

II РЕГИОНАЛЬНЫЙ НАУЧНО- ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ ФОРУМ АКУШЕРОВ-ГИНЕКОЛОГОВ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

ОРГАНИЗАТОРЫ:



МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
МОСКОВСКОЙ
ОБЛАСТИ

9-10 НОЯБРЯ 2018 ГОДА

ПРОГРАММА

ОТЕЛЬ «ЗОЛОТОЕ КОЛЬЦО», 1 ЭТАЖ
г. МОСКВА, УЛ. СМОЛЕНСКАЯ, Д. 5

ОРГАНИЗАТОРЫ



ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), кафедра акушерства и гинекологии №1 лечебного факультета, Клиника акушерства и гинекологии им. В.Ф. Снегирева



Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Московский областной научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии»



МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
МОСКОВСКОЙ
ОБЛАСТИ

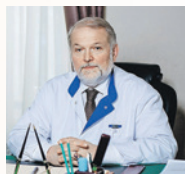
Министерство здравоохранения Московской области

ПРЕДСЕДАТЕЛИ ОРГАНИЗАЦИОННОГО КОМИТЕТА:



Ищенко Анатолий Иванович

ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), зав. кафедрой акушерства и гинекологии №1 лечебного факультета, директор Клиники Акушерства и Гинекологии им. В.Ф.Снегирева, д.м.н., профессор



Петрухин Василий Алексеевич

Директор МОНИИАГ, д.м.н., профессор.

СЕТКА ПРОГРАММЫ

09 НОЯБРЯ. ДЕНЬ ПЕРВЫЙ – ГИНЕКОЛОГИЯ

Зал Ярославль		Зал Владимир	
09.00-09.10	Приветственное слово		
09.40-11.10	Online трансляции из операционных Модератор: проф. С.А. Леваков	09.10-12.40	Секция по гинекологической эндокринологии Председатели: проф. В.Е. Балан , проф. И.В. Кузнецова
11.10-12.40	Выступления иностранных спикеров		
12.40-13.20	Перерыв. Дискуссии вне залов. Посещение выставки		
13.20-16.40	Научная программа Председатели: проф. В.Б. Цхай , проф. В.М. Зуев	12.40-16.00	Секция по гинекологической эндокринологии Председатели: проф. В.Е. Балан , проф. И.В. Кузнецова
		16.00-18.30	Секция молодых ученых Председатели: проф. Е.А. Соснова , к.м.н. А.А. Федоров
16.40-17.00	Дискуссия. Завершение первого дня Форума		

10 НОЯБРЯ. ДЕНЬ ВТОРОЙ – АКУШЕРСТВО

Зал Ярославль	
09.00-12.20	Председатели: проф. В.А. Петрухин , проф. И.В. Игнатко
12.20-13.00	Перерыв. Дискуссии вне залов. Посещение выставки
13.00-15.40	Председатели: проф. С.В. Новикова , проф. Н.А. Никитина
15.40-16.00	Дискуссия. Завершение Форума

