

Случаи из практики / Cases from practice



КРАСНОЯРСКИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ
1942/2022

© СУЛИМА А. Н., РУМЯНЦЕВА З. С., КУЧЕРЕНКО Ю. А., РЫБАЛКА А. Н., БАСКАКОВ П. Н., БЕГЛИЦЭ Д. А., ГОРДЕЙЧИК А. Е., АДАМОВ А. М., СТРЮКОВА О. В.

УДК618.31-007.251:618.12-089.87

DOI: 10.20333/25000136-2022-5-92-95

Редкие клинические случаи эктопической беременности, прервавшейся во втором триместре гестации

А. Н. Сулима^{1,2}, З. С. Румянцева¹, Ю. А. Кучеренко¹, А. Н. Рыбалка¹, П. Н. Баскаков¹, Д. А. Беглицэ^{1,2}, А. Е. Гордейчик³, А. М. Адамов¹, О. В. Стрюкова¹

¹Медицинская академия имени С. И. Георгиевского, Симферополь 295051, Российская Федерация

²Симферопольский клинический родильный дом № 1, Симферополь 295017, Российская Федерация

³Республиканская клиническая больница им. Н. А. Семашко, Симферополь 295017, Российская Федерация

Резюме. В России в 2017 году, согласно данным Росстата, эктопическая беременность в структуре материнской смертности составила 8,10%, а в 2018 году снизилась в 2 раза, составив 4,18%. Частота редких форм эктопической беременности достигает 5–8,3%, а течение характеризуется массивным кровотечением нередко с фатальным исходом. В статье описаны редкие случаи эктопической беременности, встретившиеся в нашей клинической практике и прервавшиеся в сроках 13 и 15–16 недель с благоприятным исходом, которые, будут интересны не только для практикующих врачей акушеров-гинекологов, но и врачей других специальностей. Описаны сложности в диагностике, а также тактике ведения и оперативного лечения данных пациенток.

Ключевые слова: беременность, эктопическая беременность, трубная беременность, второй триместр беременности, материнская смертность, маточное кровотечение.

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Для цитирования: Сулима АН, Румянцева ЗС, Кучеренко ЮА, Рыбалка АН, Баскаков ПН, Беглицэ ДА, Гордейчик АЕ, Адамов АМ, Стрюкова ОВ. Редкие клинические случаи эктопических беременностей, прервавшихся во втором триместре гестации. *Сибирское медицинское обозрение*. 2022;(5):92-95. DOI: 10.20333/25000136-2022-5-92-95

Rare clinical cases of ectopic pregnancies terminated in the second trimester of gestation

A.N. Sulima^{1,2}, Z. S. Rumyantseva¹, Yu. A. Kucherenko¹, A. N. Rybalka^{1,2}, P. N. Baskakov¹, D. A. Beglitse^{1,2}, A. E. Gordeychik³, A. M. Adamov¹, O. V. Stryukova¹

¹Medical Academy named after S. I. Georgievsky, Simferopol 295051, Russian Federation

²Simferopol Clinical Maternity Hospital № 1, Simferopol 295017, Russian Federation

³Republican Clinical Hospital named after N. A. Semashko, Simferopol 295017, Russian Federation

Abstract. In Russia in 2017, according to the Rosstat data, ectopic pregnancy in the structure of maternal mortality was 8.10%, and in 2018 it decreased by 2 times, amounting to 4.18%. The frequency of rare forms of ectopic pregnancy reaches 5–8.3%, and the course is characterised by massive bleeding, often with a fatal outcome. The article describes rare cases of ectopic pregnancy that have occurred in our clinical practice and were interrupted at the terms of 13 and 15–16 weeks with a favourable outcome, which will be interesting not only for practicing obstetricians and gynaecologists, but also doctors of other specialties. The difficulties in the diagnosis, as well as the tactics of management and surgical treatment of these patients are described.

Key words: ectopic pregnancy, tubal pregnancy, rare clinical case, pregnancy second trimester, diagnosis, management.

Conflict of interest. The authors declare the absence of obvious and potential conflicts of interest associated with the publication of this article.

