

DOI: 10.24060/2076-3093-2017-7-2-34-40

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ НЕЙРОСОНОГРАФИИ В КОНТЕКСТЕ РАДИКАЛЬНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ УДАЛЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА**Ш.М. Сафин^{1,2}, А.Б. Гехтман^{1,2}**

¹Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Уфа, Россия

²Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Республиканская клиническая больница им. Г.Г. Куватова», Уфа, Россия

Сафин Шамиль Махмудович – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой медицинской реабилитации с курсами нейрохирургии и рефлексотерапии ИДПО ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, Уфа, Россия

Гехтман Алексей Борисович – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры неврологии с курсом нейрохирургии и медицинской генетики, сотрудник центра по оказанию высокоспециализированной помощи «Нейрохирургия» ГБУЗ РКБ им. Г.Г. Куватова, Уфа, Россия, e-mail: gehtmann@mail.ru

Появление нейронавигационных систем, ультразвуковых модулей привело к возникновению целого направления в нейрохирургии - *cranial image guided surgery*, которое предполагает точную верификацию границ патологического образования, размера регионарного отека, степени васкуляризации новообразования и дифференцировки питающих артерий и дренирующих вен. Основной целью данной работы является сравнительная характеристика интраоперационных возможностей аппаратов сонографии предыдущего поколения *B-k medical Falcon 2101 EXL (2003)* и *Bk medical (2017) 5000 (Дания)* в хирургии опухолей головного мозга. Исследование проведено на 22 больных с интракраниальными новообразованиями, оперированными на базе нейрохирургического отделения ГБУЗ «Республиканская клиническая больница им. Г.Г. Куватова (г. Уфа)». По результатам исследования установлено, что использование ультразвукового сканера *Bk medical 5000* позволило более точно визуализировать локализацию опухоли, что значительно облегчило задачу хирурга в выборе оптимального доступа к новообразованию, особенно при использовании конвексного мини-датчика через трефинационное отверстие. Высокая детализация нормальной ткани головного мозга, сосудов, границ опухоли и зоны регионарного отека помогла определить наиболее оптимальный размер оперативного доступа, что сократило время хирургической манипуляции. С помощью УЗ-модуля *Bk medical 5000* в режиме интраоперационной сонографии можно оценить степень инвазии опухоли в просвет венозного синуса и характер коллатерального кровотока, что позволит определить уровень безопасной резекции синуса. С помощью контрольной интраоперационной сонографии после визуального удаления диффузно растущих опухолей хорошо визуализировалась остаточная ткань опухоли, которая в последующем удалялась под УЗ-контролем *Bk medical 5000*. Использование режима эластографии при злокачественных опухолях головного мозга позволило интраоперационно оценить степень злокачественности процесса, а также радикальность ее удаления. Внедрение в широкую практику мобильного УЗ-модуля *Bk medical 5000* позволит значительно улучшить качество оказания специализированной высокотехнологичной помощи пациентам во всех областях ургентной и плановой нейрохирургии и снизить риски послеоперационных осложнений, тем самым сократить сроки пребывания пациентов в стационаре.

Ключевые слова: опухоли головного мозга, ультразвуковая сонография, ультразвук, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография.

MODERN INTRAOPERATIVE NEUROSONOGRAPHY IN THE CONTEXT OF RADICALITY AND SAFE REMOVAL OF BRAIN TUMORS**Shamil M. Safin^{1,2}, Aleksey B. Gekhtman^{1,2}**

¹ Bashkir State Medical University, Ufa, Russian Federation

² G.G. Kuvatov Republican Clinical Hospital, Ufa, Russian Federation

Safin Shamil Makhmudovich – Doctor of Medical Sciences, Professor, Chair of the Medical Rehabilitation with Courses of Neurosurgery and Acupuncture Department of Additional Professional Education Institution of Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Bashkir State Medical University" of Russian Healthcare, Ufa, Russian Federation

Gekhtman Aleksey Borisovich – Candidate of Medical Sciences, Professor Assistant of the Neurology with the Course of Neurosurgery and Medical Genetics Department, Staff Member of the Center providing Highly Specialized Care "Neurosurgery" of Federal State Budgetary Healthcare Institution G.G. Kuvatov Republican Clinical Hospital, Ufa, Russian Federation, e-mail: gehtmann@mail.ru

