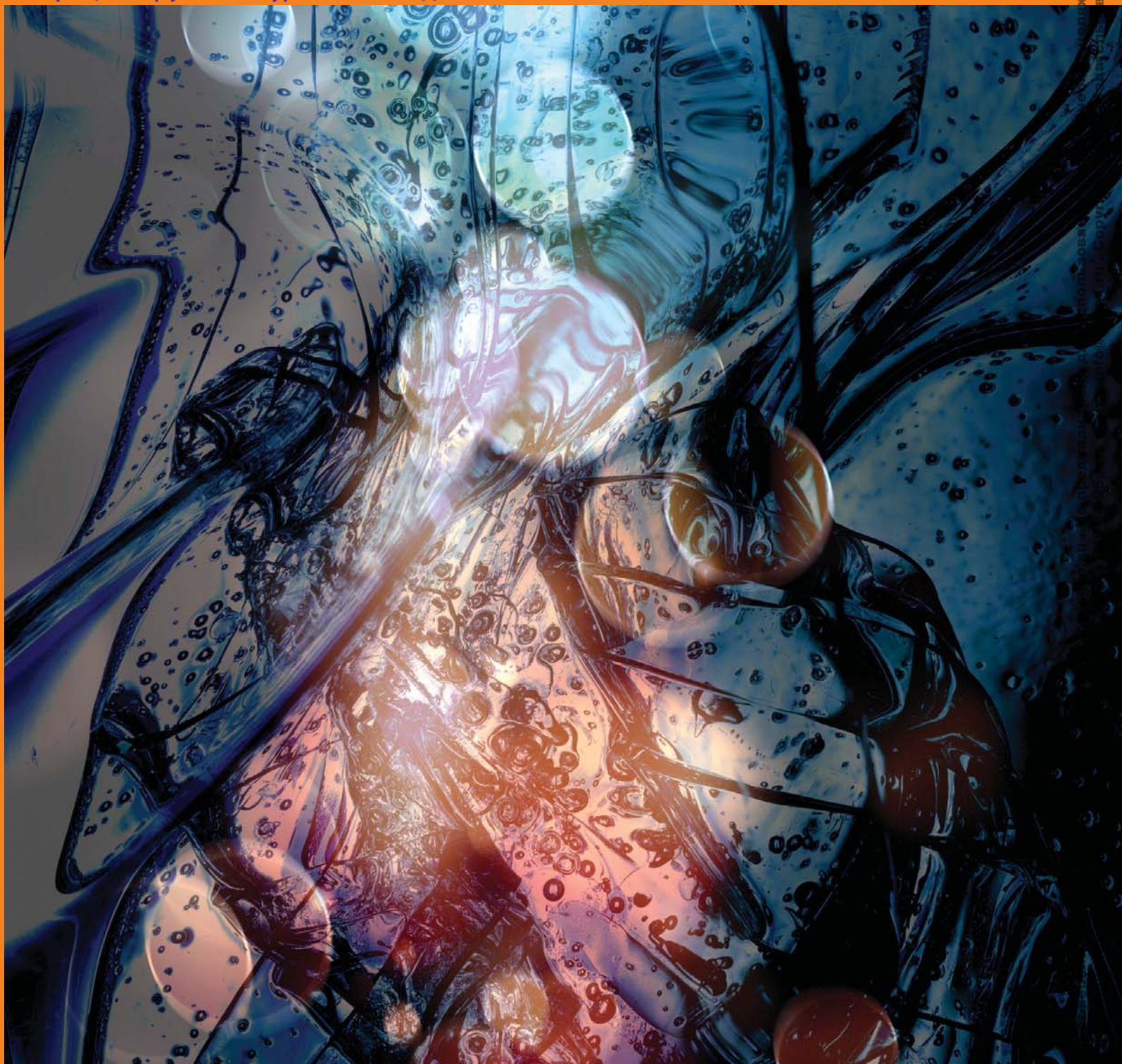


АКУШЕРСТВО ГИНЕКОЛОГИЯ РЕПРОДУКЦИЯ

Включен в перечень ведущих
рецензируемых журналов и изданий ВАК

2015 • Том 9 • № 1



OBSTETRICS, GYNECOLOGY AND REPRODUCTION

ISSN 2313-7347

2015 Vol. 9 No 1

www.gyn.su

во ИРБИС. Все права охраняются.

