. По мнению L.Gardozo и соавт., она достигает 50% случаев [6]. Данные изменения повышают риск развития нарушений мочеиспускания не только во время беременности, но и в последующей жизни женщины [2].

Многие авторы указывают на неблагоприятное воздействие родов через естественные родовые пути (особенно при большой массе тела новорожденного) на нижние отделы мочеполового тракта. Согласно биомеханической модели родов [7, 8] при прохождении головки плода через родовой канал происходят выраженные изменения мягких родовых путей.

Причиной развития различных нарушений мочеиспускания могут быть и оперативные роды. В работах P.Wilson и соавт. показана частота недержания мочи у женщин после двух операций кесарева сечения в 23,3% случаев. В группе женщин, имеющих двойное физиологических родов, этот показатель составил 39% случаев. Однако после третьего оперативного родоразрешения и третьих родов через естественные родовые пути частота недержания мочи в обеих группах стала почти одинаковой: 38,9 и 37,7% случаев соответственно. Авторы показали, что наиболее значительная разница в частоте недержания мочи у первородящих женщин: 24,5% случаев после родов через естественные родовые пути и 5,2% – после операции кесарева сечения [9, 10].

По данным литературы, СНМ чаще встречается у повторнородящих женщин, частота развития никтурии, императивных позывов и учащенного мочеиспускания одинакова у перво- и повторнородящих. СНМ чаще встречается у женщин, родоразрешенных через естественные родовые пути, в то время как частота развития никтурии, императивных позывов и учащенного мочеиспускания не зависит от метода родоразрешения [11].

В настоящее время не вызывает сомнений тот факт, что основным методом лечения СНМ у женщин является оперативное вмешательство [12–14]. Однако в литературе имеются данные о положительном влиянии немедикаментозных методов лечения на симптомы СНМ [15].

Консервативная терапия гипер-активного мочевого пузыря (ГМП) включает сочетание медикаментозных и немедикаментозных методов лечения. Фармакотерапия – один из первых и самых распространенных методов лечения ГМП и обусловленного им urgentного недержания мочи. Медикаментозную терапию применяют в качестве первичного метода для всех пациентов с ГМП и urgentным недержанием мочи. Основными группами лекарственных препаратов являются М-холинолитики, лекарственные средства комбинированного холинолитического и миотропного действия, β-адреномиметики [2]. Эффективность М-холинолитиков (толтеродин, солифенацин, оксибутинин, троспия хлорид, фезотеродин, дарифенацин) в терапии симптомов ГМП подтверждена большим количеством рандомизированных исследований, с позиций доказательной медицины уровень А (1) [16, 17].

Цель исследования

На кафедре акушерства и гинекологии лечебного факультета ФГБОУ ВО «РНИМУ им. Н.И.Пирогова» было проведено исследование, целью которого явилось определение эффективности применения М-холинолитического препарата (троспия хлорид) у женщин после родов.

Для исследования был выбран троспия хлорид – парасимпатолитик с периферическим, атропиноподобным, а также ганглионарным миотропным действием. Троспия хлорид, являясь четвертичным амином, имеет благоприятный профиль безопасности и в отличие от третичных аминов не проникает через гематоэнцефалический барьер, в связи с чем у данного препарата нет побочных эффектов со стороны центральной нервной системы. Также у троспия хлорида нет нагрузки на печень, так как он в ней не метаболизируется. Дозировку данного препарата возможно титровать в диапазоне 30–90 мг/сут для достижения эффекта при благоприятном уровне безопасности [14, 18].

Критерии включения в исследование: симптомы ГМП и СНМ; отсутствие противопоказаний к применению М-холинолитического препарата (троспия хлорида); согласие пациентки на участие в клиническом исследовании.

Критерии исключения: наличие воспалительного процесса мочевых путей, органической патологии мочевыделительной системы, неврологической патологии, пролапса гениталий 2–4-й степени выраженности. С учетом того, что активное вещество таблеток может выделяться с грудным молоком и попадать в организм ребенка, данный препарат рекомендовали пациенткам в послеродовом периоде, которые по тем

Встречаемость различных видов мочеиспускания у обследуемых пациенток в зависимости от количества родов и вида родоразрешения									
Количество родов	СНМ			ГМП			Смешанный тип		
	3	2	1	3	2	1	3	2	1
Кесарево сечение, %	50	28,6	–	–	28,6	–	–	–	–
Роды через естественные родовые пути, %	–	30,8	13,3	50	15,4	–	50	23,1	–

или иным причинам отказались от грудного вскармливания.

