

Статья поступила в редакцию 13.10.2022 г.

Баринов С.В., Кадцына Т.В., Чуловский Ю.И., Тирская Ю.И., Лазарева О.В., Надежина Е.С., Гребенюк О.А.

Омский государственный медицинский университет,
Областная клиническая больница,
г. Омск, Россия

НОВЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ПАРАВАГИНАЛЬНЫХ ГЕМАТОМ БОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ

Цель – улучшить результаты лечения пациенток с паравагинальными гематомами больших размеров на основе разработанного модифицированного способа с применением вагинального катетера Жуковского.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 15 родильниц с паравагинальными гематомами больших размеров (более 10 см). Хирургическое лечение включало параректальный разрез в комбинации с использованием вагинального катетера Жуковского.

Результаты. Первородящие составили 53,3 %, повторнородящие 33,3 %, многорожавшие 13,3 %. Паравагинальные гематомы в 33,3 % сочетались с разрывами влагалища, шейки матки. В раннем послеродовом периоде паравагинальные гематомы обнаруживались наиболее часто – у 86,7 %. В 20% случаев диагностировались гематомы без повреждения стенки влагалища; в 66,7 % – с повреждением стенки влагалища. Общий объем кровопотери при применении вагинального катетера составил 850 (665; 925) мл. Существенных изменений показателей гемостаза, гемоглобина у наблюдаемых пациенток не было.

Заключение. Применение комплексного подхода в лечении пациенток с паравагинальными гематомами больших размеров позволяет снизить объем кровопотери, уменьшить риск послеоперационных осложнений, снизить длительность госпитализации.

Ключевые слова: роды; паравагинальные гематомы; разрыв стенки влагалища; вагинальный катетер Жуковского; маточный катетер Жуковского; акушерские кровотечения; гемостаз

Barinov S.V., Kadcyna T.V., Chulovskij Yu.I., Tirskaia Yu.I., Lazareva O.V., Nadezhina E.S., Grebenyuk O.A.
Omsk State Medical University,
Regional clinical hospital, Omsk, Russia

A NEW APPROACH TO THE TREATMENT OF LARGE PARAVAGINAL HEMATOMAS

The aim of the research – to improve the results of treatment of patients with large paravaginal hematomas based on the developed modified method using the Zhukovsky vaginal catheter.

Materials and methods. 15 puerperas with large paravaginal hematomas (more than 10 cm) were under observation. Surgical treatment included a pararectal incision in combination with the use of a Zhukovsky vaginal catheter.

Results. Primiparas accounted for 53.3 %, multiparous 33.3 %, multiparous 13.3 %. Paravaginal hematomas in 33.3 % were combined with ruptures of the vagina, cervix. In the early postpartum period, paravaginal hematomas were found most often in 86.7 %. In 20 % of cases, hematomas were diagnosed without damage to the vaginal wall; in 66.7 % with damage to the vaginal wall. The total volume of blood loss during the use of a vaginal catheter was 850 (665; 925) ml. There were no significant changes in hemostasis and hemoglobin in the observed patients.

Conclusion. The use of an integrated approach in the treatment of patients with large paravaginal hematomas can reduce blood loss, reduce the risk of postoperative complications, and reduce the duration of hospitalization.

Key words: childbirth; paravaginal hematomas; rupture of the vaginal wall; Zhukovsky's vaginal catheter; Zhukovsky's uterine catheter; obstetric bleeding; hemostasis

Акушерские кровотечения в послеродовом периоде остаются одной из серьезных проблем современного акушерства, оказывающие влияние на показатели материнской и перинатальной смертности, приводящие нередко к потере репродуктивного органа [1-3]. По мнению различных авторов, риски развития послеродовых кровотечений многочисленны [4, 5]. Среди них выделяют предлежание плаценты, anomальное прикрепление плаценты, отслойку плаценты [6-8]. Другой причиной массивного

акушерского кровотечения считают нарушение сократительной способности матки – атонию матки [9, 10]. Также считается, что способствовать развитию массивной кровопотери могут разрывы матки и мягких тканей влагалища [11].

