

© ЕГОРОВА А. Т., ГЛЕБОВА Т. К., МАЙСЕЕНКО Д. А., ШАПОШНИКОВА Е. В.

УДК 618.2-002.7(571.51-21Красноярск)

## ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ В АКУШЕРСКОЙ ПРАКТИКЕ ПО МАТЕРИАЛАМ КРАЕВОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ Г. КРАСНОЯРСКА

А. Т. Егорова, Т. К. Глебова, Д. А. Маисеенко, Е. В. Шапошникова

ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого

Министерства здравоохранения РФ, ректор — д. м. н., проф. И. П. Артюхов; кафедра акушерства

и гинекологии ИПО, зав. — д. м. н., проф. А. Т. Егорова.

**Цель исследования.** Провести сравнительный анализ гнойно-воспалительных осложнений после операции кесарева сечения у рожильниц, находившихся на лечении в стационаре третьего уровня (Красноярская краевая клиническая больница) за периоды 2004-2005 гг. и 2012-2013 гг.

**Материалы и методы.** Проведен ретроспективный анализ 80 случаев гнойно-воспалительных осложнений после кесарева сечения. Все пациентки были разделены на две клинические группы: основную группу составили 30 рожильниц, находившихся под наблюдением и, получавших лечение в период с 2012 – 2013 гг., группу сравнения – 50 рожильниц, пролеченных в период с 2004 – 2005 гг.

**Результаты.** Наиболее частыми гнойно-воспалительными осложнениями послеродового периода явились: острый эндометрит, метроэндометрит, несостоятельность и нагноение швов на передней брюшной стенке. По поводу возникших осложнений послеродового периода средний срок перевода в стационар третьего уровня у пациенток основной группы составил  $4,3 \pm 0,3$  день, а в группе сравнения  $7,0 \pm 0,1$  день ( $p \leq 0,001$ ). Данный факт свидетельствует о своевременной диагностике гнойно-септических осложнений на начальных этапах у пациенток основной группы.

**Заключение.** В настоящее время продолжает иметь место недооценка тяжести состояния рожильниц и запоздалый перевод в многопрофильную больницу, что усугубляет течение послеродового периода, приводя к развитию тяжелых осложнений, увеличивая процент органосохраняющих операций.

**Ключевые слова:** послеродовой период, гнойно-септические заболевания, многопрофильная больница.

## PYOINFLAMMATORY COMPLICATIONS IN OBSTETRIC PRACTICE ACCORDING TO THE MATERIALS OF THE REGIONAL CLINICAL HOSPITAL OF KRASNOYARSK

A. T. Egorova, T. K. Glebova, D. A. Maiseenko, E. V. Shaposhnikova

Krasnoyarsk State Medical University named after prof. V. F. Voyno-Yasensky

**The aim of the research.** To conduct comparative analysis of pyoinflammatory complications after cesarean section in puerperas in a hospital of the third level (Krasnoyarsk regional clinical hospital) for the period 2004-2005 and 2012-2013.

**Materials and methods.** It was done the retrospective analysis of 80 cases of pyoinflammatory complications after cesarean section. All patients were divided into two clinical groups: the main group consisted of 30 puerperas, were under observation and treated in the period from 2012 - 2013, the comparison group - 50 puerperas treated between 2004 - 2005.

**Results.** The most frequent pyoinflammatory complications of postpartum period were: acute endometritis, metroendometritis, insolvency and festering stitches on the anterior abdominal wall. With regard to complications of postpartum period the average term to transport to the hospital of the third level in patients of the main group was  $4,3 \pm 0,3$  days, and in the comparison group  $7,0 \pm 0,1$  day ( $r \leq 0,001$ ). This fact indicates the early diagnosis of septic complications in the initial stages of the main group of the patients.

**Conclusion.** Currently it continues to be the underestimation of the severity of the puerperants state and belated transporting to a multiprofile hospital that exacerbates the postpartum period, leading to the development of severe complications, increasing the percentage of organ removing operations.

