

Экстренные гинекологические заболевания под маской хирургической патологии

Ю.Э. Доброхотова¹, А.А. Щеголев¹, А.Э. Маркаров², Т.С. Котомина², С.А. Хлынова^{1,2}, Э.А. Маркова^{1,2},

О.А. Слюсарева^{1,2✉}, Lelechka.86@mail.ru

¹ Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова; 117997, Россия, Москва, ул. Островитянова, д. 1

² Городская клиническая больница имени Ф.И. Иноземцева; 105187, Россия, Москва, ул. Фортунатовская, д. 1

Резюме

Введение. Одной из актуальных проблем urgent гинекологии являются заболевания, входящие в симптомокомплекс «острый живот», потому что на сегодняшний день отсутствуют алгоритмы обследования данной когорты пациенток репродуктивного возраста, а существующие клинические рекомендации объясняют лишь часть диагностических стандартов отдельных групп.

Цель. Усовершенствовать диагностические критерии и оптимизировать тактику ведения пациенток с симптомокомплексом «острый живот» с целью сохранения репродуктивной функции.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 785 экстренных лапароскопических операций, выполненных в период с 2017 по 2020 г. на одной из клинических баз кафедры акушерства и гинекологии лечебного факультета РНИМУ имени Н.И. Пирогова. Проведены сравнение до- и послеоперационных диагнозов, анализ диагностических алгоритмов, исходов лечения пациенток с подозрением на острый живот. Показана роль лапароскопии как высокоинформативного метода дифференциальной диагностики при наличии симптомокомплекса «острый живот».

Результаты. На основании проведенного ретроспективного анализа разработан алгоритм ведения пациенток репродуктивного возраста с симптомокомплексом «острый живот»: на 1-м этапе диагностический поиск с решением вопроса о необходимости экстренного оперативного лечения, обязательный совместный осмотр врачом-хирургом и акушером-гинекологом; на 2-м этапе в случае выбора консервативной тактики ведения пациенткам необходимо провести расширенную клинико-лабораторную диагностику, определить эффективность проводимой терапии, а также при необходимости выставить показания к отсроченному оперативному лечению.

Выводы. Таким образом, только повышение качества дифференциальной диагностики, включая инструментальные методы исследования, позволит избежать излишней хирургической агрессии, что в конечном итоге у пациенток репродуктивного возраста приведет к сохранению и реализации репродуктивной функции.

Ключевые слова: лапароскопия, острый живот, внематочная беременность, апоплексия яичника, перекрут придатков матки, экстренная хирургия

Для цитирования: Доброхотова ЮЭ, Щеголев АА, Маркаров АЭ, Котомина ТС, Хлынова СА, Маркова ЭА, Слюсарева ОА. Экстренные гинекологические заболевания под маской хирургической патологии. *Медицинский совет.* 2025;19(4):60–69. <https://doi.org/10.21518/ms2025-147>.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Gynecological emergencies under the guise of surgical pathology

Julia E. Dobrokhotova¹, Aleksandr A. Shchegolev¹, Arnold E. Markarov², Tatiana S. Kotomina², Svetlana A. Khlynova^{1,2},

Eleonora A. Markova^{1,2}, Olga A. Slyusareva^{1,2✉}, Lelechka.86@mail.ru

¹ Pirogov Russian National Research Medical University; 1, Ostrovityanov St., Moscow, 117997, Russia

² Inozemtsev City Clinical Hospital of the Department of Health of Moscow; 1, Fortunatovskaya St., Moscow, 105187, Russia

Abstract

Introduction. One of the actual problems of urgent gynecology is diseases included in the symptom complex “acute abdomen”, because today there are no algorithms for examining this cohort of patients of reproductive age, and existing clinical guidelines explain only part of the diagnostic standards of individual groups.

Aim. To improve diagnostic criteria and optimize tactics for managing patients with the symptom complex acute abdomen in order to preserve reproductive function.

Materials and methods. A retrospective analysis of 785 emergency laparoscopic surgeries performed from 2017 to 2020 was carried out at one of the clinical sites of the Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, RNIMU named after N.I. Pirogov. A comparison of pre- and postoperative diagnoses, an analysis of diagnostic algorithms, and treatment outcomes of patients with suspected acute abdomen were carried out. The role of laparoscopy as a highly informative method of differential diagnosis in the presence of the symptom complex acute abdomen is shown.

Results. Based on the conducted retrospective analysis, an algorithm for managing female patients of reproductive age with the symptom complex acute abdomen was developed: at the first stage, it includes a diagnostic search with a decision

on the need for emergency surgical treatment, mandatory joint examination by a surgeon and an obstetrician-gynecologist. At the second stage, in case of choosing a conservative management tactic, patients need to undergo extended clinical and laboratory diagnostics, determine the effectiveness of the therapy, and, if necessary, set indications for delayed surgical treatment.

Conclusions. Thus, only improving the quality of differential diagnostics, including instrumental research methods, will help avoid unnecessary surgical aggression, which will ultimately lead to the preservation and implementation of reproductive function in female patients of reproductive age.

Keywords: laparoscopy, acute abdomen, ectopic pregnancy, ovarian apoplexy, ovarian torsion, emergency surgery

For citation: Dobrokhotova JuE, Shchegolev AA, Markarov AE, Kotomina TS, Khlynova SA, Markova EA, Slyusareva OA. Gynecological emergencies under the guise of surgical pathology. *Meditinskiy Sovet*. 2025;19(4):60–69. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/ms2025-147>.

Conflict of interest: the authors declare no conflict of interest.

ВВЕДЕНИЕ

Одной из актуальных проблем ургентной гинекологии являются заболевания органов малого таза у пациенток в разные возрастные периоды, протекающие под маской острого живота (ОЖ). Максимальную сложность дифференциальной диагностики симптомокомплекса ОЖ представляют женщины репродуктивного возраста в связи с высокой частотой встречаемости острой гинекологической патологии в данный возрастной период. Поздняя диагностика и неверная тактика лечения могут привести к ряду осложнений, а в случае с пациентками в репродуктивном периоде – к нарушениям фертильности и бесплодию. При внематочной беременности задержка в постановке диагноза может привести к летальному исходу и материнской смертности.

Острый живот – это клинический симптомокомплекс, развивающийся при повреждениях и острых заболеваниях органов брюшной полости и забрюшинного пространства, угрожающий жизни и требующий неотложной помощи. Термин ОЖ является собирательным понятием, объединяющим группу заболеваний, различных по этиологическому признаку и патогенезу [1, 2]. Понятие ОЖ – не нозологическая единица, а предварительная группа возможных диагнозов.