Citation: Sulima AN, Rumyantseva ZS, Kucherenko YuA, Rybalka AN, Baskakov PN, Beglitse DA, Gordeychik AE, Adamov AM, Stryukova OV. Rare clinical cases of ectopic pregnancies terminated in the second trimester of gestation. *Siberian Medical Review*. 2022;(5):92-95. DOI: 10.20333/25000136-2022-5-92-95

Введение

Проблема диагностики и лечения пациенток с эктопической беременностью (ЭБ) по-прежнему остается актуальной. Качество неотложной помощи при ЭБ зависит от того, насколько быстро врач ориентируется в диагностике и оказании неотложной помощи, связанной с внутренним кровотечением, шоком [1, 2, 3].

Несмотря на значительные достижения в современной гинекологии, способствующие улучшению диагностики и своевременному лечению, ЭБ продол-

жает оставаться одной из тяжелых патологий. Это результат множественных нарушений у женщины, в связи с чем плодное яйцо внедряется и развивается вне полости матки.

При патологической локализации плодного яйца и его развитию формируется интенсивное кровоснабжение в месте имплантации. А только матка в процессе роста плодного яйца предназначена для растяжения и оптимального обеспечения жизнедеятельности плода [4]. При прогрессировании ЭБ создается риск

разрыва органа (плодовместилища), массивного кровотечения, приводящего иногда к смерти женщины.

По мировой статистике, материнская смертность при данной патологии занимает второе место, что обусловлено быстро развивающимся кровотечением и шоком. Риск смерти матери при ЭБ в 10 раз выше, чем при спонтанных родах, и в 50 раз выше, чем при индуцированном аборте [1, 5].

Во многих развитых странах ЭБ является одной из ведущих причин смерти, связанной с беременностью в течение первого триместра и составляет 0,11% [6, 7].

От 6 до 10% пациенток поступают в гинекологические стационары с диагнозом «подозрение на эктопическую беременность». Она является одной из основных причин внутрибрюшного кровотечения; у каждой 4-й — 5-й больной развивается повторная ЭБ; у каждой 5-й — 6-й больной — спаечный процесс в малом тазу и брюшной полости; у 75% женщин после сальпингоэктомии по поводу ЭБ — вторичное бесплодие [1, 6].

В статье приведены редкие клинические случаи ЭБ, прервавшихся во втором триместре гестации, с благоприятным исходом, которые на наш взгляд будут интересны и познавательны не только для врача акушера-гинеколога, но и врачей других специальностей.

Первый клинический случай

Беременная Д., 39 лет, доставлена в гинекологическое отделение медицинской организации (МО) II уровня с жалобами на резкие боли внизу живота на протяжении двух дней. Ранее за медицинской помощью не обращалась.

Из анамнеза менархе с 13 лет, менструальная функция без особенностей. Настоящая беременность 2, предыдущая беременность закончилась оперативными родами - кесарево сечение. Хронические заболевания отрицает. В анамнезе - аппендэктомия.

Анамнез заболевания: первично пациентка бригадой скорой медицинской помощи доставлена с клиникой «острого живота» в приемное отделение больницы скорой помощи, где была осмотрена ургентным хирургом и гинекологом. Обследована: ОАК - гемоглобин - 103 г/л; лейкоциты - $11,4 \times 10^9$ /л (палочкоядерные лейкоциты 8%), тромбоциты - 160×10^9 /л. Проведено ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости, заключение: маточная беременность, киста левого яичника (перекрут? кровоизлияние? абсцедирование?) гидроперитонеум.

Выставлен предварительный диагноз: беременность 22-24 недели. Подозрение на перекрут кисты левого яичника. Перитонит.

Направлена в гинекологическое отделение МО II уровня для оказания специализированной помощи, где после осмотра, консилиумом, учитывая вышеизложенный диагноз, было принято решение произвести оперативное вмешательство в экстренном порядке.

Беременная Д. экстренно взята на оперативное лечение, проведена нижнесрединная лапаротомия. В ходе операции при ревизии органов малого таза обнаружено: в брюшной полости до 900 мл жидкой крови со сгустками. Обнаружено: матка увеличена до 5 недель, левая маточная труба без видимой патологии, размерами 1 × 8 см, левый яичник 3 × 4 см визуальнo не изменен, маточная труба в фимбриальном отделе справа представлена

объемным образованием с живым плодом до 6 см (рис. 1), что интраоперационно расценено как внематочная (трубная) беременность сроком 15 - 16 недель. Правый яичник 3 × 4 см без видимой патологии. Произведена тубэктомия справа типичным способом с последующим дренированием брюшной полости.