В структуре акушерского травматизма особое внимание уделяется послеродовым паравагинальным гематомам больших размеров, которые являются одной из частых причин массивных акушерских кровотечений в различных родовспомогатель-

Информация для цитирования:



10.24412/2686-7338-2022-4-36-41



XAYHGQ

Баринов С.В., Кадцына Т.В., Чуловский Ю.И., Тирская Ю.И., Лазарева О.В., Надежина Е.С., Гребенюк О.А. НОВЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ПАРАВАГИНАЛЬНЫХ ГЕМАТОМ БОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ //Мать и Дитя в Кузбассе. 2022. №4(91). С. 36-41.



ных учреждениях. Зачастую, эти случаи являются наглядными примерами near miss, едва не ставшими причиной фатального исхода, когда консервативные мероприятия по остановке акушерского кровотечения не имеют эффекта [12].

Причинами развития материнского травматизма могут стать воспалительные заболевания влагалища, наличие крупного плода, переношенная беременность, анатомически/клинически узкий таз, стремительные/затяжные роды, разгибательные вставления головки плода, тазовое предлежание плода с запрокидыванием ручек/головки, преждевременное излитие околоплодных вод. В России с 2014 г. для остановки массивного послеродового кровотечения применяются маточный и вагинальный катетеры Жуковского. Принимая во внимание всевозможные трудности, возникающие осложнения при оказании помощи родильницам с паравагинальными гематомами больших размеров, предлагаем вниманию разработанный нами модифицированный способ лечения паравагинальных гематом.

Цель исследования — улучшить результаты лечения пациенток с паравагинальными гематомами больших размеров на основе разработанного модифицированного способа с применением вагинального катетера Жуковского.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено ретроспективное, контролируемое исследование, которое проводилось в перинатальном центре БУЗОО «Областная клиническая больница» Омской области за период с 2012 по 2022 гг. Под наблюдением находились 15 родильниц с паравагинальными гематомами больших размеров. За паравагинальные гематомы больших размеров были приняты гематомы более 10 см в диаметре, независимо от локализации. Хирургическое лечение включало параректальный разрез в комбинации с использованием вагинального катетера Жуковского.

Методика комплексного лечения при паравагинальных гематомах была следующей:

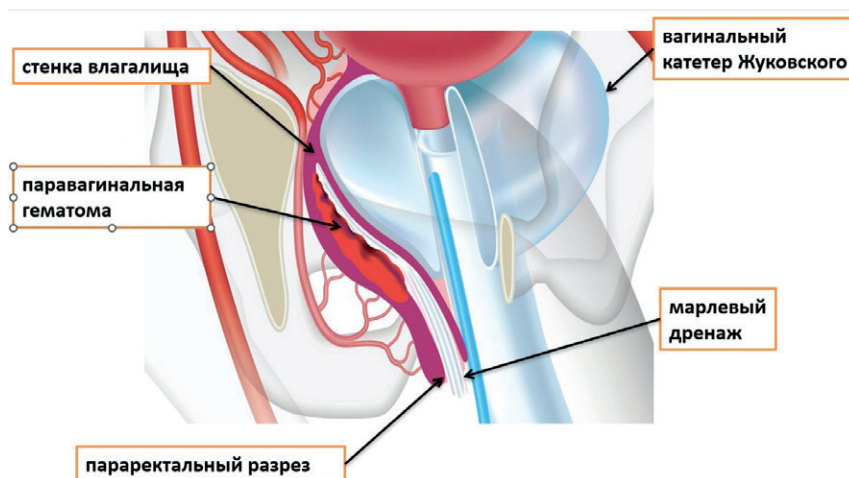
А) При спонтанных гематомах без повреждения стенки влагалища проводился осмотр мягких тканей родовых путей с определением места расположения гематомы, ее протяженности и объема; затем осуществлялось вскрытие гематомы с использованием параректального разреза (на 2 см латеральнее нижней трети большой половой губы со стороны гематомы), ее опорожнение (удаление сгустков), введение лапаровской салфетки до основания гематомы; постановка вагинального моду-