The emergence of neuronavigational systems, ultrasonic modules resulted in a new neurosurgery type i.e. cranial image guided surgery, which involves precise verification of borders of the pathological formation, size, regional swelling degree of vascularization of neoplasms and differentiation of feeding arteries and draining veins. The main purpose of this work is to comparatively characterize intraoperative ultrasonography machines capacity of the previous generation B-k medical Falcon 2101 EXL (2003) and Bk medical (2017) 5000 (Denmark) in surgery of brain tumors. The study was conducted on 22 patients with intracranial neoplasms, operated on the basis of the neurosurgical Department of the Republican Clinical Hospital named after G.G. Kuvatov (city of Ufa) The study found that the use of ultrasonic scanner Bk medical 5000 allowed to more accurately visualize the tumor location, which greatly facilitated the task of the surgeon in choosing optimal access to the neoplasm, especially when using convex mini sensor through the trephine opening. Highly detailed normal brain tissue, blood vessels, tumors and zone of regional edema helped determine the optimal operational size, which has reduced the time of surgical manipulation. Using ULTRASONIC module Bk medical 5000 in the mode of intraoperative sonography enables to assess the degree of invasion of the tumor into the lumen of the venous sinus and the nature of collateral blood flow that will determine the level of safe resection of sinus. Using intraoperative ultrasonography after visual removal of diffusely growing tumors there was a good visualization of residual tumor tissue, which later was removed under ULTRASOUND control Bk medical 5000. Elastography mode in malignant brain tumors enabled to intraoperatively assess the degree of malignancy as well as determine the radicalness of its removal. Implementing into practice the mobile ULTRASOUND module Bk medical 5000 will significantly improve the quality of specialized high-tech patient care in all areas of urgent and selective neurosurgery, reducing the risk of post-operative complications, thereby reducing time limits for patients to stay in hospital.

Keywords: brain tumor, intraoperative ultrasonography, ultrasound, tomography computed, magnetic resonance imaging.

ВВЕДЕНИЕ

Появление нейронавигационных систем и ультразвуковых (УЗ) модулей привело к возникновению целого направления в нейрохирургии - cranial image guided surgery, которое предполагает точную верификацию границ патологического образования, размера регионарного отека, степени васкуляризации новообразования и дифференцировки питающих артерий и дренирующих вен [1]. На дооперационном этапе компьютерная (КТ) и магнитно-резонансная томографии (МРТ) дают обзорную картину головного мозга, позволяют оценить объем образования и распространенность процесса, определить границы предполагаемой краниотомии [2]. Смещение внутримозговых структур во время операций не позволяет ориентироваться хирургам на ранее полученные инструментальные данные, и риск неполного удаления внутримозгового образования остается высоким [3], а, как известно, выживаемость нейроонкологических больных прямо

связана с радикальностью [4]. По данным исследования А.В. Савелло (2008), в 79,7% оперативных вмешательств по поводу внутримозговых новообразований после выполнения контрольного УЗ-исследования объем резекции был увеличен за счет выявления неудаленных фрагментов. В своей работе Р.А. Лапшин (2006) отмечает рост доли тотально удаленных образований при применении УЗ-контроля [5,6].

Дифференцированная тактика выбора навигационных методов особенно актуальна для опухолей глубинной локализации, тесно прилегающих к артериальным магистральным сосудам и крупным венозным коллекторам [7,8]. В этой связи становятся актуальными технические возможности используемой ультразвуковой аппаратуры, нейровизуализационные характеристики которой позволяют объективно верифицировать глубину и границу новообразования и перитуморозного отека, а также достаточно убедительно дифференцировать

кровоток и синтопию опухоли с крупными артериальными и венозными сосудами. Точность этой верификации позволяет максимально безопасно проводить радикальное удаление новообразования через наиболее оптимальный операционный коридор [9,10].

Цель исследования. Сравнительная характеристика интраоперационных возможностей аппаратов сонографии предыдущего поколения B-k medical Falcon 2101 EXL (2003) и Bk medical (2017) 5000 (Дания) в хирургии опухолей головного мозга.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Работа основана на результате сравнительного анализа интраоперационного ультразвукового исследования проводимого двумя ультразвуковыми модулями: B-k medical Falcon 2101 EXL (2003) и Bk medical 5000 (2017) в рамках тестирования в период с 10.05.2017 г. по 18.05.2017 г.

Исследования проводились 22 больным с интракраниальными новообразованиями, оперированным на базе нейрохирургического отделения ГБУЗ «Республиканская клиническая больница им. Г.Г. Куватова». Возраст больных составил от 30 до 62 лет.

По локализации новообразований больные распределились следующим образом (рис. 1): конвекситальные полушарные опухоли - 27 % (n=6); внутримозговые полушарные - 55 % (n=12); межполушарные - 9 % (n=2); внутримозговые мозжечковые - 9 % (n=2).