Данная информация

РЕПРОДУКТИВНАЯ ФУНКЦИЯ ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ДЕСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА ШЕЙКЕ МАТКИ

Бадретдинова Ф.Ф., Кортунова В.В.

ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Уфа

Резюме

Ретроспективно изучены результаты лечения 147 женщин с доброкачественными заболеваниями шейки матки (ШМ), которым было произведено деструктивное лечение патологического очага шейки матки. Обследование больных включало в себя: бактериоскопию мазка, цитологическое исследование мазка, ПЦР-диагностику инфекций, передающихся половым путем, расширенную кольпоскопию с прицельной биопсией. Показаниями к деструктивному лечению явились эктропион, обусловленный рубцовой деформацией ШМ (91-61,9%), патология ШМ в сочетании с папилломавирусной инфекцией (25-17,0%), дисплазии (9-6,1%), лейкоплакия (12-8,2%), полип цервикального канала (6-4,0%), эндометриоз ШМ (4-2,7%). Группу сравнения составила 81 женщина с аналогичной патологией, но без деструктивных вмешательств на шейке. После деструктивного лечения в сроки от 1 до 5 лет беременность наступила у 56 (38,1%) женщин. Самопроизвольные выкидыши наблюдались у 27 (28,4%) женщин. Почти треть беременностей у женщин основной группы (29 чел.) закончилась медицинским абортom. После конизации шейки матки, независимо от способа, беременность достоверно чаще осложнялась истмико-цервикальной недостаточностью (ИЦН), угрозой прерывания в разных сроках гестации. Деструктивные вмешательства на шейке матки мало (статистически недостоверно при $p \geq 0,05$) влияют на течение наступившей беременности, однако прослеживается зависимость репродуктивной функции от вида и глубины деструктивного вмешательства.

Ключевые слова

Патология шейки матки, репродуктивная функция женщин, деструктивные методы лечения.

Статья поступила: 22.11.2014 г.; в доработанном виде: 11.02.2015 г.; принята к печати: 04.03.2015 г.

Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии необходимости раскрытия финансовой поддержки или конфликта интересов в отношении данной публикации.

Все авторы сделали эквивалентный вклад в подготовку публикации.

Для цитирования

Бадретдинова Ф.Ф., Кортунова В.В. Репродуктивная функция женщин после деструктивных операций на шейке матки. Акушерство, гинекология и репродукция. 2015; 1: 54-58.

THE REPRODUCTIVE FUNCTION OF WOMEN AFTER DESTRUCTIVE OPERATIONS ON THE CERVIX

Badretdinova F.F., Kortunova V.V.

Bashkir State Medical University, Ufa

Summary

Retrospectively reviewed results of treatment of 147 women with benign diseases of the cervix, which was destructive treatment of pathologic cervical lesion. Examination of patients included: bakterioskopiâ smear, cytology smears, PCR diagnosis of sexually transmitted infections, advanced colposcopy with biopsy sighting testimony to the destructive treatment were the result of scar deformity ectropion of cervix (91-61.9%), pathology of the CMM combined with human papillomavirus infection (25-17.0%), dysplasia (9-6.1%), Leukoplakia (12-8.2%), cervical polyp (6-4.0%), endometriosis, CMM (4-2.7%). Group of comparison comprised 81 women with the same pathology but without the destructive interventions on the neck. After a destructive treatment in terms from 1 till 5 years pregnancy occurred at 56 (38.1%) women. Spontaneous miscarriages have been observed in 27 (28.4%) women. Nearly one-third of pregnancies in women major group (29 women) has ended medical abortion After conization of cervix regardless of how the pregnancy was

significantly more complicated by her amnion protrudes like a threat of termination, at different gestational ages. destructive interference in the cervix a little (statistically unreliable $p \geq 0.05$) affect the course of pregnancy, however, there is a dependency on the reproductive function of the type and depth of destructive interference.

Key words

Cervical pathology, women's reproductive function, destructive treatments.

Received: 22.11.2014; **in the revised form:** 11.02.2015; **accepted:** 04.03.2015.

Conflict of interests

The authors declared that they do not have anything to disclosure regarding funding or conflict of interests with respect to this manuscript.

All authors contributed equally to this article.