Причины ОЖ, связанные с гинекологической патологией, можно разделить на 3 основные группы:

- 1) острые кровотечения из внутренних половых органов: внематочная беременность, апоплексия яичника, травматические повреждения матки (ятрогенного или криминального происхождения) – перфорация матки;
- 2) острые нарушения кровообращения в опухолях и опухолевидных образованиях внутренних половых органов: перекрут ножки опухоли яичника, нарушение кровообращения в узле миомы;
- 3) острые гнойные заболевания внутренних половых органов с последующим развитием перитонита: пиосальпинкс и пиовар, гнойная tuboовариальная опухоль, пельвиоперитонит, распространенный перитонит [2, 3].

Актуальность патологии ОЖ обусловлена высокой частотой встречаемости и связанных с ней серьезных осложнений [4, 5]. Несмотря на значительное количество публикаций в российских и зарубежных источниках [5–8],

достоверных данных о структуре и частоте встречаемости отдельных нозологических форм симптомокомплекса ОЖ у пациенток репродуктивного возраста недостаточно.

Клиническая картина симптомокомплекса ОЖ характеризуется внезапным появлением болей среди полного благополучия, тошнотой, рвотой, нарушением отхождения кишечных газов и кала, симптомами раздражения брюшины, септическим и геморрагическим шоком. Все заболевания с картиной ОЖ требуют экстренной госпитализации пациенток, своевременной диагностики и оказания неотложной помощи. Наличие схожей клинической картины требует также исключения хирургической патологии, такой как острый аппендицит, острый холецистит, острый панкреатит, перфорация полого органа, механическая и динамическая кишечная непроходимость, внутренние кровотечения в просвет желудочно-кишечного тракта и в брюшную полость.

Наибольшую сложность в диагностическом плане среди пациенток с подозрением на ОЖ представляют женщины репродуктивного возраста ввиду необходимости исключения острой гинекологической патологии, часто встречающейся у этой категории больных [9, 10]. Госпитализация таких пациенток, как правило, происходит по каналу скорой медицинской помощи, в связи с этим догоспитальная дифференциальная диагностика также крайне важна для исхода заболевания.

На текущий момент алгоритмов обследования пациенток репродуктивного возраста с симптомокомплексом ОЖ в опубликованных клинических протоколах и рекомендациях не представлено, учитывая отсутствие нозологии ОЖ с большим разнообразием заболеваний, входящих в это понятие. Существующие клинические рекомендации «Внематочная беременность» и «Воспалительные болезни женских тазовых органов» объясняют лишь часть алгоритмов ведения отдельных групп пациенток, входящих в симптомокомплекс ОЖ [11, 12]. Особого внимания заслуживает группа заболеваний острые нарушения кровообращения в опухолях и опухолевидных образованиях внутренних половых органов, особенно перекрут придатков матки, потому что на сегодняшний день отсутствуют основополагающие документы по тактике ведения пациенток с этими заболеваниями, объему оперативного лечения, что приводит в большинстве случаев к органосохраняющим операциям.

В связи с этим при постановке диагноза и планировании лечебных мероприятий от врача-гинеколога требуется принятие единственного правильного решения как можно в более сжатые сроки, при отсутствии развернутых данных лабораторных и инструментальных исследований.

Диагностика играет решающую роль в клинической практике, является основой для разработки адекватного плана лечения и эффективной стратегии ведения пациенток. Точная диагностика снижает риск необоснованных манипуляций, неадекватного лечения и оптимизирует использование ресурсов стационара, что особенно важно у гинекологических пациенток: большая часть симптомов и заболеваний могут напрямую коррелировать с другой острой хирургической патологией [13].

Дифференциальная диагностика острого аппендицита с гинекологическими заболеваниями как наиболее часто го хирургического заболевания достаточно сложна. Анатомическая близость червеобразного отростка и органов малого таза, а также вариабельность клинической картины заболеваний этих органов нередко приводят к диагностическим ошибкам [14]. Ошибки диагностики острого аппендицита на догоспитальном этапе всегда осложняют последующий исход. Традиционно на догоспитальном этапе существует необходимая гипердиагностика, которая свидетельствует о хирургической настороженности врачей и будет вполне оправдана при подтверждении диагноза острого аппендицита.

Ультразвуковая диагностика (УЗИ) органов брюшной полости является одним из основных диагностических методов, используемых в клинической практике. На основании результатов, полученных по данным УЗИ, может быть составлен план дальнейшего диагностического обследования и(или) определена лечебная тактика в отношении конкретной пациентки [15, 16].

В последние годы лапароскопия широко используется в дифференциально-диагностическом алгоритме, являясь доступным и самым высокоинформативным методом, позволяющим разрешить диагностические сомнения при верификации заболеваний симптомокомплекса ОЖ [5, 17–19]. Но несмотря на широкое распространение эндохирургии в сочетании с новыми медицинскими технологиями, наличие хорошо подготовленных специалистов, количество диагностических ошибок при наличии ОЖ, обусловленного острой гинекологической патологией, остается значимым [1, 3, 9, 14].

О недостаточном изучении данной проблемы свидетельствует большой арсенал публикаций отечественных и зарубежных авторов, изучающих вопросы дифференциальной диагностики и выбора оптимальной лечебной тактики у пациенток с острыми заболеваниями хирургического и гинекологического профиля [5, 6, 9, 20, 21]. Ввиду актуальности данной проблемы проведен анализ диагностических ошибок у пациенток с гинекологической патологией, скрывающихся под маской ОЖ.

Цель исследования – усовершенствовать диагностические критерии и оптимизировать тактику ведения пациенток с симптомокомплексом ОЖ с целью сохранения репродуктивной функции.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В ретроспективном исследовании в период с 2017 по 2020 г. на базе клинической больницы проведен анализ историй болезни 785 пациенток, которым проведено экстренное оперативное вмешательство лапароскопическим доступом по профилю «гинекология», причем 92 (11,7%) пациентки репродуктивного возраста были взяты в операционную врачами-хирургами с подозрением на острую хирургическую патологию.

Критерии включения: репродуктивный возраст – 18–45 лет, средний $28 \pm 4,5$ года, проведенное экстренное оперативное вмешательство лапароскопическим доступом по профилю «гинекология».

Критерии исключения: возраст – старше 45 лет, подтвержденный хирургический диагноз при оперативном вмешательстве.