ля на 24 часа (рис. 1). Через сутки удалялись вагинальный катетер Жуковского и марлевый дренаж из полости опорожненной гематомы. Параллельно проводилась антибактериальная терапия с использованием цефалоспоринов III поколения в течение 5 дней. При отсутствии кровотечения осуществлялось промывание полости опорожненной гематомы 1% раствором диоксида — 10 мл в 0,9 % растворе NaCl 200 мл один раз в день в течение 5 дней. Проводились мазевые аппликации раны с мазью Левомеколь в течение 2 дней. При отсутствии нагноения области опорожненной гематомы, раневого хода до кожной раны параректального разреза проводилось ушивание кожной раны отдельными викриловыми швами с выпиской из стационара на следующие сутки.

Б) При гематомах с повреждением стенки влагалища проводился осмотр мягких тканей родовых путей с определением места расположения гематомы, ее протяженности и объема; в ложе разрыва вводилась лапаровская салфетка до основания разрыва; осуществлялся параректальный разрез и выведение лапаровской салфетки на кожу промежности, после этого разрыв стенки влагалища ушивался. Затем устанавливался вагинальный катетер на 24 часа (рис. 2). При отсутствии кровотечения проводился контроль за ушитой раной влагалища. Антибактериальная терапия осуществлялась с использованием цефалоспоринов III поколения в течение 5 дней. Через 24 часа удалялись вагинальный катетер Жуковского и лапаровская салфетка из полости опорожненной гематомы. При отсутствии кровотечения полость опорожненной гематомы промывалась 1% раствором диоксида — 10 мл в 0,9 % растворе NaCl 200 мл один раз в день в течение 5 дней. Мазевые аппликации раны с мазью Левомеколь проводились в течение 2 дней. При

Рисунок 1
Блок-схема хирургического лечения спонтанных паравагинальных гематом больших размеров без повреждения стенки влагалища

Figure 1
Flowchart of surgical treatment of spontaneous large paravaginal hematomas without damage to the vaginal wall



отсутствии нагноения области опорожненной гематомы, раневого хода до кожной раны параректального разреза, на следующие сутки кожная рана ушивалась отдельными викриловыми швами. Пациентка выписывалась из стационара на следующие сутки.

С) В случае обнаружения гематомы параметральной и/или предпузырной клетчатки при проведении ультразвукового исследования первоначально проводилось опорожнение и тампонирующее параректальное разрезом. Затем устанавливались вагинальный и маточный катетеры Жуковского с последующей лапаротомией, перевязкой нисходящей ветви a. uterina, поднятием lig. teres uteri, вскрытием lig. latae uteri. Забрюшинно осуществлялось тампонирующее 3 лапароскопическими салфетками и дренирование перфорированной силиконовой трубкой области гематомы. На 2-е сутки дренажи из параректальной клетчатки и забрюшинного пространства удалялись; проводилось промывание полости опорожненной гематомы 1% раствором диоксида — 10 мл в 0,9% растворе NaCl 200 мл один раз в день в течение 5 дней.

В процессе наблюдения проводилась оценка среднего значения объема кровопотери, уровня фибриногена, гемоглобина, количества лейкоцитов и тромбоцитов.

Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью прикладных программ для

комплексного статистического анализа MSeXel 2007 и «Statistica 12.0». Данные представлены в формате Me (Q1;Q3), где Me: медиана; квантили Q1 и Q3.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Средний возраст наблюдаемых составил $27 \pm 5,2$ лет. Среди них первородящими были 8/15 (53,3%) пациенток, повторнородящими — 5/15 (33,3%), многорожавшими — 2/15 (13,3%) женщин. При оценке экстрагенитальных заболеваний наиболее часто встречались хроническая анемия

Рисунок 3

Внешний вид после лечения спонтанных паравагинальных гематом больших размеров с использованием катетера Жуковского: а – сразу после опорожнения гематомы; б – 1 сутки после удаления вагинального катетера и лапароскопической салфетки; в – 9-е сутки перед выпиской

Figure 3

Appearance after treatment of large spontaneous paravaginal hematomas using a Zhukovsky catheter: a – immediately after emptying the hematoma; b – 1 day after the removal of the vaginal catheter and laparoscopic napkin; c – 9-th day before discharge

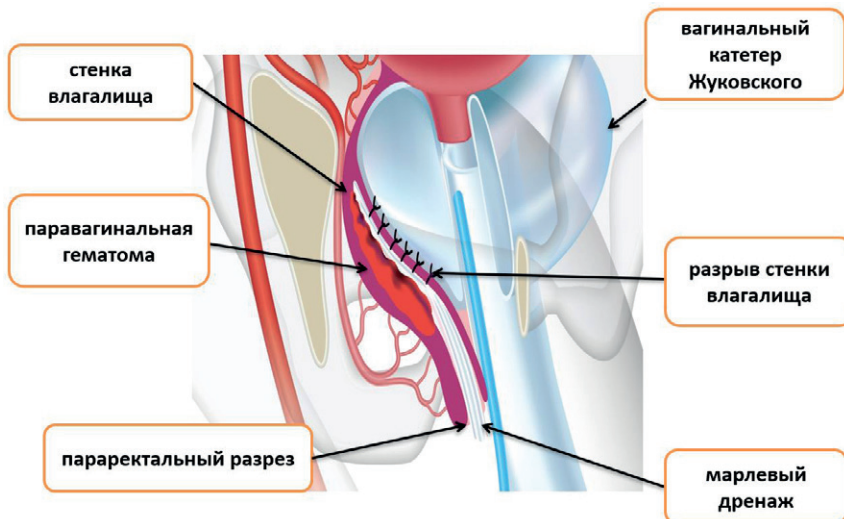


Рисунок 2

Блок-схема хирургического лечения спонтанных паравагинальных гематом больших размеров с повреждением стенки влагалища

Figure 2

Flowchart of surgical treatment of spontaneous large paravaginal hematomas with damage to the vaginal wall



у 10/15 (66,7 %), заболевания сердечно-сосудистой системы у 10/15 (66,7 %), заболевания органов дыхания у 7/15 (46,7 %), эндокринные заболевания у 6/15 (40,0 %), заболевания мочевыделительной системы у 5/15 (33,3 %), избыточная масса тела и ожирение у 11/15 (73,3 %), при этом воспалительные заболевания нижнего гениталий выявлялись у 6/15 (40,0 %). Паравагинальные гематомы сочетались с разрывами влагалища, промежности, шейки матки у 5/15 (33,3 %). Только у 2/15 (13,3 %) была проведена эпизиотомия в родах.

В раннем послеродовом периоде паравагинальные гематомы обнаруживались наиболее часто – у 13/15 (86,7 %), при этом объем кровопотери у 12/15 (80 %) был до 1000 мл. У 2/15 (13,3 %) гематомы были определены в позднем послеродовом периоде, а объем кровопотери свыше 1500 мл составил у 2/15 (13,3 %).

У 3/15 (20 %) были диагностированы гематомы без повреждения стенки влагалища; у 10/15 (66,7 %) с повреждением стенки влагалища. У 2/15 (13,3 %) пациенток потребовалось проведение нижнесрединной лапаротомии, вскрытие и дренирование правого параметрия, позадипузырной клетчатки марлевыми дренажами забрюшинно через контрапертуру, на фоне баллонной тампонады полости матки.