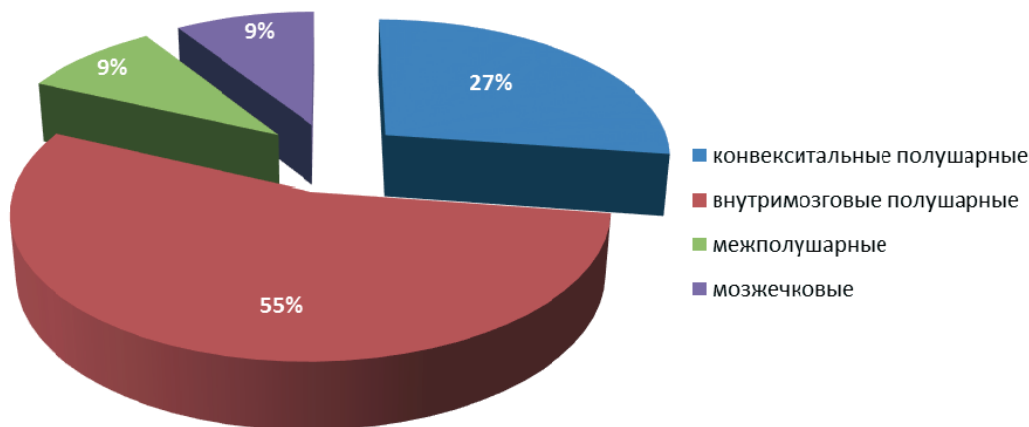


Рисунок 1 - Распределение опухолей по локализации.

По морфологическому строению распределение опухолей было следующим (рис. 2): нейроэктодермальные опухоли – 18 случаев, метастазы – 2, менингиомы – 2 случая. В группе больных с глиальными новообразованиями доля низкокодифференцированных опухолей Grade II составила 27% (n = 6), Grade III - 32% (n = 7), Grade IV - 23% (n = 5).

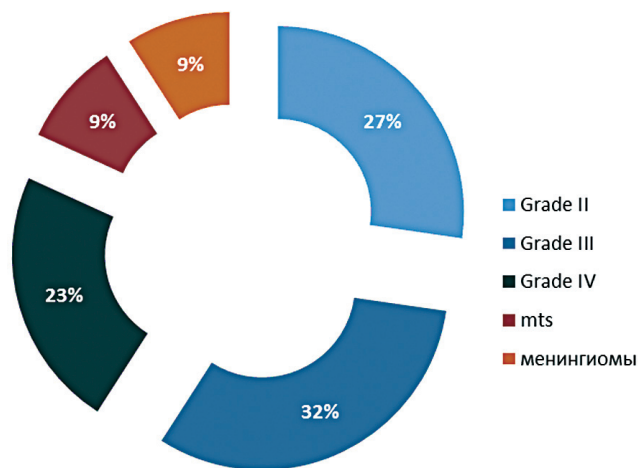


Рисунок 2 - Распределение опухолей по морфологии.

На этапе планирования доступа выбиралась оптимальная стартовая точка для проведения УЗ-исследования на основе полученных данных компьютерной и магнитно-резонансной томографии.

С целью определения границ операционного доступа с учетом локализации опухоли и площади регионарного отека использовали метод инфракрасной и электромагнитной навигаций. Размер трепанационного дефекта определялся с учетом данных исследования, полученных с помощью аппарата Bk medical 5000 с использованием конвексного датчика через трепанационный дефект размером 2 см.

После проведения трепанационного этапа проводилось поочередное исследование тестируемыми ультразвуковыми модулями B-k medical Falcon 2101 EXL (2003) и Bk medical 5000 (2017) в B-режиме с использованием линейного датчика с диапазоном частот 5 - 18 МГц.

Оценивались размеры новообразования, структура, форма, границы отека. В режиме цветного доплеровского картирования проводилось исследование кровотока новообразования и регионарной мозговой ткани (в последнем случае до и после удаления опухоли с целью верификации зон гипоперфузии).

Для оптимального выбора разреза твердой мозговой оболочки (ТМО) исследование проводилось трансдурально с предварительным увлажнением ее поверхности теплым физиологическим раствором. После вскрытия ТМО определялось место стартовой точки хирургической атаки с приоритетным выбором без сосудистой зоны через борозды и междолевые арахноидальные промежутки. На этапе завершения операции оценивалась радикальность

удаления новообразования. Контроль гемостаза определялся до и после зашивания ТМО.

Контрольные ультразвуковые исследования сравнивались с проведенными в раннем послеоперационном периоде компьютерной и магнитно-резонансной томографиями. С целью гистоморфологической верификации проводился забор материала для экспресс-биопсии. Окончательное морфологическое исследование осуществлялось на 7-10-е сутки.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Применение конвексного мини-датчика обоих ультразвуковых модулей с диапазоном частот 5 - 13 МГц через трефинационное отверстие размером 2,0 см позволило объективно верифицировать границы новообразований и перитуморозного отека. Это помогло провести планирование размера и топографии трепанационного дефекта с учетом границ опухоли и регионарного отека. Однако УЗ-модуль последнего поколения имел значительное преимущество в детализации границ новообразования в сравнении с УЗ-аппаратом предыдущего поколения. УЗ-визуализация границ опухоли при использовании Bk medical Falcon 2101 EXL имела место в 14 (63 %) случаях при Bk medical 5000 – в 20 (91%) случаях (рис. 3).