**Key words:** postpartum period, purulent-septic diseases, multiprofile hospital.

### Введение

Послеродовые гнойно-воспалительные осложнения представляют важную медицинскую и социальную проблему, являясь одной из причин материнской заболеваемости и смертности. Частота гнойно-септических осложнений (ГСО) после родов через естественные родовые пути и, особенно, после кесарева сечения составляет от 5 до 26% и не имеет тенденции к снижению. В структуре причин материнской

смертности на долю ГСО приходится около 14% [1,2,5].

Основными возбудителями послеродовой инфекции в настоящее время является условно-патогенная микрофлора, представленная аэробами и неспорообразующими анаэробами. Кроме того, в последнее время возросла роль внутрибольничных патогенов, возбудителей инфекционных заболеваний, передаваемых половым путем (микоплазма, стрептококки группы В, хламидии, вирусы).

Факторами риска развития инфекционных заболеваний в послеродовом периоде являются хронические воспалительные заболевания половых органов, а также экстрагенитальные очаги инфекции, анемия, эндокринные заболевания, нарушение санитарно-эпидемиологического режима, инфицирование во время родов (длительный безводный промежуток, наличие травм мягких родовых путей, влагалищные и внутриматочные манипуляции, нарушение сократительной деятельности матки, задержка частей последа). Распространению инфекции способствуют: рост у женщин хронической гинекологической и экстрагенитальной патологии инфекционной природы, снижение иммунного статуса, не всегда рациональное использование антибиотиков, хирургическая коррекция истмико-цервикальной недостаточности, значительный рост случаев абдоминального родоразрешения [3, 6].

Организация акушерско-гинекологической медицинской помощи в Красноярском крае осуществляется в условиях низкой плотности населения, отдаленности населенных пунктов от центров медицинской помощи, что, в свою очередь, предъявляет особые требования к акушерско-гинекологической службе. С 2013 года маршрутизация пациентов осуществляется в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Красноярского края от 30.07.2013 № 387 «Организация акушерско-гинекологической помощи в Красноярском крае», что позволило завершить организацию трехуровневой системы оказания акушерско-гинекологической медицинской помощи женщинам и их новорожденным детям, сформировать потоки пациентов в зависимости от степени риска [7, 8].

По данным Министерства здравоохранения Красноярского края (2013 г.), за последние 5 лет увеличился уровень гинекологической заболеваемости на 100 тысяч женского населения: эндометриоз – на 20,8%, расстройства менструации – на 32,3%, бесплодие – на 67,8%. Заболеваемость сальпингитом и оофоритом уменьшилась на 1,2%, эктопией шейки матки – на 14,9%. Частота развития перитонита после операции кесарева сечения уменьшилась в 2 раза; однако количество воспалительных заболеваний в послеродовом периоде остается на том же уровне и составляет 1,9 на 1000 родов [4].

Согласно данным литературы, общероссийская тенденция такова – отмечается уменьшение частоты тяжелых форм таких осложнений как сепсис, перитонит, гнойный мастит. Основное место среди послеродовых гнойно-воспалительных заболеваний занимает эндометрит, встречающийся в 0,5-8% после родов и в 7-59% после кесарева сечения [4, 6].

Цель исследования: провести сравнительный анализ гнойно-воспалительных осложнений после операции кесарева сечения у родильниц, находившихся на лечении в стационаре третьего уровня (Красноярская краевая клиническая больница) за периоды 2004-2005 гг и 2012-2013 гг.

#### Материалы и методы

Нами проведен ретроспективный анализ 80 случаев гнойно-воспалительных осложнений после кесарева сечения. Все пациентки были разделены на две

клинические группы: основную группу составили 30 родильниц, находившихся под наблюдением и, получавших лечение в период с 2012-2013 гг., группу сравнения – 50 родильниц, получавших лечение в период с 2004-2005 гг.

