

АКУШЕРСТВО ГИНЕКОЛОГИЯ РЕПРОДУКЦИЯ

Включен в перечень ведущих
рецензируемых журналов и изданий ВАК

2016 • Том 10 • № 4



OBSTETRICS, GYNECOLOGY AND REPRODUCTION

ISSN 2313-7347

2016 Vol. 10 No 4

www.gynecology.su

РЕДКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЭНДОМЕТРИОЗА КРУГЛОЙ СВЯЗКИ МАТКИ

Драндрова Е.Г.^{1,2}, Щепелев М.Е.^{1,2}, Москвичев Е.В.^{1,3},
 Леонтьева Т.Ю.², Цырлина И.В.².

¹ ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова», Чебоксары

² БУ ЧР «Больница скорой медицинской помощи» Минздрава ЧР, Чебоксары

³ БУ «Республиканский клинический онкологический диспансер» Минздрава ЧР, Чебоксары

Резюме

Эндометриоз круглой связки матки – редкая клиническая патология, представляющая сложность для дифференциальной диагностики. В статье описан клинический случай эндометриоза круглой связки матки, освещены вопросы этиологии и патогенеза эндометриоза паховой области, обозначены современные подходы к диагностике и лечению. Сопоставление данных гинекологического анамнеза, жалоб с результатами лабораторных и инструментальных методов исследования позволяет выставить верный предоперационный диагноз и сократить время между первым обращением пациентки к врачу и оперативным лечением.

Ключевые слова

Экстрагенитальный эндометриоз, круглая связка матки, оперативное лечение, гистологическое исследование.

Статья поступила: 26.09.2016 г.; в доработанном виде: 21.10.2016 г.; принята к печати: 30.11.2016 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

Драндрова Е.Г., Щепелев М.Е., Москвичев Е.В., Леонтьева Т.Ю., Цырлина И.В. Редкий клинический случай эндометриоза круглой связки матки. Акушерство, гинекология и репродукция. 2016; 4: 60-65.

RARE CLINICAL CASE OF ENDOMETRIOSIS OF ROUND LIGAMENT OF THE UTERUS

Drandrova E.G.^{1,2}, Shchepelev M.E.^{1,2}, Moskvichev E.V.^{1,3}, Leont'eva T.Yu.², Tsyrlina I.V.²

¹ The Ulianov Chuvash State University, Cheboksary

² Emergency hospital, Cheboksary

³ Republic clinical oncologic dispensary, Cheboksary

Summary

Endometriosis of the round ligament of the uterus is a rare clinical pathology, that is difficult for differential diagnostics. Clinical case of the endometriosis of the round ligament of the uterus is described. Issues of etiology and pathogenesis of inguinal endometriosis are mentioned. Modern views about diagnostics and treatment of endometriosis are described. Mapping of data of gynaecological anamnesis, complaints with the results of laboratory and instrumental research methods allows put correct preoperational diagnosis and decrease time from the first visit of doctor up to operative treatment.

Key words

Extragenital endometriosis, round ligament of the uterus, operative treatment, histological investigation.

Received: 26.09.2016; **in the revised form:** 21.10.2016; **accepted:** 30.11.2016.

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

Drandrova E.G., Shchepelev M.E., Moskvichev E.V., Leont'eva T.Yu., Tsyrlina I.V. Rare clinical case of endometriosis of round ligament of the uterus. *Akusherstvo, ginekologiya i reproduksiya / Obstetrics, gynecology and reproduction*. 2016; 4: 60-65 (in Russian).

Corresponding author

Address: Moskovskii prospekt, 15, Cheboksary, Russia, 428015.

E-mail: office@chuvsu.ru (Drandrova E.G.).

Введение

Эндометриоз – процесс, при котором за пределами полости матки происходит доброкачественное разрастание ткани, по морфологическим и функциональным свойствам подобной эндометрию [7]. На сегодняшний день данная патология занимает одно из ведущих мест в структуре гинекологических заболеваний [5]. Во всем мире общее число женщин в возрасте от 15 до 49 лет, страдающих эндометриозом, в настоящее время достигло 176 млн [2,3,4]. Однако эндометриоз может возникнуть и у 10% девочек в период менархе, и у 2-4% женщин в период менопаузы [1,6].

