

Клинические рекомендации

«ПОЛИПЫ ЭНДОМЕТРИЯ»

Коды по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10 пересмотра (МКБ 10): N84.0

Год утверждения (частота пересмотра): 2026 (пересмотр каждые 3 года)

Возрастная группа: Взрослые

Оглавление

Список сокращений.....	4
Термины и определения	5
1. Краткая информация.....	5
1.1. Определение	5
1.2 Этиология и патогенезПЭточно не известны.....	5
1.3 Эпидемиология	5
1.4 Кодирование по МКБ 10	6
1.5 Классификация.....	6
1.6 Клиническая картина	6
2. Диагностика.....	6
2.1 Жалобы иanamnez	7
2.2 Физикальное обследование	7
2.3 Лабораторная диагностика	7
2.4 Инструментальная диагностика.....	7
2.5 Иная диагностика	8
3. Лечение	8
3.1 Консервативное лечение	8
3.2 Хирургическое лечение	8
3.3 Иное лечение.....	9
4. Реабилитация.....	9
5. Профилактика и диспансерное наблюдение	9
6. Организация медицинской помощи.....	9
Критерии оценки качества медицинской помощи.....	10
Список литературы	11
ПРИЛОЖЕНИЕ А1. Состав Рабочей группы.....	12

ПРИЛОЖЕНИЕ А2. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов инструкции по применению лекарственного препарата	13
ПРИЛОЖЕНИЕ Б. Алгоритмы действий врача	15
ПРИЛОЖЕНИЕ В. Информация для пациента	16

Список сокращений

- АМК**- аномальное маточное кровотечение
- АТХ** - анатомо-терапевтическо-химическая классификация лекарственных препаратов.
- аГн-РГ**- агонисты гонадотропин-рилизинг-гормона
- ДВ**- диагностическое выскабливание
- КОК** - комбинированные оральные контрацептивы (АТХ гестагены и эстрогены (фиксированные сочетания
- ЛНГ-ВМС**-левоноргестрел–высвобождающая внутриматочная система (левоноргестрел в форме внутриматочной терапевтической системы).
- МГТ** - менопаузальная гормональная терапия
- ММК** - межменструальное кровотечение
- ОМК** - Обильное менструальное кровотечение
- ПЭ** – полип эндометрия
- СД** – сахарный диабет
- СТГ** - соногистерография (гистерография)
- УЗИ** - ультразвуковое исследование
- ЭКО** - экстракорпоральное оплодотворение

Термины и определения

Аномальное маточное кровотечение (АМК) — кровотечение чрезмерное по продолжительности, объему кровопотери и/или регулярности.

Межменструальное кровотечение (ММК) - нерегулярное кровотечение в межменструальном периоде.

Обильное менструальное кровотечение (ОМК) — чрезмерная менструальная кровопотеря, которая оказывает негативное влияние на физическое, социальное, эмоциональное и/или материальное благополучие женщины.

Полипы эндометрия (ПЭ)— доброкачественные очаговые образования эндометрия, состоящие из желез, фиброзированной стромы и кровеносных сосудов [1,2].

1. Краткая информация

1.1. Определение

Полипы эндометрия (ПЭ) – доброкачественные очаговые образования эндометрия, могут иметь размеры от нескольких миллиметров до 2-3 см, располагаться на тонкой ножке или широком основании, быть единичными или множественными [1,2].

1.2 Этиология и патогенез ПЭ точно не известны.

Факторы риска формирования ПЭ: ожирение, артериальная гипертензия, терапия тамоксифеном, а также длительный прием менопаузальной гормональной терапии (МГТ) в циклическом режиме. Риск развития ПЭ увеличивается от менархе до позднего репродуктивного возраста, существенно возрастает в менопаузе [23–30].

ПЭ часто ассоциированы с миомой матки, эндометриозом, полипами цервикального канала.