Согласно составленной нами анкете, проводилось изучение анамнеза, характера экстрагенитальной патологии и гинекологических заболеваний, сроков и показаний к оперативному родоразрешению, данных объективного обследования органов и систем. Пациенткам обеих групп в послеоперационном периоде проводилась инфузионная, антибактериальная и утеротоническая терапия, обезболивание. Оценка эффективности консервативной терапии основывалась на темпах уменьшения клинических проявлений, данных УЗИ-контроля (изменение размеров полости матки и характера ее содержимого), изменений микробиологического состава, характера и количества лохий. При неэффективности проводимой терапии определяли показания, объем и сроки хирургического лечения.

Лабораторные исследования включали традиционные общеклинические методы: общий анализ крови и мочи, пробу по Зимницкому, биохимический анализ крови, бактериоскопическое и бактериологическое исследование влагалищного секрета и содержимого полости матки. Проводилась оценка системы гемостаза с изучением сосудисто-тромбоцитарного и коагуляционного компонентов гемостаза, антикоагулянтного звена и фибринолитической активности.

Инструментальные методы заключались в выполнении ультразвукового исследования (УЗИ) органов малого таза, доплерометрии («Sono Scape S6 Pro Basic» (Китай)). Для выявления экстрагенитальной патологии проводилась электрокардиография со стандартными отведениями, эхокардиография, УЗИ органов брюшной полости, почек, щитовидной железы, консультация смежными специалистами.

Критериями включения пациенток в настоящее исследование являлись: наличие клинических и лабораторных признаков гнойно-воспалительных осложнений (жалобы на боли внизу живота, слабость, повышение температуры тела более 37°C, патологический характер лохий, увеличение количества лейкоцитов в крови более  $9,0-10,0 \cdot 10^9/\text{л}$ , СОЭ более 15-20 мм/ч, сдвиг лейкоцитарной формулы крови влево), ультразвуковые признаки эндометрита/метрозидометрита (субинволюция матки, увеличение и расширение полости матки, наличие экзогенных включений в полости матки, линейные эхопозитивные структуры на стенках матки в виде прерывистого или непрерывного контура, представлявшие собой наложение фибрина и др.)

В работе использовался метод сплошной статистической выборки, выкопировки данных, логистического и ретроспективного анализа. Математическая и статистическая обработка данных выполнена при помощи пакетов Statistica и StatGraph. Описательные статистики представлены средней арифметической и стандартной ошибкой среднего ( $M \pm m$ ). Нулевая гипотеза проверялась с использованием критериев непараметрической статистики ( $\chi^2$ , точный критерий Фишера, U-критерий Манна-Уитни) и отвергалась при  $p \leq 0,05$ .

## Результаты и обсуждение

Средний возраст рожениц основной группы составил  $27,6 \pm 3,11$  года, группы сравнения –  $26,3 \pm 4,86$  года. Согласно современным данным, в развитии послеродовых гнойно-воспалительных осложнений значимым фактором риска является возраст 25-35 лет [3, 9], что сопоставимо с полученными нами данными. Возможно, данный факт связан с тем, что репродуктивная функция в настоящее время реализуется в более поздний возрастной период и к этому времени в анамнезе многих женщин имеются хронические воспалительные заболевания как гинекологические, так и экстрагенитальной локализации.

Данные оценки репродуктивной функции свидетельствовали практически о равном соотношении перво- и повторнородящих среди пациенток основной группы 8 (27%) и 22 (73%) и группы сравнения 21 (42%) и 29 (58%) соответственно. В группе женщин, родоразрешенных за период 2012-2013 гг. осложнения у повторнородящих женщин, имевших в анамнезе 2-3 родов, встречались более чем на 10% чаще, однако эти различия статистически не значимы.

При анализе полученных данных выявлено, что все роженицы имели те или иные факторы риска септических осложнений в послеродовом периоде. В настоящее время принято условно разделять их на две группы: возникшие до и/или во время беременности и связанные с родами. В первую группу относят: хронические соматические заболевания, воспалительные заболевания любых органов, аборт, оперативные вмешательства на матке, невынашивание, инвазивные методы диагностики и лечения. Во вторую группу включают осложнения и вмешательства в родах: длительный безводный промежуток, слабость родовой деятельности, многократные влагалищные исследования, травмы родовых путей, патологическая кровопотеря, оперативные вмешательства [5, 9]. При сравнении частоты и структуры соматических заболеваний выявлено, что на некоторых рожениц приходилось по 2-3 соматических заболевания, что, несомненно, повышало у них риск реализации послеродового осложнения. Такие заболевания как анемия, сахарный диабет I типа, хронический пиелонефрит одинаково часто встречались в обеих группах, способствующих снижению защитных сил у женщин, возникновению воспалительных осложнений (табл. 1).