Заключительный диагноз: прервавшаяся эктопическая беременность в фимбриальном отделе маточной трубы в сроке 15 - 16 недель (O00.1). Острая постгеморрагическая анемия тяжелой степени (D62).

В послеоперационном периоде проводилась антибактериальная терапия, адекватная инфузионная терапия, гемотрансфузия одногруппной эритроцитарной массой, адекватное обезболивание, профилактика тромботических осложнений. Пациентка была выписана на 6-е сутки послеоперационного периода под наблюдение врача женской консультации с рекомендациями. Заживление швов на передней брюшной стенке первичным натяжением.



Рисунок 1. Интраоперационная картина прервавшейся эктопической беременности в фимбриальном отделе маточной трубы в сроке 15 - 16 недель (виден плод и гипертрофированный фимбриальный отдел маточной трубы).

Figure 1. Intraoperative picture of an interrupted ectopic pregnancy in the fimbrial part of the fallopian tube at 15-16 weeks (the fetus and the hypertrophic fimbrial part of the fallopian tube are visible).

Второй клинический случай

Больная Т., 35 лет, самостоятельно обратилась в МО I уровня с жалобами на задержку менструального цикла в течение 8 недель, появление болей внизу живота и пояснице и появлением умеренных алых кровянистых выделений из половых путей, которые беспокоят в течение последних несколько часов. Ранее проведенный мочевого тест на беременность – положительный.

Во время настоящей беременности на диспансерном учете в женской консультации не состояла. Ультразвуковое исследование не проходила.

Акушерско-гинекологический анамнез: менархе с 12 лет, менструации по 4 - 5 дней, через 30 - 31 день, умеренные, регулярные, безболезненные. Роды одни, срочные, в 2005 году, осложненные послеродовым эндометритом. Гинекологические заболевания отрицает.

Проведено в экстренном порядке УЗИ в женской консультации. Матка расположена – anteфлексio. Контуры четкие, ровные. Размеры 55 × 50 × 65 мм. М – эхо – 10,0 мм, неоднородной эхоструктуры. Правый и левый яичник четко не визуализируются. В просвете правой маточной трубы определяется плодное яйцо с одним живым плодом, КТР – 65 мм – 12,6 недель беременности. Сердцебиение плода регистрируется, ЧСС – 180-182 уд/мин. Шейка матки – 29 × 21 мм, эхоструктура без особенностей. В позадимадном пространстве визуализируется свободная жидкость, неоднородная по эхоструктуре (кровь?), ВВС – 25мм.

Заключение: прогрессирующая трубная беременность? Беременность в брюшной полости справа в сроке 12-13 недель?

Пациентка госпитализирована в экстренном порядке в акушерско-гинекологическое отделение МО I уровня, где было проведено полное клинико-биохимическое обследование, повторное УЗИ. Беременная осматривается консилиумом и выставляется диагноз: подозрение на абдоминальную (брюшную) беременность (справа) в сроке 12 – 13 недель (O00.0).

Учитывая стабильные показатели гемодинамики, подозрение на прогрессирующую брюшную беременность, по решению консилиума пациентка через несколько часов была перегоспитализирована транспортом санитарной авиации на III этап оказания акушерско-гинекологической помощи.

При поступлении в гинекологическое отделение МО III уровня была осмотрена консилиумом врачей. У пациентки сохранялись жалобы на ноющие боли внизу живота больше справа и скудные мажущиеся кровянистые выделения из половых путей. Объективно: кожа и видимые слизистые оболочки бледно-розового цвета. Гемодинамические показатели: пульс – 76 уд/мин, АД – 120/75 мм. рт. ст. Живот мягкий, при пальпации умеренно болезненный в нижних отделах.

На зеркалах: шейка матки цианотичная, выделения скудные, кровянистые, мажущие.

Вагинально: шейка матки сакрально, длиной до 2,5 см, наружный зев сомкнут. Матка не увеличена. Справа от матки пальпируется опухолевидное образование размерами 14 × 9 см, с четкими, ровными контурами, мягко эластической консистенции, болезненное при пальпации.

Выставлен диагноз: прогрессирующая брюшная беременность (справа) в сроке 12 – 13 недель (O00.0).