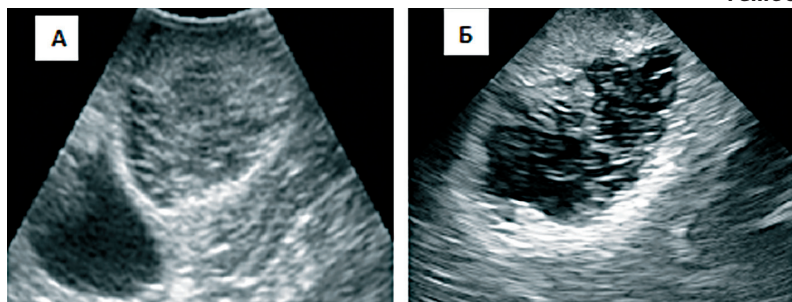


Рисунок 3 – Сравнительная УЗ-нейровизуализация глиобластомы с использованием конвексного, трефинационного датчика: А – B-k medical Falcon 2101 EXL; Б – Bk medical 5000. В центре опухоли определяется зона низкой ультразвуковой плотности, представленная некрозом с гиперэхогенным участком по периферии, наиболее четко визуализированным во втором случае.

В зависимости от степени дифференцировки опухоли эхогенность имела разнообразную картину. В группе пациентов с солидными кистозными опухолями УЗ-картина была представлена образованием гетерогенной структуры, в которой гипоэхогенные участки являлись кистозным компонентом, а, соответственно, солидные участки опухоли, как правило, имели умеренную гиперэхогенную плотность. В одном случае солидная часть опухоли была изоэхогенной (рис. 4).

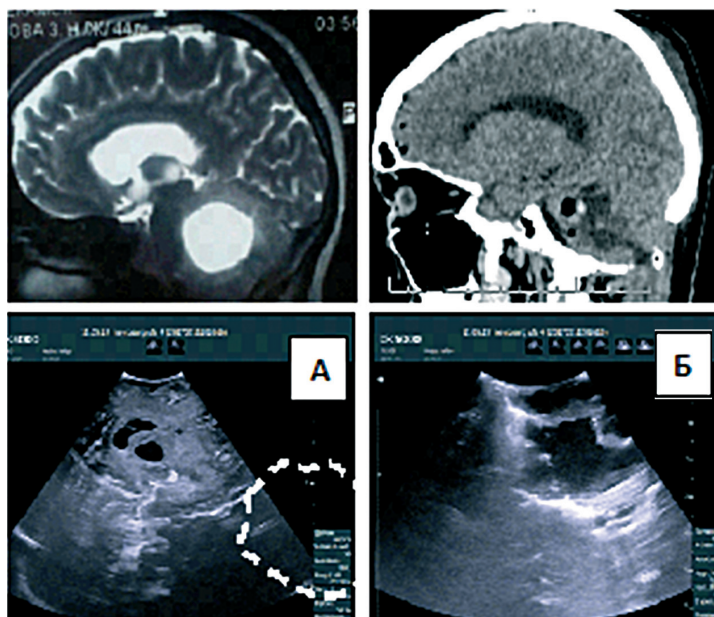


Рисунок 4 – Изоэхогенное солидное кистозное новообразование правого полушария мозжечка: А – МР- и УЗ-изображения до резекции опухоли (отмечена пунктирной линией); Б – КТ- и УЗ-картины после удаления (гиперэхогенная полоска по краю ложа удаленной опухоли представлена слоем гемостатического материала с геморрагическим компонентом).

Трансдуральное ультразвуковое исследование в В-режиме с использованием линейного датчика с диапазоном частот 5 - 18 МГц показало значительное преимущество Bk medical 5000 как на этапах планирования траектории хирургической атаки, так и после резекции новообразования при оценке радикальности удаления опухоли и качества гемостаза (рис. 5).

