

# Недержание мочи: методы лечения

И.Ю.Ильина<sup>✉</sup>, Ю.Э.Доброхотова, М.Р.Нариманова, А.А.Чикишева, В.О.Маликова, И.Ю.Гончаров  
ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И.Пирогова»  
Минздрава России. 117997, Россия, Москва, ул. Островитянова, д. 1

Недержание мочи является серьезной социальной и медицинской проблемой в России и во всем мире. Однако даже из небольшого процента женщин, которые целенаправленно обращаются к врачу по поводу наличия симптомов инконтиненции, только 2% пациенток получают квалифицированную урологическую помощь. Медикаментозную терапию применяют в качестве первичного метода для всех пациенток с гиперактивным мочевым пузырем. В качестве препаратов выбора рекомендуется применение М-холинолитиков, воздействующих на мускариновые рецепторы мочевого пузыря. В статье представлены данные, указывающие на возможность применения тропсия хлорида у пациенток разных возрастных категорий.

**Цель исследования** – определение эффективности применения М-холинолитического препарата (тропсия хлорид) у женщин разных возрастных категорий.

**Материал и методы.** В исследование включены 68 пациенток с симптомами гиперактивного мочевого пузыря, которые в зависимости от возраста были разделены на 2 группы. Все пациентки получали тропсия хлорид (Спазмекс<sup>®</sup>) на протяжении 6 мес.

**Результаты.** Через 3 и 6 мес применения тропсия хлорида у пациенток обеих групп жалобы значительно уменьшились. Обращает на себя внимание тот факт, что более значительное снижение количества жалоб в процессе лечения произошло в первые 3 мес. У женщин репродуктивного возраста результаты более значимы, чем у пациенток, находящихся в периоде постменопаузы, что можно объяснить наличием у пациенток 2-й группы гипоестрогенного состояния, утяжеляющего течение данного патологического состояния и требующего назначения этиопатогенетического лечения.

**Заключение.** Тропсия хлорид может быть рекомендован пациенткам репродуктивного и постменопаузального периодов для купирования симптомов гиперактивного мочевого пузыря с учетом противопоказаний. У женщин постменопаузального периода следует дополнительно к приему тропсия хлорида рассмотреть вопрос о необходимости назначения менопаузальной гормональной терапии (системной, локальной) с целью восполнения дефицита эстрогенов. При наличии пролапса гениталий и стрессового компонента недержания мочи следует решить вопрос о необходимости своевременного оперативного лечения, направленного на купирование стрессового недержания мочи и коррекцию пролапса гениталий.

**Ключевые слова:** гиперактивный мочевой пузырь, стрессовое недержание мочи, пролапс гениталий, тропсия хлорид, Спазмекс.

<sup>✉</sup>ilyina@mail.ru

**Для цитирования:** Ильина И.Ю., Доброхотова Ю.Э., Нариманова М.Р. и др. Недержание мочи: методы лечения. Гинекология. 2018; 20 (1): 92–95. DOI: 10.26442/2079-5696\_20.1.92-95

## Urinary incontinence. Methods of treatment

I.Yu.Ilyina<sup>✉</sup>, Yu.E.Dobrokhotova, M.R.Narimanova, A.A.Chikisheva, V.O.Malikova, I.Yu.Goncharov  
N.I.Pirogov Russian National Research Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation. 117997, Russian Federation, Moscow,  
ul. Ostrovitianova, d. 1

Urinary incontinence is a serious social and medical problem in Russia and throughout the world. However, even a small percentage of women who purposefully go to the doctor about having incontinence symptoms, only 2% of patients receiving the qualified urological aid. Medical therapy is used as the primary method for all patients with an overactive bladder. As the drugs of choice, the use of M-cholinolytics affecting muscarinic receptors of the bladder is recommended. The article presents data indicating the possibility of using trospium chloride in patients of different age categories.

**Objective** – to determine the effectiveness of the use of M-cholinolytic drug (trospium chloride) in women of different age categories.