В зависимости от причины ОЖ пациентки были разделены на 3 группы:

- 1-ю составили 15 пациенток с внутрибрюшным кровотечением;
- 2-ю – 28 пациенток с острыми нарушениями кровообращения в опухолях и опухолевидных образованиях внутренних половых органов;
- 3-ю – 49 пациенток с острыми воспалительными заболеваниями органов брюшной полости.

Объем обследования включал стандартные клинические, лабораторные и инструментальные методы исследования.

Клинико-анамнестический метод – изучение гинекологического анамнеза, особенности течения и длительности заболевания. Проводилась оценка соматического статуса с использованием визуальных и физикальных методов.

Клиническое лабораторное обследование включало клинический анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, коагулограмму, группу крови, резус-фактор, бактериоскопическое и бактериологическое исследование отделяемого из цервикального канала и влагалища.

Инструментальное обследование включало трансвагинальное и трансабдоминальное УЗИ малого таза с доплерометрией.

В двух случаях выполнено дополнительное обследование: компьютерная томография органов брюшной полости, которая никак не повлияла на выбор тактики лечения.

Послеоперационный материал отправлялся на гистологическое исследование для изучения морфологических изменений в удаленных тканях.

Полученные данные подвергали статистической обработке с использованием пакета программ STATISTICA 12,0; SPSS. Использовали метод описательной статистики с определением среднего арифметического, дисперсии, стандартного отклонения, 95% доверительный интервал. Достоверность различий оценивали с помощью непараметрического U-критерия Манна – Уитни. Различия считали значимыми при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В ходе исследования были получены данные об анамнезе, особенностях течения заболевания.

Возраст обследуемых женщин был 18–45 лет, средний $29,7 \pm 4,5$ года. При анализе медико-социальной характеристики групп не было выявлено статистически значимых различий в менархе и начале половой жизни, индексе массы тела, сопутствующих гинекологических и соматических заболеваний.

Гинекологический анамнез был отягощен у 60 (65,2%) пациенток: у 10 (16,7%) из них отмечались заболевания шейки матки, у 28 (46,7%) – воспалительные

заболевания органов малого таза, у 1 (1,7%) – гиперпластические процессы эндометрия в анамнезе, у 15 (25,0%) – доброкачественные образования яичников, у 15 (25,0%) – инфекции, передаваемые половым путем (ИППП). В группе 1 преобладали заболевания шейки матки (100%), в группе 2 – доброкачественные заболевания яичников (68,2%), в группе 3 – воспалительные заболевания органов малого таза (73,5%) и ИППП (44,1%) (табл. 1).

При поступлении 92 (100%) пациентки предъявляли жалобы, патогномоничные для симптомокомплекса ОЖ. Пациентки сопоставимы по набору жалоб и отличия между группами не отмечались ($p > 0,05$) (табл. 2).

● **Таблица 1.** Гинекологические заболевания у пациенток с симптомокомплексом «острый живот»

● **Table 1.** Gynecological diseases in female patients with acute abdomen symptom complex

Вид патологии	Группа 1 Внутрибрюшные кровоотечения (n = 15)	Группа 2 Острые нарушения кровообращения в опухолях и опухолевидных образованиях внутренних половых органов (n = 28)	Группа 3 Острые воспалительные заболевания органов брюшной полости (n = 49)	p-значение между группами
Эктопия шейки матки	4 (100,0)	3 (13,6)	3 (8,8)	$p_{1-2} < 0,05$ $p_{1-3} < 0,05$ $p_{2-3} > 0,05$
Воспалительные заболевания органов малого таза	1 (25,0)	2 (9,1)	25 (73,5)	$p_{1-2} < 0,05$ $p_{1-3} < 0,05$ $p_{2-3} < 0,05$
Доброкачественные образования яичников	-	15 (68,2)	-	
Гиперпластические процессы эндометрия	-	1 (4,5)	-	
ИППП	-	-	15 (44,1)	

● **Таблица 2.** Клинические проявления острого живота у пациенток при поступлении в стационар

● **Table 2.** Clinical manifestations of acute abdomen in female patients on admission

Вид патологии	Группа 1 Внутрибрюшные кровоотечения (n = 15)	Группа 2 Острые нарушения кровообращения в опухолях и опухолевидных образованиях внутренних половых органов (n = 28)	Группа 3 Острые воспалительные заболевания органов брюшной полости (n = 49)	p-значение между группами
Острая боль в животе	15 (100,0)	28 (100,0)	49 (100,0)	$p_{1-2} > 0,05$ $p_{1-3} > 0,05$ $p_{2-3} > 0,05$
Тошнота	1 (6,7)	13 (46,4)	15 (30,6)	$p_{1-2} > 0,05$ $p_{1-3} > 0,05$ $p_{2-3} > 0,05$
Рвота	1 (6,7)	9 (32,1)	9 (18,4)	$p_{1-2} > 0,05$ $p_{1-3} > 0,05$ $p_{2-3} > 0,05$
Лихорадка	-	1 (3,6)	9 (18,4)	$p_{1-2} > 0,05$ $p_{1-3} > 0,05$ $p_{2-3} > 0,05$
Метеоризм	2 (13,3)	1 (3,6)	1 (2,0)	$p_{1-2} > 0,05$ $p_{1-3} > 0,05$ $p_{2-3} > 0,05$
Другие	1 (6,7)	2 (7,1)	2 (4,1)	$p_{1-2} > 0,05$ $p_{1-3} > 0,05$ $p_{2-3} > 0,05$

При анализе лабораторных показателей установлено, что в клиническом анализе крови у пациенток отмечался незначительный лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, повышение СРБ у 69 (75,0%) и Д-димера у 77 (78,5%) пациенток (табл. 3).

В диагностический стандарт обследования пациенток с гинекологической патологией входит проведение бактериоскопического и бактериологического исследования отделяемого из половых путей. По результатам бактериоскопического исследования отделяемого из половых путей у 81 (88,0%) пациентки выявлено: вульвовагинит у 46 (56,7%), у 9 (11,1%) определена специфическая микрофлора (*Trichomonas vaginalis*, *Neisseria gonorrhoeae*), у 26 (32,1%) – бактериальный вагиноз. Разнообразие этиологических факторов, приводящих к формированию гнойных tuboовариальных образований, определяет пестроту

клинических проявлений, создает трудности при диагностике и лечении (табл. 4).

Результаты бактериологического исследования отделяемого из половых путей продемонстрировали разнообразие этиологических факторов, преобладающее в группе острых воспалительных заболеваний органов малого таза. Информированность об этиологическом агенте до операции позволила бы повлиять на тактику ведения и объем оперативного вмешательства (табл. 5).