Анализ частоты и структуры гинекологической заболеваемости позволил определить, что гинекологический анамнез отягощен у каждой второй пациентки основной группы и группы сравнения. Наиболее часто у женщин встречались: бактериальный вагиноз – 34,0% и 33,3% случаев соответственно; инфекции передаваемые половым путем – 16,0% и 26,7%. При этом только у 9 (18%) пациенток группы сравнения отмечалось наличие эктопии шейки матки, у пациенток основной группы данный показатель встречался в – 3(10%) случаях ( $p \geq 0,05$ ). По-видимому, наличие у пациенток хронической соматической патологии

Таблица 1

## Частота встречаемости экстрагенитальной патологии у рожениц

Характер патологии	Основная группа (n=30)		Группа сравнения (n=50)		Достоверность различий
	абс.	%	абс.	%	
Хронический пиелонефрит	6	20,0	9	18,0	$p \geq 0,05$
Хронический тонзиллит	10	33,3	3	6,0	$p \leq 0,05$
Анемия	8	26,7	23	46,0	$p \geq 0,05$
Хронические заболевания органов дыхания	4	13,3	7	14,0	$p \geq 0,05$
Хронический холецистит	4	13,3	12	24,0	$p \geq 0,05$
Сахарный диабет типа I	10	33,3	9	18,0	$p \geq 0,05$

инфекционной природы, обострение ее в период беременности, требовало длительного применения антибиотиков, что приводило к нарушению микрофлоры влагалищного секрета и способствовало появлению гнойно-воспалительных осложнений в послеродовом и послеоперационном периоде.

При анализе течения настоящей беременности и родов обращает внимание тот факт, что такие часто встречающиеся осложнения как преждевременный разрыв плодных оболочек, слабость родовой деятельности, гипоксия плода, угроза прерывания беременности не имели статистически значимых различий при сравнении обеих групп. Перечисленные показатели согласуются с данными отечественных и зарубежных авторов [1, 7]. Однако лишь у пациенток группы сравнения отмечалось наличие тяжелой преэклампсии в 9 (18%) случаях, преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты (ПОНРП) – в 2(2%). В основной группе такие осложнения отсутствовали. Таким образом, у пациенток с реализацией послеродовой инфекции в группе сравнения нами отмечена высокая частота преэклампсии тяжелой степени, ПОНРП и отсутствие этой патологии в основной группе (табл. 2), что связано с более консервативным подходом при ведении беременных с преэклампсией в 2004-2005 гг.

Анализ сроков родоразрешения у пациенток основной группы и группы сравнения статистически значимых различий не выявил и составил  $38,7 \pm 1,4$  недель и  $39,2 \pm 1,5$  недель соответственно.

Среди пациенток обеих групп были роженицы, родоразрешенные в учреждениях родовспоможения города и в районах края. Однако, если в основной группе отмечается резкое преобладание родоразрешения в условиях городских ЛПУ – 86,7%, по сравнению с родоразрешением в учреждениях родовспоможения края – 13,3% ( $p < 0,01$ ), то в группе сравнения разница между учреждениями, где проводилось родоразрешение женщин была не значимой и составила 42,0% в условиях города и 58,0% – в краевых ЛПУ. Полученные нами данные по-видимому обусловлены тем, что с целью оказания высококвалифицированной акушерско-гинекологической медицинской помощи

### Осложнения во время настоящей беременности и в родах

Осложнение	Основная группа (n=30)		Группа сравнения (n=50)		Достоверность различий
	абс.	%	абс.	%	
Угроза прерывания беременности	10	33,3	6	12,0	$p \leq 0,05$
Гипоксия плода	6	20,0	17	34,0	$p \geq 0,05$
Слабость родовой деятельности	8	26,7	12	22,0	$p \geq 0,05$
Преждевременный разрыв плодных оболочек	14	46,7	25	50,0	$p \geq 0,05$
Тяжелая преэклампсия	2	6,7	9	18,0	$p \geq 0,05$
Другие	4	13,0	2	4,0	$p \geq 0,05$

женщинам высокой группы риска, родоразрешение проводится в стационарах второго и третьего уровня [7, 9].