**Material and methods.** The study included 68 patients with symptoms of a hyperactive bladder, which, depending on their age, were divided into 2 groups. All patients received trospium chloride (Spasmex<sup>®</sup>) for 6 months.

**Results.** After 3 and 6 months of the use of trospium chloride in patients of both groups, the complaints decreased significantly. Attention is drawn to the fact that the decrease in the number of complaints during the treatment significantly decreased more in the first three months. In women of the reproductive period, the results are more significant than in postmenopausal patients, which can be explained by the presence of hypoestrogenic condition in patients of the 2nd group, which can make the pathology worse and require the appointment of etiopathogenetic treatment.

**Conclusion.** Trospium chloride can be recommended to patients reproductive and postmenopausal periods for relief of symptoms of overactive bladder with the contraindications. In postmenopausal women, in addition to taking trospium chloride, the need to prescribe menopausal hormone therapy (systemic, local) should be considered to compensate for the deficiency of estrogen. In the presence of prolapse of the genitals and stress component of urinary incontinence, it is necessary to resolve the issue of the need for timely surgical treatment aimed at coping with stress urinary incontinence and correction of prolapse of the genitals.

**Key words:** hyperactive urinary bladder, stress urinary incontinence, genital prolapse, trospium chloride, Spasmex.

<sup>✉</sup>ilyina@mail.ru

**For citation:** Ilyina I.Yu., Dobrokhotova Yu.E., Narimanova M.R. et al. Urinary incontinence. Methods of treatment. Gynecology. 2018; 20 (1): 92–95. DOI: 10.26442/2079-5696\_20.1.92-95

Недержание мочи является серьезной социальной и медицинской проблемой [1–3] в России и во всем мире. Однако из небольшого процента женщин, которые целенаправленно обращаются к врачу по поводу наличия симптомов инконтиненции, только 2% пациенток получают квалифицированную урологическую помощь. Даже в высокоразвитых странах с другим менталитетом населения и большей оснащенностью лечебных учреждений сохраняются трудности в ранней диагностике всех форм расстройств мочеиспускания [4].

Стрессовое недержание мочи (СНМ), или недержание мочи при напряжении, определяют как состояние, которое характеризуется непроизвольной утечкой мочи из наружного отверстия уретры при повышении внутрибрюшного давления и отсутствии сокращений детрузора, что вызывает социальные или гигиенические проблемы [1]. При этом СНМ входит в десятку самых распространенных нарушений у женщин и, по данным различных исследований, имеет место более чем у 46% женщин Европы и Америки [5–7].

В настоящее время не вызывает сомнений тот факт, что основным методом лечения СНМ у женщин является опе-

ративное вмешательство [7, 8]. Достоверная информация о частоте развития осложнений после оперативного вмешательства по поводу СНМ отсутствует, что связано с недостаточным числом стандартизированных методов оценки результатов исследований. Однако известно, что после открытой кольпосспензии по Берчу и операций позадилоной и трансобтураторной уретропексии примерно у 15% больных сохраняется СНМ, а также нередко появляется обструктивное или вновь возникшее ургентное и учащенное мочеиспускание [7, 9, 10].

С возрастом значительно увеличивается число больных с расстройствами функции нижних мочевых путей, особенно это относится к гиперактивному мочевому пузырю (ГАМП). ГАМП оказывает выраженное негативное влияние на качество жизни. Ургентное и учащенное мочеиспускание и ургентное недержание мочи значительно отражаются на дневной деятельности и ночном сне [11].

ГАМП у женщин, на первый взгляд, кажется довольно простой и понятной проблемой. Однако нельзя не учитывать возможные нейрогенные факторы. Недержание мочи чаще является смешанным явлением, когда не только гиперактивность, но и недостаточность функции сфинктер-

ного аппарата мочевого пузыря составляют суть расстройства мочеиспускания [3].