Наиболее часто очаги эндометриоза локализуются в полости таза: в стенке матки (аденомиоз), на яичниках, тазовой брюшине, ректовагинальной перегородке. Реже эндометриоидные гетеротопии обнаруживаются за пределами малого таза – на диафрагме, плевре, перикарде и др. На сегодняшний день считают, что эндометриоз может поражать все органы, за исключением сердца и селезенки [12,14].

Паховая область – относительно редкая локализация эндометриоза, частота встречаемости составляет 0,3-0,6% всех больных эндометриозом [11,15]. Впервые данная патология была описана Allen в 1896 г., и с тех пор в научной литературе появилось не более 70 сообщений о подобных клинических случаях [13,17]. Очаги эндометриоза в паховой области поражают внебрюшинную часть круглой связки матки, паховые лимфоузлы, подкожную жировую клетчатку и даже брюшину грыжевых мешков при паховых и бедренных грыжах [20]. Эндометриоз паховой области наиболее часто встречается у женщин в возрасте 22-46 лет с пиком выявляемости 30-40 лет [8,17]. Малая информированность врачей-клиницистов о существовании данной патологии приводит к тому, что между первым обращением пациентки и оперативным лечением проходит довольно большой промежуток времени, в течение которого болезнь прогрессирует и снижает качество жизни больной.

Клинический случай

Представляем вашему вниманию клинический случай эндометриоза правой круглой связки матки в сочетании с генитальным эндометриозом.

Больная И., 45 лет, обратилась в клинику с жалобами на наличие болезненного опухолевидного образования в правой паховой области. Опухолевидное образование появилось два года назад. Усиление болезненности женщина отмечает во время менструаций. При расспросе выяснилось, что в течение последних пяти лет месячные стали обильными и болезненными. Из гинекологического анамнеза: беременностей – две. Из них первая – срочные самопроизвольные роды на сроке 38 нед. (1995); вторая – искусственный аборт на сроке 5-6 нед. (1997). Операции на органах малого таза больная отрицает. На передней брюшной стенке послеоперационных рубцов нет.

При осмотре в правой паховой области в проекции поверхностного пахового кольца пальпируется опухолевидное образование тестоватой консистенции без четких контуров размерами 10×35 мм, болезненное при надавливании. Симптом кашлевого толчка – отрицательный.

При гинекологическом осмотре выявлено: тело матки в *anteflexio*, увеличено до 5-6 нед. беременности, шаровидной формы, тестоватой консистенции, гладкое, подвижное, безболезненное при пальпации. Придатки матки с обеих сторон не увеличены, безболезненны.

Произведено ультразвуковое исследование органов малого таза и мягких тканей передней брюшной стенки. Обнаружено: эхопризнаки аденомиоза, ретроцервикального эндометриоза (между перешейком матки и стенкой кишечника визуализируется гипозоногенный участок с четкими неровными контурами размерами 26×10 мм, частично сливается с кишечником). В правой

паховой области в структуре мышц передней брюшной стенки визуализируется гипозоногенное образование с четкими бугристыми контурами размерами 57×16 мм – признаки очагового изменения мягких тканей передней брюшной стенки (структурно больше данных за эндометриоз).

В плановом порядке проведено оперативное лечение: лапароскопия. Надвлагалищная ампутация матки без придатков. Иссечение очага ретроцервикального эндометриоза. При ревизии органов малого таза – внутрибрюшинная часть правой круглой связки матки – без видимой патологии. Произведена конверсия. Разрез в проекции поверхностного пахового кольца справа. При осмотре: внебрюшинная часть правой круглой связки матки представляется в виде опухолевидного образования размерами 2×2×5 см без четких границ с окружающими тканями (см. рис. 1). Внебрюшинная часть круглой связки матки выделена в пределах здоровых тканей и отсечена. Разрез передней брюшной стенки послойно ушит.