Материалы и методы

Мы провели исследование, включающее 42 пациентки после родов с симптомами СНМ, ГМП и смешанным типом нарушения мочеиспускания. Средний возраст пациенток составил $30 \pm 2,9$ года (от 25 до 37 лет). Обследуемые пациентки были сопоставимы по анамнезу, наследственности, особенностям менструальной функции, наличию сопутствующей патологии. У 12 (28,6%) пациенток были оперативные роды, у 30 (71,4%) – роды через естественные родовые пути. У 2 (16,7%) из 12 пациенток после оперативного родоразрешения в анамнезе было 3 родов, у 7 (58,3%) – 2 и у 3 (25%) – 1 роды (рис. 1). У 2 (6,7%) из 30 пациенток после родов через естественные родовые пути в анамнезе были 3 родов, у 13 (43,3%) – 2, у 15 (50%) – 1 роды (см. рис. 1).

Для определения типа недержания мочи и оценки степени выраженности нарушений со стороны мочеиспускания пациентки заполняли дневник мочеиспускания. Также при гинекологическом осмотре проводили кашлевою пробу с полным мочевым пузырем (150–200 мл) в положении на гинекологическом кресле. При проведении данного исследования пациентке предлагают покашлять, повторив три кашлевых толчка 3–4 раза, в промежутках между сериями кашлевых толчков необходим полный вдох. Проба положительна при подтекании мочи при кашле.

В обязательном порядке всем пациенткам проводили бактериоскопическое исследование мазков из влагалища, цервикального канала и уретры, цитологические исследования соскобов с поверхности шейки матки и цервикального канала, бактериоскопическое исследование осадка мочи. Только при отсутствии патологии пациентки продолжали дальнейшее участие в исследовании.

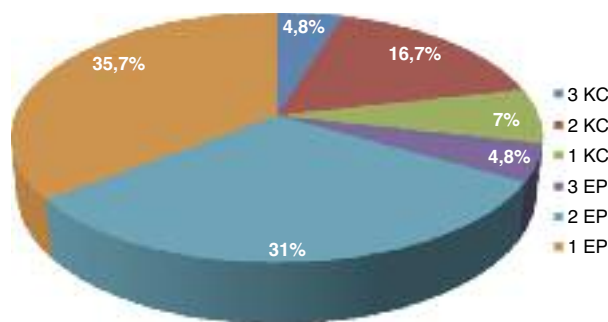
Всего нарушения мочеиспускания были выявлены у 18 (42,9%) пациенток, причем после операции кесарева сечения у 5 (41,7%) женщин из 12 прооперированных, а после родов через естественные родовые пути – у 13 (43,3%) из 30.

Надо отметить, что после оперативного родоразрешения СНМ наблюдалось у 1 пациентки после 3 родов (50%), у 2 – после 2 родов (28,6%), и ни у одной пациентки не были выявлены симптомы СНМ после 1 оперативных родов. Симптомы ГМП после оперативных родов наблюдались у 2 пациенток, причем у обеих в анамнезе было 2 родов (28,6%); см. таблицу.

У пациенток, у которых роды были через естественные родовые пути, нарушения мочеиспускания были следующими. СНМ наблюдалось всего у 6 пациенток: у 4 – после 2 родов (30,8%), у 2 – после 1 родов (13,3%). Симптомы ГМП были выявлены всего у 3 пациенток: у 1 – после 3 родов (50%), у 2 – после 2 родов (15,4%). Смешанный тип нарушения мочеиспускания, включающий в себя симптомы СНМ и симптомы ГМП, был выявлен всего у 4 пациенток: у 1 – после 3 родов (50%), у 3 – после 2 родов (23,1%); см. таблицу.