ГАМП – симптомокомплекс, характеризующийся неудержимыми (императивными) позывами к мочеиспусканию (ургентностью), учащенным мочеиспусканием (поллакиурией), ночным мочеиспусканием (ноктурией) и ургентным недержанием мочи. Проблема ГАМП в настоящее время является одной из самых широко обсуждаемых среди урологов, гинекологов, неврологов, врачей общей практики [3, 12].

Фармакотерапия – один из первых и самых распространенных методов лечения ГАМП и обусловленного им ургентного недержания мочи. Медикаментозную терапию применяют в качестве первичного метода для всех пациентов с ГАМП и ургентным недержанием мочи. Метод вызывает интерес, прежде всего, благодаря доступности, возможности длительного применения, индивидуального подбора дозы и режима терапии [3]. В качестве препаратов выбора рекомендуется применение М-холинолитиков, воздействующих на мускариновые рецепторы мочевого пузыря. Однако большинство из этих препаратов вызывают неизбежные нежелательные явления, что обуславливает необходимость поддержания баланса между их преимуществами и недостатками [3, 13].

Современные лекарственные средства группы селективных антагонистов мускариновых рецепторов обладают высокой эффективностью в отношении симптомов ГАМП. В большинстве случаев достигаются выраженный клинический эффект и улучшение качества жизни пациентов. Решение о том, какова должна быть длительность терапии, остается за врачом [14].

На кафедре акушерства и гинекологии лечебного факультета ФГБОУ ВО «РНИМУ им. Н.И.Пирогова» было проведено исследование, целью которого явилось определение эффективности применения М-холинолитического препарата (троспия хлорид) у женщин разных возрастных категорий.

Троспия хлорид – парасимпатолитик с периферическим, атропиноподобным действием, а также ганглионарным миотропным действием, подобным таковому у папаверина. Дозу подбирают индивидуально: от 30 до 90 мг/сут [2, 13]. Выбор был сделан в пользу троспия хлорида из всех М-холинолитических препаратов в связи с тем, что данный препарат в меньшей степени проникает через гематоэнцефалический барьер, что позволяет его использовать у больных с нарушением когнитивных функций.

## Материал и методы

В исследование были включены 68 пациенток репродуктивного и постменопаузального периодов с симптомами ГАМП. Критериями включения в исследование были: симптомы ГАМП, отсутствие противопоказаний к применению М-холинолитического препарата (троспия хлорида), согласие паци-

ентки на участие в клиническом исследовании. Критериями исключения явились: отсутствие симптомов ГАМП, наличие воспалительного процесса мочевых путей, органической патологии мочевого выделительной системы, неврологической патологии, пролапса гениталий 3–4-й степени выраженности.

Пациентки были распределены в две группы, в 1-ю группу вошли 23 женщины репродуктивного периода, во 2-ю группу – 45 пациенток постменопаузального периода. Средний возраст пациенток 1-й группы составил  $43,5 \pm 3,6$  года, 2-й группы –  $58,3 \pm 4,1$  года. Больные обеих групп были сопоставимы по анамнезу, наследственности, особенностям менструальной и детородной функций, наличию сопутствующей патологии. В 1-й группе у 10 (43,5%) пациенток отмечался смешанный тип недержания мочи, т.е. помимо симптомов ГАМП у них наблюдались симптомы СНМ, во 2-й группе смешанный тип недержания мочи был у 19 (42,2%) женщин.

Для определения типа недержания мочи и оценки степени выраженности нарушений со стороны мочеиспускания пациентки заполняли дневник мочеиспускания. Кроме того, пациентки обеих групп заполняли опросник PFDI-20 (Pelvic Floor Disorders Distress Inventory).

Опросник PFDI-20 состоит из 20 вопросов, из которых 6 относятся к симптомам пролапса тазовых органов, 8 – к колоректально-анальным симптомам и 6 – к симптомам недержания мочи. Каждый вопрос в зависимости от степени выраженности и частоты проявления симптома оценивается от 0 до 4 баллов. Далее по каждой из трех шкал симптомов высчитывается среднее значение по всем вопросам, которое умножается на 25, затем значения складываются (конечное значение может быть в диапазоне от 0 до 300) [15].