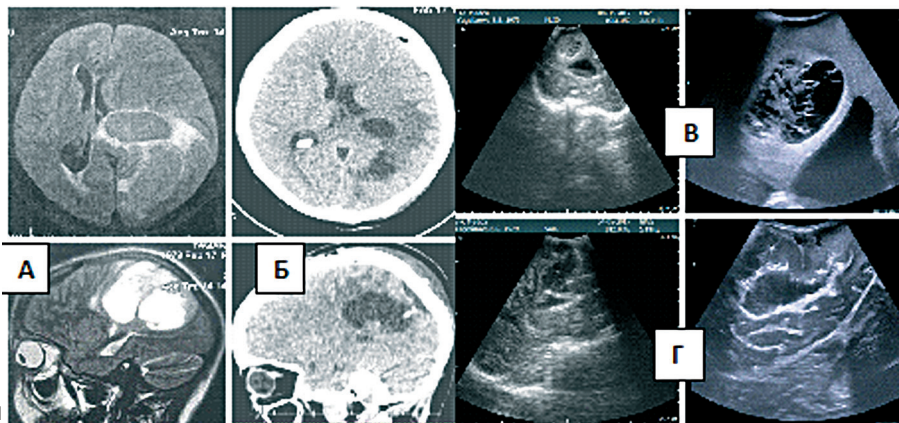


Рисунок 5 – Нейровизуализация солидно-кистозного новообразования (анпластическая астроцитомы) в предоперационном периоде: А – МРТ в T1 и T2 режимах; Б – КТ на вторые сутки после операции; В – трансдуральное исследование Bk medical Falcon 2101 EXL (слева) и Bk medical 5000 до удаления опухоли (справа); Г – после удаления (в случае с Bk medical 5000 определяются более четко границы ложа удаленной опухоли и состояние окружающей мозговой ткани).

В группе низкодифференцированных опухолей структура ткани имела изо- (в 3 случаях) или умеренно гиперэхогенную плотность (в 2 случаях). Интраоперационный контроль радикальности резекции опухоли проводился после предварительного заполнения ложа удаленного новообразования теплым физиологическим раствором. При проведении сравнительного УЗ-сканирования констатирована высокая информативность УЗ-модуля Vc medical 5000 при визуализации неудаленных участков новообразований в пяти наблюдениях, при которых имела место низкая верификация границ образования при использовании УЗ-аппарата Vc medical Falcon 2101 EXL.

Контроль гемостаза проводился до и после зашивания твердой мозговой оболочки. Эффективность обеих модулей была убедительной в равной степени. Однако при трансдуральном исследовании полости удаленной опухоли УЗ-картина Vc

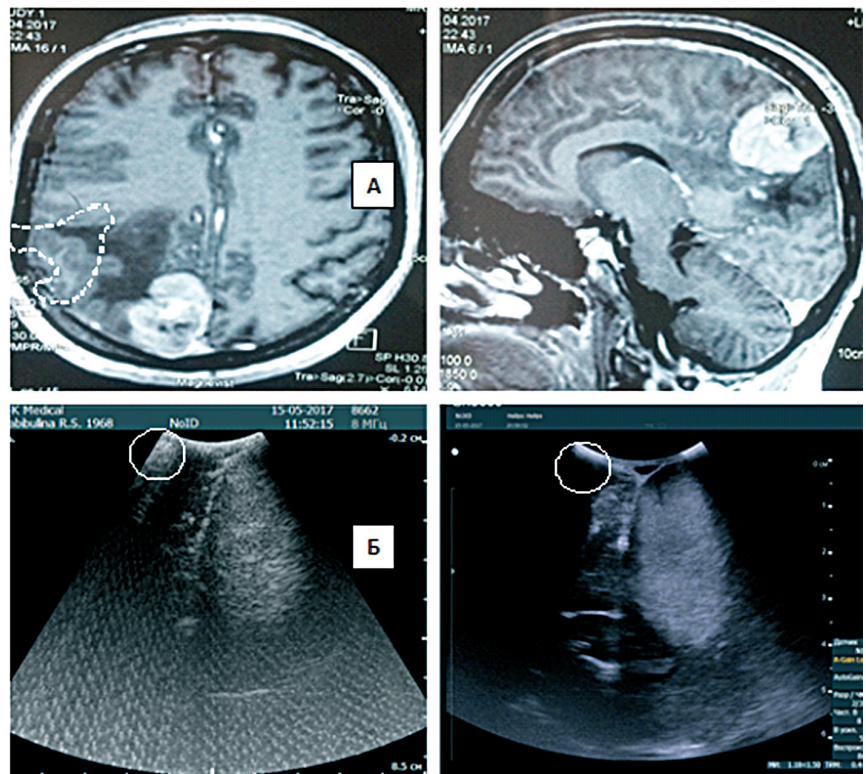


Рисунок 7 – Парасагиттальная анапластическая менингиома на границе средней и задней трети ВСС: А – контрастное МР-изображение с участком венозного перитуморозного отека (отмечен пунктирной линией); Б – УЗ-изображение Vc medical Falcon 2101 EXL (слева) и Vc medical 5000 (справа) более четкая визуализация просвета синуса, отмеченного сплошной линией, I тип по Bonnal-Brotchi).

medical 5000 имела более четкую детализацию окружающей мозговой ткани во всех случаях наблюдений в сравнении с Vc medical Falcon 2101 EXL (рис. 6).