Обнаружение паравагинальных гематом и гипотонического кровотечения из полости матки послужило основанием для проведения ручного обследования полости матки у 4/15 (26,7 %), в 3/15 случаях (20,0 %) явилось показанием для гемо- и плазмотрансфузии.

При дальнейшем исследовании нами была проведена оценка объема общей кровопотери, изменение гематологических показателей в сравниваемых группах. При оценке объема кровопотери выявлено, что общий объем кровопотери при применении вагинального катетера составил 850 (665; 925) мл.

В послеродовом периоде проводилась оценка инволюции матки. У наблюдаемых пациенток объем матки на 3-и сутки составил 699 (603; 821,5) см³ и на период выписки – 528 (510,5; 564,5) см³.

Существенных изменений показателей гемостаза, гемоглобина у наблюдаемых пациенток не было (табл.).

Случаев прогрессирования и инфицирования паравагинальных гематом больших размеров при применении комплексного подхода с применением вагинального катетера Жуковского не было.

Общая длительность пребывания больных в стационаре составила 9 (7,5; 10) дней.

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

Проведенное нами исследование показало, что развитие паравагинальных гематом больших размеров происходит наиболее часто у первородящих (53,3 %), в 33,3 % они сочетались с разрывами влагалища, шейки матки, у 13,3 % пациенток была проведена эпизиотомия в родах. В 66,7 % случаев имело место травматическое повреждение стенки

влагалища. Полученные результаты совпадают с данными Denson LE et al. (2019) о том, что более частое повреждение стенки влагалища встречается у первородящих и вероятность формирования гематомы тазового дна объемом 1000 мм³ и более в 2,93 раза выше, чем у повторнородящих [13].

Среди фоновой патологии при акушерском травматизме, по нашим данным, наиболее часто встречались хроническая анемия (66,7 %) и сердечно-сосудистые заболевания (66,7 %), что, по нашему мнению, может косвенно говорить о вкладе гемической и циркуляторной гипоксии в генез повреждения тканей.

По данным различных авторов, при разрывах влагалища кровотечение чаще возникает из а. vaginalis или её ветвей. Однако, если повреждается верхняя треть влагалища, кровотечение возможно из а. uterinae. При повреждении средней трети влагалища кровотечение возможно из а. vesicalis inferior, а при травме нижней трети влагалища – из а. rectalis media. Кроме того, кровотечение возможно из многочисленных, в том числе варикозно расширенных, вен на всем протяжении влагалища [14]. По мнению ряда авторов, имеются определенные технические трудности в опорожнении паравагинальных гематом и ушивании стенки влагалища, которые во многом связаны с анатомическими особенностями кровоснабжения малого таза, имбибрицией кровью стенки влагалища. Кроме того, присутствуют значительные риски травматизации прямой кишки, уретры и потери сосудистого пучка [15]. В нашем исследовании выполненный параректальный разрез позволяет осуществить полное опорожнение гематомы. Установленный вагинальный катетер за счет его прочной, максимально высокой постановки во влагалище оказывает механическое давление на бассейны а. uterinae, а. vagi-

Таблица
Динамика лабораторных показателей в послеродовом периоде
Table
Dynamics of laboratory parameters in the postpartum period