Анализ жалоб пациенток до начала лечения по опроснику PFDI-20 показал следующие результаты: в 1-й группе – в среднем  $59,8 \pm 10,4$  балла (от 50 до 83 баллов), во 2-й группе – в среднем  $63,4 \pm 13,8$  балла (от 50 до 92 баллов); рис. 1.

Для количественной оценки пролапса тазовых органов использовали стандартизованную классификацию POP-Q (Pelvic Organ Prolapse Quantification), разработанную International Continence Society (ICS) в 1996 г. При гинекологическом осмотре у пациенток диагностировали пролапс гениталий 1 и 2-й степени выраженности.

Пролапс гениталий 1–2-й степени выраженности наблюдался в 1-й группе у 6 (26,1%) пациенток, во 2-й группе – у 16 (35,6%). Причем сочетание смешанного типа недержания мочи с пролапсом гениталий 1–2-й степени выраженности в 1-й группе наблюдалось у 4 (17,4%) пациенток, а во 2-й группе – у 11 (24,4%) женщин.

Кроме того, при гинекологическом осмотре оценивали тургор промежности по следующей методике оценки промежности [5]: указательный палец

вводится во влагалище, а большой палец позиционируют в области промежностного шва. Оценивается толщина промежности между исследующими пальцами. Далее пальпаторно оценивается тонус промежности, для чего большой палец поочередно устанавливают слева и справа от промежностного шва, а пациентку просят напрячь тазовое дно: степень сокращения мышц промежности определяют субъективно (нормальный тонус, тонус снижен, тонус отсутствует). Наконец, определяется степень дистопии мышц тазового дна при помощи способа, при котором во влагалище вводят один, затем два пальца левой руки, методично увеличивая расстояние между ними, аналогично исследованию степени открытия маточного зева, и просят пациентку сжать введенные пальцы мышцами промежности. Минимальная позиция, при которой исследователь ощущает тонус промежности, отражает степень дистопии мышц тазового дна. Мнение о послойной характеристике тонуса мышц промежности составляют по числу фаланг исследующих пальцев, ощущающих тонус в минимальной позиции [5].

По результатам оценки тургора промежности у 4 (66,7%) пациенток 1-й группы из 6 с пролапсом гениталий 1–2-й степени выраженности он был снижен, у 2 (33,3%) пациенток – отсутствовал. У 13 (81,2%) пациенток 2-й группы тургор промежности был снижен, у 3 (18,8%) – отсутствовал.

Также при гинекологическом осмотре проводили кашлевую пробу с полным мочевым пузырем (150–200 мл) в положении на гинекологическом кресле. Пациентке предлагают покашлять, повторив 3 кашлевых толчка 3–4 раза, в промежутках между сериями кашлевых толчков необходим полный вдох. Проба положительна при подтекании мочи при кашле.

В обязательном порядке всем пациенткам проводили бактериоскопическое исследование мазков из влагалища, цервикального канала и уретры, цитологические исследования соскобов с поверхности шейки матки и цервикального канала, бактериоскопическое исследование осадка мочи. Только при отсутствии патологии пациентки продолжали дальнейшее участие в исследовании.

После того как пациентки были обследованы, им назначали тропсия хлорид 15 мг 3 раза в день на протяжении 6 мес с учетом противопоказаний к приему препарата. Спустя 3 и 6 мес от начала исследования оценивали жалобы больных, проводя опрос с использованием PFDI-20.