При анализе показаний к оперативному родоразрешению было выявлено, что у 16 (53,3%) пациенток основной группы диагностировано патологическое течение родов (клинически узкий таз, слабость родовой деятельности, крупный плод, длительное течение родов), тогда как в группе сравнения данный показатель составил – 32,0% (16) пациенток.

Послеродовые гнойно-воспалительные осложнения встречались в обеих группах (табл. 3). Наиболее частыми осложнениями в группах были: острый эндометрит, имеющий место у 16 (53,3%) пациенток основной группы и у 23 (46,0%) пациенток группы сравнения; метроэндометрит, диагностированный в 8 (26,7%) и 10 (10,0%) случаях соответственно. Тяжелые осложнения, в виде метроэндометрита с несостоятельностью швов на матке, сепсиса, встречались у 6 (20,0%) пациенток основной группы и у 7 (14,0%) пациенток группы сравнения. Расхождение швов на передней брюшной стенке составили 6,7% в основной группе и 8% в группе сравнения соответственно, статистически значимых различий по группам данные показатели не имели.

По поводу возникших осложнений в течение послеродового периода средний срок перевода в стационар третьего уровня у пациенток основной группы составил  $4,3 \pm 0,3$  день, а в группе сравнения  $7,0 \pm 0,1$  день ( $p \leq 0,001$ ). Данное обстоятельство, по-видимому, свидетельствует о своевременной диагностике гнойно-воспалительных осложнений и их распознавании на начальных этапах у пациенток основной группы. Этому способствует введение обязательного УЗИ на 3-4-е сутки послеродового периода.

При поступлении в стационар проводилось полное клиническое обследование пациенток, составлялся план дальнейшего ведения. Консервативное лечение включало антибактериальную, местную санлирующую, утеротоническую терапию, физиолечение, гипербарическую оксигенацию. Родильницы основной группы с некупируемым метроэндометритом, несостоятельно-

Таблица 2

стью швов на матке были подвергнуты хирургическому лечению в объеме тотальной гистерэктомии с маточными трубами и дренированием брюшной полости в 10 (33,3%) случаях, в группе сравнения в 6 (12%) случаях ( $p \leq 0,05$ ).

Высокая частота оперативного лечения гнойно-воспалительных осложнений у пациенток основной группы связана: с родоразрешением при неблагоприятных клинических условиях (при полном или почти полном раскрытии маточного зева), с концентрацией родильниц с данными осложнениями в стационаре третьего уровня и сохраняющейся до настоящего времени недооценкой тяжести состояния родильниц и запоздалым переводом в многопрофильную больницу. Так, перевод на 6-е сутки и более имел место у 8 (26,7%) пациенток основной группы и у 29 (58,0%) пациенток группы сравнения ( $p \leq 0,01$ ).

В состоянии остальных родильниц на фоне проводимого лечения отмечалась положительная динамика. В удовлетворительном состоянии все женщины были выписаны домой.

Таблица 3

### Частота встречаемости гнойно-воспалительных осложнений в послеродовом периоде

Осложнение	Основная группа (n=30)		Группа сравнения (n=50)		Достоверность различий
	абс.	%	абс.	%	
Острый эндометрит	16	53,3	23	46,0	$p \geq 0,05$
Метроэндометрит	8	26,7	10	20,0	$p \geq 0,05$
Несостоятельность швов на матке. Сепсис	6	20,0	7	14,0	$p \geq 0,05$
Расхождение швов на передней брюшной стенке	2	6,7	4	8,0	$p \geq 0,05$

### Заключение

Таким образом, гнойно-воспалительные осложнения по-прежнему встречаются чаще в активном репродуктивном возрасте.

