

Сумцов Д.Г., Сумцов Г.А. *Гирявенко Н.И.
Сумский государственный университет, Сумы, Украина
*Сумский областной клинический онкологический диспансер

D.G. Sumtsov, G.A. Sumtsov, *N.I. Gyryavenco

Sumy State University, Sumy, Ukraine *Sumy regional oncological hospital

ОНКОГЕНЕТИЧЕСКИЙ ВЫВОРОТ МАТКИ

ONCOGENETIC INVERSION OF THE UTERUS

Резюме

Онкогенетический выворот матки – тяжелое осложнение в гинекологической практике. Он возникает на фоне внутриматочных объемных образований, а клинические проявления начинаются задолго до катастрофы (патологические выделения, боли внизу живота). Профилактика заболевания – своевременная диагностика внутриматочных объемных образований при помощи ультразвуковой, компьютерной и магниторезонансной томографии с последующим оздоровлением. С успехом можно использовать гистеросальпингографию.

Лечение хирургическое. При одиночных доброкачественных узлах и молодом возрасте – удаление опухоли и репозиция матки. В случаях множественных опухолей или малигнизации вмешательство расширяется до гистерэктомии или расширенной гистерэктомии.

Ключевые слова: онкогенетический выворот матки, профилактика, диагностика, лечение.

Summary

Oncogenetic inversion of the uterus is a very difficult complication in gynaecological practice. It happens on the background of intrauterine tumours, while clinical appearances is begin well in advance the catastrophe (pathological excretion, pain in lower part of abdomen). Prevention of the disease is timely diagnostics of tumours with the help of ultrasound, computer-aided tomography (CAT), magneticresonance tomography with the following treatment patients. Using hysterosalpingography may be successful. Treatment surgical. Under separate bening nodes and young age - removing tumour and reposition womb. In cases of multiple tumours or malignant change - making hysterectomy or extended hysterectomy.

Key words: oncogenetic inversion of the uterus, prevention, diagnostics, treatment.

Резюме

Онкогенетичний виворіт матки – тяжке ускладнення в гінекологічній практиці. Він виникає на фоні внутрішньоматкових об'ємних утворень, а клінічні прояви розпочинаються задовго до катастрофи (патологічні виділення, болі внизу живота). Профілактика захворювання – своєчасна діагностика внутрішньоматкових об'ємних утворень за допомогою ультразвукової, комп'ютерної та магніторезонансної томографії з послідуочим оздоровленням хворих. Можливо з успіхом використовувати гістеросальпінгографію.

Лікування хірургічне. При одиничних доброякісних вузлах та у молодому віці – видалення пухлини та репозиція матки. У випадках множинних вузлів або малігнізації втручання розширюється до гістеректомії або розширеної гістеректомії.

Ключові слова: онкогенетичний виворіт матки, профілактика, діагностика, лікування

Введение

Выворот матки – тяжелая и крайне сложная патология как в диагностическом, так и в лечебном аспектах. Различают вывороты матки во время и вне беременности. В литературе в основном освещаются вывороты в родах, тогда как выворотов матки вне беременности с 1887 по 2006 год описано лишь 150 наблюдений [1,2]. В доступной русскоязычной литературе после 1956 года имеется 6 публикаций с описанием 10 подобных осложнений [3]. Вывороты вне беременности называются онкогенетическими и по удельному весу занимают шестую часть всех выворотов матки [4,5]. При вывороте её слои располагаются в обратном порядке: эндометрий - снаружи, серозная оболочка – внутри. Матка перемещается во влагалище или за его пределы.

По своему течению онкогенетические вывороты бывают острые и хронические, а по причине возникновения в основном самопроизвольные. В отличие от акушерских – где преобладают насильственные, в результате неадекватных акушерских пособий [4]. Различают 4 степени тяжести выворотов матки. Первая – когда ввернутое дно матки еще выше внутреннего зева, вторая – дно матки выступает во влагалище за пределами шейки матки, третья – матка полностью вывернута во влагалище и четвертая степень тяжести, когда матка вывернута вместе с влагалищем. Последний вариант выворота называется идиопатическим и возникает только у пожилых женщин астенического телосложения как результат прогрессирования выпадения влагалища и матки [6,7,8]. Выворот матки – тяжелое осложнение других заболеваний и всегда требует срочной высококвалифицированной помощи.