1.3 Эпидемиология

Распространенность ПЭ составляет от 7,8 до 34,9 % и имеет тенденцию к увеличению к пери- и постменопаузе [3–6].

Доля ПЭ с атипическими и злокачественными нарушениями, по данным систематических обзоров и мета-анализов, составляет 0,3-5,4%, причем она существенно выше в постменопаузе 2,3-5,4%, чем в пременопаузе - 1,1-1,7%. Риск малигнизации ПЭ повышается с возрастом, достигая максимальных значений в постменопаузе, при наличии АМК, размерах ПЭ более 1,0-1,5 см. Рак эндометрия выявляется у 9% женщин в постменопаузе с ПЭ [23–30].

Частота рецидивов ПЭ после оперативного лечения варьирует от 3,9 до 59,9%, составляя в среднем около 18%.

Считается, что случаи повторного возникновения заболевания связаны с

нерадикальным удалением сосудистой ножки.

1.4 Кодирование по МКБ 10

N84.0 – полип тела матки

1.5 Классификация

Классификации ВОЗ: ПЭ относят к опухоли подобным заболеваниям без подразделения на какие-либо категории.

Классификация, основанная на морфологической структуре: ПЭ, подразделяют на железистые, железисто-фиброзные, фиброзные, аденоматозные, аденомиоматозные и покрытые функциональным слоем эндометрия. Нет убедительных данных, указывающих на различия клинической манифестации, частоты рецидивирования, особенностей диагностики и лечения данных подтипов ПЭ (**за исключением аденоматозных полипов**): которые имеют высокую вероятность перехода в рак эндометрия). В соответствии с этим, применение данной классификации в клинической практике нецелесообразно и не определяет дальнейшую тактику ведения.

В практической деятельности рекомендуется выделять:

- Полипы эндометрия;
- Полипы эндометрия с атипией.

1.6 Клиническая картина

Наиболее частым клиническим проявлением ПЭ являются АМК, которые наблюдаются в 38-81,5% случаев. Для ПЭ характерны АМК, преимущественно по типу межменструальных кровотечений (ММК), реже обильных менструальных кровотечений (ОМК), при этом выраженность симптомов не коррелирует с размером, количеством или расположением ПЭ [7–10].

ПЭ **снижают вероятность наступления беременности**, доля ПЭ в структуре причин бесплодия может достигать 32-38,5%. Полипэктомия повышает вероятность наступления беременности более, чем в 2 раза, как при проведении экстракорпорального оплодотворения (ЭКО), так и в естественном цикле.

До 62% ПЭ остаются бессимптомными и являются случайной находкой при проведении УЗИ органов малого таза [11–15].

2. Диагностика

Диагноз ПЭ должен основываться на оценке жалоб, анамнестических данных, заключения ультразвукового исследования (УЗИ) органов малого таза комплексного (трансвагинального и трансабдоминального). Окончательный диагноз ПЭ подтверждается патологоанатомическим исследованием биопсийного материала эндометрия [11–15].

2.1 Жалобы и анамнез

Жалобы описаны в разделе 1.6. «Клиническая картина».

2.2 Физикальное обследование

- **Рекомендуется** всем пациенткам с подозрением на ПЭ сбор гинекологического и репродуктивного анамнеза, проведение физикального обследования по стандартным принципам пропедевтики, осмотра шейки матки в зеркалах и бимануального влагалищного исследования) [2–5].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: Сбор клиничко-анамнестических данных необходим для выявления рецидивирующих ПЭ и факторов риска малигнизации. Факторы риска малигнизации: постменопауза, размеры ПЭ более 1,0-1,5см, наличие АМК, ожирения, СД и прием тамоксифена [23–30].

2.3 Лабораторная диагностика

Специфическая лабораторная диагностика ПЭ не разработана.