Проведение своевременной и полной диагностики играет решающую роль в клинической практике, является основой для разработки адекватного плана лечения и эффективной стратегии ведения пациенток. Точная диагностика снижает риск необоснованных манипуляций, неадекватного лечения и оптимизирует использование ресурсов стационара, что особенно важно

- **Таблица 3.** Лабораторные показатели у пациенток обследуемых групп
- **Table 3.** Laboratory test results in female patients of the examined groups

Вид патологии	Группа 1 Внутрибрюшные кровоотечения (n = 15)	Группа 2 Острые нарушения кровообращения в опухолях и опухолевидных образованиях внутренних половых органов (n = 28)	Группа 3 Острые воспалительные заболевания органов брюшной полости (n = 49)	р-значение между группами
Лейкоциты крови, 10 ⁹ /л, (M ± SD)	11,2 ± 3,3	13,4 ± 2,34	14,0 ± 2,0	p ₂₋₃ > 0,05 p ₁₋₂ < 0,05 p ₁₋₃ < 0,05
Нейтрофилы, %, (M ± SD)	81,1 ± 2,4	86,1 ± 1,9	90,1 ± 1,3	p ₁₋₂ > 0,05 p ₁₋₃ > 0,05 p ₂₋₃ > 0,05
Лимфоциты, %, (M ± SD)	17,1 ± 3,5	15,1 ± 4,1	6,5 ± 2,6	p ₁₋₂ > 0,05 p ₁₋₃ > 0,05 p ₂₋₃ > 0,05
Гемоглобин, г/л, (M ± SD)	108 ± 12,3	123 ± 10,4	122 ± 15,0	p ₁₋₂ > 0,05 p ₁₋₃ > 0,05 p ₂₋₃ > 0,05
СРБ мг/л, (M ± SD)	27 ± 10,8	44,6 ± 12,3	67,8 ± 15,6	p ₂₋₃ > 0,05 p ₁₋₂ < 0,05 p ₁₋₃ < 0,05
Д-димер нг/мл, (M ± SD)	560 ± 60,9	1551 ± 100,8	889 ± 89,8	p ₂₋₃ > 0,05 p ₁₋₂ < 0,05 p ₁₋₃ < 0,05

- **Таблица 4.** Результаты бактериоскопического исследования отделяемого из половых путей
- **Table 4.** Results of bacterioscopic examination of vaginal discharge

Вид патологии	Группа 1 Внутрибрюшные кровоотечения (n = 15)	Группа 2 Острые нарушения кровообращения в опухолях и опухолевидных образованиях внутренних половых органов (n = 28)	Группа 3 Острые воспалительные заболевания органов брюшной полости (n = 49)	р-значение между группами
Вульвовагинит	-	25 (92,6)	21 (42,9)	p ₂₋₃ < 0,05
Специфический вагинит (<i>Trichomonas vaginalis</i> , <i>Neisseria gonorrhoeae</i>)	-	-	9 (18,4)	
Бактериальный вагиноз	5 (100,0)	2 (7,4)	19 (38,7)	p ₁₋₂ < 0,05 p ₁₋₃ < 0,05 p ₂₋₃ < 0,05

● **Таблица 5.** Результаты бактериологического исследования отделяемого из половых путей
 ● **Table 5.** Results of bacteriological examination of vaginal discharge

Вид патологии	Группа 1 Внутрибрюшные кровотечения (n = 15)	Группа 2 Острые нарушения кровообращения в опухолях и опухолевидных образованиях внутренних половых органов (n = 28)	Группа 3 Острые воспалительные заболевания органов брюшной полости и малого таза (n = 49)	p-значение между группами
<i>Escherichia coli</i> , 10 ⁶ КОЕ/мл	-	9 (33,3)	9 (18,4)	$p_{2-3} < 0,05$
<i>Enterococcus faecalis</i> , 10 ⁶ КОЕ/мл	-	8 (29,6)	14 (28,6)	$p_{2-3} > 0,05$
<i>Streptococcus agalactiae</i> , 10 ⁶ КОЕ/мл	-	5 (18,5)	7 (14,3)	$p_{2-3} > 0,05$
<i>Enterobacter aerogenes</i> , 10 ⁶ КОЕ/мл	-	-	7 (14,3)	-
<i>Pseudomonas aeruginosa</i> , 10 ⁶ КОЕ/мл	-	-	6 (12,2)	-
<i>Proteus mirabilis</i> , 10 ⁶ КОЕ/мл	2 (40,0)	-	4 (8,2)	$p_{1-3} < 0,05$
<i>Bacteroides fragilis</i> , 10 ⁶ КОЕ/мл	1 (20,0)	1 (3,7)	8 (16,3)	$p_{1-2}, p_{2-3} < 0,05$ $p_{1-3} > 0,05$
<i>Fusobacterium</i> , 10 ⁶ КОЕ/мл	-	2 (7,4)	5 (10,2)	$p_{2-3} > 0,05$
<i>Staphylococcus epidermidis</i> , 10 ⁶ КОЕ/мл	2 (40,0)	2 (7,4)	4 (8,2)	$p_{1-2}, p_{1-3} < 0,05$ $p_{2-3} > 0,05$

у гинекологических пациенток: большая часть симптомов и заболеваний могут напрямую коррелировать с другой острой хирургической патологией.

Эхография является одним из основных диагностических методов в ургентной гинекологии, который позволяет в краткие сроки привести к правильной диагностике.

Дифференциально-диагностические поиски у 92 (100,0%) пациенток разрешились только во время диагностической лапароскопии, возможности которой широки при наличии современного эндохирургического оборудования и грамотно подготовленных специалистов.

У 40 (43,5%) пациенток гинекологическая патология установлена вторым диагнозом: у 25% пациенток подозревались гнойно-воспалительные заболевания матки и придатков, разрыв кисты яичника в 8,7%, апоплексия яичника в 7,6% и перекрут придатков матки в 2,2%.

Для верификации диагноза у 90 (97,8%) женщин выполнили диагностическую лапароскопию. У 2 пациенток (2,2%) произведена нижнесрединная лапаротомия; 17 (18,5%) пациенток в состоянии средней тяжести были госпитализированы в хирургическое отделение для подготовки к оперативному лечению, что подтверждает отсутствие сомнений врачей-хирургов в наличии острой хирургической патологии (табл. 6).

В ходе диагностической лапароскопии по поводу ОЖ у 15 пациенток обнаружена патология, связанная с внутрибрюшным кровотечением: у 13 (14,1%) – смешанная форма апоплексии яичника, у 2 (2,2%) – нарушенная трубная беременность. Во всех случаях невозможно было исключить острый аппендицит, а такое грозное заболевание, как внематочная беременность, протекало в стертой форме.