Болеют в основном женщины перименопаузального периода, хотя описаны 5 случаев заболевания в возрасте от 15 до 20 лет, в том числе не беременевшие и девственницы [9,10].

Согласно анализа 88 наблюдений [11], осложнение выявлено на фоне: лейомиомы матки у 63 (71,6%) больных, саркомы матки – у 12 (13,6%), рака эндометрия – у 6 (6,8%) и на фоне выпадения матки и влагалища у 7 (8,0%) женщин. Имеются наблюдения выворотов матки на фоне полипов, рабдомиом, опухолей Мюллера и даже рака шейки матки [9,10,12,13,14,15]. Многие авторы как причину осложнения рассматривают три фактора: внезапное опорожнение матки, ранее растянутой опухолью, истончение стенки матки из-за опухоли и раскрытие шейки матки [11,16]. Как в акушерстве прикрепление плаценты у дна, так и в гинекологии провоцирующую роль играет прикрепление ножки опухоли у дна матки. Это создает дополнительную тягу при ее «рождении» [4,9,17].

В хронических вариантах заболевание, чаще всего, начинает проявляться патологическими выделениями из половых путей чаще кровянистого характера. Параллельно могут присоединиться боли внизу живота, дизурические расстройства, запоры [17,18,19].

Постепенно, иногда от нескольких месяцев до года, нарастает анемия, астенизация и, при некротических изменениях опухоли, интоксикация [20,22]. Завершается все усилением болевого синдрома, появлением во влагалище, и даже за его пределами, образования, кровотечением [20,21,22]. Кровотечение может быть обильным вплоть до развития гиподинамического шока [22]. При остром течении заболевания характерны сильные приступообразные боли, обильные кровотечения, возможна острая задержка мочеиспускания, потеря сознания и даже шок [22]. Описаны случаи развития такой ситуации уже через несколько дней после установления сонографически диагноза лейомиомы матки и назначения плановой операции [23].

Диагностика выворотов матки сложная. В большинстве опубликованных наблюдений диагноз поставлен во время операции. Только с внедрением УЗИ, компьютерной и магниторезонансной томографии появились сообщения о дооперационной диагностике [10,23,24,25,26]. В случаях выворота матки при МРТ в сагиттальной проекции определяется П-образная полость матки с утолщенным инвертированным дном, а в осевой – конфигурация «бычьего глаза» [11,27,28].

Обычно при зеркальном и бимануальном влагалищном исследовании удается определить образование различных размеров, формы, консистенции и окраски, подчас с явлениями некроза и изъязвлений, кровоточащее. Отдифференцировать инвертированную матку и шейку матки часто не удается. По этой причине выставляется диагноз родившегося опухолевого узла, что иногда ведет к серьезным ошибкам и осложнениям во время операции [7,10]. Во время лапаротомии на месте матки определяется воронка с частично втянутыми белесоватыми яичниками и выступающими отечными, напоминающими листья, маточными трубами (симптом «цветочного горшка»). Операция в такой ситуации является технически

трудной. По этой причине в большинстве сообщений хирургическое лечение выворота матки проходит в несколько этапов: трансвагинальное удаление родившейся опухоли, затем реинверсия матки путем операции Кюстнера- Пикколи и только после этого - лапаротомия и удаление матки [5,12,25]. В случаях злокачественных опухолей проводится расширение операции, возможно лучевая терапия или сочетание этих двух методик [13,29,30]. При доброкачественных процессах и особенно у молодых женщин вмешательство ограничивается удалением опухоли и вправлением матки [9,28]. Описаны случаи самопроизвольного вправления матки после удаления опухолевого узла. Ручное вправление в хронических случаях удается редко, приходится проводить операции типа Кюстнера-Пикколи [28] или комбинированное вправление: хирург со стороны брюшной полости по Хантингтону (выведение матки с кратера при помощи щипцов Аллиса), а помощник рукой со стороны влагалища [15].