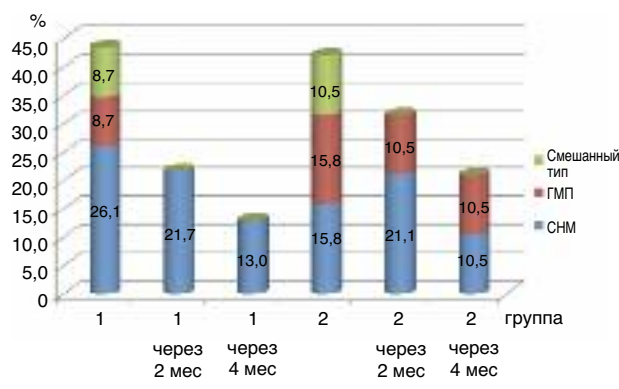
При анализе данных, представленных в табл. 1, обращает на себя внимание тот факт, что чаще всего нарушение мочеиспускания наблюдается у пациенток после 3 родов в анамнезе, причем СНМ до 50% встречается у пациенток после оперативного родоразрешения. Симптомы ГМП, так же как и СНМ, наблюдаются у 50% пациенток после родов через естественные родовые пути.

Рис. 1. Графическое изображение анализа количества родов в анамнезе и вида родоразрешения у обследуемых пациенток.



Примечание. Процентное соотношение указано относительно всех обследуемых пациенток. 3, 2, 1 КС – количество родов после оперативного родоразрешения; 3, 2, 1 ЕР – количество родов через естественные родовые пути.

Рис. 2. Частота встречаемости различных видов мочеиспускания у пациенток 1 и 2-й групп через 2 и 4 мес наблюдений.



СНМ у пациенток после 2 родов встречается одинаково часто и после оперативных родов (28,6%), чем после родов через естественные родовые пути (30,6%). Симптомы ГМП после 2 родов наблюдаются чаще после оперативного родоразрешения (28,6%), нежели после родов через естественные родовые пути (15,4%). Смешанный тип нарушения мочеиспускания, включающий и симптомы СНМ, и симптомы ГМП, наблюдался только у пациенток после 2 родов в анамнезе через естественные родовые пути (23,1%).

Пациентки случайным образом были разделены на 2 группы. В 1-ю группу вошли 23 пациентки, средний возраст которых составил $30,3 \pm 2,8$ года (от 26 до 36 лет). В данной группе женщины с симптомами ГМП и смешанным типом нарушения мочеиспускания с целью купирования данных симптомов принимали тропсия хлорид 15 мг 3 раза в день на протяжении 4 мес с учетом прогнотопоказаний к приему препарата и при отсутствии грудного вскармливания. Вторую группу составили 19 пациенток, средний возраст – $29,8 \pm 3,1$ года (от 25 до 37 лет). Пациентки не получали лечения в связи с грудным вскармливанием, за ними осуществлялось динамическое наблюдение.

В 1-й группе нарушения мочеиспускания наблюдались у 10 (43,5%) пациенток, причем у 6 (60%) из них отмечались симптомы СНМ, у 2 (20%) – симптомы ГМП, у 2 (20%) – смешанный тип недержания мочи (рис. 2).

Во 2-й группе нарушения мочеиспускания были у 8 (42,1%) пациенток. Из них СНМ наблюдалось у 3 (37,5%) пациенток, симптомы ГМП – у 3 (37,5%) и смешанный тип недержания мочи – у 2 (25%); см. рис. 2.

Повторную оценку жалоб и обследование пациенток мы проводили через 2 и 4 мес. Полученные результаты отображены на рис. 2.

В 1-й группе пациенток, получавших в качестве лечения тропсия хлорид, СНМ наблюдалось у 5 (21,7%), симптомы ГМП и смешанный тип недержания мочи не был обнаружен ни у одной пациентки. Среди пациенток 2-й группы через 2 мес динамического наблюдения нарушения мочеиспускания были обнаружены у 6 (31,6%), причем СНМ – у 4 и у 2 – симптомы ГМП.

Через 4 мес исследования у пациенток 1-й группы, которые продолжали принимать тропсия хлорид, у 3 (13%) – наблюдалось СНМ. Других нарушений со стороны мочеиспускания обнаружено не было. У пациенток 2-й группы в ходе динамического исследования нарушения мочеиспускания были обнаружены у 4 (21,1%), из них у 2 – СНМ и также у 2 – симптомы ГМП (см. рис. 2).