Послеоперационный диагноз: «аденомиоз с геморрагическим синдромом; эндометриоз ретроцервикальный с частичным прорастанием в прямую кишку; эндометриоз правой круглой связки матки с переходом на апоневроз наружной косой мышцы».

Макропрепараты: тело матки, очаг ретроцервикального эндометриоза и внебрюшинная часть правой круглой связки матки, пораженная эндометриозом, отправлены на патологогистологическое исследование. Диагноз гистологически подтвержден. Морфологическая картина имела характерные признаки: эндометриальные железы со стромальными клетками среди волокон соединительной ткани, а также клетки-маркеры хронического воспаления и скопления гемосидерофагов [3,8,16] (см. рис. 2).

Послеоперационный период протекал без особенностей. Больная выписана из стационара на 6-й день в

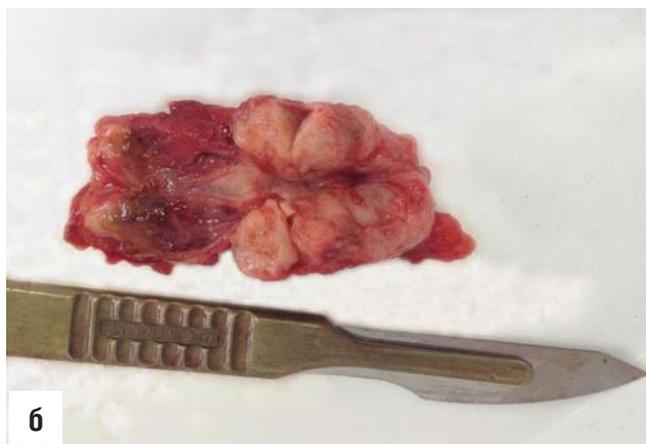


Рисунок 1. а – Интраоперационная фотография. Правая круглая связка матки, пораженная эндометриозом, выделена из окружающих тканей; б – Макропрепарат после удаления.

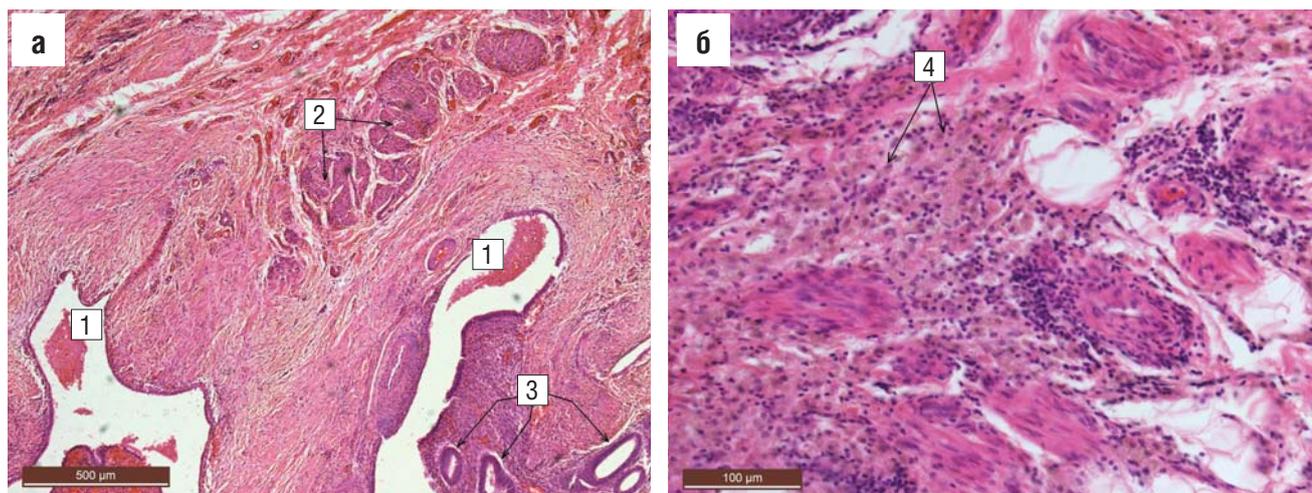


Рисунок 2. Очаги эндометриоза в фиброзно-мышечной ткани. Окраска гематоксилином и эозином. Leica DM 4000: а – ув. 100×; б – ув. 400×

1 – кистозная трансформация желез; 2 – волокна круглой связки матки; 3 – эндометриальные железы; 4 – скопления гемосидерофагов в очаге эндометриоза.