● **Таблица 6.** Предварительные диагнозы пациенток с симптомокомплексом «острый живот» до оперативного лечения
 ● **Table 6.** Provisional diagnoses of female patients with acute abdomen symptom complex before surgical treatment

Заболевания, объединенные термином «острый живот»	Нозологическая форма	Количество пациенток	
		n	%
Острые воспалительные заболевания органов брюшной полости и малого таза	Острый аппендицит	57	61,9
	Перитонит, пельвиоперитонит	15	16,3
	Абсцесс брюшной полости, малого таза	8	8,7
	Ущемленная пупочная грыжа	2	2,2
	Дивертикулярная болезнь толстой кишки / дивертикулит сигмовидной кишки / терминальный илеит	9	9,8
	Десерозирование тонкой кишки	1	1,1
Общее количество пациенток		92	100

Интраоперационно наиболее часто выявлялись острые воспалительные заболевания внутренних половых органов: острый сальпингоофорит, пиосальпинкс у 30 (32,6%) пациенток, абсцесс малого таза с формированием гнойного tuboовариального образования у 14 (15,2%) пациенток, а также острые состояния, связанные с разрывом ретенционных образований придатков матки, в 22 (23,9%) случаях (табл. 7).

В группе 3 с наличием острых воспалительных заболеваний органов малого таза у 31 (63,3%) женщины оперативное вмешательство включало санацию брюшной

● **Таблица 7.** Интраоперационные диагнозы пациенток с симптомокомплексом «острый живот»

● **Table 7.** Intraoperative diagnoses of female patients with acute abdomen symptom complex

Группы заболеваний, объединенных термином «острый живот»	Нозологическая форма	Количество пациенток	
		п	%
Внутрибрюшные кровотечения	Апоплексия яичника	13	14,1
	Нарушенная внематочная беременность	2	2,2
Кистозные образования придатков и опухоли придатков	Синдром гиперстимуляции яичников	1	1,1
	Разрыв, перфорация кисты желтого тела / эндометриoidной кисты, опухоли яичника	22	23,9
	Перекрут придатков, кисты, опухоли	5	5,4
Острые воспалительные заболевания органов брюшной полости и малого таза	Перитонит, пельвиоперитонит, эндометрит после родов, вследствие перфорации матки во время искусственного аборта	3	3,3
	Синдром Фитца-Хью-Куртиса	2	2,2
	Абсцесс брюшной полости, малого таза, tuboovarialное образование	14	15,2
	Острый сальпингоофорит, пиосальпинкс	30	32,6
Общее количество пациенток		92	100

полости, аспирацию гнойного содержимого с последующим дренированием малого таза.

Проанализировав полученные данные, следует отметить, что решение об оперативном лечении принималось без установленного диагноза, поиск которого отступил на второй план, при этом, руководствуясь неправильным диагнозом, выбиралась правильная тактика по выполнению экстренной диагностической лапароскопии.

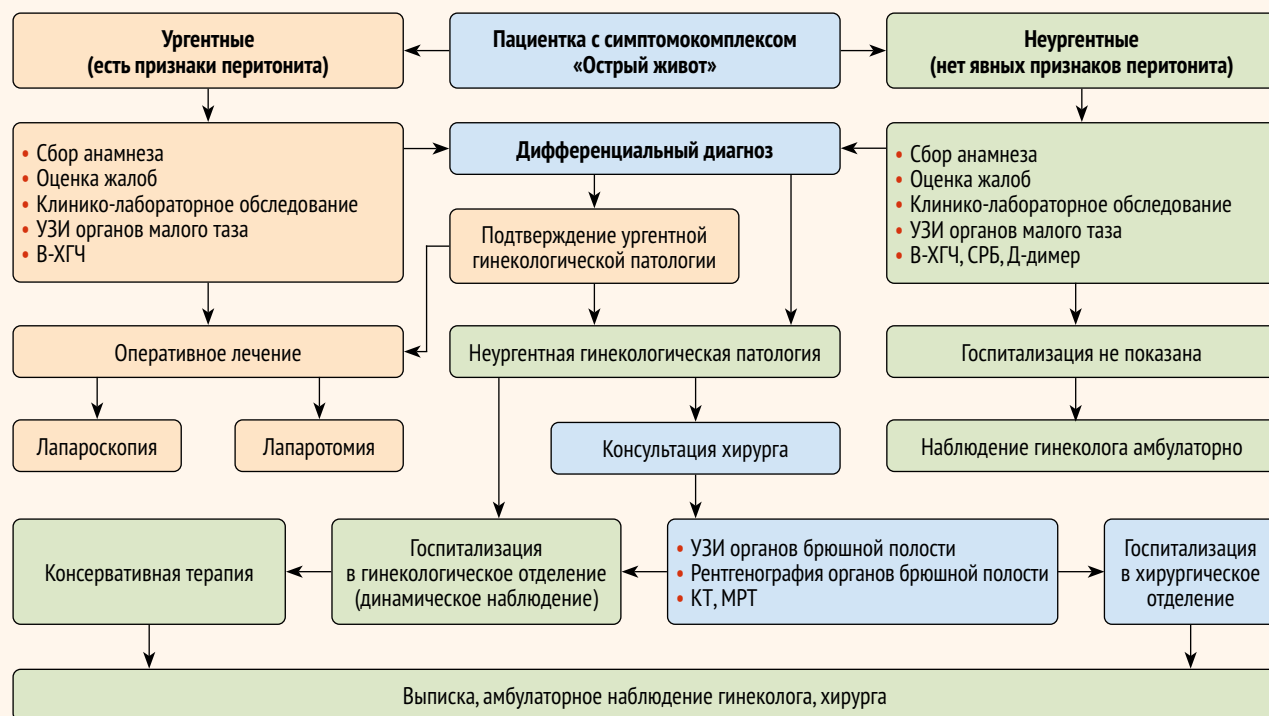
ОБСУЖДЕНИЕ

Наибольшее количество диагностических ошибок возникло при дифференциальной диагностике острого аппендицита с острой гинекологической патологией, не требующей срочной операции [22]. Клинический диагноз был установлен только во время диагностической лапароскопии, которая является наиболее высокоинформативным доступным методом. Целесообразность проведения диагностической лапароскопии при неясных случаях признается большинством авторов [23]. Богатый клинический опыт, накопленный отечественными и зарубежными хирургами, показывает, что оптимальная лечебная тактика при диагностике острого аппендицита заключается в проведении оперативного лечения в экстренном порядке, а в случае диагностики острых воспалительных заболеваний придатков матки в назначении