2.4 Инструментальная диагностика

- **Рекомендуется** при подозрении на ПЭ проведение УЗИ органов малого таза комплексного (трансвагинального и трансабдоминального) с целью установления диагноза [11–15].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1)

Комментарии: УЗИ органов малого таза комплексное (трансвагинальное и трансабдоминальное) служит первой линией диагностики патологии эндометрия, в том числе ПЭ, которые определяются, как гиперэхогенные образования с четкими ровными контурами. Наиболее информативно его проведение в раннюю фолликулярную фазу менструального цикла. Чувствительность УЗИ составляет от 50% до 96%, а специфичность от 53% до 100%. При проведении трансвагинального УЗИ дополнительное использование доплерографии помогает с большей точностью выявить сосудистую ножку, характерную для ПЭ. Данная методика повышает чувствительность УЗИ до 91-97%, а специфичность до 95-100% [11–15].

- **Рекомендуется** проведение СГГ (по возможности) при неубедительных данных УЗИ и подозрении на наличие ПЭ в целях дифференциальной диагностики и уточнения диагноза [11–15].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1)

- **Рекомендуется** всем пациенткам в качестве окончательного метода диагностики патологоанатомическое исследование биопсийного (операционного)

материала матки (эндометрия).

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: Патологоанатомическое исследование является окончательным методом диагностики ПЭ, позволяющей также определить наличие атипии.

2.5 Иная диагностика

Не применимо

3. Лечение

3.1 Консервативное лечение

- **Не рекомендуется** применение гормональной терапии для лечения ПЭ, в том числе прогестагенов (по АТХ - Прогестагены), комбинированных оральных контрацептивов ((КОК) - по АТХ - Прогестагены и эстрогены (фиксированные сочетания)) в качестве самостоятельного лечения, в пред- и послеоперационном периоде [16–22].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

3.2 Хирургическое лечение

Хирургическое лечение полипов эндометрия без атипии [16–22].

- **Рекомендуется** проведение полипэктомии и биопсии эндометрия пациенткам, в том числе в репродуктивном возрасте при АМК, бесплодии, планировании беременности, наличии факторов риска малигнизации, а также всем женщинам в пери- и постменопаузальном периоде с обязательным проведением патологоанатомического исследования биопсийного (операционного) материала [16–22].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: Проведение полипэктомии под визуальным контролем гистероскопии является оптимальным методом терапии ПЭ. Согласно литературным данным, различные гистероскопические методики обладают схожей эффективностью, включая резектоскопию, диодный лазер, внутриматочную морцелляцию, использование щипцов и ножниц. [16–22]

Удаление ПЭ купирует АМК, а также увеличивает вероятность наступления беременности при бесплодии более, чем в 2 раза.

- **Рекомендуется** при рецидивирующих ПЭ проведение гистерорезектоскопии в качестве профилактики их повторного возникновения.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4)

Комментарии: ДВ не всегда позволяет полностью удалить основание и сосудистую ножку ПЭ, что служит причиной рецидива. Использование гистерорезектоскопа

позволяет проконтролировать полное удаление и коагуляцию основания ПЭ, что приводит к снижению частоты рецидивирования.

Хирургическое лечение полипов эндометрия с атипией [16–22].

- **Рекомендуется** проведение гистерэктомии.

Комментарии: необходимо проведение гистерэктомии ввиду высокой вероятности сопутствующего РЭ (по некоторым данным диагностируется в 30-40% случаев). Окончательный объем - гистерэктомия с маточными трубами, а в ряде случаев – гистерэктомия с придатками, решается в зависимости от сопутствующей патологии и факторов риска [23–30].

3.3 Иное лечение

Не рассматривается.

4. Реабилитация

Специфической реабилитации нет.

- **Рекомендуется** всем пациенткам консультация врача-физиотерапевта для определения программы реабилитации при сочетании ПЭ с ХЭ [22].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

5. Профилактика и диспансерное наблюдение

Пациентки с ПЭ относятся к III группе здоровья: женщины, имеющие гинекологические заболевания или риск их развития, требующие установленного диспансерного наблюдения или оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи. Женщинам, отнесенным к III группе здоровья, в зависимости от выявленных заболеваний составляется индивидуальная программа лечения в рамках диспансерного наблюдения врачом акушером-гинекологом [23–30].