удовлетворительном состоянии. Гормональная терапия не проводилась.

Обсуждение

Диагностика эндометриоза паховой области представляет сложность для врачей. Верный предоперационный диагноз у больных с данной патологией выставляется в менее чем 50% случаев [18,20]. Дифференциальная диагностика этой нозологии проводится с такими состояниями как ущемленная грыжа, лимфаденопатия, неврома, абсцесс, гидроцеле пахового канала, первичный или метастатический рак, лимфома, липома, гематома, саркома и подкожная киста [9,17,18]. Ключевое значение в правильной постановке диагноза имеет тщательный сбор, анализ и интерпретация жалоб и гинекологического анамнеза. Усиление болей в очаге во время менструаций – важный симптом, позволяющий дифференцировать эндометриоз с другой патологией паховой области [9,20].

Инструментальные методы диагностики, такие как рентгенография, компьютерная томография, не позволяют поставить точный диагноз. При вышеперечисленных методах исследования невозможно отличить эндометриому от опухолевидного образования такой же плотности (гематомы, лимфомы, саркомы, десмоидной опухоли). Рутинным методом диагностики генитального эндометриоза в последние годы стала эхография [7], однако для выявления эндометриоза паховой области ультразвуковым методом необходимо хорошее оборудование и высокая квалификация специалиста. Метод магниторезонансной томографии более специфичен, так как он позволяет обнаружить наличие железа в скоплениях гемосидерина, содержащихся в эндометриоме [18]. Также в ряде случаев верный предоперационный диагноз

ставится при проведении пункционной core-биопсии с последующим анализом полученного биоптата. Отсутствие атипичных клеток при цитологическом исследовании позволяет исключить метастатическое поражение паховой области [16,20].

Согласно статистическим данным, в 90-94% случаев эндометриоза паховой области он обнаруживается справа [13,17,19]. Некоторые авторы объясняют этот факт циркуляцией жидкости в полости брюшины по ходу часовой стрелки из левого бокового канала по тазовому дну и далее вверх, в правый боковой канал к печени. Такое направление тока жидкости связывают с перистальтикой кишечника и дыхательными движениями. Клетки эндометрия задерживаются на брюшине тазового дна по законам притяжения, тогда как жидкость продолжает свое движение в правый боковой канал. Сигмовидная кишка и ее брыжейка, вероятно, служат барьером для рефлюкса менструальной крови в левую паховую область, поэтому эндометриоз поражает, как правило, правую сторону [8,10,14].

Эффективным методом лечения пахового эндометриоза является хирургический – иссечение в пределах здоровых тканей [8,9]. Если вмешательство произведено по поводу опухолевидного образования в паховой области и диагноз установлен интраоперационно, рекомендуется одномоментно выполнить лапароскопию, так как в 91% случаев эндометриоз паховой области сочетается с генитальным эндометриозом [8,19]. После адекватного хирургического лечения случаи рецидивов очень редки [8,20], однако ряд авторов рекомендует в послеоперационном периоде, в особенности у больных с распространенным генитальным эндометриозом, проводить гормональную терапию агонистами гонадотропин-рилизинг гормона, ингибиторами гонадотропинов и прогестагенами [3,6,14].

Заключение

Таким образом, паховая область – довольно редкая локализация очагов эндометриоза. Немаловажную роль в правильной постановке предоперационного диагноза играет тщательный сбор жалоб и гинекологического

анамнеза пациентки. Информированность клиницистов о существовании данной патологии позволит уменьшить время от момента первого обращения пациентки к врачу до начала лечения, а также снизит процент расхождений предварительных и послеоперационных диагнозов.