консервативной антибактериальной, противовоспалительной терапии. Лишь при неэффективности проводимой консервативной терапии в динамике принимается решение об оперативном лечении [12]. За острый аппендицит преимущественно принимали гнойно-воспалительные заболевания матки и ее придатков, а также осложненные кисты яичников. Несомненно, правильный выбор времени для оперативного вмешательства у больных с острыми воспалительными заболеваниями, а также гнойными tuboovarialными образованиями, имеет большое значение. Тщательная предоперационная медикаментозная подготовка таких пациенток позволяет выполнить операцию в холодную фазу заболевания, что значительно снижает технические трудности операции и приводит к более адекватному объему оперативного вмешательства, имеющему крайне важное значение у пациенток репродуктивного возраста. При этом информация об этиологическом агенте до операции позволила бы использовать патогенетически направленную медикаментозную терапию, что в дальнейшем могло бы изменить объем хирургического вмешательства. Отмечена гипердиагностика в большинстве случаев в отношении острого аппендицита на этапе госпитализации в стационар при проведении дифференциально-диагностического поиска в условиях приемного отделения стационара. На догоспитальном этапе у женщин репродуктивного возраста хирургическая патология предполагалась гораздо чаще, чем гинекологическая. Возможно, это также связано с тем, что в скоромощном диагнозе, как правило, превалирует хирургическая патология.

На текущий момент универсальных алгоритмов обследования пациенток репродуктивного возраста с симптомокомплексом ОЖ в опубликованных клинических протоколах и рекомендациях не представлено, учитывая отсутствие нозологии ОЖ с большим разнообразием заболеваний, входящих в это понятие. Существующие клинические рекомендации «Внематочная беременность» и «Воспалительные болезни женских тазовых органов» объясняют лишь часть алгоритмов ведения отдельных групп пациенток, входящих в симптомокомплекс ОЖ. Анализируя полученные результаты, разработан и стандартизирован алгоритм диагностики и лечения пациенток с острой гинекологической патологией, протекающей под маской острого живота. Существующая лечебно-диагностическая тактика при подозрении на острые хирургические заболевания органов брюшной полости у женщин репродуктивного возраста нуждается в усовершенствовании, а создание алгоритма позволяет улучшить показатели диагностики и лечения острых хирургических и гинекологических заболеваний. На первом этапе необходимо выполнить диагностический поиск с решением вопроса о необходимости экстренного оперативного лечения. Пациентки репродуктивного возраста должны быть осмотрены совместно врачом-хирургом и акушер-гинекологом. Скоординированная работа смежных специалистов и их взаимодействие друг с другом на всех диагностических этапах, безусловно, улучшит качество диагностики, предупредит развитие поздних

- **Рисунок.** Алгоритм диагностики и лечения пациенток с острым животом при гинекологической патологии на этапе госпитализации в хирургический стационар
- **Figure.** Algorithm for diagnosis and treatment of female patients with acute abdomen in gynecological pathology at the stage of admission into a surgical hospital



осложнений и последующих нарушений репродуктивной функции. На втором этапе в случае выбора консервативной тактики ведения пациенток необходимо провести расширенную клинико-лабораторную диагностику, определить эффективность проводимой терапии, а также при необходимости выставить показания к отсроченному оперативному лечению (рисунк).

Усовершенствованный алгоритм ведения пациенток с симптомокомплексом «острый живот» соответствует модели оказания ургентной медицинской помощи в медицинских организациях государственной системы здравоохранения стационарного типа¹.

Соблюдение данного алгоритма позволит в кратчайшие сроки определиться с необходимостью экстренного хирургического вмешательства. При обследовании пациенток следует отдавать предпочтение простым и информативным методам. При этом важно отметить, что экстренно выполненное вмешательство при острых воспалительных заболеваниях органов малого таза и гнойных tuboovarianных образованиях без предварительной подготовки может привести к органуоносящим операциям, что крайне существенно у пациенток

репродуктивного возраста. Также консервативное лечение апоплексии смешанного генеза без значительной внутрибрюшной кровопотери значительно сохраняет овариальный резерв, являющийся важным фактором в дальнейшей реализации репродуктивной функции. Следует не забывать и о возможности возникновения интраоперационных, послеоперационных и анестезиологических осложнениях при проведении хирургического лечения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, только повышение качества дифференциальной диагностики, включая инструментальные методы исследования, позволит избежать излишней хирургической агрессии, что в конечном итоге у пациенток репродуктивного возраста приведет к сохранению и реализации репродуктивной функции. Своевременная правильная диагностика способствует более эффективному оказанию медицинской помощи в стационарных условиях и более совершенному использованию ресурсов стационаров, значительно улучшает экономические показатели медицинской организации без снижения качества оказания медицинской помощи за счет более эффективного использования лечебно-диагностических мощностей специализированных отделений.

¹ Приказ 1163 «О переходе к модели оказания ургентной медицинской помощи в медицинских организациях государственной системы здравоохранения г. Москвы стационарного типа» зарегистрированного 28.11.2023 Департамент Здравоохранения г. Москвы; Приказ 1186 «Об утверждении правил типовых лечебно-диагностических в скоромощных стационарных комплексах» зарегистрированного 19.12.2022 Департамент Здравоохранения г. Москвы; Приказ 1243 «Об утверждении Алгоритма проведения медицинской сортировки на госпитальном этапе оказания медицинской помощи в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь взрослому населению» зарегистрированного 13.12.2021 Департамент Здравоохранения г. Москвы.