Показатель	Среднее	Ме (Q25; Q75)
Фибриноген (г/л) 1 сутки	6,21	5,9 (5,25; 7,1)
Фибриноген (г/л) 2 сутки	6,65	6,3 (5,5; 7,5)
Фибриноген (г/л) 3 сутки	6,11	5,8 (5,25; 6,8)
Гемоглобин (г/л) 1 сутки	108,27	108 (100; 117,5)
Гемоглобин (г/л) 2 сутки	85,4	86 (77; 93)
Гемоглобин (г/л) 3 сутки	96,93	97 (92,5; 102,5)
Лейкоциты ($\times 10^9$ /л) 1 сутки	9,49	9,8 (8,55; 10,1)
Лейкоциты ($\times 10^9$ /л) 2 сутки	11,8	11,5 (10,2; 13)
Лейкоциты ($\times 10^9$ /л) 3 сутки	10,27	10,1 (9,5; 11,35)
Уровень тромбоцитов ($\times 10^9$ /л) 1 сутки	170,2	168 (157; 177,5)
Уровень тромбоцитов ($\times 10^9$ /л) 2 сутки	178,27	175 (166; 187,5)
Уровень тромбоцитов ($\times 10^9$ /л) 3 сутки	186,8	186 (175,5; 198,5)
РФМК (мг%) 1 сутки	9,12	8,5 (7,4; 10,6)
РФМК (мг%) 2 сутки	9,41	9,1 (7,8; 10,8)
РФМК (мг%) 3 сутки	8,53	8,1 (7,4; 9,8)

nalis, различные ветви а. int. pudentalis, способен обеспечить стабильную компрессию стенки влагалища в месте опорожненной гематомы и избежать повторного образования гематомы в месте разрыва стенки влагалища, способен уменьшить объем кровопотери, тем самым, обеспечить благоприятный исход.

При оценке объема кровопотери оказалось, что у 40 % первородящих объем кровопотери составил свыше 1000 мл, в то время как у 85 % повторно- и многорожавших кровопотеря не превышала 1000 мл ($r = -0,49$; $p = 0,022$). Таким образом, первородящие в большей степени угрожаемы по риску развития массивной кровопотери. У 25,0 % родильниц с кровопотерей до 1000 мл отсутствовали дополнительные акушерские травмы, в то время как у 83,3 % пациенток, потерявших свыше 1000 мл, имел место дополнительный акушерский травматизм (разрывы промежности, шейки матки). Таким образом, дополнительная травма родовых путей способствует увеличению объема кровопотери ($r = 0,48$; $p = 0,029$).

Одной из тяжелых акушерских ситуаций является нарушение сократительной деятельности матки, обусловленной формированием паравагинальной гематомы больших размеров. В нашем исследовании у 26,7 % родильниц было сочетание гипотонического маточного кровотечения и паравагинальной гематомы больших размеров. В этих ситуациях традиционные методы зачастую не имеют эффекта, и ради спасения жизни родильницы возникает необходимость выполнения лапаротомии и, в ряде случаев, гистерэктомии [12]. Дополнительное использование маточного катетера у родильниц при сочетании паравагинальной гематомы с гипотоническим кровотечением из матки, за счет создания межбаллонной компрессии нижне-маточного сегмента маточным и вагинальным катетерами, усиливает гемостатический эффект, что позволяет достичь положительного эффекта в

борьбе с акушерским кровотечением, даже при выполнении лапаротомии.

Для полноценной санации паравагинальных гематом больших размеров, сопровождающихся пропитыванием мягких тканей геморрагическим отделяемым, в комплексном лечении мы использовали технологию орошения полости гематомы растворами антисептика (1 % р-ра диоксидина), что способствовало быстрому заживлению раны влагалища, эвакуации геморрагического содержимого и уменьшению болевого синдрома.

Применяемый комплексный подход при лечении родильниц с паравагинальными гематомами больших размеров позволил сократить койко-день нахождения пациенток в стационаре до 9 (7,5; 10,0) дней.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, применение параректального разреза у родильниц с паравагинальными гематомами больших размеров позволяет полностью опорожнить гематому влагалища, способствует более быстрому заживлению раны влагалища, предотвращает риск развития гнойно-септических осложнений в послеродовом периоде. Установленный вагинальный катетер, за счет механического давления на бассейны а. uterinae, а. vaginalis, различные ветви а. int. pudentalis, способен обеспечить стабильную компрессию стенки влагалища в месте опорожненной гематомы и избежать повторного образования гематомы в месте разрыва стенки влагалища, обеспечивая уменьшение объема кровопотери.