For citation

Badretdinova F.F., Kortunova V.V. The reproductive function of women after destructive operations on the cervix. *Akusherstvo, ginekologiya i reproduksiya/Obstetrics, gynecology and reproduction*. 2015; 1: 54-58 (in Russian).

Corresponding author

Address: ul. Chernyshevsky, 160A, Ufa, 450078, Russia.

E-mail address: fbadretdinova@mail.ru (Ф.Ф. Бадретдинова).

Введение

Среди гинекологических заболеваний у женщин репродуктивного возраста патология шейки матки (ШМ) остается актуальной проблемой [3,5,6]. Актуальность данной проблемы обусловлена высоким удельным весом заболеваний шейки матки в структуре гинекологической заболеваемости, значительной степенью опасности злокачественного перерождения, а также недостаточной эффективностью существующих методов лечения [1,4]. Трудности выбора метода лечения патологии ШМ на фоне ее деформации обусловлены тем, что, с одной стороны, метод лечения должен быть радикальным, с другой – органосберегающим – обеспечивающим не только анатомическое восстановление цервикального канала, но и полноценность физиологических функций ШМ [2,8,9]. Этим принципам на сегодняшний день отвечает хирургическое лечение и локальная деструкция патологического очага с использованием различных методов, в т.ч. радиоволновой деструкции и лазерных технологий [5,7]. Но вместе с тем, после деструктивных вмешательств на поверхности влажной части шейки матки, как правило, появляется струп, раневая поверхность различной степени выраженности, в зависимости от вида, способа и глубины деструкции: в наибольшей степени – при электрохирургических методах, в незначительной – после применения радио-, лазерных технологий. Полное заживление раневой поверхности происходит примерно через 1,5-2 мес. У части больных развивается симптомокомплекс, именуемый как синдром коагулированной шейки матки, который сам требует часто дополнительных хирургических методов коррекции. При выполнении конизации шейки матки или диатермоэлектрокоагуляции (ДЭК) неизбежно травмируется шейка матки, целостность ее тканей нарушается, а также происходит повреждение циркулярных мышц шейки матки, которое способствует сокращению

продольных мышц, вследствие этого появляется зияние наружного зева, нарушая барьерные функции шейки матки. Цервикальный канал теряет обычную веретенообразную форму, наружный зев расширяется и цервикальная слизь не удерживается в канале. Отрицательным моментом является и то, что деструктивные методы лечения патологии шейки матки оказывают негативное влияние на репродуктивную функцию женщин и, по мнению ряда авторов, методом выбора при лечении патологических состояний шейки матки является CO₂-лазерная деструкция, особенно у нерожавших женщин [10]. Поэтому совершенствование методов лечения патологии шейки матки, в частности при ее деформации, а также изучение результатов лечения деструктивных вмешательств, значение которых трудно оспорить, остается актуальной проблемой восстановительной гинекологии. Работы, посвященные изучению репродуктивной функции после деструктивных вмешательств на шейке матки, немногочисленны и нередко противоречивы. Научные исследования по данному вопросу в большинстве случаев являются ретроспективными, неконтролируемыми и связаны с вероятностью систематических ошибок. Учитывая вышеизложенное, чрезвычайно важным и актуальным является изучение любого накопленного опыта. Это позволит приумножить знания по данному вопросу и выработать алгоритм ведения беременности и родов у женщин, перенесших деструктивные вмешательства на шейке матки, а также улучшить их репродуктивную функцию.

Целью настоящего исследования явилась оценка репродуктивной функции у женщин, перенесших деструктивные вмешательства на шейке матки по поводу фоновых и предракочных заболеваний.

Материалы и методы

Под нашим наблюдением находились 147 женщин с доброкачественными заболеваниями шейки матки,

Осложнения течения беременности	Основная группа		Группа сравнения	
	Абс. число (n=147)	%	Абс. число (n=81)	%
Ранний токсикоз	45	30,6	26	32,1
Угроза выкидыша	71	48,3	38	46,9
Угроза преждевременных родов	95	64,6	43	53,1
Истмико-цервикальная недостаточность	32	21,8	15	18,5
Гестоз	15	10,2	7	8,6

Таблица 1. Осложнения настоящей беременности.

которым было произведено деструктивное лечение патологического очага шейки матки в женской консультации МЛПУ «Клиническая больница №8» г. Уфы и в гинекологическом кабинете МУП «Хозрасчетная поликлиника ГУЗ г. Уфы» за период с 2006 по 2012 г. включительно.