Через 3 мес применения тропсия хлорида у пациенток 1-й группы количество жалоб значительно снизилось. По данным опроса пациенток с использованием PFDI-20 были получены следующие результаты: у больных 1-й группы через 3 мес лечения – 35,2±16,5 балла (от 14 до 76 баллов); у больных 2-й группы – 42,3±14,9 балла (от 21 до 74 баллов); см. рис. 1. У больных 1-й группы через 6 мес лечения было 22,4±13,7 балла (от 5 до 52 баллов), у пациенток 2-й группы – 29,5±12,3 балла (от 10 до 56 баллов); см. рис. 1.

## Результаты

При анализе полученных данных обращает на себя внимание тот факт, что снижение количества жалоб в процессе лечения значительно уменьшилось у пациенток 1 и 2-й групп, причем больше в первые 3 мес. У женщин репродуктивного периода результаты более значимы, чем у пациенток в постменопаузальном периоде, что можно объяснить наличием у пациенток 2-й группы гипострогенного состояния, что может утяжелять течение данного патологического состояния и требовать назначения этиопатогенетического лечения [17]. Однако и у них отмечается достоверное снижение количества баллов при оценке PFDI-20.

Высокие цифры PFDI-20 у женщин 1 и 2-й группы через 3 и 6 мес объяснялись наличием стрессового компонента недержания мочи и наличием пролапса гениталий. У тех женщин, у которых отмечались только симптомы ГАМП, было более выраженное уменьшение жалоб в процессе лечения (рис. 2).

Рис. 1. Динамика жалоб пациенток репродуктивного и постменопаузального периодов на фоне лечения.

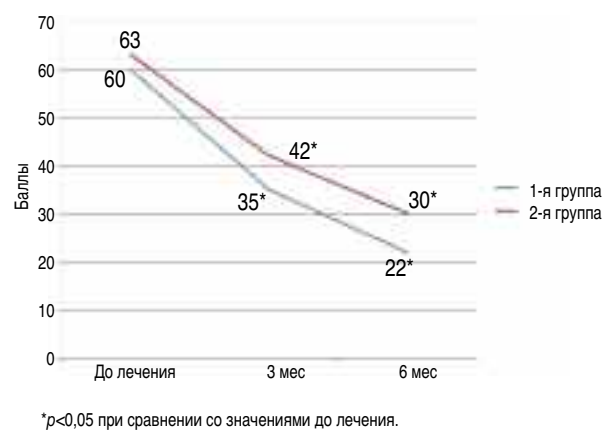
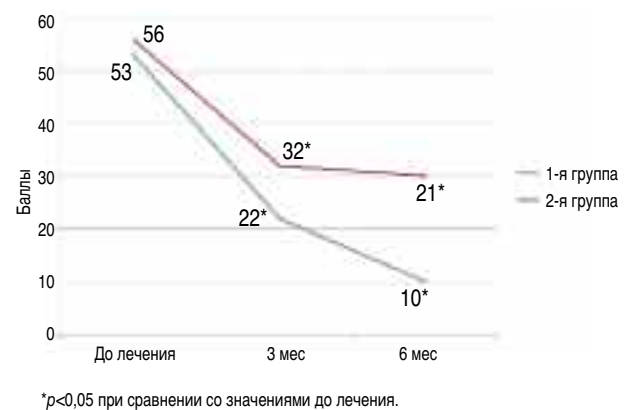


Рис. 2. Динамика жалоб пациенток репродуктивного и постменопаузального периодов с ГАМП на фоне лечения.



До лечения у пациенток 1-й группы с изолированными симптомами ГАМП PFDI-20 было 53,2±2,3 балла (от 50 до 56 баллов). Через 3 мес применения тропсия хлорида у пациенток данной категории группы жалобы значительно уменьшились, и по результатам опроса было получено 21,9±5,7 балла (от 14 до 32 баллов), а через 6 мес – 10,5±4,4 балла (от 5 до 18 баллов); см. рис. 2. У пациенток 2-й группы при оценке PFDI-20 было получено 55,5±7,8 балла (от 50 до 82 баллов). Через 3 мес применения тропсия хлорида у пациенток данной категории было 32,4±7,9 балла (от 21 до 54 баллов), а через 6 мес – 21,3±6,8 балла (от 10 до 42 баллов); см. рис. 2.