- **Не рекомендуется:** рутинное послеоперационное назначение прогестагенов (по АТХ-гестагены), КОК (по АТХ – гестагены и эстрогены (фиксированные сочетания)) и антибактериальной терапии с целью снижения риска рецидивов ПЭ [23–30].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: в настоящий момент отсутствуют убедительные данные об эффективности использования медикаментозных методов профилактики ПЭ.

6. Организация медицинской помощи

- Показанием для плановой госпитализации в медицинскую организацию, а также

в дневной стационар для проведения оперативного лечения служит выявление ПЭ;

- Показанием для экстренной госпитализации служат ПЭ, сопровождающиеся острыми АМК и анемией.
- Показания к выписке из медицинской организации: -удаление полипа эндометрия.

Критерии оценки качества медицинской помощи.

№ п/п	Критерии качества	Уровень достоверности доказательств	Уровень убедительности рекомендаций
1.	Проведен осмотр шейки матки в зеркалах, бимануальное исследование	5	C
2.	Проведено УЗИ органов малого таза	1	A
3.	Проведена полипэктомия и биопсия эндометрия под контролем гистероскопии	5	C
4.	Проведено гистологическое исследование биопсийного (операционного) материала	5	C

Список литературы

1. Vitale S.G. et al. Endometrial polyps: diagnosis and management. Eur J ObstetGynecolReprod Biol. 2021; c. 72–75.
2. Nijkang N.P. et al. Endometrial polyps. SAGE Open Med. 2019; c. 133–139.
3. Clark T.J. Endometrial polyps and AUB. Best Pract Res Clin ObstetGynaecol. 2016; c. 89–95.
4. Munro M.G. FIGO classification of abnormal uterine bleeding. 2018; c. 17–19.
5. Lee S.C. Oncogenic potential. Obstet Gynecol. 2010; c. 55–63.
6. Uglietti A. Malignancy risk. 2019; c. 19–23.
7. Lieng M. Treatment review. 2010; c. 55–64.
8. Bosteels J. Hysteroscopy Cochrane. 2018; c. 65–71.
9. Di Spiezio Sardo A. Fertility outcomes. 2016; c. 72–78.
10. Zhang H. ART outcomes. 2019; c. 79–85.
11. Smith-Bindman R. Ultrasound. 1998; c. 86–92.
12. Timmerman D. Doppler. 2015; c. 93–99.
13. Alcazar J. Sonography. 2014; c. 100–106.
14. Makris N. Hysterosonography. 2017; c. 107–113.
15. NICE guideline. 2020; c. 114–120.
16. AAGL Practice Report. 2020; c. 121–127.
17. Preuthippan S. Polypectomy. 2018; c. 128–132.
18. DeWaay D. Natural history. 2016; c. 133–138.
19. Pergialiotis V. Risk factors. 2016; c. 139–144.
20. Fatemi H.M. Uterine abnormalities. 2010; c. 145–150.
21. WHO Tumours classification. 2020; c. 151–156.
22. FIGO recommendations. 2018; c. 157–162.
23. Systematic review endometrial polyps. 2022; c. 163–168.
24. Meta-analysis hysteroscopy. 2021; c. 169–174.
25. Review infertility polyps. 2020; c. 175–180.
26. Diagnostic accuracy ultrasound. 2022; c. 181–186.
27. Doppler studies endometrium. 2021; c. 187–192.
28. Management guidelines gynecology. 2023; c. 193–198.
29. Endometrial pathology review. 2019; c. 199–204.
30. Clinical gynecology updates. 2024; c. 205–210.