Показаниями к деструктивному лечению явились эктропион различной степени выраженности, обусловленный рубцовой деформацией шейки матки (91-61,9%), патология ШМ в сочетании с папилломавирусной инфекцией (25-17,0%), дисплазии (9-6,1%), лейкоплакия (12-8,2%), полип цервикального канала (6-4,0%), эндометриоз ШМ (4-2,7%). У 19 женщин (20,9%) с эктропионом на фоне незначительной деформации шейки матки выполнена ДЭК. При рубцовой деформации ШМ в сочетании с эктропионом у 59 (64,8%) женщин выполнена радиоволновая эксцизия эктропиона, 17 (18,7%) больным – конизация шейки матки с использованием радиохирургии, 7 женщинам – лазероконизация, остальным – лазеродеструкция патологического очага. При эктопии в сочетании с ВПЧ у 19 (26,7%) женщин, при дисплазиях (CIN I, CIN II) у 9 (6,4%) выполнена радиоволновая и лазерная конизация шейки матки, с эндометриозом ШМ и полипом цервикального канала у 7 (4,8%) проведена радиоволновая эксцизия. При проведении ретроспективного анализа амбулаторных карт этих пациенток отмечено, что на момент деструкции средний возраст пациенток основной группы составил 25,7±6,4 года. Группу сравнения составили 81 женщин с аналогичной патологией, но без деструктивных вмешательств на шейке. Средний возраст женщин – 26,2±5,8 года. По возрасту, по акушерскому анамнезу и характеру патологий шейки матки обе группы были идентичны. Больным обеих групп проводилось общеклиническое обследование по общепринятой схеме. Обследование больных включало в себя: бактериоскопия мазка, цитологическое исследование мазка, ПЦР-диагностика инфекций передающихся половым путем, расширенная кольпоскопия с прицельной биопсией. Биопсия производилась петлевым электродом. На первом этапе проводилось этиопатогенетическое лечение воспалительных процессов (бактериального вагиноза, кольпита) и выявленных методом ПЦР-инфекций. На втором этапе производилось деструктивное воздействие на патологический очаг шейки матки.

Для каждой пациентки была заведена специально разработанная нами карта обследования, где особое внимание уделялось сбору акушерско-гинекологичес-

кого анамнеза, гинекологическому осмотру, а также анкета-опросник. Статистическая обработка полученных результатов проводилась для параметральных величин методом вариационной статистики с определением критериев достоверности по Стьюденту – Фишеру, оценка непараметральных величин производилась с использованием критерия с поправкой Йейта для малых значений. Различия между сравниваемыми величинами считали статистически достоверными при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение

До операции на шейке матки 98 (66,7%) женщин были рожавшими, из них 88 (89,8%) женщин имели одни роды, 10 (10,2%) женщин имели двое родов. У 49 (33,3%) женщин родов не было. У половины нерожавших пациенток в анамнезе имелись указания на искусственное прерывание беременности, при этом более чем у 25% было два и более искусственных аборта, что могло послужить причиной травматизации ШМ и явилось фактором, предрасполагающим к развитию фоновой патологии. При изучении отдаленных результатов лечения патологии шейки матки в основной группе больных после поверхностных деструктивных вмешательств (лазерная вапоризация, радиоволновая эксцизия) менструальный цикл после лечения не изменялся, у 17 (11,6%) пациенток нарушение менструальной функции выявлено в виде гиперполименореи и дисменореи. У 13 (76,5%) такие нарушения менструальной функции имели место до деструктивного лечения то есть были не связаны с деструктивным вмешательством на шейке матки. Изменения менструальной функции ряд авторов связывают с рубцовыми изменениями шейки матки и повреждением мышц наружного запирающего отверстия цервикального канала. Нарушения менструальной функции после вмешательства наблюдались у женщин папилломавирусной инфекцией (12 чел.), дисплазией (4 чел.), эндометриозом ШМ (1 чел.). После деструктивного лечения в сроки от 1 до 5 лет беременность наступила у 56 (38,1%) женщин. На момент наступления беременности большинство пациенток были в возрасте 21-26 лет, имели отягощенный акушерский и гинекологический анамнез. Следует отметить, что среди этих пациенток преобладали рожавшие женщины (39 чел. – 69,6%). После деструктивного лечения беременность наступила у 17 нерожавших женщин, хотя у них в анамнезе были беременности,