09 НОЯБРЯ. ДЕНЬ ПЕРВЫЙ – ГИНЕКОЛОГИЯ

Зал Ярославль	
Председатели: проф. В.А. Петрухин, проф. А.И. Ищенко, проф. И. Бруна Каталан	
09.00-09.10	Приветственное слово
09.10-09.40	ВРТ сегодня - взгляд репродуктолога. Проф. Е.А. Калинина
Online трансляции. Модератор: проф. С.А. Леваков	
09.40-11.10	Оперативное лечение при эндометриозассоциированном бесплодии. Хирург проф. Д.В. Брюнин
09.40-11.10	Робот-ассистированная лапароскопия, пластика несостоятельного рубца на матке (метропластика). Хирург проф. А.А. Попов
09.40-11.10	Преграavidарный лапароскопический циркляж матки. Хирург к.м.н. А.А. Федоров
11.10-12.00	PCOS: current concepts in diagnosis and treatment. Prof. I. Bruna Catalan (Spain)
12.00-12.40	Reproductive surgery. Dr. O. Collado Ramos (Spain)
12.40-13.20 Перерыв. Дискуссии вне залов. Посещение выставки	
Председатели: проф. В.Б. Цхай, проф. В.М. Зуев	
13.20-13.40	Маточный фактор бесплодия – некоторые аспекты диагностики и лечения Проф. Т.А. Джибладзе
13.40-14.00	Пути диагностики и преграavidарной подготовки эндометрия у женщин с привычной потерей беременности. Проф. В.М. Зуев
14.00-14.20	Современные возможности медикаментозной терапии генитального эндометриоза Проф. М.И. Ярмолинская
14.20-14.40	Ближайшие и отдаленные результаты оперативного лечения пациенток с тяжелыми формами диффузного аденомиоза. Проф. В.Б. Цхай
14.40-15.00	Современные возможности сохранения овариального резерва у больных с эндометриозом яичников. Проф. В.Ф. Беженарь
15.00-15.20	Преграavidарный лапароскопический циркляж матки – эффективность и безопасность К.м.н. А.А. Федоров , проф. А.А. Попов , к.м.н. В.С. Вроцкая , проф. К.В. Краснопольская , проф. В.А. Петрухин , д.м.н. М.А. Чечнева , к.м.н. Е.В. Магилевская
15.20-15.40	Дифференцированный подход к лечению больных миомой матки: реальность, перспективы, комментарии. Проф. А.И.Давыдов
15.40-16.00	Спектр гинекологических манипуляций в амбулаторной практике врача акушера-гинеколога. Собственный клинический опыт. Н.С. Бадикова
16.00-16.20	Состояние репродуктивного здоровья женщин Бурятии. К.м.н. Е.А. Ботоева
16.20-16.40	Пролапс гениталий в репродуктивном возрасте. К.м.н. А.А. Ищенко , проф. А.И. Ищенко
16.40-17.00 Дискуссия. Завершение первого дня Форума	

09 НОЯБРЯ. ДЕНЬ ПЕРВЫЙ – ГИНЕКОЛОГИЯ

Зал Владимир

Секция по гинекологической эндокринологии

Председатели: проф. **В.Е. Балан**, проф. **И.В. Кузнецова**

09.10-09.40	Современные возможности медикаментозной терапии миомы матки Проф. В.Е. Балан
09.40-10.10	Стресс-зависимые нарушения менструального цикла Проф. И.В. Кузнецова
10.10-10.40	Психологические аспекты и реабилитация больных со стресс-зависимыми нарушениями менструальной функции. М.Н. Бурчакова
10.40-11.10	Синдром поликистозных яичников. Проф. Я.З. Зайдиева
11.10-11.40	Гиперпролактинемический синдром. Проф. Е.А. Соснова
11.40-12.10	Эндокринные заболевания при беременности в послеродовом периоде: диагностика и лечение К.м.н. Э.В. Жукова , к.м.н. С.В. Лесникова
12.10-12.40	Молочные железы и половые гормоны К.м.н. А.А. Сметник
12.40-13.20	Перерыв. Дискуссии вне залов. Посещение выставки
13.20-13.50	Метаболический синдром. К.м.н. В.Н. Касян
13.50-14.20	Расстройства сна в практике гинеколога. Д.И. Бурчаков
14.20-14.50	Современные подходы к менопаузальной гормональной терапии Проф. И.В. Кузнецова
14.50-15.20	Генитоуринарный синдром в климактерии. Проф. В.Е. Балан
15.20-15.50	Амбулаторный подход к ведению женщин с различными видами недержания мочи К.м.н. Е.В. Тихомирова
15.50-16.00	Дискуссия