ПРИЛОЖЕНИЕ А1. Состав Рабочей группы

Председатель:

Кендегелян Елена Михайловна – заместитель главного врача по акушерству и гинекологии ГУ «БЦМиР», член общества акушеров-гинекологов ПМР.

Члены группы:

Чолак Оксана Николаевна – заместитель главного врача по акушерству и гинекологии, заведующая гинекологическим отделением ГУ «РЦМиР», член общества акушеров-гинекологов ПМР.

Тостановская Светлана Валерьевна – заведующая наблюдательным родильным отделением ГУ «РЦМиР», член общества акушеров-гинекологов ПМР.

Баранова Наталья Юрьевна – заместитель главного врача по акушерству и гинекологии ГУ «ТКЦАПП», член общества акушеров-гинекологов ПМР.

Ткачук Леонид Александрович – врач акушер – гинеколог гинекологического отделения ГУ «РЦМиР», член общества акушеров-гинекологов ПМР.

Чебан Оксана Сергеевна – заведующая Центром Репродуктивного Здоровья и Планирования Семьи, врач акушер – гинеколог ГУ «РЦМиР», кандидат медицинских наук, доцент, заведующая кафедрой ПАиГ МИ им. Н.В. Склифосовского ПГУ им. Т.Г. Шевченко, член общества акушеров – гинекологов ПМР.

Конфликт интересов:

Все члены рабочей группы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ПРИЛОЖЕНИЕ А2.

Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов инструкции по применению лекарственного препарата

Таблица 1. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов диагностики (диагностических вмешательств).

УДД	Расшифровка
	Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа
2	Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета-анализа
3	Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода или нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4	Не сравнительные исследования, описание клинического случая
5	Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов

Таблица 2. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов профилактики, лечения и реабилитации (профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств).

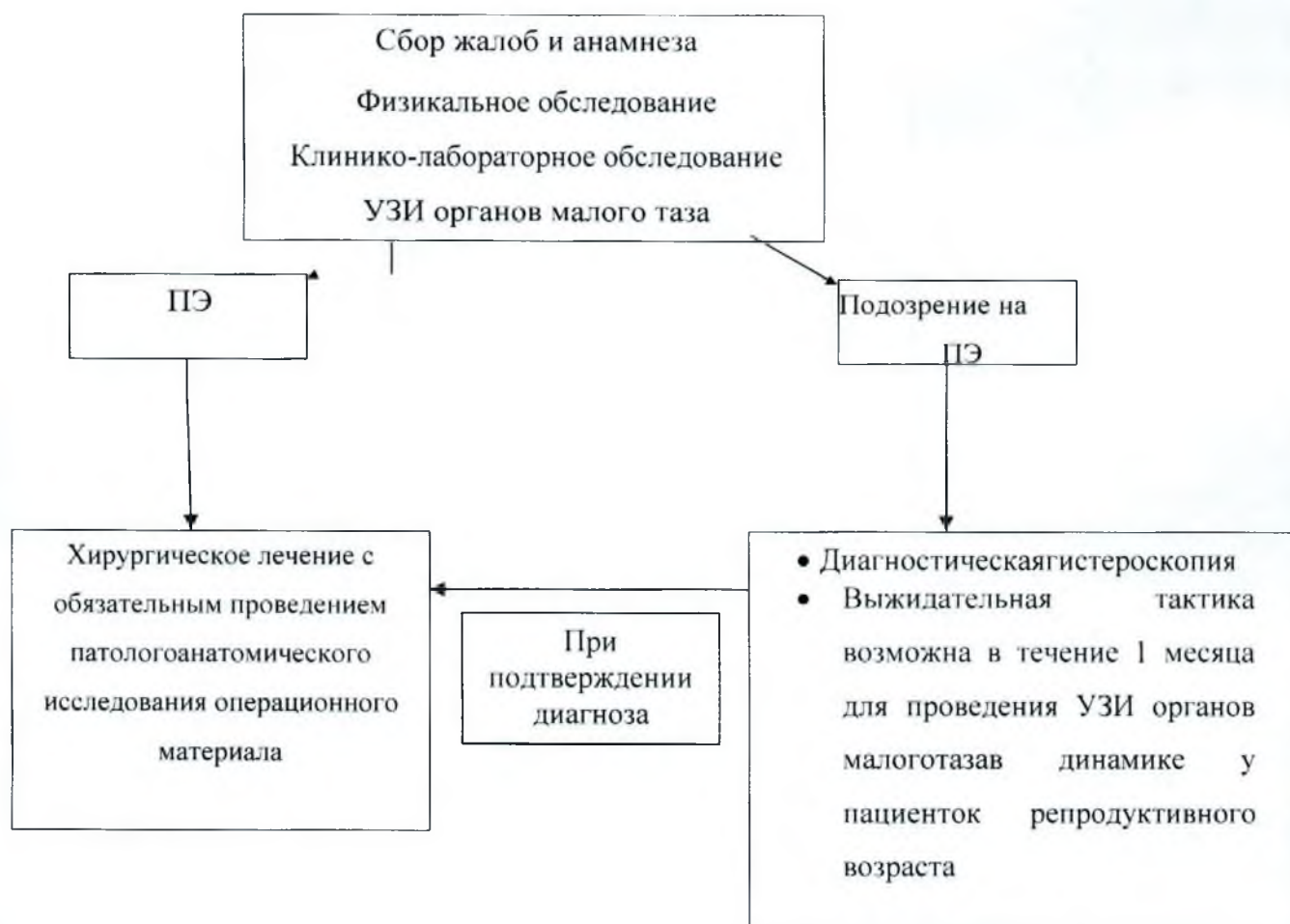
УДД	Расшифровка
1	Систематический обзор РКИ с применением мета-анализа
2	Отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением РКИ, с применением мета-анализа
3	Нерандомизированные сравнительные исследования, в т.ч. когортные исследования
4	Не сравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования «случай-контроль»
5	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов