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:

- Zhang Y, Yan J, Han Q, Yang T, Cai L, Fu Y, et al. Emergency obstetric hysterectomy for life-threatening postpartum hemorrhage: a 12-year review. *J Medicine (Baltimore)*. 2017; 96(45): e8443. doi: 10.1097/MD.00000000000008443
- Hajmurad OS, Choxi AA, Zahid Z, Dudaryk R. Aortoiliac Thrombosis Following Tranexamic Acid Administration During Urgent Cesarean Hysterectomy: A Case Report. *A A Case Rep*. 2017; 9(3): 90-93. doi: 10.1213/XAA.0000000000000535
- Gibbins KJ, Einerson BD, Varner MW, Silver RM. Placenta previa and maternal hemorrhagic morbidity. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2018; 31(4): 494-499. doi: 10.1080/14767058.2017.1289163
- Malinowska-Polubiec A, Romejko-Wolniewicz E, Zareba-Szczudlik J, Dobrowolska-Redo A, Sotowska A, Smolarczyk R, et al. Emergency peripartum hysterectomy - a challenge or an obstetrical defeat? *Neuro Endocrinol Lett*. 2016; 37(5): 389-394.
- Huang G, Wang X, Yu H, Zhou S. A new surgical technique «cervical internal os plasty» in cesarean delivery for placenta previa accreta: A case-control study. *Medicine (Baltimore)*. 2019; 98(9): e14488.
- Sikora-Szczeńniak DL, Szczeńniak G, Szatanek M, Sikora W, Sikora-Szczeńniak D. Clinical analysis of 52 obstetric hysterectomies. *Ginekol Pol*. 2016; 87(6): 460-6. doi: 10.5603/GP.2016.0026
- Fan D, Wu S, Ye S, Wang W, Wang L, Fu Y, et al. Random placenta margin incision for control hemorrhage during cesarean delivery complicated by complete placenta previa: a prospective cohort study. *Matern Fetal Neonatal Med*. 2019; 32(18): 3054-3061.
- Society for Maternal-Fetal Medicine (SMFM) Consult Series #44: Management of bleeding in the late preterm period. Society for Maternal-Fetal Medicine (SMFM). Electronic address: pubs@smfm.org, Gyamfi-Bannerman C. *Am J Obstet Gynecol*. 2018; 218(1): B2-B8.

9. Huls CK. Cesarean Hysterectomy and Uterine-Preserving Alternatives. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2016; 43(3): 517-538. doi: 10.1016/j.ogc.2016.04.010
10. Begum M, Alsafi F, ElFarra J, Tamim HM, Le T. Emergency peripartum hysterectomy in a tertiary care hospital in Saudi Arabia. *J Obstet Gynaecol India.* 2014; 64(5): 321-327. doi: 10.1007/s13224-013-0423-1
11. Chawla J, Arora D, Paul M, Ajmani SN. Emergency Obstetric Hysterectomy: A Retrospective Study from a Teaching Hospital in North India over Eight Years. *Oman Med J.* 2015; 30(3): 181-186. doi: 10.5001/omj.2015.39
12. Acreman ML, Sainani M. Retzius space haematoma as a rare cause of concealed retroperitoneal postpartum haemorrhage following spontaneous vaginal delivery. *BMJ Case Rep.* 2018; 2018: bcr2018225980. doi: 10.1136/bcr-2018-225980
13. Denson LE, Terrell DR, Vesely SK, Peck JD, Quiroz LH, Shobeiri SA. The Prevalence of Pelvic Floor Hematoma After Vaginal Delivery. *Female Pelvic Med Reconstr Surg.* 2021; 27(6): 393-397. doi: 10.1097/SPV.0000000000000895
14. Bellussi F, Cataneo I, Dodaro MG, Youssef A, Salsi G, Pilu G. The use of ultrasound in the evaluation of postpartum paravaginal hematomas. *Am J Obstet Gynecol MFM.* 2019; 1(1): 82-88. doi: 10.1016/j.ajogmf.2019.03.002
15. Stobie W, Krishnan D. Large concealed paravaginal haematoma: A case report of an occult postpartum haemorrhage. *Case Rep Womens Health.* 2021; 30: e00311. doi: 10.1016/j.crwh.2021.e00311

КОРРЕСПОНДЕНЦИЮ АДРЕСОВАТЬ:

ТИРСКАЯ Юлия Игоревна,

644099, г. Омск, ул. Ленина, д. 12. ФГБОУ ВО ОмГМУ Минздрава России.