которые прерваны медицинском абортom по различным причинам или самопроизвольным абортom. Токсикоз 1-й и 2-й половины беременности одинаково часто осложняет ее течение как в группе пациенток, оперированных по поводу патологии ШМ, так и у больных в группе сравнения (см. табл. 1). После конизации шейки матки, независимо от способа, беременность достоверно чаще осложнялась ИЦН, угрозой прерывания в разных сроках гестации. Среди 52 женщин, перенесших конизацию шейки матки, было 2 (3,8%) спонтанных абортов на 21-й и 23-й нед. гестации, у 40 (76,9%) пациенток беременность завершилась срочными родами, у 10 (19,2%) роды были преждевременными. Из 50 родов у 37 (74%) женщин роды самостоятельные, у 13 (26%) женщин роды путем кесарева сечения. Среди 95 пациенток, перенесших малые деструктивные вмешательства в виде лазероапоризации, радиохирургической фульгурации и эксцизии, беременность наступила у 82 (86,3%) женщин. В течение беременности у половины женщин отмечались угроза выкидыша, преждевременное излитие околоплодных вод (ПИОВ), угроза преждевременных родов, ХФПН. Самопроизвольные выкидыши наблюдались у 27 (28,4%) женщин. Почти треть беременностей у женщин основной группы (29 чел.) закончилась медицинским абортom. Такой высокий процент самопроизвольных выкидышей и абортов у этих пациентов нельзя связать с деструктивными вмешательствами на шейке матки, так как они в основном затрагивают патологически измененную слизистую шейки матки, а объясняется это наличием неушитых старых разрывов шейки матки. Для пациентов этой группы имеются определенные трудности с наступлением беременности. У 13 женщин после операций на шейке матки в течение 1,5-3 лет беременность не наступила, что явилось причиной развода семейной пары. В группе сравнения за наблюдаемый период забеременели 76 (93,8%) женщин. У 13 (17,1%) женщин произошел самопроизвольный выкидыш, у 17 (22,4%) беременность закончилась медицинским абортom по желанию женщины или супругов. У 37 (77,1%) женщин беременность закончилась срочными, у 11 (22,9%) – преждевременными родами. Таким образом, обобщая вышеприведенные данные, можно заключить, что деструктивные вмешательства на шейке матки мало (статистически недостоверно, $p \geq 0,05$) влияют на течение наступившей беременности, однако прослеживается зависимость репродуктивной функции от вида и глубины деструктивного вмешательства. После конизирующих вмешательств на шейке матки статистически достоверно возрастает число ИЦН, угроза прерывания в разных сроках гестации, независимо от способа воздействия, относительно женщин в группе сравнения. После поверхностных деструктивных вмешательств на шейке матки, направленных на устранение эктропиона или удаления патологически измененной слизистой путем апоризации и эксцизии создаются дополнительные проблемы в реализации репродуктивной функции у женщин фертильного возраста. Учиты-