При анализе данных, представленных на рис. 2, обращает на себя внимание исчезновение симптомов ГМП на фоне лечения тропсия хлоридом у всех пациенток 1-й группы уже через 2 мес. Также смешанный тип недержания мочи не наблюдается на фоне лечения за счет купирования симптомов ГМП. В отношении СНМ известно, что данные симптомы могут уменьшаться в течение 6 мес после родов за счет постепенного восстановления тонуса стенок влагалища, это и подтвердилось в нашем исследовании.

Во 2-й группе при динамическом наблюдении было выявлено, что симптомы ГМП уменьшились через 2 мес после родов, но сохранялись и через 4 мес наблюдений. Смешанный тип нарушения мочеиспускания также не наблюдался через 2 мес наблюдений. СНМ через 2 мес встречалось чуть чаще, чем в начале исследования. Данное увеличение можно объяснить за счет исчезновения смешанного типа недержания мочи, т.е. симптомы ГМП купировались и данные пациентки были отнесены в группу женщин с СНМ. А через 4 мес встречаемость СНМ уменьшилась.

Заключение

Таким образом, после родов достаточно часто наблюдаются различные нарушения со стороны мочеиспускания (до 42,8%). Без лечения при динамическом наблюдении частота встречаемости нарушений мочеиспускания уменьшается практически в 2 раза за счет восстановления тонуса стенок влагалища, и спустя 4 мес после родов могут сохраняться симптомы ГМП и стрессовое недержание мочи. На фоне лечения тропсия хлоридом (при отсутствии противопоказаний для его приема) частота встречаемости нарушений мочеиспускания уменьшается через 2 мес в 2 раза, а через 4 – в 3,3 раза за счет купирования симптомов ГМП.

Обсуждение

Следовательно, тропсия хлорид может быть рекомендован пациенткам после родов, которые отказались от грудного вскармливания по тем или иным причинам, с симп-

томами ГМП и смешанным типом нарушения мочеиспускания, что значительно повышает качество жизни пациенток послеродового периода.