Тел: 8 (3812) 23-02-93. E-mail: yulia.tirskaya@yandex.ru

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ**INFORMATION ABOUT AUTHORS**

БАРИНОВ Сергей Владимирович, доктор мед. наук, профессор, зав. кафедрой акушерства и гинекологии № 2, ФГБОУ ВО ОмГМУ Минздрава России, г. Омск, Россия. E-mail: barinov_omsk@mail.ru	BARINOV Sergey Vladimirovich, doctor of medical sciences, professor, head of the department of obstetrics and gynecology N 2, Omsk State Medical University, Omsk, Russia. E-mail: barinov_omsk@mail.ru
КАДЦЫНА Татьяна Владимировна, канд. мед. наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии № 2, ФГБОУ ВО ОмГМУ Минздрава России, г. Омск, Россия. E-mail: tatianavlad@list.ru	KADTSYNA Tatiana Vladimirovna, candidate of medical sciences, docent of the department of obstetrics and gynecology N 2, Omsk State Medical University, Omsk, Russia. E-mail: tatianavlad@list.ru
ЧУЛОВСКИЙ Юрий Игоревич, канд. мед. наук, доцент, доцент кафедры акушерства и гинекологии № 2, ФГБОУ ВО ОмГМУ Минздрава России, г. Омск, Россия. E-mail: akusheromsk@rambler.ru	CHULOVSKY Yuri Igorevich, candidate of medical sciences, docent of the department of obstetrics and gynecology N 2, Omsk State Medical University, Omsk, Russia. E-mail: akusheromsk@rambler.ru
ТИРСКАЯ Юлия Игоревна, доктор мед. наук, доцент, профессор кафедры акушерства и гинекологии № 2, ФГБОУ ВО ОмГМУ Минздрава России, г. Омск, Россия. E-mail: yulia.tirskaya@yandex.ru	TIRSKAYA Yulia Igorevna, doctor of medical sciences, docent, professor of the department of obstetrics and gynecology N 2, Omsk State Medical University, Omsk, Russia. E-mail: yulia.tirskaya@yandex.ru
ЛАЗАРЕВА Оксана Вячеславовна, канд. мед. наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии № 2, ФГБОУ ВО ОмГМУ Минздрава России, г. Омск, Россия. E-mail: lazow@mail.ru	LAZAREVA Oksana Vyacheslavovna, candidate of medical sciences, docent of the department of obstetrics and gynecology N 2, Omsk State Medical University, Omsk, Russia. E-mail: lazow@mail.ru
НАДЁЖИНА Евгения Сергеевна, врач акушер-гинеколог, акушерское физиологическое отделение, Перинатальный центр, БУЗОО ОКБ, г. Омск, Россия. E-mail: mec86.86@mail.ru	NADEZHINA Evgeniya Sergeevna, obstetrician-gynecologist, obstetric physiological department, Perinatal center, Regional Clinical Hospital, Omsk, Russia. E-mail: mec86.86@mail.ru
ГРЕБЕНЮК Ольга Альбертовна, зав. акушерским физиологическим отделением, Перинатальный центр, БУЗОО ОКБ, г. Омск, Россия. E-mail: olgaomsk@inbox.ru	GREBENYUK Ol'ga Al'bertovna, head of the obstetric physiological department, Perinatal center, Regional Clinical Hospital, Omsk, Russia. E-mail: olgaomsk@inbox.ru