Цель исследования

На основании анализа собственных наблюдений и обзора литературы изучить особенности течения и клинические проявления выворотов матки вне беременности, предложить адекватные методы профилактики, диагностики и лечения.

Материал и методы

Мы располагаем тремя наблюдениями выворотов матки вне беременности. Кроме того, нами проанализировано 30 публикаций в медицинских журналах с общим охватом 45 больных.

Клинические наблюдения и их обсуждение

1. Больная М., 48 лет, жительница села, госпитализирована 15.10.1965 г. в радиологическое отделение областного онкологического диспансера с подозрением на саркому шейки матки. Из анамнеза установлено, что болеет более трех месяцев, когда начались ациклические кровянистые выделения и приступы болей внизу живота. Затем появились субфебрильная температура, слабость, быстрая утомляемость. Обратилась к врачу-гинекологу неделю назад. Сразу же госпитализирована, обследована и направлена на консультацию в онкологический диспансер, где диагноз саркомы исключен, и пациентка переведена в гинекологическое отделение для хирургического лечения.

При обследовании состояние средней тяжести, больная бледная, адинамичная. Пульс - 88 уд. в 1 мин., ритмичный, АД-110/70 мм рт. ст. Последние трое суток температура 37,4-37,6°C несмотря на антибактериальную и инфузионную терапию. Легкие, сердце без особенностей. Язык слегка подсушен. Живот мягкий, незначительно болезненный над лоном. Симптомов раздражения брюшины нет. При бимануальном исследовании влагалище выполнено большим, ограничено смещаемым узлом с выраженным некрозом. Выделения грязные, ихорозные. Тело матки узловатое, плотное, подвижное. Придатки не определяются.

Анализ крови: НВ – 90 г/л, Эр – $2,8 \times 10^{10}$, Л – $9,6 \times 10^6$, СОЭ – 27 мм/час. Клинический диагноз: лейомиома матки с родившимся некротическим узлом больших размеров. Вторичная постгеморрагическая анемия.

Решено под прикрытием переливания крови произвести удаление узла через влагалище путем «кускования». Во время операции оказалось, что узел «самоампутировался», а во влагалище находится частично вывернутая матка с участками некроза у дна. Кроме того, бимануально определяется еще один субсерозный узел, принятый ранее за тело матки. Больной произведена репозиция матки с последующей лапаротомией и экстирпацией с придатками. Выписана по выздоровлении через 10 суток. Гистологически – лейомиома с некрозом узла и частично тканей дна матки,

В представленном наблюдении выворот матки соответствовал второй степени, и его легко удалось вправить. Однако наличие еще одного узла и некротические изменения тканей дна матки послужили основанием для лапаротомии и расширения операции. Учитывая, что клинические проявления начались за 3 месяца до катастрофы, то при своевременном обращении больной субмукозный узел удалось бы выявить при диагностическом выскабливании полости матки или путем гистеросальпингографии и не допустить тяжелого осложнения. При полном, особенно хроническом, вывороте матки ее «бескровное» вправление подчас невозможно. Тем более, что вывернутая матка очень осложняет ее удаление трансабдоминально и почти не позволяет это сделать влагалищным доступом. Большинство авторов производят репозицию матки при помощи операции Кюстнера-Пикколи (кольпотомия, рассечение задней стенки матки, репозиция путем простого вворачивания, восстановление целостности матки).

2. Больная Л., 47 лет, urgently госпитализирована 03.10.1978 г. в гинекологическое отделение областной больницы по поводу рождающегося лейомиоматозного узла и кровотечения. Заболевание началось неделю назад как необычно обильные и болезненные месячные. На 5 день присоединились схваткообразные боли внизу живота, слабость, затруднение мочеиспускания. Это заставило обратиться за медицинской помощью. После осмотра в поликлинике ЦРБ больная срочно госпитализирована в областную больницу.