В экстренном порядке была проведена нижнесрединная лапоротомия. В брюшной полости около 150,0 мл алой жидкой крови со сгустками. Матка в срединном положении, увеличена до 7 нед беременности. Правый маточный угол видоизменен, начиная с истмического отдела образованием размерами 9 × 9 см, синюшно-багрового цвета, к которому интимно припаян правый яичник, размерами 3 × 2 см, стенки образования имбибированы кровью, с местом разрыва 2 × 2 см, из которого истекала жидкая кровь и пролабировали участки хориальной ткани. При попытке вывести в рану, образование вскрылось. Содержимое: хориальная ткань, плод размером 12 см, сгустки крови (рис. 2). К правым придаткам была припаяна слепая кишка и

большой сальник. Левый яичник, размером 3 × 2 см, визуально не изменен. При попытке отделения правого яичника ткани распозались и кровоточили. При попытке отделения большого сальника и слепой кишки отмечалась повышенная кровоточивость тканей, произведена резекция большого сальника. Произведена аднексэктомия справа. Слепая кишка восстановлена в местах десерозирования с участием врача хирурга. Общая кровопотеря составила 500,0 мл.



Рисунок 2. Интраоперационная картина прервавшейся эктопической (трубной) беременности в сроке 12 - 13 недель (этап экстракции плода из плододвстилица).

Figure 2. Intraoperative picture of interrupted ectopic (tubal) pregnancy at 12-13 weeks of pregnancy (fetal extraction stage).

Заключительный диагноз: прервавшаяся эктопическая беременность по типу разрыва трубы в сроке 12 - 13 недель (O00.1). Острая постгеморрагическая анемия средней степени (D62).

В послеоперационном периоде проводилась антибактериальная терапия, адекватная инфузионная терапия, гемотрансфузия одногруппной эритроцитарной массой, адекватное обезболивание, профилактика тромботических осложнений. Пациентка была выписана на 8-е сутки послеоперационного периода под наблюдение врача женской консультации с рекомендациями. Заживление швов на передней брюшной стенке первичным натяжением.

Заключение

В первом клиническом случае окончательный диагноз: «прервавшаяся внематочная беременность в фимбриальном отделе маточной трубы в сроке 15 - 16 недель» был верифицирован на операционном этапе. Данные ультразвукового исследования, предполагаемые сроки беременности и «смазанная» клиническая картина не предоставила возможности адекватно спрогнозировать предоперационную тактику. Однако принятое решение об экстренном оперативном вмешательстве позволило предотвратить возможные тяжелые последствия массивного внутрибрюшного

кровотечения и спасти жизнь пациентке. Во втором клиническом случае диагноз маточной беременности был установлен в дооперационном периоде. Полученные данные при исследовании мочи на хорионический гонадотропин человека (β -ХГЧ), произведенное на экспертном уровне ультразвуковое исследование, данные клинического осмотра пациентки, дали возможность правильно сформулировать диагноз и тактику оперативного лечения, что позволило последовательно и своевременно разрешить жизнеугрожающее состояние пациентки.

Принимая во внимание вышеизложенное, анализ современной литературы и свой опыт мы убеждены, что своевременная диагностика эктопической беременности является сложной задачей, поэтому, с целью снижения рисков вероятностных осложнений следует акцентировать внимание на таких лечебных мероприятиях как: тщательная оценка клинических данных (недопустимость разночтений ультразвукового и лабораторных исследований) обусловленное врачебной настороженностью вследствие вероятности встречаемости данной редкой патологии на таком сроке беременности.

Приведенные клинические случаи согласуются с мнением ведущих отечественных и зарубежных экспертов о полиморфизме и изменчивости клинической картины эктопической беременности, сложности и определенной трудности в ее диагностики, особенно в «нетипичные сроки» её разрешения.