При изучении частоты и структуры соматических заболеваний обращает на себя внимание стабильно низкий уровень здоровья пациенток обеих групп. Так, хронические воспалительные экстрагенитальные заболевания среди пациенток основной группы и группы сравнения, встречались более чем в 50% случаев. Данный факт следует учитывать при проведении предгравидарной подготовки и в ходе диспансерного наблюдения беременных. Наличие у беременных гинекологических воспалительных заболеваний, нарушение биоценоза влагалища является дополнительным фактором риска. Целесообразно выделять группы высокого риска, разрабатывая индивидуальный комплексный план их ведения. Несмотря на отсутствие, статистически значимых различий обращает внимание сохраняющаяся высокая частота преждевременного разрыва плодных оболочек и аномалий родовой деятельности, угрозы прерывания беременности.

В настоящее время продолжает иметь место недооценка тяжести состояния родильниц и запоздалый перевод в многопрофильную больницу, что усугубляет течение послеродового периода, приводя к развитию тяжелых осложнений, увеличивая процент органонуносящих операций.

### Литература

1. Егорова А.Т., Тутынина О.В., Виноградов К.А. Структура причин поздней материнской смертности в Красноярском крае за 2000-2007 гг. // Медицинский альманах. – 2011. – № 6 (19). – С. 12-14.

2. Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология. – 4-изд., перераб. и доп./ Под ред. В.Н. Серов, Г.Т. Сухих. – М.: ГЭОТАР-Медиа. – 2014. – С. 545-607.

3. Подольян О.Ф., Царегородцева М.В., Седая Л.В. Клинические аспекты местной терапии послеродового эндометрита // Эффективная фармакотерапия. – 2014. – Т. 38. – С. 34-39.

4. Слепнева Г.З., Хоменко Н.В., Елизарьева Т.Ю., Соколовская В.К. Информационное письмо «Развитие службы материнства и детства. Организация акушерско-гинекологической помощи в Красноярском крае. 2013 год». – 61 с.

5. Сухих Г.Т., Трофимов Д.Ю., Бурменская О.В., Байрамова Г.Р., Непша О.С., Донников А.Е., Дуринян Э.Р., Бiryukova А.М. Профиль экспрессии мРНК генов цитокинов в вагинальных мазках женщин репродуктивного возраста при неспецифическом вагините бактериальном вагинозе // Акушерство и гинекология. – 2011. – № 7. – С. 33-38.

6. Чеченина А.А., Полукаров А.Н., Власенко А.Е., Чеченин Г.И. Взгляд на абдоминальный метод родоразрешения через призму воспалительных осложнений у родильниц // Мать и дитя в Кузбассе. – 2014. – № 4. – С. 41-47.

7. Приказ Министерства здравоохранения Красноярского края от 30.07.2013 № 387 «Организация акушерско-гинекологической помощи в Красноярском крае».

8. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 01.11.2012 № 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением вспомогательных репродуктивных технологий».

9. Carrier M., Rodger M.A., Wells P.S., Righini M., Le Gal G. Residual vein obstruction to predict the risk of recurrent venous thromboembolism in patients with deep vein thrombosis: a systematic review and meta-analysis // J. Thromb. Haemost. – 2011. – № 9. – P. 1119-1125.

### References

1. Egorova A.T., Tutynina O.V., Vinogradov K.A. The structure of the causes of the late maternal mortality in the Krasnoyarsk Region in 2000-2007 // Medical Almanac. – 2011. – № 6 (19). – P. 12-14.

2. Clinical guidelines. Obstetrics and Gynecology. - 4th ed., Rev. and ext. / ed. V.N. Serov, G.T. Sukhikh. – M.: GEOTAR Media. – P. 545-607.

3. Podolyan O.F., Tsaregorodtseva M.V., Sedaya L.V. Clinical aspects of local therapy of postpartum endometritis // Effective Pharmacotherapy. – 2014. – Vol. 38. – P. 34-39.