Попытка удалить опухоль трансвагинально не удалась. Решено после подготовки и дообследования планово на следующий день произвести трансабдоминально экстирпацию матки. Влагалище затампонировано. Учитывая анемию (НВ при поступлении был ниже 70 г/л) больной перелито 250 мл одногруппной эритроцитарной массы и 350 плазмы.

Во время лапаротомии оказалось, что на месте матки образовалась воронка, в которой находились полюса яичников и большие отечные ампулярные части маточных труб (типичный синдром «цветочного горшка»). Это позволило установить диагноз выворота

матки и выбрать объем операции. Произведена экстирпация матки с придатками. Послеоперационный период не осложнен. Выписана по выздоровлении на 12 сутки.

Макропрепарат - третья степень выворота матки лейомиоматозным узлом диаметром 9,5 см, ножка которого исходила из дна. Гистологически – лейомиома. В данном наблюдении осложнение возникло из-за отсрочки операции, так как отсутствовала должная настороженность у врачей. Как и у предыдущей больной, своевременное обследование могло бы выявить субмукозную лейомиому матки.

3. Больная А. 52 лет. Доставлена 27.08.1984 г. с рабочего места машиной скорой помощи в ЦРБ. После осмотра, учитывая необычность ситуации, по санавиации вызван онкогинеколог. Установлено, что больная работает на пищеблоке и регулярно проходит медицинские обследования. Последнее – около 10 месяцев назад. Более 5 лет наблюдается по поводу бессимптомной лейомиомы матки. В течение года месячные не регулярные, а последние 2 месяца наблюдала увеличенное количество водянистых белей (считала подтеканием мочи) и периодические кровомазания. В день обращения на работе появились приступообразные боли внизу живота. Она приняла 2 таблетки НОШПА, а через час началось сильное кровотечение и за пределы влагалища вышло какое-то образование.

Общее состояние средней тяжести. Бледная. Пульс 110 уд. в 1 минуту. АД 90/60 мм рт. столба. НВ – 75 г/л. Язык чистый влажный. Живот мягкий, несколько болезнен над лоном. Мочеиспускание самостоятельное. Из влагалища пролабирует языкоподобное образование, едва не достигающее колен (длиной 23 см), неравномерной пятнистой красно-серой окраски, эластической, местами с размягчением, консистенции. Незначительное подтекание темной крови. Бимануально – матка размером на 8 недель беременности, подвижная, слегка болезненная. Определить шейку матки бимануально и в зеркалах не представляется возможным. Диагноз: родившаяся лейомиома матки, возможно из саркоматозным перерождением. Решено выполнить экстирпацию матки. Образование на уровне входа во влагалище лигировано и отсечено. Влагалище санировано и затампонировано. Во время лапаротомии типичный для выворота матки синдром «цветочного горшка». Произведена экстирпация матки с придатками. Выписана по выздоровлении на 10 сутки.

Представляют интерес результаты гистологического исследования удаленного препарата этой больной, при котором установлена клеточная лейомиома матки. Она представляет собой опухоль со значительным содержанием гладкомышечных клеток и низким - соединительной ткани. Клетки узкие, довольно крупные и с относительно светлыми ядрами, а также скудной цитоплазмой (Рис.1). Отсутствие атипичности клеток и низкая митотическая активность (менее 5 митозов в 10 полях зрения при большом увеличении микроскопа – рис.2), позволяет отличить доброкачественную клеточную лейомиому от лейомиосаркомы