У пациенток с изолированными симптомами ГАМП сохраняется такая же тенденция, как и у пациенток с пролапсом гениталий 1–2-й степени выраженности и смешанным типом недержания мочи: у женщин репродуктивного периода уменьшение симптомов более значимо, чем у женщин постменопаузального периода.

## Заключение

Таким образом, тропсия хлорид может быть рекомендован пациенткам репродуктивного и постменопаузального периодов для купирования симптомов ГАМП с учетом противопоказаний. У женщин постменопаузального периода следует дополнительно к приему тропсия хлорида рассмотреть вопрос о необходимости назначения менопаузальной гормональной терапии (системной, локальной) с целью восполнения дефицита эстрогенов. При наличии пролапса гениталий и стрессового компонента недержания мочи следует решить вопрос о необходимости своевременного оперативного лечения, направленного на купирование СНМ и коррекцию пролапса гениталий.

**Литература/References**

1. Abrams P, Cardozo L, Fall M et al. The standartization of terminology in lower urinary tract function. *Neurol Urodyn* 2002; 21: 167–78.
2. Гаджиева З.К. Нарушения мочеиспускания. Под ред. Ю.Г.Аляева. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. / Gadzhieva Z.K. Narusheniia mocheispushkaniia. Pod red. Yu.G.Aliaeva. M.: GEOTAR-Media, 2010. [in Russian]
3. Недержание мочи у женщин. Клинические рекомендации. М., 2016. / *Nederzbanie mochi u zhenshchbin. Klinicheskie rekomendatsii*. M., 2016. [in Russian]
4. Алексеева Г.С., Трифонова Н.Ю., Вирысов АВ., Лившиц С.А. Обоснование организации возрастнo-ориентированного оказания помощи женщинам пожилого возраста с недержанием мочи. Социальные аспекты здоровья населения. 2015; 2. / *Alekseeva G.S., Trifonova N.Yu., Viryasov A.V., Livshits S.A. Obosnovanie organizatsii vozrastno-orientirovannogo okazaniia pomoshchi zhenshchbinam pozbilogo vozrasta s nederzbanie mochi. Sotsial'nye aspekty zdorou'ia naseleniia*. 2015; 2. [in Russian]
5. Ильина И.Ю., Доброхотова Ю.Э., Маликова В.О., Чикишева А.А. Особенности мочеиспускания у гинекологических больных. Гинекология. 2013; 15 (5): 48–50. / *Ilyina I.Yu., Dobrokhotova Yu.E., Malikova V.O., Chikisheva A.A. Osobennosti mocheispushkaniia u ginekologicheskikh bolnykh*. *Gynecology*. 2013; 15 (5): 48–50. [in Russian]
6. Bottero R, Urquhart DM, Davis SR, Bell RJ. Prevalence and incidence of urinary incontinence in women: review of the literature and investigation of methodological issues. *Int J Urol* 2008; 15: 230–4.
7. Даренков С.П., Кривобородов Г.Г., Ефремов Н.С. и др. Регулируемый субуретральный слинг в лечении анатомического типа стрессового недержания мочи у женщин. *Vest. RGMU*. 2012; 1: 66–70. / *Darenkov S.P., Krivoborodov G.G., Efremov N.S. i dr. Reguliruemyy suburetral'nyi sling v lechenii anatomicheskogo tipa stressovogo nederzbanii mochi u zhenshchbin*. *Vest. RGMU*. 2012; 1: 66–70. [in Russian]
8. Serati M, Salvatore S, Uccella S et al. Surgical treatment for female stress urinary incontinence: what is the gold-standard procedure? *Urogynecol J* 2009; 20: 619–21.