При исследовании менингиом в обоих случаях опухоли чаще представлены гиперэхогенными образованиями с четкими границами, гомогенной структурой, иногда с более высокой эхогенной плотностью в центре, представленными оссифицированными участками новообразования. При УЗ-исследовании парасагиттальных образований, конфликтующих с верхним сагиттальным синусом (ВСС), модулем Vc medical 5000 отмечались четкая детализация его стенок, просвета, а также степень окклюзии (рис. 7).

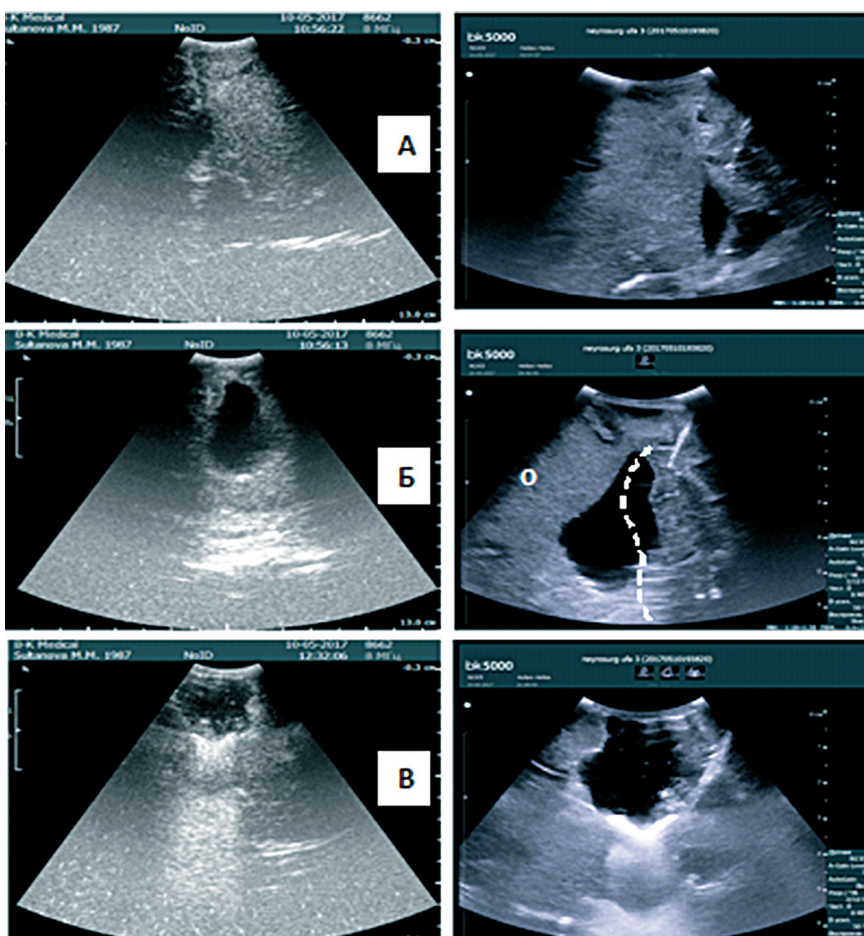


Рисунок 6 – УЗ-нейровизуализация Vc medical Falcon 2101 EXL (слева) и Vc medical 5000 (справа): А – до удаления опухоли (GRADE II); Б – аксиальный срез, определяется более четкая верификация границы (пунктирная линия) зоны отека (o) и относительно здоровой мозговой паренхимы; В – коронарный срез.

При импульсноволновой доплерографии Vk medical 5000 определялся монофазный медленнокоростной кровоток с достаточной убедительной верификацией крупных мостовых вен, впадающих в ВСС (рис. 8).

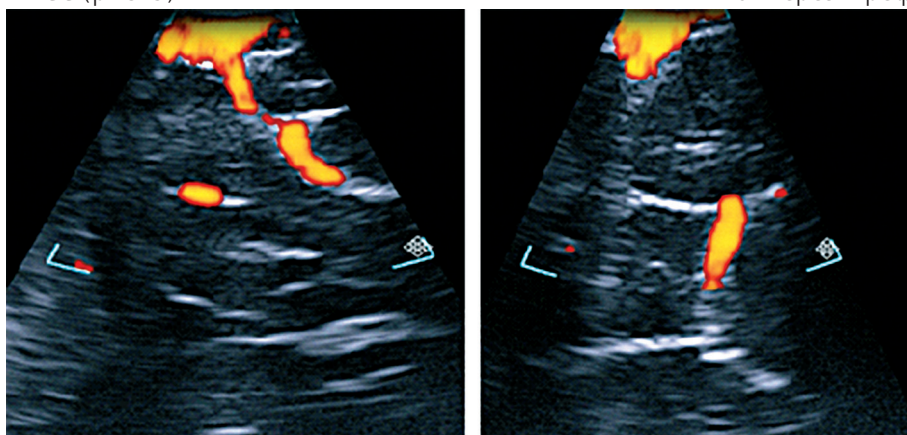


Рисунок 8 – Монофазная доплерография ВСС:
А – место впадения крупной мостовой вены, дренирующей парацентральные долики; Б – участок той же вены в более глубоких слоях указанной долики, просвет синуса полностью проходим.