Литература:

1. Адамьян Л.В., Кулаков В.И., Андреева Е.Н. Эндометриозы. Изд. 2-е. М. 2007; 416 с.
2. Адамьян Л.В., Сонова М.М., Тихонова Е.С., Зимица Э.В., Антонова С.О. Медицинские и социальные аспекты генитального эндометриоза. Проблемы репродукции. 2011; 6: 78-81.
3. Гаспарян С.А., Ионова Р.М., Попова О.С., Хрипунова А.А. Эндометриоз и фертильность. Ключевые моменты лечения. Акушерство, гинекология и репродукция. 2015; 4: 66-72.
4. Кузнецова И.В. Эндометриоз и тазовая боль. Эффективная фармакотерапия. 2014; 35: 18-24.
5. Логинова О.Н., Сонова М.М. Клинические особенности наружного генитального эндометриоза. Акушерство, гинекология и репродукция. 2011; 3: 5-9.
6. Оразов М.Р., Чайка А.В., Носенко Е.Н. Купирование хронической тазовой боли, обусловленной аденомиозом, прогестагенами нового поколения. Акушерство, гинекология и репродукция. 2014; 3: 6-10.
7. Эндометриоз: диагностика, лечение и реабилитация. Федеральные клинические

- рекомендации по ведению больных. Под ред. Л.В. Адамьян. М. 2013. 86 с.
8. Candiani G.B., Vercellini P., Fedele L. et al. Inguinal endometriosis: pathogenetic and clinical implications. *Obstet Gynecol.* 1991; 78: 191-194.
9. Goh J.T.W., Flynn V. Inguinal endometriosis. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology.* 1994; 34: 121.
10. Gui B., Valentini A.L., Mingote M.C. et al. Deep endometriosis: don't forget about round ligaments. MRI features, clinical and anatomic review. *European Society of Radiology.* 2013. Doi:10.1594/eocr2013/C-1100.
11. Hagiwara Y., Hatori M., Moriya T. et al. Inguinal endometriosis attaching to the round ligament. *Australas Radiol.* 2007; 51: 91-94.
12. Kapan M., Kapan S., Durgun A.V., Goksoy E. Inguinal endometriosis. *Arch Gynecol Obstet.* 2005; 271: 76-78.
13. Licheri S., Pisano G., Erda E. et al. Endometriosis of the round ligament: description if a clinical case and review of the literature. *Hernia.* 2005; 9: 294-297.
14. Mashficul M.A.S., Tan Y.M., Chintana C.W. Endometriosis of the inguinal canal

- mimicking a hernia. *Singapore Med. J.* 2007; 48 (6): 157-159.
15. Novellas S., Chassang M., Bouaziz J. et al. Anterior pelvic endometriosis: MRI features. *Abdom Imaging.* 2010; 35 (6): 742-749.
16. Perez-Seoane C., Vargas J., De Agustin P. Endometriosis in an inguinal crural hernia. Diagnosis by fine needle aspiration biopsy. *Acta Cytologica.* 1991; 35 (3): 350-352.
17. Prabhu R., Krishna S., Senoy R., Thangavelu S. Endometriosis of extra-pelvic round ligament, a diagnostic dilemma for physicians. *BMJ Case Rep.* 2013. DOI: 10.1136/bcr-2013-200465.
18. Seydel A.S., Sichel J.Z., Warner E.D., Sax H.C. Extrapelvic endometriosis: diagnosis and treatment. *American Journal of Surgery.* 1996; 171 (2): 239-241.
19. Uzunlar A.K., Yilmaz F., Yaldiz M. et al. Inguinal endometriosis: a report of two cases and a review of the literature. *Turk J Med Sci.* 2000; 30: 389-392.
20. Wong W.S.F., Lim C.E.D., Luo X. Inguinal endometriosis: an uncommon differential diagnosis as an inguinal tumour. *ISRN Obstetrics and Gynecology.* 2011; Vol. 2011: 1-4.