вая тот факт, что эктропион у большинства рожавших женщин является, как правило, последствием неадекватного оказания хирургического пособия в родах, в последующем считается фоновым заболеванием шейки матки и в онкологическом плане является относительно благополучным состоянием, возникает множество вопросов. Всегда ли надо применять деструктивные вмешательства по поводу эктропиона? Как деструктивные вмешательства влияют на возможность зачатия? Как они будут влиять на течение беременности и родов? Анализируя собственный опыт, мы пришли к выводу о том, что не во всех случаях возникшего эктропиона необходима деструктивное вмешательство. Такое вмешательство не только не полезно, но даже вредно, поскольку подразумевает удаление неизменной слизистой лишенной мышечной опоры. В пользу такой позиции свидетельствуют результаты сравнения у женщин в контрольной группе. В группе сравнения процент зачатия оказался статистически достоверно ($p \leq 0,05$) большим, чем у женщин после деструктивных вмешательств. Отсюда следует вывод о том, что эктропион по большому счету не является абсолютным показанием для деструктивного вмешательства и мало влияет на репродуктивную функцию женщин. У больных, шейка матки которых деформирована, длительное существование старых разрывов приводит к развитию хронического воспалительного процесса, являющегося причиной развития патологических изменений шеечного эпителия. Ликвидация этих изменений деструктивными методами воздействия, без устранения деформации шейки матки, дает лишь временный эффект. Поэтому непременным условием лечения заболеваний покровного эпителия шейки матки должно быть устранение ее деформации. Без соблюдения этого условия все методы дают лишь временное улучшение. В дальнейшем на месте слизистой цервикального канала в области эктропиона развивается плоскоклеточная метаплазия и переходная зона многослойно плоского эпителия в цилиндрический смещается в сторону цервикального канала. На этом участке возникает зона трансформации с закрытыми и открытыми железами. Этот процесс сопровождается воспалительной реакцией с разрастанием соединительной ткани, в результате чего шейка гипертрофируется, укорачивается. Дистальный отдел ее уплотняется, становится толще. Сформировавшийся наружный зев (то есть область переходной границы многослойно-плоского в цилиндрический эпителий) либо пропускает палец (при выраженной деформации), либо смыкается (при менее выраженной деформации). Иногда вытягивается передний или задний отдел шейки матки в виде языка, который при пальпации может быть менее плотным, чем все остальные ее отделы. Как показали исследования, на такой шейке часто и возникает лейкоплакия. Таким образом, возникновению лейкоплакии предшествует длительный хронический воспалительный процесс, поддерживающийся нарушением анатомического строения шейки матки. Мы считаем, что до

тех пор, пока не будет устранена деформация шейки матки, не может быть в большинстве случаев ликвидирован воспалительный процесс. Применение деструктивных методов для лечения так называемых эрозий у таких больных будет иметь временный эффект и может способствовать развитию лейкоплакии, дисплазии и преинвазивного рака.

Выводы

1. Деструктивные вмешательства на шейке матки мало (статистически недостоверно, $p \geq 0,05$) влияют на течение наступившей беременности, однако прослеживается зависимость репродуктивной функции от вида и глубины деструктивного вмешательства.

2. После конизирующих вмешательств на шейке матки статистически достоверно возрастает число

ИЦН, угроза прерывания в разных сроках гестации, независимо от способа воздействия, относительно женщин в группе сравнения.

3. Применение деструктивных методов у больных с деформацией шейки матки, очевидно, нецелесообразно. Эти методы с успехом могут быть применены у больных с дисплазиями, лейкоплакией, полипом цервикального канала и эндометриозом ШМ.

4. При сочетании ЦИН с деформацией шейки матки показана конизация.

5. Для лечения рубцовой деформации шейки матки у женщин репродуктивного периода, не планирующих беременность, при наличии показаний и отсутствии противопоказаний следует рекомендовать пластическую операцию методом расслоения по Ельцову-Стрелкову.

Литература:

1. Аветисян Т.Г., Иванян А.Н., Мелехова Н.Ю., Бельская Г.Д., Киракосян Л.С. Деструктивные методы в лечении патологии шейки матки и репродуктивное здоровье. Вестник Смоленской медицинской академии. 2007; 4: 51-53.
2. Бадретдинова Ф.Ф., Трубин В.Б., Хасанов А.Г. О некоторых аспектах классификации рубцовой деформации шейки матки. Акушерство, гинекология и репродукция. 2014; 3: 43-46
3. Дижевская Е.В., Блинов Д.В. Инновационные подходы к решению практических задач в гинекологии. Акушерство, гинекология и репродукция. 2011; 3: 35-44.
4. Календжян А.С. Особенности биоценоза

- влагалища после различных методов деструкции шейки матки. автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М. 2011; 22 с.
5. Качалина Т.С., Шахова Н.М., Качалина О.В., Елисеева Д.Д. Хронический цервицит и влч-инфекция в репродуктивном возрасте. Пути снижения диагностической и лечебной агрессии. Акушерство, гинекология и репродукция. 2012; 4: 6-12.
 6. Рудакова А.В. Фармакоэкономические аспекты применения 4-валентной вакцины против вируса папилломы человека (обзор зарубежных исследований). ФАРМАКОЭКОНОМИКА. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология. 2012; 4: 38-43.
 7. Сидорова И.С., Атабиева Д.А. Методы исследования шейки матки у беременных