4. Slepneva G.Z., Khomenko N.V., Yelizaryeva T.Yu., Sokolovskaya V.K. Informational Letter «Development of the Service of motherhood and childhood. Organization of obstetric care in the Krasnoyarsk Region. Year 2013.» – 61p.

5. Sukhikh G.T., Trofimov D.Yu., Burmenskaya O.V., Bayramova G.R., Nepsha O.S., Donnikov A.E., Durinyan E.R., Biryukova A.M. Profile mRNA gene expression of cytokines in the vaginal smears of women of reproductive age at non-specific vaginitis bacterial vaginosis // Obstetrics and Gynecology. – 2011. – № 7. – P. 33-38.

6. Chechenina A.A., Polukarov A.N., Vlasenko A.E., Chechenin G.I. A look to the abdominal method of delivery through the prism of inflammatory complications in postpartum women // Mother and Child in the Kuzbass. – 2014. – № 4. – P. 41-47.

7. Order of the Ministry of Health of the Krasnoyarsk Territory dated 30.07.2013 № 387 «Organization of obstetric-gynecology care in the Krasnoyarsk Region.»

8. Order of Ministry of Health of the Russian Federation dated 01.11.2012 № 572n «On approval the procedure of medical care on the profile of» Obstetrics and Gynecology (except for assisted reproductive technologies).

### Сведения об авторах

*Егорова Антонина Тимофеевна – доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии ИПО, ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ.*

*Адрес: 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, г. 1; тел. 8 (391) 2360621; e-mail: fetus@krasgma.ru.*

*Глебова Татьяна Константиновна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии ИПО, ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ.*

*Адрес: 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, г. 1; тел. 8 (391) 2360621; e-mail: glebova-tk@ya.ru.*

*Маисеенко Дмитрий Александрович – кандидат медицинских наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии ИПО, ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ.*

*Адрес: 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, г. 1; тел. 8 (391) 2642983; e-mail: dmitrij.maiseenko@pochta.ru.*

*Шапошникова Екатерина Викторовна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии ИПО, ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ.*

*Адрес: 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, г. 1; тел. 8 (391) 2642983; e-mail: catrina@hotmail.ru.*

### Authors

*Yegorova Antonina Timofeyevna – Dr.Med.Sc., Professor, Head of the Department of Obstetrics and Gynecology of the Institute of Post-Diploma Education, Krasnoyarsk State Medical University named after Prof. V. F. Voyno-Yasenetsky, Ministry of Health of the Russian Federation.*

*Address: 1, P. Zheleznyak Str., Krasnoyarsk, RF, 660022; Phone: 8 (391) 2360621; e-mail: fetus@krasgma.ru.*

*Glebova Tatyana Konstantinovna – Cand.Med.Sc., Associate Professor of the Department of Obstetrics and Gynecology of the Institute of Post-Diploma Education, Krasnoyarsk State Medical University named after Prof. V. F. Voyno-Yasenetsky, Ministry of Health of the Russian Federation.*

*Address: 1, P. Zheleznyak Str., Krasnoyarsk, RF, 660022; Phone: 8 (391) 2360621; e-mail: glebova-tk@ya.ru.*

*Maiseenko Dmitrii Aleksandrovich – Cand.Med.Sc., Associate Professor of the Department of Obstetrics and Gynecology of the Institute of Post-Diploma Education, Krasnoyarsk State Medical University named after Prof. V. F. Voyno-Yasenetsky, Ministry of Health of the Russian Federation.*

*Address: 1, P. Zheleznyak Str., Krasnoyarsk, RF, 660022; Phone: 8 (391) 2642983; e-mail: dmitrij.maiseenko@pochta.ru.*

*Shaposhnikova Ekaterina Viktorovna – Cand. Med.Sc., Associate Professor of the Department of Obstetrics and Gynecology of the Institute of Post-Diploma Education, Krasnoyarsk State Medical University named after Prof. V. F. Voyno-Yasenetsky, Ministry of Health of the Russian Federation.*

*Address: 1, P. Zheleznyak Str., Krasnoyarsk, RF, 660022; Phone: 8 (391) 2642983; e-mail: catrina@hotmail.ru.*