С целью дифференциальной диагностики между доброкачественными и злокачественными образованиями использовался режим эластографии, доступный в версии Vk medical 5000 (рис. 9). Кроме этого, вычисление коэффициента деформации тканей может позволить оценить степень радикальности удаления злокачественной опухоли, что особенно эффективно в комплексе с метаболической навигацией.

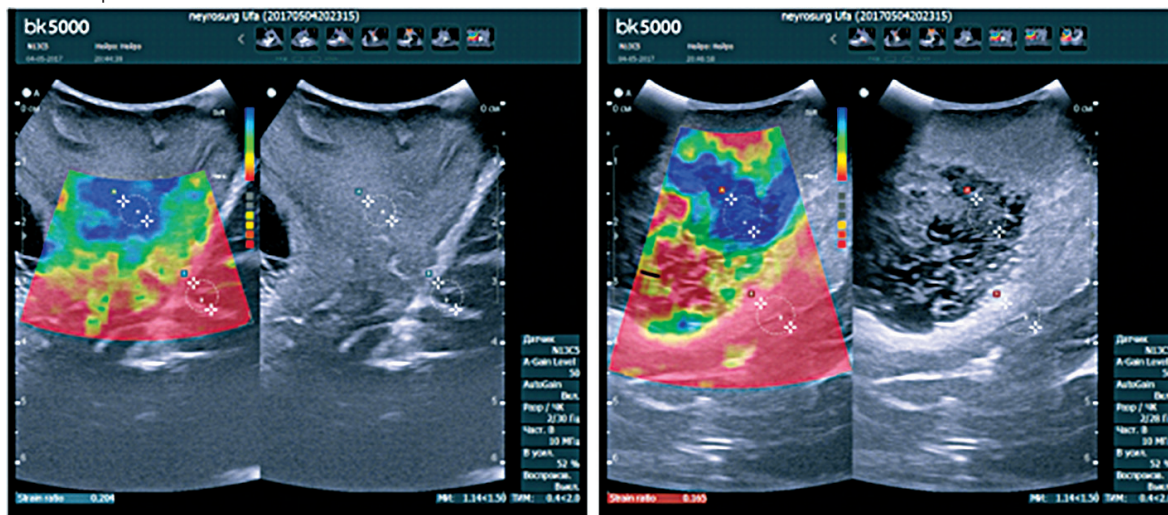


Рисунок 9 – В режиме эластографии образование окрашивается в синий цвет, что характерно для злокачественного образования.

При этом определяется распространение зоны зеленого цвета по периферии образования, что говорит о не выраженной распространенности злокачественного процесса.

Таким образом, использование ультразвукового сканера Vk medical 5000 позволило более

точно визуализировать локализацию опухоли, что значительно облегчило задачу хирурга в выборе оптимального доступа к новообразованию, особенно при использовании конвексного мини-датчика через тrefинационное отверстие. Высокая

детализация нормальной ткани головного мозга, сосудов, границ опухоли и зоны регионарного отека помогла определить наиболее оптимальный размер оперативного доступа, что сократило время хирургической манипуляции. С помощью УЗ-модуля Vk medical 5000 в режиме интраоперационной сонографии можно оценить степень инвазии опухоли в просвет венозного синуса и характер коллатерального кровотока, что позволит определить уровень

безопасной резекции синуса. С помощью контрольной интраоперационной сонографии после визуального удаления диффузно растущих опухолей хорошо визуализировалась остаточная ткань опухоли, которая в последующем удалялась под УЗ-контролем Vk medical 5000. Использование режима эластографии при злокачественных опухолях головного мозга позволило интраоперационно оценить степень злокачественности процесса, а также определить радикальность ее удаления. Внедрение в широкую практику мобильного УЗ-модуля Vk medical 5000 позволит значительно улучшить качество оказания специализированной высокотехнологичной помощи пациентам во всех областях ургентной и

плановой нейрохирургии и снизить риски послеоперационных осложнений, тем самым сокращая сроки пребывания пациентов в стационаре.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ/REFERENCES

1. Цитко ЕЛ, Смянович АФ. Сравнительный анализ диагностической ценности современных методов нейровизуализации при объемных образованиях головного мозга. Новости хирургии. 2012;20(3):65-73. [Tsitko EL, Smeyanovich AF. Comparative analysis of diagnostic value of neurosonography modern methods at extensional brain tumors. Novosti Khirurgii. 2012;20(3):65-73 (in Russ.).]