Таблица 3. Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации (профилактических,

диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств).

УУР	Расшифровка
А	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
В	Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)
С	Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

Алгоритмы действий врача



Информация для пациента

Полипы эндометрия — разрастания слизистой оболочки полости матки, по форме напоминающие каплю или гриб. Полипы могут иметь размеры от нескольких миллиметров до 2-3 сантиметров и находиться в полости матки по одному, или несколько одновременно. Полипы - достаточно распространенное заболевание и встречается у 7,8-12% всех женщин. Полипы могут проявляться обильными или длительными менструациями, а также кровянистыми выделениями, возникающими не зависимо от дня цикла, но зачастую полипы остаются бессимптомными и являются случайной находкой на ультразвуковом исследовании органов малого таза (УЗИ). Кроме того, полипы эндометрия мешают наступлению беременности. В подавляющем большинстве случаев полипы являются доброкачественным заболеванием. Риск выявления атипических или раковых клеток в полипах увеличивается с возрастом, достигая максимума в постменопаузе, и составляет от 0,3 до 5,4% [11–15].

Причины возникновения полипов окончательно не изучены. Считается, что в основе заболевания лежат хроническое воспаление, нарушения молекулярных взаимодействий в эндометрии, а также нарушения чувствительности матки к гормонам. К факторам риска возникновения полипов относится старший возраст, лишний вес, артериальная гипертензия, прием препарата тамоксифена, синдром Линча. Прием гормональных пероральных контрацептивов или менопаузальной гормональной терапии не вызывает развитие полипов эндометрия [23–30].

Для диагностики полипов эндометрия используют УЗИ, которое проводят сразу после окончания менструации. Иногда полипы бывает трудно обнаружить, особенно если они маленького размера. В таком случае врач может назначить дообследование в виде соногистерографии - УЗИ с введением в полость матки жидкости, что значительно увеличивает точность исследования. Однако в настоящее время данный метод в России не распространен. Врачом может быть предложено проведение диагностической гистероскопии - осмотр полости матки с помощью специальной маленькой камеры. Этот метод является одновременно и диагностикой, и лечением. При проведении гистероскопии возможно увидеть полип напрямую и одновременно удалить его [11–15].