Литература/ References

1. Савельева ГМ, Сухих ГТ, Манухина ИБ. Гинекология. Национальное руководство. Краткое издание. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2017. 704 с. [Savelieva GM, Sukhikh GT, Manukhina IB. Gynecology. National leadership. Short edition. M.: GEOTAR-Media; 2017. 704 p. (In Russian)]
2. Лебедев ВА, Шахламова МН, Давыдов АИ. Редкие формы эктопической беременности. *Трудный пациент*. 2016;14(8-9):13-18. [Lebedev VA, Shakhlamova MN, Davydov AI. Rare forms of ectopic pregnancy. *A Difficult Patient*. 2016;14(8-9):13-18. (In Russian)]
3. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.10.2020 № 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология». Ссылка активна на 25.04.2022. [Order of the Ministry of Health of the Russian Federation dd. 20 October 2020. № 1130n On approval of the Procedure for providing medical care in the profile obstetrics and gynecology. Accessed April 25, 2022. (In Russian)] <https://base.garant.ru/74840123>
4. Синельников РД, Синельников АЯ, Синельников ЯР. Атлас анатомии человека. В 4-х томах. Том 2. Спланхнология. Эндокринные железы. Издательство: Новая волна; 2021. 280 с. [Sinelnikov RD, Sinelnikov AY, Sinelnikov YaR. Atlas of human anatomy. In 4 volumes. Volume 2. Splanchnology. Endocrine glands. Publishing house: New Wave; 2021. 280 p. (In Russian)]
5. Фетищева ЛЕ, Ушакова ГА, Петрич ЛЕ. Внематочная беременность: факторы риска, проблемы диагностики, лечения, восстановления фертильности. Обзор. *Мать и Дитя в Кузбассе*. 2017;1(68):16-24. [Fetishcheva LE, Ushakova GA, Petrich LE. Ectopic pregnancy: risk factors, problems of diagnosis, treatment, fertility restoration. *Mother and Child in Kuzbass*. 2017;1(68):16-24. (In Russian)]

6. Diagnosis and Management of Ectopic Pregnancy (Green-top Guideline No. 21): RCOG/AEPU Joint Guideline; 2016. 41 p.

7. Alkatout I, Honemeyer U, Noé GK, Eckmann-Scholz C, Maass N, Eleassawy M, Mettler. Diagnostic and treatment modalities for all localizations of ectopic pregnancy *International Journal of Women's Health and Reproduction Sciences*. 2017;5(2):82-89. DOI:10.15296/ijwhr.2017.16

8. Elson CJ, Salim R, Potdar N, Chetty M, Ross JA, Kirk EJ on behalf of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. *Diagnosis and Management of Ectopic Pregnancy*. 2016;(123):e15–e55.

Сведения об авторах

Сулима Анна Николаевна, д.м.н., профессор, Медицинская академия имени С. И. Георгиевского; адрес: Российская Федерация, 295051, г. Симферополь, бул. Ленина, 5/7; Симферопольский клинический родильный дом № 1; адрес: Российская Федерация, 295017, г. Симферополь, ул. Воровского, 8; тел.: +(978)7648200; e-mail: gsulima@yandex.ru, <http://orcid.org/0000-0002-2671-6985>

Румянцева Зоя Сергеевна, к.м.н., доцент, Медицинская академия имени С. И. Георгиевского; адрес: Российская Федерация, 295051, г. Симферополь, бул. Ленина, 5/7; тел.: +(978)8677560; e-mail: dmkrumyantseva@mail.ru, <http://orcid.org/0000-0002-8311-4446>

Кучеренко Юрий Анатольевич, к.м.н., доцент, Медицинская академия имени С. И. Георгиевского; адрес: Российская Федерация, 295051, г. Симферополь, бул. Ленина, 5/7; тел.: +(978)8677560; e-mail: dmkkucherenko@mail.ru, <http://orcid.org/0000-0002-8311-4446>

Рыбалка Анатолий Николаевич, академик КАН, д.м.н., профессор, Медицинская академия имени С. И. Георгиевского; адрес: Российская Федерация, 295051, г. Симферополь, бул. Ленина, 5/7; Симферопольский клинический родильный дом № 1; адрес: Российская Федерация, 295017, г. Симферополь, ул. Воровского, 8; тел.: +(978)8434493; e-mail: raa1939@yandex.ru, <http://orcid.org/0000-0003-2786-5218>

Баскаков Петр Николаевич, д.м.н., профессор, Медицинская академия имени С. И. Георгиевского; адрес: Российская Федерация, 295051, г. Симферополь, бул. Ленина, 5/7; тел.: +(978)7236458; e-mail: petr.baskakov@gmail.com, <http://orcid.org/0000-0002-7382-7434>

Беглиц Дмитрий Анатольевич, к.м.н., доцент, Медицинская академия имени С. И. Георгиевского; адрес: Российская Федерация, 295051, г. Симферополь, бул. Ленина, 5/7; главный врач, Симферопольский клинический родильный дом № 1; адрес: Российская Федерация, 295017, г. Симферополь, ул. Воровского, 8; тел.: +(978)7111202; e-mail: 9999da@gmail.com, <http://orcid.org/0000-0003-1278-0393>