Список литературы / References

1. Доброхотова ЮЭ (ред.). *Клинические лекции по акушерству и гинекологии*. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2009. 312 с.
2. Хайбуллина АР, Сахаудинова ИВ, Кулешова ТП, Зулкарнеева ЭМ, Муслимова СЮ, Таюпова ИМ. *Острый живот в гинекологии*. Уфа: Изд-во БашНИПИнефть; 2014. 56 с. Режим доступа: <https://library.bashgmu.ru/elibdoc/elib620.pdf>.
3. Макаров ОВ (ред.). *Гинекология. Клинические лекции*. М.: ГЭОТАР Медиа; 2010. 352 с.
4. Cubro H, Cengic V, Burina N, Kravic Z, Beciragic E, Vranic S. Mucocoele of the appendix presenting as an exacerbated chronic tubo-ovarian abscess: A case report and comprehensive review of the literature. *Medicine*. 2019;98(39):e17149. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000017149>.
5. Argentino GLS, Bueloni-Dias FN, Leite NJ, Peres GF, Elias LV, Bortolani VC et al. The role of laparoscopy in the propaedeutics of gynecological diagnosis. *Acta Cir Bras*. 2019;34(1):e20190010000010. <https://doi.org/10.1590/s0102-865020190010000010>.
6. Al Ali M, Jabbour S, Alrajaby S. ACUTE ABDOMEN systemic sonographic approach to acute abdomen in emergency department: a case series. *Ultrasound J*. 2019;11(1):22. <https://doi.org/10.1186/s13089-019-0136-5>.
7. Ciebierra M, Stabuszewska-Józwiak A, Zareba K, Jakiel G. Heterotopic pregnancy – how easily you can go wrong in diagnosing? A case study. *J Ultrason*. 2018;18(75):355–358. <https://doi.org/10.15557/JoU.2018.0052>.
8. Sayan CD, Yeral MI, Ozkan ZS, Karaca G, Asal N, Aydin O, Sagsoz N. Sigmoid Colon Perforation Mimics a Tuboovarian Abscess. *Med Arch*. 2018;72(2):151–153. <https://doi.org/10.5455/medarch.2018.72.151-153>.
9. Миннуллин РИ, Рухляда НН, Мирошниченко АГ, Соловьев ИА, Алимов РР. Анализ традиционной диагностической тактики при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости и малого таза у женщин репродуктивного возраста на догоспитальном и стационарном этапах скорой медицинской помощи. *Скорая медицинская помощь*. 2014;15(3):51–56. <https://doi.org/10.24884/2072-6716-2014-15-3-51-56>.
10. Minnullin RI, Ruhlajda NN, Miroshnichenko AG, Solovov IA, Alimov RR. Analysis of conventional diagnostic technology for acute surgical diseases of abdomen and pelvis in women of reproductive age delivered during the prehospital and inpatient phases of emergency medical care. *Emergency Medical Care*. 2014;15(3):51–56. (In Russ.) <https://doi.org/10.24884/2072-6716-2014-15-3-51-56>.
11. Liu H, Ge YX, Xiang YJ, Zhang XL. Gynecological acute abdomen in patients age under 18: an analysis of 237 cases. *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi*. 2018;53(5):304–307. <https://doi.org/10.3760/cma.j.issn.0529-567x.2018.05.004>.
12. Адамян ЛВ, Артычук НВ, Беженарь ВФ, Белокриницкая ТЕ, Доброхотова ЮЭ, Киселев СИ и др. *Внематочная (эктопическая) беременность: клинические рекомендации*. 2024. Режим доступа: https://g-academy.ru/sites/default/files/2024-12/cr_4.pdf.
13. Адамян ЛВ, Андреева ЕН, Артычук НВ, Белокриницкая ТЕ, Беженарь ВФ, Сутуркина ЛВ и др. *Воспалительные болезни женских тазовых органов: клинические рекомендации*. 2024. Режим доступа: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/643_2.
14. Flasar MH, Goldberg E. Acute abdominal pain. *Med Clin North Am*. 2006;90(3):481–503. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2005.11.005>.
15. Петлах В, Коновалов А, Константинова И, Сергеев А, Беляева О. Диагностика и лечение гинекологических заболеваний в практике детского хирурга. *Врач*. 2012;(1):3–7. Режим доступа: <https://pulmo.rusvrach.ru/archive/vrach-2012-01-02.pdf>.
16. Petlakh V, Konovalov A, Konstantinova I, Sergeyev A, Belyaeva O. Diagnosis and treatment of gynecological diseases in a pediatric surgeon's practice. *Vrach*. 2012;(1):3–7. (In Russ.) Available at: <https://pulmo.rusvrach.ru/archive/vrach-2012-01-02.pdf>.
17. Grundmann RT, Petersen M, Lippert H, Meyer F. The acute (surgical) abdomen – epidemiology, diagnosis and general principles of management. *Z Gastroenterol*. 2010;48(6):696–706. <https://doi.org/10.1055/s-0029-1245303>.
18. Mayumi T, Yoshida M, Tazuma S, Furukawa A, Nishii O, Shigematsu K et al. The Practice Guidelines for Primary Care of Acute Abdomen 2015. *Jpn J Radiol*. 2016;34(1):80–115. <https://doi.org/10.1007/s11604-015-0489-z>.
19. Ahmad G, Duffy JM, Phillips K, Watson A. Laparoscopic entry techniques. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008;(2):CD006583. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006583.pub2>.
20. Angioli R, Terranova C, De Cicco Nardone C, Cafà EV, Damiani P, Portuesi R et al. A comparison of three different entry techniques in gynecological laparoscopic surgery: a randomized prospective trial. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2013;171(2):339–342. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2013.09.012>.
21. Ietto G, Amico F, Pettinato G, Iori V, Carcano G. Laparoscopy in Emergency: Why Not? Advantages of Laparoscopy in Major Emergency: A Review. *Life*. 2021;11(9):917. <https://doi.org/10.3390/life11090917>.
22. Bokemeyer A, Ochs K, Fuhrmann V. Acute Abdomen: Diagnostic Management. *Dtsch Med Wochenschr*. 2020;145(21):1544–1551. <https://doi.org/10.1055/a-1007-4264>.
23. Cooke CM, Macdonald DB, Singh SS. Acute Abdominal Pain in a Postmenopausal Woman. *JAMA Surg*. 2018;153(11):1049–1050. <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2018.2016>.
24. Снегирев ИИ, Фролов АП, Зелов ИА. Ошибки в диагностике острого аппендицита и острых абдоминальных заболеваний гениталий у женщин. *Сибирский медицинский журнал (Иркутск)*. 2007;(2):27–29. Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/oshibki-v-diagnostike-ostrogo-appenditsita-i-ostryh-abdominalnyh-zabolevaniy-genitaliy-u-zhenschin>.
25. Snegirev II, Frolov AP, Zelov IA. The mistakes in diagnostics of acute appendicitis and acute abdominal diseases of genitals in women. *Siberian Medical Journal (Irkutsk)*. 2007;(2):27–29. (In Russ.) Available at: <https://cyberleninka.ru/article/n/oshibki-v-diagnostike-ostrogo-appenditsita-i-ostryh-abdominalnyh-zabolevaniy-genitaliy-u-zhenschin>.
26. Самсонов ВТ, Ермолов АС, Гуляев АА, Ярцев ПА, Абдуламитов ХК, Саттарова ЗИ. Возможности видеолaparоскопии в диагностике и лечении заболеваний, имитирующих острый аппендицит. *Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова*. 2017;(6):22–27. <https://doi.org/10.17116/hirurgia2017622-27>.
27. Samsonov VT, Ermolov AS, Guliaev AA, Yartsev PA, Abdulamitov KhK, Sattarova ZI. Videolaparoscopy in diagnosis and treatment of diseases simulating acute appendicitis. *Pirogov Russian Journal of Surgery*. 2017;(6):22–27. (In Russ.) <https://doi.org/10.17116/hirurgia2017622-27>.