2. Tursynov N, Grigolashvili M, Kauynbekova S, Grigolashvili S. Evaluating the efficacy of neuronavigation in surgical treatment of glial tumors. *Georg Med News*. 2017;(262):14-20. PMID: 28252421.

3. Bisdas S, Roder C, Ernemann U, Tatagiba MS. Intraoperative MR imaging in neurosurgery *Clin Neuroradiol*. 2015;25(Suppl. 2):237-44. DOI: 10.1007/s00062-015-0443-6.

4. Потапов АА, Горяинов СА, Охлопков ВА, Пицхелаури ДИ, Кобяков ГЛ, Жуков ВЮ, и др. Клинические рекомендации по использованию интраоперационной флуоресцентной диагностики в хирургии опухолей головного мозга. Вопросы нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко. 2015;79(5):91-101. [Potapov AA, Goryaynov SA, Okhlopkov VA, Pitskhelauri DI, Kobayakov GL, Zhukov VYu, et al. Clinical guidelines for the use of intraoperative fluorescence diagnosis in brain tumor surgery. *Zhurnal Voprosy neirokhirurgii imeni N.N. Burdenko = Burdenkos Journal of Neurosurgery*. 2015;79(5):91-101 (in Russ.)].

5. Лапшин РА. Нейронавигация в хирургии объемных образований головного мозга [автореф. дисс.]. СПб;2006:24.

6. Савелло АВ. Мульти模альная нейронавигация и интра операционная ультразвуковая визуализация в хирургии внутричерепных новообразований *Вестник хирургии им. И.И. Грекова*. 2007;166(5):11-18. [Savello AV. Multimodal neuronavigation and intraoperative ultrasound visualization in the surgery of intracranial tumors. *Vestnik Khirurgii named after I.I. Grekov*. 2007;166(5):11-18. (in Russ.)].

7. Zhang W, Sun J, Cao Y, Yang X. Randomized controlled study of limited margins IMRT and temozolomide chemotherapy in patients with malignant glioma. *Chin Med J*. 2015;95(31):2522-5. PMID: 26711384.

8. Урманова ЮМ, Алимова КБ. Нейровизуализационная характеристика гигантских аденом гипофиза в зависимости от механического фактора. *Международный эндокринологический журнал*. 2016;(4):100-103. [Urmanova YuM, Alimova KB. The neuro imaging description of giant pituitary adenomas depending on mechanical factor. *Int J Endocrinol*. 2016;(4):100-103 (in Russ.)].

9. Мажирина КГ, Покровский МА, Резакова МВ, Савелов АА, Савелова ОА, Штарк МБ. Нейровизуализация динамики реального и имитационного биоуправления в контуре функциональной магнитно-резонансной томографии. *Бюллетень экспериментальной биологии и медицины*. 2012;154(12):664-668.

10. Короткевич ЕА, Ашуров РГ, Талабаев МВ, Антоненко АИ, Сидорович АР, Змачинская ОЛ. Периоперационные диагностические исследования в реализации концепции превентивной хирургии нейроэпителиальных опухолей головного мозга. *Онкологический журнал*. 2015;9(4):16-25. [Korotkevich EA, Ashurov RG, Talabaev MV, Antonenko AI, Sidorovich AR, Zmachynskaya OL. Perioperate diagnostic investigations in realisation conception of preventive surgery of neuroepithelial brain tumors. *Onkologicheskii zhurnal*. 2015;9(4):16-25 (in Russ.)].

DOI: 10.24060/2076-3093-2017-7-2-40-48

СВЯЗЬ ВНУТРИБРЮШНОГО ДАВЛЕНИЯ И РАНЕВОЙ ИНФЕКЦИИ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У РОДИЛЬНИЦ С ОЖИРЕНИЕМ

Д.В. Маршалов¹, Е.М. Шифман², И.А. Салов¹, А.П. Петренко¹

¹ Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Саратов, Россия

² Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», Москва, Россия

Маршалов Дмитрий Васильевич – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры акушерства и гинекологии лечебного факультета ГБОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Минздрава РФ, Саратов, Россия, orcid.org/0000-0002-8774-0700

410017 г. Саратов, ул. Хользунова 19, Городская клиническая больница № 1 им. Ю.Я. Гордеева. Тел. 8(845-2) 521-591, 8(987) 837-10-78; e-mail: MarshalD@mail.ru

Шифман Ефим Муневич – доктор медицинских наук, профессор кафедры анестезиологии и реаниматологии ФУВ ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, Москва, Россия, orcid.org/0000-0002-6113-8498

129110, г. Москва, ул. Щепкина, 61/2. Тел. (495) 681-93-90; e-mail: eshifman@mail.ru

Салов Игорь Аркадьевич – доктор медицинских наук, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии лечебного факультета