Гордейчик Андрей Евгеньевич, заведующий гинекологическим отделением, Республиканская клиническая больница им. Н. А. Семашко; адрес: Российская Федерация, 295017, г. Симферополь, ул. Киевская, 69; тел.: +(978)8512911; e-mail: androng1818@mail.ru

Адамов Александр Михайлович, ординатор, Медицинская академия имени С. И. Георгиевского; адрес: Российская Федерация, 295051, г. Симферополь, бул. Ленина, 5/7; тел.: +(978)8417757; e-mail: adamovalexandr.2021@gmail.com

Стрюкова Ольга Владимировна, ординатор, Медицинская академия имени С. И. Георгиевского; адрес: Российская Федерация, 295051, г. Симферополь, бул. Ленина, 5/7; тел.: +(978)8266936; e-mail: strukova.1996@inbox.ru

Author information

Anna N. Sulima, Dr.Med.Sci., Professor, Medical Academy named after S. I. Georgievsky; Address: 5/7, Lenin Avenue, Simferopol, Russian Federation 295051; Simferopol Clinical Maternity Hospital № 1; Address: 8, Vorovsky Str., Simferopol, 295017; Phone: +(978)7648200; e-mail: gsulima@yandex.ru, <http://orcid.org/0000-0002-2671-6985>

Zoya S. Rumyantseva, Cand.Med.Sci., Associate Professor, Medical Academy named after S. I. Georgievsky; Address: 5/7, Lenin Avenue, Simferopol, Russian Federation 295051; Phone: +(978)8677560; e-mail: zoyarum@inbox.ru, <http://orcid.org/0000-0002-8311-4446>

Yuriy A. Kucherenko, Cand.Med.Sci., Associate Professor, Medical Academy named after S. I. Georgievsky; Address: 5/7, Lenin Avenue, Simferopol, Russian Federation 295051; Phone: +(978)8677560; e-mail: dmkkucherenko@mail.ru, <http://orcid.org/0000-0002-8311-4446>

Anatoliy N. Rybalka, Academician of the Crimean Academy of Sciences, Dr.Med.Sci., Professor, Medical Academy named after S. I. Georgievsky; Address: 5/7, Lenin Avenue, Simferopol, Russian Federation 295051; Simferopol Clinical Maternity Hospital № 1; Address: 8, Vorovsky Str., Simferopol, 295017; Phone: +(978)8434493; e-mail: raa1939@yandex.ru, <http://orcid.org/0000-0003-2786-5218>

Petr N. Baskakov, Dr.Med.Sci., Professor, Medical Academy named after S. I. Georgievsky; Address: 5/7, Lenin Avenue, Simferopol, Russian Federation 295051; Phone: +(978)7236458; e-mail: petr.baskakov@gmail.com, <http://orcid.org/0000-0002-7382-7434>

Dmitry A. Beglits, Cand.Med.Sci., Associate Professor, Medical Academy named after S. I. Georgievsky; Address: 5/7, Lenin Avenue, Simferopol, Russian Federation 295051; Simferopol Clinical Maternity Hospital № 1; Address: 8, Vorovsky Str., Simferopol, 295017; Phone: +(978)7111202; e-mail: 9999da@gmail.com, <http://orcid.org/0000-0003-1278-0393>

Andrey E. Gordeychik, Head of the Gynecological Department, Republican Clinical Hospital named after N. A. Semashko; Address: 69, Kievskaya Str., Simferopol, Russian Federation 295017; Phone: +(978)8512911; e-mail: androng1818@mail.ru

Alexander M. Adamov, Attending Physician, Medical Academy named after S. I. Georgievsky; Address: 5/7, Lenin Avenue, Simferopol, Russian Federation 295051; Phone: +(978)8417757; e-mail: adamovalexandr.2021@gmail.com

Olga V. Stryukova, Attending Physician, Medical Academy named after S. I. Georgievsky; Address: 5/7, Lenin Avenue, Simferopol, Russian Federation 295051; Phone: +(978)8266936; e-mail: strukova.1996@inbox.ru

Дата поступления 23.04.2022

Дата рецензирования 07.06.2022

Принята к печати 30.08.2022

Received 23 April 2022

Revision Received 07 June 2022

Accepted 30 August 2022