References:

1. Adamyan L.V., Kulakov V.I., Andreeva E.N. Endometriosis. Ed. 2. [*Endometriozy. Izd. 2-e (in Russian)*]. Moscow. 2007; 416 p.
2. Adamyan L.V., Sonova M.M., Tikhonova E.S., Zimina E.V., Antonova S.O. *Problemy reprodukcii.* 2011; 6: 78-81.
3. Gasparyan S.A., Ionova R.M., Popova O.S., Khripunova A.A. *Akusherstvo, ginekologiya i reprodukcija / Obstetrics, gynecology and reproduction.* 2015; 4: 66-72.
4. Kuznetsova I.V. *Effektivnaya farmakoterapiya.* 2014; 35: 18-24.
5. Loginova O.N., Sonova M.M. *Akusherstvo, ginekologiya i reprodukcija / Obstetrics, gynecology and reproduction.* 2011; 3: 5-9.
6. Orazov M.R., Chaika A.V., Nosenko E.N. *Akusherstvo, ginekologiya i reprodukcija / Obstetrics, gynecology and reproduction.* 2014; 3: 6-10.
7. Endometriosis: diagnostics, treatment, rehabilitation. Federal clinical practice guidelines for treatment of patients. Under the editorship of L.V. Adamyan [*Endometrioz: diagnostika, lechenie i rehabilitatsiya. Federalnye klinicheskie*

- rekomentatsii po vedeniyu bol'nykh. Pod red. L.V. Adamyan (in Russian)*]. Moscow, 2013; 86 p.
8. Candiani G.B., Vercellini P., Fedele L. et al. Inguinal endometriosis: pathogenetic and clinical implications. *Obstet Gynecol.* 1991; 78: 191-194.
9. Goh J.T.W., Flynn V. Inguinal endometriosis. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology.* 1994; 34: 121.
10. Gui B., Valentini A.L., Mingote M.C. et al. Deep endometriosis: don't forget about round ligaments. MRI features, clinical and anatomic review. *European Society of Radiology.* 2013. DOI: 10.1594/eocr2013/C-1100.
11. Hagiwara Y., Hatori M., Moriya T. et al. Inguinal endometriosis attaching to the round ligament. *Australas Radiol.* 2007; 51: 91-94.
12. Kapan M., Kapan S., Durgun A.V., Goksoy E. Inguinal endometriosis. *Arch Gynecol Obstet.* 2005; 271: 76-78.
13. Licheri S., Pisano G., Erda E. et al. Endometriosis of the round ligament: description if a clinical case and review of the literature. *Hernia.* 2005; 9: 294-297.

14. Mashficul M.A.S., Tan Y.M., Chintana C.W. Endometriosis of the inguinal canal mimicking a hernia. *Singapore Med. J.* 2007; 48 (6): 157-159.
15. Novellas S., Chassang M., Bouaziz J. et al. Anterior pelvic endometriosis: MRI features. *Abdom Imaging.* 2010; 35 (6): 742-749.
16. Perez-Seoane C., Vargas J., De Agustin P. Endometriosis in an inguinal crural hernia. Diagnosis by fine needle aspiration biopsy. *Acta Cytologica.* 1991; 35 (3): 350-352.
17. Prabhu R., Krishna S., Senoy R., Thangavelu S. Endometriosis of extra-pelvic round ligament, a diagnostic dilemma for physicians. *BMJ Case Rep.* 2013. DOI:10.1136/bcr-2013-200465.
18. Seydel A.S., Sichel J.Z., Warner E.D., Sax H.C. Extrapelvic endometriosis: diagnosis and treatment. *American Journal of Surgery.* 1996; 171 (2): 239-241.
19. Uzunlar A.K., Yilmaz F., Yaldiz M. et al. Inguinal endometriosis: a report of two cases and a review of the literature. *Turk J Med Sci.* 2000; 30: 389-392.
20. Wong W.S.F., Lim C.E.D., Luo X. Inguinal endometriosis: an uncommon differential diagnosis as an inguinal tumour. *ISRN Obstetrics and Gynecology.* 2011; Vol. 2011: 1-4.

Сведения об авторах:

Драндрова Елена Геннадьевна – к.м.н., старший преподаватель кафедры нормальной и топографической анатомии с оперативной хирургией, Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова. Адрес: Московский проспект, д. 15, г. Чебоксары, Россия, 428015. E-mail: office@chuvsu.ru; врач акушер-гинеколог гинекологического отделения №1, Больница скорой медицинской помощи Министерства здравоохранения Чувашской Республики. Адрес: Московский проспект, д. 47, г. Чебоксары, Россия, 428017. E-mail: bsmp@med.cap.ru.