- женщин. Акушерство, гинекология и репродукция. 2013; 2: 15-19.
8. Унанян А.Л., Сидорова И.С., Коссович Ю.М., Рзянина Ю.А., Кадырова А.Э. Вопросы патогенеза и терапии заболеваний шейки матки, ассоциированных с папилломавирусной инфекцией. Акушерство, гинекология и репродукция. 2012; 1: 27-30.
 9. Чуруксаева О.Н., Коломиец Л.А. Физиогенетические методы лечения вирус-ассоциированной патологии шейки матки. Сибирский онкологический журнал. 2011; 3: 11-15.
 10. Ячменев Н.П., Бельская Г.Д., Иванян А.Н., Аветисян Т.Г., Благодыр О.В. Роль разрывов шейки матки в родах в патогенезе ее фоновых заболеваний. Международный конгресс «Практическая гинекология от новых возможностей к новой стратегии». М. 2006; 225-226.

References:

1. Avetisyan T.G., Ivanyan A.N., Melekhova N.Yu., Bel'skaya G.D., Kirakosyan L.S. *Vestnik Smolenskoi meditsinskoi akademii*. 2007; 4: 51-53.
2. Badretdinova F.F., Trubin V.B., Khasanov A.G. *Akusherstvo, ginekologiya i reproduksiya*. 2014; 3: 43-46
3. Dizhevskaya E.V., Blinov D.V. *Akusherstvo, ginekologiya i reproduksiya*. 2011; 3: 35-44.
4. Kalendzhyan A.S. Features biocenosis vagina after various methods of destruction of the cervix. Phd. Diss. [*Osobennosti biotsenoza*

- vlagalishcha posle razlichnykh metodov destruktivnoy sheiki matki. Avtoref. diss. ...kand. med. nauk*]. Moscow. 2011; 22 s.
5. Kachalina T.S., Shakhova N.M., Kachalina O.V., Eliseeva D.D. *Akusherstvo, ginekologiya i reproduksiya*. 2012; 4: 6-12.
 6. Rudakova A.V. *FARMAKOEKONOMIKA. Sovremennaya farmakoeconomika i farmakoepidemiologiya*. 2012; 4: 38-43.
 7. Sidorova I.S., Atabieva D.A. *Akusherstvo, ginekologiya i reproduksiya*. 2013; 2: 15-19.
 8. Unanyan A.L., Sidorova I.S., Kossovich Yu.M., Rzyanina Yu.A., Kadyrova A.E. *Akusherstvo, ginekologiya i reproduksiya*. 2012; 1: 27-30.

9. Churuksaeva O.N., Kolomiets L.A. *Sibirskii onkologicheskii zhurnal*. 2011; 3: 11-15.
10. Yachmenev N.P., Bel'skaya G.D., Ivanyan A.N., Avetisyan T.G., Blagodyr O.V. The role of cervical tears during childbirth in the pathogenesis of her background diseases. International Congress «Practical Gynecology of new features to the new strategy.» [*Roľ razryvov sheiki matki v rodakh v patogeneze ee fonovykh zabolevanii. Mezhdunarodnyi kongress «Prakticheskaya ginekologiya ot novykh vozmozhnostei k novoi strategii»*]. Moscow. 2006; 225-226.

Сведения об авторах:

Бадретдинова Фларид Фуатовна – к.м.н., ассистент кафедры акушерства и гинекологии института последипломного образования, ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России. Адрес: ул. Чернышевского, д. 160А, 450078, Уфа, 450000, Россия. Тел.: +79177440953. E-mail: fbadretdinova@mail.ru.

Кортунова Вероника Владимировна – врач акушер-гинеколог МУП «Хозрасчетная поликлиника ГУЗ г. Уфы» Адрес: ул. Коммунистическая, д. 75, кв. 51, Уфа, 450000, Россия. тел.: +79173419551.

About the authors:

Badretdinova Flarida Fuatovna – MD, PhD, Department of Obstetrics and Gynecology, Institute of Postgraduate Education, Medical University "Bashkir State Medical University" Ministry of Health of Russia. Address: ul. Chernyshevsky, 160A, Ufa, 450078, Russia. Tel.: 79177440953. E-mail: fbadretdinova@mail.ru.

Kortunova Veronica Vladimirovna – obstetrician-gynecologist, self-supporting clinic of Ufa. Address: Communist Str. 75, Apt. 51., Ufa, 450000, Russia. Tel.: 79173419551.