09 НОЯБРЯ. ДЕНЬ ПЕРВЫЙ – ГИНЕКОЛОГИЯ

Зал Владимир


Секция молодых ученых

Председатели: проф. *Е.А. Соснова*, к.м.н. *А.А. Федоров*

16.00-16.15	Современные аспекты ведения преждевременных родов <i>Г.Ф. Проклова</i>
16.15-16.30	Ведение беременности и родов пациенток с черепно-мозговой травмой в анамнезе <i>П.А. Петров</i>
16.30-16.45	Влияния экзогенных гестагенов на гепатобилиарную систему беременных <i>Д.Р. Новрузова</i>
16.45-17.00	Особенности метаболизма витамина D у беременных с вагинальными инфекциями <i>М.А. Игнатьева</i>
17.00-17.15	Методы доклинической диагностики преэклампсии. Сравнение биохимических и инструментальных методов исследования. <i>С.Х. Эристави</i>
17.15-17.30	Криоконсервация в программах ЭКО. <i>В.Р. Александрова</i>
17.30-17.45	Актуальность проблемы антифосфолипидного синдрома в генезе неудач экстракорпорального оплодотворения. <i>Л.А. Ключкина</i>
17.45-18.00	Опыт применения противоспаечных барьеров в лечении синдрома Ашермана <i>А.Г. Беспалова</i>
18.00-18.15	Применение клеточных технологий в хирургическом лечении пролапса тазовых органов <i>Я.Ю. Сулина</i>
18.15-18.30	Нарушение дефекации при ректоцеле. <i>Е.С. Ефремова</i>
18.30-18.45	Органосохраняющее лечение при гинекологических видах рака. <i>М.О. Силькина</i>
18.45-19.00	Дискуссия. Завершение первого дня Форума

10 НОЯБРЯ. ДЕНЬ ВТОРОЙ – АКУШЕРСТВО

Зал Ярославль	
Председатели: проф. В.А. Петрухин, проф. И.В. Игнатко	
09.00-09.20	Фенотип преждевременных родов: стратегические и тактические аспекты Проф. И.В. Игнатко
09.20-09.40	Профилактика несостоятельности рубца на матке Проф. С.А. Леваков , проф. Н.А. Габитова , проф. П.В. Буданов , к.м.н. О.С. Белявская
09.40-10.00	Опыт обследования беременных на инфекции в г. Москве. Проф. А.П. Никонов , Н.С. Науменко
10.00-10.20	Аллогенный плод и преждевременные роды К.м.н. Н.С. Трифонова , к.м.н. Э.В. Жукова , проф. Л.С. Александров
10.20-10.40	Акушерские проблемы антифосфолипидного синдрома. Проф. Т.М. Решетняк
10.40-11.00	Оптимизация ведения беременных с резус конфликтом – внутриутробное переливание крови А.Е. Панов , д.м.н. М.А. Чечнева , Н.Ю. Земскова
11.00-11.20	Миомэктомия во время беременности Проф. С.Н. Буянова , к.м.н. Н.В. Юдина , к.м.н. С.А. Гукасян
11.20-11.40	Возможности тканевой доплерографии в оценке функции миокарда у плода К.м.н. Е.В. Федорова
11.40-12.00	Полный пузырный занос одного плодного яйца при многоплодной беременности. Диагностика и тактика ведения. Клинические наблюдения. Д.м.н. М.А. Чечнева , к.м.н. Т.С. Коваленко , проф. Н.А. Щукина , к.м.н. И.Н. Волощук , Р.А. Барто
12.00-12.20	Церебральная катастрофа в акушерстве. К.Н. Ахвледиани , проф. Л.С. Логутова , проф. В.А. Петрухин , проф. А.Ю. Любнин , к.м.н. А.А. Травкина
12.20-13.00	Перерыв. Дискуссии вне залов. Посещение выставки
Председатели: проф. С.В. Новикова, проф. Н.А. Никитина	
13.00-13.20	Профилактика внутриутробной инфекции перед повторной операцией кесарева сечения Проф. С.В. Новикова , А.И. Лоренц , В.А. Сибряева
13.20-13.40	Трагические ошибки при ведении беременных с преэклампсией. Проф. Е.В. Мозговая
13.40-14.00	Обезболивание родов с перинатальных позиций Проф. С.В. Новикова , к.м.н. Е.Ю. Упрямова , А.Г. Дегтярева
14.00-14.20	Инфекционный фактор дефицита железа во время беременности. Проф. П.В. Буданов
14.20-14.40	Особенности диагностики преэклампсии. д.м.н. В.М. Гурьева , д.м.н. И.О. Шугинин
14.40-15.00	Проблема преэклампсии в современном акушерстве Проф. И.С. Сидорова , проф. Н.А. Никитина
15.00-15.20	Ингаляционные методы обезболивания самопроизвольных родов. К.м.н. Е.Ю. Упрямова
15.20-15.40	Управление антикоагулянтами и антитромботическими средствами. Д.б.н. Е.В. Ройтман
15.40-16.00	Дискуссия. Завершение Форума