Щепелев Михаил Евгеньевич – к.м.н., заведующий гинекологическим отделением №1, Больница скорой медицинской помощи Министерства здравоохранения Чувашской Республики. Адрес: Московский проспект, д. 47, г. Чебоксары, Россия, 428017. E-mail: bsmp@med.cap.ru; доцент кафедры акушерства и гинекологии имени Г.М. Воронцовой, Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова. Адрес: Московский проспект, д. 15, г. Чебоксары, Россия, 428015. E-mail: office@chuvsu.ru.

Москвичев Евгений Васильевич – д.м.н., профессор кафедры нормальной и топографической анатомии с оперативной хирургией, Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова. Адрес: Московский проспект, д. 15, г. Чебоксары, Россия, 428015. E-mail: office@chuvsu.ru; заведующий патологоанатомическим отделением, Республиканский клинический онкологический диспансер Министерства здравоохранения Чувашской Республики. Адрес: ул. Гладкова, д. 23, г. Чебоксары, Россия, 428020. E-mail: rkod@med.cap.ru.

Леонтьева Татьяна Юрьевна – врач акушер-гинеколог гинекологического отделения №1, Больница скорой медицинской помощи Министерства здравоохранения Чувашской Республики. Адрес: Московский проспект, д. 47, г. Чебоксары, Россия, 428017. E-mail: bsmp@med.cap.ru.

Цырлина Ирина Валерьевна – врач акушер-гинеколог гинекологического отделения №1, Больница скорой медицинской помощи Министерства здравоохранения Чувашской Республики. Адрес: Московский проспект, д. 47, г. Чебоксары, Россия, 428017. E-mail: bsmp@med.cap.ru.

About the authors:

Drandrova Elena Gennad'evna – PhD, senior lecturer of Normal and Topographic Anatomy with Operative Surgery Department, The Ulianov Chuvash State University. Address: Moskovskii prospekt, 15, Cheboksary, Russia, 428015. E-mail: office@chuvsu.ru; Obstetrician-gynecologist of Gynecology department no.1, Emergency hospital of Health Ministry of Chuvash Republic. Address: Moskovskii prospekt, 47, Cheboksary, Russia, 428017. E-mail: bsmp@med.cap.ru.

Shchepelev Mikhail Evgen'evich – PhD, Head of Gynaecology department no.1, Emergency hospital of Health Ministry of Chuvash Republic. Address: Moskovskii prospekt, 47, Cheboksary, Russia, 428017. E-mail: bsmp@med.cap.ru; Associate professor of Obstetrics and Gynecology Department named after G.M. Vorontsova, The Ulianov Chuvash State University. Address: Moskovskii prospekt, 15, Cheboksary, Russia, 428015. E-mail: office@chuvsu.ru.

Moskvichev Evgenii Vasil'evich – PhD, professor of Normal and Topographic Anatomy with Operative Surgery Department, The Ulianov Chuvash State University. Address: Moskovskii prospekt, 15, Cheboksary, Russia, 428015. E-mail: office@chuvsu.ru; Head of Pathology Department, Republic Clinical Oncologic Dispensary of Health Ministry of Chuvash Republic. Address: ul. Gladkova, 23, Cheboksary, Russia, 428020. E-mail: rkod@med.cap.ru.

Leont'eva Tat'yana Yur'evna – obstetrician-gynecologist of Gynecology Department no.1, Emergency hospital of Health Ministry of Chuvash Republic. Address: Moskovskii prospekt, 47, Cheboksary, Russia, 428017. E-mail: bsmp@med.cap.ru.

Tsyrlina Irina Valer'evna – obstetrician-gynecologist of Gynecology Department no.1, Emergency hospital of Health Ministry of Chuvash Republic. Address: Moskovskii prospekt, 47, Cheboksary, Russia, 428017. E-mail: bsmp@med.cap.ru.