Литература/References

- Gormley EA, Deborah JL, Kathryn LB et al. Diagnosis and treatment of overactive bladder (non-neurogenic) in adults: AUA/SUFU guideline, 2014.
- Ковалева Л.А. Нарушения мочеиспускания у женщин различных возрастных групп: взгляд гинеколога. Мед. алфавит. 2016; 3 (27): 10–3. / Kovaleva L.A. Narusheniya mocheispuskaniya u zhenshchin razlichnykh vozrastnykh grupp: vzglyad ginekologa. Med. alfavit. 2016; 3 (27): 10–3. [in Russian]
- Nancy N et al. Reproductive history and progression of lower urinary tract symptoms in women: results from a population-based cohort study. Urology 2014; 83 (4): 788–94.
- Persoon J, Wolner-Hanssen P, Rydstroem H. Obstetrics risk factors for stress urinary incontinence: a population-based study. Obstet Gynecol 2000; 96: 440–5.
- Туркин В.Н., Аристов А.А. Лечение и профилактика нарушений мочеиспускания у женщин после родов. Курортное дело. 2008; 2 (3): 31–4. / Turkin V.N., Aristov A.A. Lechenie i profilaktika narusheniy mocheispuskaniya u zhenshchin posle rodov. Kurortnoe delo. 2008; 2 (3): 31–4. [in Russian]
- Cardozo L, Staskin D. Pregnancy and childbirth. Textbook of female Urology and Urogynaecology, UK. 2002; p. 977–94.
- Nygaard I, Cruikshank DP. Should all women be offered elective cesarean delivery? Obstet Gynecol 2003; 102 (2): 217–9.
- Балан В.Е., Ковалева Л.А. Нарушение мочеиспускания у женщин во время беременности: факторы риска. Эффективная фармакотерапия. 2014; 23: 32–6. / Balan V.E., Kovaleva L.A. Narushenie mocheispuskaniya u zhenshchin vo vremya beremennosti: faktory riska. Effektivnaya farmakoterapiya. 2014; 23: 32–6. [in Russian]
- Willson PD, Herbison RM, Herbison GP. Obstetric practice and the prevalence of urinary incontinence three month after delivery. Br J Obstet Gynaecol 1996; 103 (2): 154–61.
- Ящук А.Г., Мусин И.И., Нафтулович Р.А., Камалова К.А. Современный подход к реабилитации женщин после родов через естественные родовые пути. Практическая мед. 2017; 7 (108): 31–4. / Yashchuk A.G., Musin I.I., Naftulovich R.A., Kamalova K.A. Sovremennyy podhod k reabilitatsii zhenshchin posle rodov cherez estestvennyye rodovyye puti. Prakticheskaya med. 2017; 7 (108): 31–4. [in Russian]
- Осипова Н.А., Ниаури Д.А., Зиятдинова Г.М. Нарушение мочеиспускания при беременности и после родов. Журн. акушерства и гинекологии. 2017; 66 (5): 59–60. / Osipova N.A., Niauri D.A., Ziyatdinova G.M. Narushenie mocheispuskaniya pri beremennosti i posle rodov. Zhurn. akusherstva i ginekologii. 2017; 66 (5): 59–60. [in Russian]
- Даренков С.П., Кривобородов Г.Г., Ефремов Н.С. и др. Регулируемый субуретральный слинг в лечении анатомического типа стрессового недержания мочи у женщин. Вестн. РГМУ. 2012; 1: 66–70. / Darenkov S.P., Krivoborodov G.G., Efremov N.S. i dr. Reguliruemyy suburetral'nyy sling v lechenii anatomicheskogo tipa stressovogo nederzhaniya mochi u zhenshchin. Vestn. RGMU. 2012; 1: 66–70. [in Russian]
- Serati M, Salvatore S, Uccella S et al. Surgical treatment for female stress urinary incontinence: what is the gold-standard procedure? Int Urogynecol J 2009; 20: 619–21.
- Мазо Е.Б., Кривобородов Г.Г. Гиперактивный мочевого пузыря. М.: Вече, 2003. / Mazo E.B., Krivoborodov G.G. Giperaktivnyy mochevoj puzyr'. M.: Veche, 2003. [in Russian]
- Ильина И.Ю., Доброхотова Ю.Э., Нариманова М.Р. и др. Недержание мочи: методы лечения. Гинекология. 2018; 20 (1): 92–5. DOI: 10.26442/2079-5696_20.1.92-95 / Ilyina I.Yu., Dobrokhotova Yu.E., Narimanova M.R. et al. Urinary incontinence. Methods of treatment. Gynecology. 2018; 20 (1): 92–5. DOI: 10.26442/2079-5696_20.1.92-95 [in Russian]
- Thuroff JW, Abrams P, Andersson KE et al. EAU guidelines on urinary incontinence. Eur Urol 2011; 59: 387–400.
- Lucas M, Bedretdinova D, Berghmans LC et al. EAU Guidelines on Urinary Incontinence. Available online: <http://uroweb.org/guideline/urinary-incontinence>. 2015.
- Ильина И.Ю., Доброхотова Ю.Э., Маликова В.О., Чикишева А.А. Особенности мочеиспускания у гинекологических больных. Гинекология. 2013; 15 (5): 48–50. / Ilyina I.Yu., Dobrokhotova Yu.E., Malikova V.O., Chikisheva A.A. Osobennosti mocheispuskaniya u ginekologicheskikh bol'nykh. Gynecology. 2013; 15 (5): 48–50. [in Russian]

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Ильина Ирина Юрьевна – д-р мед. наук, проф. каф. акушерства и гинекологии лечебного фак-та ФГБОУ ВО «РНИМУ им. Н.И.Пирогова». E-mail: ilyina@mail.ru

Доброхотова Юлия Эдуардовна – д-р мед. наук, проф., зав. каф. акушерства и гинекологии лечебного фак-та ФГБОУ ВО «РНИМУ им. Н.И.Пирогова»

Чикишева Айше Ахметовна – ассистент, каф. акушерства и гинекологии лечебного фак-та ФГБОУ ВО «РНИМУ им. Н.И.Пирогова»

Маликова Виктория Олеговна – ассистент, каф. акушерства и гинекологии лечебного фак-та ФГБОУ ВО «РНИМУ им. Н.И.Пирогова»

Гончаров Иван Юрьевич – ассистент, каф. акушерства и гинекологии лечебного фак-та ФГБОУ ВО «РНИМУ им. Н.И.Пирогова»