**СЕКЦИЯ
МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ**

**ОСОБЕННОСТИ ПЕРИОПЕРАЦИОННОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО
ИССЛЕДОВАНИЯ, ТЕХНИКИ РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ОПЕРАЦИИ
И ЕЕ РЕЗУЛЬТАТЫ, У ПАЦИЕНТОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА
С БОЛЬШИМИ И ГИГАНТСКИМИ АТИПИЧНЫМИ МИОМАМИ МАТКИ**

Буянова С.Н., Щукина Н.А., Логутова Л.С., Чечнева М.А., Бабунашвили Е.Л., Рижинашвили И.Д.
ГБУЗ МО Московский областной институт акушерства и гинекологии

Оптимальный хирургический доступ при атипичных миомах матки у женщин репродуктивного возраста до настоящего времени остается дискуссионным вопросом. На базе гинекологического отделения ГБУЗ МО МОНИИАГ в 2014-2017 гг. обследовано 300 пациенток репродуктивного возраста, которым была выполнена миомэктомия атипичных миоматозных узлов больших и гигантских размеров. Все пациентки были разделены на 2 группы. I группа – 176 пациенток в возрасте от 18 до 30 лет, II группа – 124 пациентки в возрасте от 31 до 42 лет. Ультразвуковое исследование органов малого таза и брюшной полости выполнялось при помощи ультразвуковых аппаратов ACCUVIX XQ, VOLUSON-730. За 7-10 дней до операции определялись размеры, структура миоматозных узлов, состояние соседних органов. При энуклеации атипичных миом больших и гигантских размеров использовались только продольные разрезы на матке, удалялось несколько узлов из одного разреза – «мозаичное» удаление, в последнюю очередь выделялись области, прилежащие к полости матки или шеечному каналу. Ложе узлов зашивалось викрилом 00 отдельными узловыми швами в 2-3 ряда с тщательным гемостазом дна раны. На 6-7-е сутки после миомэктомии хорошими прогностическими признаками были: отсутствие деформаций, «ниш», равновеликость толщины миометрия в области послеоперационного рубца и интактных тканей, наличие адекватного кровотока. Через 6 месяцев после операции УЗ признаками состоятельности рубца после миомэктомии были: ровность и четкость контуров матки (послеоперационный рубец не определялся), отсутствие лигатур, равномерная васкуляризация всего органа. Из 300 обследованных I и II группы 3(1%) пациенткам была удалена матка по их настоятельному требованию. Остальным 297(99%) выполнены органосберегающие операции – миомэктомии, из них 231(78%) без вскрытия полости матки, 66(22%) - со вскрытием полости матки, перешейка или цервикального канала. Анализ исходов 206 хирургических вмешательств, выполненных с января 2014г. по апрель 2016г.: 143(69%) пациентки успешно осуществили свои репродуктивные планы преимущественно путем кесарева сечения (138 пациенток – 96,5%), 5(3,5%) родоразрешены через естественные родовые пути, 15(7,2%) вынашивают беременность.

ОСОБЕННОСТИ СИНТЕЗА КОЛЛАГЕНА В МИОМАТОЗНЫХ УЗЛАХ ПАЦИЕНТОК С ЛЕЙОМИОМОЙ МАТКИ РАЗЛИЧНЫХ РАЗМЕРОВ

Воскресенская Д. Л.

ФГБУ «Ивановский НИИ М и Д им. В. Н. Городкова» Минздрава России

Лейомиома матки – доброкачественная гормонально-зависимая опухоль, развивающаяся в миометрии в результате гипертрофии и пролиферации элементов мышечной и соединительной ткани. Она характеризуется чрезмерной аккумуляцией экстрацеллюлярного матрикса (ЭЦМ), представленного фибриллами коллагена, фибронектином и протеогликанами. Предполагается, что увеличение размеров лейомиомы матки происходит в основном за счет активной продукции опухолевыми фибробластами компонентов ЭЦМ, преимущественно коллагена 1 типа. Но процессы, регулирующие выработку ЭЦМ в миоматозных узлах, до конца пока еще не выявлены. Так, в литературе отсутствуют данные о взаимосвязи между продукцией коллагена и особенностями роста лейомиомы матки.