Удаление полипов эндометрия проводится под наркозом, чаще всего внутривенным, и занимает около 15-20 минут. Удаление полипов возможно несколькими техниками: с помощью электрической петли, которая называется гистерорезектоскоп,

или неэлектрическими инструментами. Гистерорезектоскопия является более эффективным способом лечения полипов больших размеров, а также снижает частоту рецидивов, которая в среднем составляет от 10 до 20%.

Медикаментозных методов лечения полипов эндометрия на данный момент не существует. Необходимо отметить, что терапия препаратами прогестерона или гормональными пероральными контрацептивами не показала своей эффективности. С учетом частых эпизодов кровотечений, препятствия к беременности и необходимости профилактики развития онкологии, всем женщинам с выявленными полипами эндометрия рекомендуется их удалить.

После удаления полипа эндометрия, врачи-патоморфологи изучат его под микроскопом и дадут патологоанатомическое заключение, в котором укажут есть ли в нем признаки атипии или онкологии, а также есть ли другие заболевания эндометрия. Когда подтвердится, что полип доброкачественный, дополнительного лечения не требуется. Нет убедительных данных, что препараты прогестерона или гормональные пероральные контрацептивы снижают частоту рецидивов. Если женщина не могла завести ребенка, после удаления полипа можно планировать беременность в следующем менструальном цикле.

Дальнейшее наблюдение, кратность выполнения ультразвукового исследования органов малого таза определяются врачом-акушером-гинекологом индивидуально (по возможности ежегодно).

**Персональный состав экспертной группы по проведению экспертизы проектов
клинических рекомендаций по вопросам оказания медицинской помощи**

а) Председатель экспертной группы: Дяченко Анжела Григорьевна - начальник Управления организации медицинской помощи и рассмотрения обращений граждан и организаций Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики;

б) заместители председателя экспертной группы:

1) Окушко Ростислав Владимирович - кандидат медицинских наук, доцент, директор государственного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Приднестровский государственный медицинский колледж имени Л.А. Тарасевича», главный специалист Управления организации медицинской помощи и рассмотрения обращений граждан и организаций Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики;

2) Малиёв Вячеслав Владимирович - главный специалист Управления организации медицинской помощи и рассмотрения обращений граждан и организаций Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики, главный внештатный специалист по скорой медицинской помощи Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики, главный врач государственного учреждения «Региональная станция скорой медицинской помощи г. Бендеры»;

в) члены экспертной группы:

1) Кравцова Алина Геннадьевна - кандидат медицинских наук, доцент кафедры педиатрии, акушерства и гинекологии Медицинского института имени Н.В. Склифосовского государственного образовательного учреждения «Приднестровского государственного университета имени Т. Г. Шевченко»;

2) Гарбузняк Анастасия Андреевна - главный специалист Управления организации медицинской помощи и рассмотрения обращений граждан и организаций Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики, кандидат биологических наук, доцент кафедры общественного здоровья и организации здравоохранения с циклом инфекционных заболеваний Медицинского института имени Н.В. Склифосовского государственного образовательного учреждения «Приднестровского государственного университета имени Т.Г. Шевченко, врач-инфекционист;

3) Коваленко Татьяна Николаевна — главный специалист Управления организации медицинской помощи и рассмотрения обращений граждан и организаций Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики, врач-невролог (кабинета электромиографии) государственного учреждения «Республиканская клиническая больница»;

4) Монул Светлана Георгиевна — главный специалист Управления организации медицинской помощи и рассмотрения обращений граждан и организаций Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики, врач-хирург государственного учреждения «Республиканская клиническая больница».