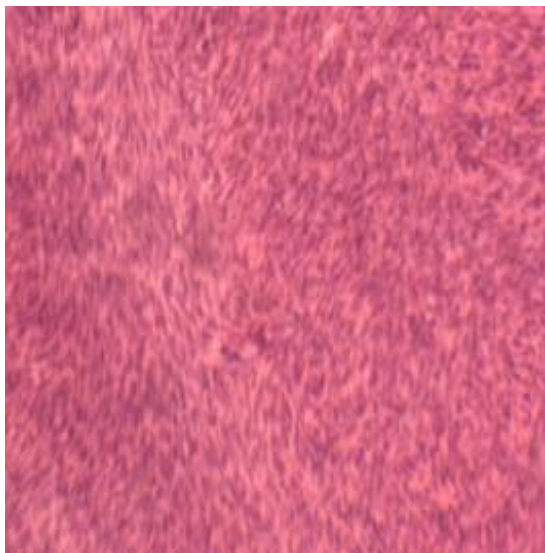


Рис.1.Клеточная лейомиома тела матки ×100,гем-эоз

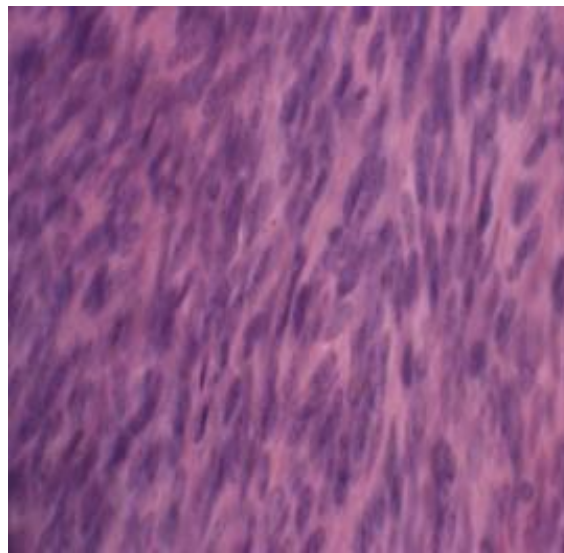


Рис.2. Клеточная лейомиома тела матки ×400,гем-

В данном наблюдении осложнение нарастало постепенно, но судя по анамнезу и гистологической структуре «родившейся» опухоли рост был очень быстрым. Как и в предыдущих наблюдениях, диагноз поставлен только во время операции. Исходя из клинических проявлений, своевременная диагностика была вполне вероятной.

С целью определения фона, на котором возникают онкогенетические вывороты, нами проанализированы собственные наблюдения и публикации в мировой литературе после 2001 года (47 больных). Вместе с данными Такано и соавт. [11], изучавшими проблему до 2001 г., это составило 135 наблюдений. У 95 (70,4%) больных выворот возник на фоне субмукозной лейомиомы матки, у 18 (13,3%) – саркомы и у 10 (7,4%) женщин на фоне рака эндометрия. Идиопатические вывороты диагностированы у 8 (5,9%) больных и только единичные наблюдения выворотов на фоне полипов эндометрия, тератом или рака шейки матки.

В настоящее время уже достаточно разработаны методы диагностики внутриматочных объемных образований при помощи гистеросальпигографии, ультразвуковой, компьютерной и магниторезонансной томографии. Их применение упростит выявление этого контингента больных, а своевременное оздоровление – позволит предупредить большинство онкогенетических выворотов матки.

Выводы

Онкогенетический выворот матки – тяжелое осложнение в гинекологической практике, требующее срочной и высококвалифицированной помощи. Анализ собственных наблюдений и изучение литературы показывает, что в большинстве случаев клинические проявления начинаются задолго до катастрофы и есть время для своевременной диагностики объемных внутриматочных образований, являющихся фоном для развития осложнения.

Профилактика онкогенетических выворотов матки заключается в своевременной диагностике внутриматочных объемных образований и их лечению. Наряду из сонографией, компьютерной и магниторезонансной томографией можно с успехом применить гистеросальпингографию.

В любых ситуациях требуется хирургическое лечение. Объем вмешательства, в основном, зависит от характера опухоли и возраста больной. При одиночных доброкачественных образованиях у молодых женщин можно ограничиться удалением опухоли и репозицией матки. Репозицию следует проводить очень осторожно. При затруднении с репозицией рекомендуется произвести операцию типа Кюстнера-Пикколи. В случаях множественных образований и, особенно, злокачественных опухолей операцию следует расширить до гистерэктомии или расширенной гистерэктомии.