9. Angioli R, Plotti F, Muzii L et al. Tension-free vaginal tape versus trans-obturator suburethral tape: five-year follow-up results of a prospective, randomised trial. *Eur Urol* 2010; 58: 671–7.
10. Al-Badr A, Ross S, Soroka D et al. Voiding patterns and urodynamics after a tensionfree vaginal tape procedure. *J Obstet Gynecol Can* 2003; 25: 725–30.
11. Мазо Е.Б., Школьников М.Е., Кривобородов Г.Г. Гиперактивный мочевой пузырь у больных пожилого возраста. *Consilium Medicum*. 2006; 8 (12): 97–101. / *Mazo E.B., Shkol'nikov M.E., Krivoborodov G.G. Giperaktivnyi mochevoi puzyr' u bolnykh pozbilogo vozrasta*. *Consilium Medicum*. 2006; 8 (12): 97–101. [in Russian]
12. Борисов В.В. Гиперактивный мочевой пузырь: эффективное лечение. *Consilium Medicum*. 2014; 16 (7): 22–8. / *Borisov V.V. Giperaktivnyi mochevoi puzyr': effektivnoe lechenie*. *Consilium Medicum*. 2014; 16 (7): 22–8. [in Russian]
13. Мазо Е.Б., Кривобородов Г.Г. Гиперактивный мочевой пузырь. М.: Вече, 2003. / *Mazo E.B., Krivoborodov G.G. Giperaktivnyi mochevoi puzyr'*. M.: Veche, 2003. [in Russian]
14. Ромих В.В. Гиперактивный мочевой пузырь: на перекрестке урологии и гинекологии. Гинекология. 2007; 9 (4): 34–7. / *Romikh V.V. Giperaktivnyi mochevoi puzyr': na perekrestke urologii i ginekologii*. *Gynecology*. 2007; 9 (4): 34–7. [in Russian]
15. Камоева С.В. Патогенетические аспекты прогнозирования, диагностики и лечения пролапса тазовых органов. Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 2014. / *Kamoeva S.V. Patogeneticheskie aspekty prognozirovaniia, diagnostiki i lecheniia prolapsa tazovykh organov*. *Avto-ref. dis. ... d-ra med. nauk*. M., 2014. [in Russian]
16. Радзинский В.Е. Перинеология. М.: Мед. информ. агентство, 2006. / *Radzinskii V.E. Perineologiya*. M.: Med. inform. agentstvo, 2006. [in Russian]
17. Прилепская В.Н., Назаренко Е.Г. Эстриол в терапии различных гинекологических заболеваний. *Мед. совет*. 2017; 2: 12–1. / *Prilepskaia V.N., Nazarenko E.G. Estriol v terapii razlichnykh ginekologicheskikh zabolevanii*. *Med. sovet*. 2017; 2: 12–1. [in Russian]

**СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ**

**Ильина Ирина Юрьевна** – д-р мед. наук, проф. каф. акушерства и гинекологии лечебного фак-та ФГБОУ ВО «РНИМУ им. Н.И.Пирогова». E-mail: iliyina@mail.ru

**Доброхотова Юлия Эдуардовна** – д-р мед. наук, проф., зав. каф. акушерства и гинекологии лечебного фак-та ФГБОУ ВО «РНИМУ им. Н.И.Пирогова»

**Нариманова Метанат Рафиг-кызы** – канд. мед. наук, ассистент каф. акушерства и гинекологии лечебного фак-та ФГБОУ ВО «РНИМУ им. Н.И.Пирогова»

**Чикишева Айше Ахметовна** – ассистент каф. акушерства и гинекологии лечебного фак-та ФГБОУ ВО «РНИМУ им. Н.И.Пирогова»

**Маликова Виктория Олеговна** – ассистент каф. акушерства и гинекологии лечебного фак-та ФГБОУ ВО «РНИМУ им. Н.И.Пирогова»

**Гончаров Иван Юрьевич** – ассистент каф. акушерства и гинекологии лечебного фак-та ФГБОУ ВО «РНИМУ им. Н.И.Пирогова»