Вклад авторов:

Концепция статьи – Ю.Э. Доброхотова, А.А. Щеголев, А.Э. Маркаров, Т.С. Котомина, Э.А. Маркова, О.А. Слюсарева

Написание текста – О.А. Слюсарева, Э.А. Маркова, С.А. Хлынова

Сбор и обработка материала – О.А. Слюсарева, Э.А. Маркова, С.А. Хлынова

Редактирование – С.А. Хлынова, Э.А. Маркова, О.А. Слюсарева

Утверждение окончательного варианта статьи – А.Э. Маркаров, Ю.Э. Доброхотова, А.А. Щеголев

Contribution of authors:

Concept of the article – Julia E. Dobrokhotova, Aleksandr A. Shchegolev, Arnold E. Markarov, Tatyana S. Kotomina, Eleonora A. Markova,

Olga A. Slyusareva

Text development – Olga A. Slyusareva, Eleonora A. Markova

Collection and processing of material – Olga A. Slyusareva, Eleonora A. Markova, Svetlana A. Khlynova

Editing – Svetlana A. Khlynova, Eleonora A. Markova, Olga A. Slyusareva

Approval of the final version of the article – Arnold E. Markarov, Julia E. Dobrokhotova, Aleksandr A. Shchegolev

Информация об авторах:

Доброхотова Юлия Эдуардовна, д.м.н., профессор, заслуженный врач РФ, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии лечебного факультета, Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова; 117997, Россия, Москва, ул. Островитянова, д. 1; <https://orcid.org/0000-0003-2786-6181>; pr.dobrohotova@mail.ru

Щеголев Александр Андреевич, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой госпитальной хирургии педиатрического факультета, Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова; 117513, Россия, Москва, ул. Островитянова, д. 1; <https://orcid.org/0000-0001-6427-4295>; ashchegolev57@mail.ru

Маркаров Арнольд Эдуардович, к.м.н., главный врач, Городская клиническая больница имени Ф.И. Иноземцева; 105187, Россия, Москва, ул. Фортунатовская, д. 1; <https://orcid.org/0000-0002-0392-8280>; gkb36@zdrav.mos.ru

Котомина Татьяна Сергеевна, к.м.н., заместитель главного врача по акушерско-гинекологической помощи, Городская клиническая больница имени Ф.И. Иноземцева; 105187, Россия, Москва, ул. Фортунатовская, д. 1; <https://orcid.org/0000-0002-5660-2380>; gkb36@zdrav.mos.ru

Хлынова Светлана Анатольевна, к.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии лечебного факультета, Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова; 117997, Россия, Москва, ул. Островитянова, д. 1; врач – акушер-гинеколог, Городская клиническая больница имени Ф.И. Иноземцева; 105187, Россия, Москва, ул. Фортунатовская, д. 1; <https://orcid.org/0000-0003-1554-3633>; doc-khlinova@mail.ru

Маркова Элеонора Александровна, к.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии лечебного факультета, Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова; 117997, Россия, Москва, ул. Островитянова, д. 1; врач – акушер-гинеколог, Городская клиническая больница имени Ф.И. Иноземцева; 105187, Россия, Москва, ул. Фортунатовская, д. 1; <https://orcid.org/0000-0002-9491-9303>; markova.eleonora@mail.ru

Слюсарева Ольга Александровна, к.м.н., ассистент кафедры акушерства и гинекологии лечебного факультета, Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова; 117997, Россия, Москва, ул. Островитянова, д. 1; врач – акушер-гинеколог, Городская клиническая больница имени Ф.И. Иноземцева; 105187, Россия, Москва, ул. Фортунатовская, д. 1; <https://orcid.org/0000-0001-9279-7851>; Lelechka.86@mail.ru

Information about the authors:

Julia E. Dobrokhotova, Dr. Sci. (Med.), Professor, Honoured Doctor of the Russian Federation, Head of the Department of Obstetrics and Gynecology, Pirogov Russian National Research Medical University; 1, Ostrovityanov St., Moscow, 117997, Russia; <https://orcid.org/0000-0003-2786-6181>; pr.dobrokhotova@mail.ru

Aleksandr A. Shchegolev, Dr. Sci. (Med.), Professor, Head of the Department of Hospital Surgery of the Pediatric Faculty, Pirogov Russian National Research Medical University; 1, Ostrovityanov St., Moscow, 117997, Russia; <https://orcid.org/0000-0001-6427-4295>; ashegolev57@mail.ru

Arnold E. Markarov, Cand. Sci. (Med.), Chief Medical Officer, Inozemtsev City Clinical Hospital of the Department of Health of Moscow; 1, Fortunatovskaya St., Moscow, 105187, Russia; <https://orcid.org/0000-0002-0392-8280>; gkb36@zdrav.mos.ru

Tatiana S. Kotomina, Cand. Sci. (Med.), Deputy Chief Physician for Obstetrics and Gynecology Care, Inozemtsev City Clinical Hospital of the Department of Health of Moscow; 1, Fortunatovskaya St., Moscow, 105187, Russia; <https://orcid.org/0000-0002-5660-2380>; gkb36@zdrav.mos.ru

Svetlana A. Khlynova, Cand. Sci. (Med.), Associate Professor of the Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of General Medicine, Pirogov Russian National Research Medical University; 1, Ostrovityanov St., Moscow, 117997, Russia; <https://orcid.org/0000-0003-1554-3633>; doc-khlinova@mail.ru

Eleonora A. Markova, Cand. Sci. (Med.), Associate Professor of the Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of General Medicine, Pirogov Russian National Research Medical University; 1, Ostrovityanov St., Moscow, 117997, Russia; <https://orcid.org/0000-0002-9491-9303>; markova.eleonora@mail.ru

Olga A. Slyusareva, Cand. Sci. (Med.), Obstetrician-Gynecologist, Inozemtsev City Clinical Hospital of the Department of Health of Moscow; 1, Fortunatovskaya St., Moscow, 105187, Russia; Assistant of the Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of General Medicine, Pirogov Russian National Research Medical University; 1, Ostrovityanov St., Moscow, 117997, Russia; <https://orcid.org/0000-0001-9279-7851>; Lelechka.86@mail.ru