Литература

1. Lupovitch A. Non-puerperal uterine inversion in association with uterine sarcoma: case report in a 26-year-old and review of the literature / Lupovitch A, England ER.// *Chen Gynecol Oncol.* - 2005.-№97.- P.938–941.
2. Gomez-Lobo V.Non-puerperal uterine inversion associated with an immature teratoma of the uterus in an adolescent / V.Gomez-Lobo, W.Burch, PC.Khanna // *Obstet Gynecol* - 2007.- №110.- P.491-493.
3. Алякринский В.Б. Выворот матки при родившемся миоматозном узле /В.Б.Алякринский //Казанский мед. журнал.-1991.-Т.LXXII.-№4.-С.309-310.
4. Сумцов Г.А. Выворот матки в родах / Г.А.Сумцов, А.Ю.Щербаков, Д.Г.Сумцов // *Репрод. здоровье. Восточ.Европа.*- 2013.- №6(30).- С.
5. Arnab Kr Koley. Non puerperal uterine inversion: a rare complication of uterine leiomyoma /Arnab Kr Koley, Dhruvajyati Saha, Apurba Saha, Babul Chandra Dey // *J Evol Med and Den Scien.*- 2013.-Vol. 12.- №32.-P. 6038-6041.
6. Adaji SE. Idiopathi chronic uterine inversion in a nulligravida./SE Adaji, A Randava, OS Shittu // *Int J Gynaec Obstet.*- 2005.-Vol.89.-№1.- P.61-62.
- 7.Исрафилбейли С.Г. Редкий случай выворота матки в 70 лет /С.Г.Исрафилбейли //Азербидж. мед.журнал.-1979.-№4.-С.57-58.
8. Naidu A. Uterine inversion with uterovaginal prolapse multiple bladder stones. / A. Naidu, Z. Nusee, S.Tayib // *J Obst Gynaecol Res.*- 2011.-Vol. 37№ 6.-P.633-635.
9. Shakuntala C. Inversion of uterus vagaries of presentation / C.Shakuntala, A. Vaishali // *J Obst Gynec Ind.*-2009.-Vol.59.-№2.-P.162-164.
10. Vries M.Non-puerperal uterine inversion due to submucous myoma in a young woman: a case report / Marjolijn de Vries and Denise Arlette Maria Perquin // *J Med Case Rep.*- 2010.-№4.-P.21.

11. Takano K. Uterine inversion caused by uterine sarcoma: a case report. K. Takano, Y Ichikawa, H Tsunoda Nishida] // Jpn J Clin Oncol.- 2001.-Vol.- 31.- №1.- P.39-42.
12. Dahiya K. Nonpuerperal Uterine Inversion Caused by Fibroid Polyp Associated with Squamous-Cell Carcinoma of the Cervix / Krishna Dahiya, Reetu Hooda More, Hemant More, Archit Dahiya // J Gyn Surg.-2009.- Vol.25.-№1.-P. 37-40.
13. Cormio G. Non-Puerperal Uterine Inversion due to Uterine Sarcoma /G. Cormio, V. Loizzi, C. Nardelli, N Fattizzi[et al] // Gynec Obst Inv. -2006. - №61. - P.171–173.
14. Rocconi R. Postmenopausal uterine inversion associated with endometrial polyps. / R. Rocconi, W.K.Huh, S.Chiang //Obst Gynec.- 2003.- №102.- P. 521-523.
15. Sinha, A. Non-puerperal complete uterine inversion caused by malignant mixed mullerian tumour of the uterus / D. Sinha, M. Aslam, M.N.Fitzgibbon // Gynec Surg. -2007.-Vol.4.- № 2- P. 123-124.
16. Kilpatrick C. Chronic nonpuerperal uterine inversion and necrosis: a case report / C. Kilpatrick, L. Chohan, R. Maier //J Mel Case Rep.- 2010.-№ 4.- P.381.
17. Bista K.D. Towards uterine inversion; illustration of a gradual process tree cases of submucous myoma./ K.D. Bista, A.Rana,G.Gurung,N.Predhan [et al] // N J Obstet Gynaec.-2006.- Vol.1.-№4.- P.51-54.
18. Yi C.L.Acute non puerperal uterine inversion /C.L.Yi, S. Deshmukh/ Bombay Hosp J.-2009.- Vol.51.-№4.-P.490-491.
19. Prefontaine M. Conmplete uterine inversion in a patient with endometrial cancer./ M.Prefontaine //J. Obst Can.-2012.-Vol.37.-№7.-P.60.
20. Silva BB. Embryonal rhabdomyosarcoma of the uterus associated with uterine inversion in an adolescent: a case report and published work review / Da Silva BB, Dos Santos AR, Bosco Parentes-Vieira J.[et al.] //J Obstet Gynaecol Res.- 2008.-№ 34.-P.735-738.
21. Sharma J. B. Non-puerperal incomplete uterine inversion due to large sub-mucous fundal fibroid found at hysterectomy: a report of two cases / J. B. Sharma, Sunesh Kumar, S. M. Rahman, K. K. Roy // Arch Gyn Obst. -2009,-Vol. 279.-№40,- P. 565-567.
22. Moodley M. Non-puerperal uterine inversion in association with uterine sarcoma: clinical management / M. Moodley, J. // J. Inter J Gyn Can. - 2003. –Vol. 13.-№2. - P. 244-245.
23. Efttkhari N. Non – puerperal uterine inversion in a virgin woman / Nahid Efttkhari //Iran J Reprod Med.- 2007.-Vol. 5.-№3.- P.135-136.
24. Muhammad Z. Chronic non-puerperal uterine inversion: Case series / Z. Muhammad, SA. Ibrahim, IA. Yakasai //Niger J Basic Clin Sci.- 2012.-№ 9.- P.87-89.
25. Kuntal A. Rana,Pravin S.Patel.Complete Uterine Inversion. An unusual yet crucial sonographic diagnosis / K,A.Rana,P.S.Patel //J.Ultrasound Med.-2009.-№28.-1719-1722.

26. Hu CF. Ultrasound diagnosis of complete uterine inversion in a nulliparous woman. / Hu CF., Lin Hao // Acta Obstet Gynec Scand. -2012.- Vol. 91.-№3.379.
27. Lewin JS MR imaging of uterine inversion./ JS. Lewin, PJ. Byyon // J Comput Assist Tomogr.- 1989,- №13.-P.357-359.
28. Skinner GN.. Nonpuerperal uterine inversion associated with an atypical leomyoma../ GN Skinner, KA Louden // Aust N Z J Obstet Gynaecol. 2001.-№4.- P.100–101.
29. Ueda K. Nonpuerperal inversion of tht uterus associated with endometrial cancer: a case report./K.Ueda, A.Okamoto, K.Yamada et al.//Int.J.Clinic.Oncol.-2006.-Vol.11.-№2.-P.153-155.
30. Oguri H. Non-puerperal uterine inversion associated with endometrial carcinoma-A case report. / H. Oguri., N Maeda, Y Yamamota,. A Wakatsuki [et al] // Gynecol Oncol.-2005.- №97.- P.973-975.

Авторы

Сумцов Дмитрий Георгиевич, канд. мед. наук, ассистент медицинского института Сумского государственного университета
42343, Украина, Сумская область, Сумской р-н, с. Сад, ул. Садовая 11, тел. 050 578 68 07; E-mail: SumSG@yandex.ru

- Д.Г.Сумцов -

Сумцов Георгий Алексеевич, канд. мед. наук, доцент медицинского института Сумского государственного университета
40009, г. Сумы, ул.Ильинская дом.38 кв.29, тел.050 1070037

- Г.А.Сумцов -

Гирявенко Наталья Ивановна, врач патологоанатом Сумского областного клинического онкологического диспансера
Сумской р-н, с. Б.Чернетчина, ул. Садовая 2, тел. 099 746 65 78

- Н.И.Гирявенко -