Целью работы было установить особенности экспрессии м-РНК коллагена 1A1 (COL1A1) в лейомиоме матки и выявить зависимость уровня синтеза коллагена 1A1 от размера опухоли.

Материалы и методы. Была обследована 41 женщина с лейомиомой матки в возрасте 27 – 42 лет, поступившая на оперативное лечение. У 21 женщины была диагностирована лейомиома матки больших размеров (6 см и более), а у 20 пациенток лейомиома матки была малых размеров. Материалом для исследования служили образцы ткани миоматозных узлов и неизмененного миометрия, полученные в ходе оперативного вмешательства. Количественная оценка уровня экспрессии м-РНК коллагена 1A1 проводилась методом обратнo-транскрипционной количественной полимеразной цепной реакции (ОТ-ПЦР) в режиме реального времени.

Результаты. Анализ данных ПЦР исследования показал, что уровень экспрессии мРНК COL1A1 в неизмененном миометрии и в миоматозных узлах достоверно не различался. Анализ данных в зависимости от размера опухоли показал, что уровень экспрессии мРНК COL1A1 у пациенток с лейомиомой матки малых размеров значительно выше, чем у пациенток с лейомиомой матки больших размеров.

Усиленный синтез коллагена идет в узлах меньших размеров и, соответственно, именно эти узлы обладают большим потенциалом к росту.

НАРУШЕНИЕ ДЕФЕКАЦИИ ПРИ РЕКТОЦЕЛЕ

Ефремова Е.С., Попов А.А.

ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет)

Введение. Среди множества факторов, влияющих на исход процедуры ЭКО особое место занимают тромбофилии, в том числе антифосфолипидный синдром (АФС), диагностированный у 42,1 % пациенток, у которых данная процедура не завершилась развитием беременности. АФС влияет на все аспекты репродукции, начиная от овариальной и тестикулярной недостаточности, до неудач имплантации, репродуктивных потерь и патологического течения беременности.

Цель. Определить наличие взаимосвязи между циркулирующими АФА и развитием неудач процедуры ЭКО.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов исследований особенностей патологического влияния АФА, а именно волчаночного антикоагулянта, антикардиолипиновых антител, антител к бета-2 гликопротеину I (антитела к b2GPI) IgG или IgM изотипы, на все этапы процедуры ЭКО.

Результаты. Анализ ряда исследований показал, что наиболее важным и уязвимым этапом процедуры ЭКО является этап имплантации. На данном этапе АФА могут связаться с эндотелиальными клетками, клетками трофобласта и предимплантационным эмбрионом, при этом репродуктивный исход будет зависеть от того, с какой именно мишенью вступят во взаимодействие АФА. Ингибирующее действие АФА на процессы ангиогенеза в эндометрии приводит к снижению рецептивности эндометрия и, следовательно, нарушению самого процесса имплантации. Установлено, взаимодействие АФА с эндотелиальными клетками приводит к нарушению образования простаглицлинов, индукции прокоагулянтного состояния, снижению тромборезистентности и ингибированию ангиогенеза, что клинически проявляется привычным невынашиванием беременности или неудачами ЭКО. Повреждение клеток трофобласта АФА приводит к нарушению процессов дифференцировки, пролиферации, а также инвазии трофобласта, что приводит к нарушению имплантации. Клиническое проявление прямого эмбриотоксического эффекта наблюдается в виде бесплодия неясной этиологии или неудач ЭКО.

Выводы. Циркулирующие АФА взаимодействуя с различными мишенями этапа имплантации, ухудшают репродуктивный исход женщин проходящих процедуру ЭКО. Проведение дальнейших исследований позволит более полноценно изучить данную проблему и рассмотреть вопрос о возможности включения определения уровней АФА сыворотки крови у женщин с бесплодием и неудачами процедуры ЭКО в анамнезе.

HELLP-СИНДРОМ – СОВРЕМЕННЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ

Ибрагимова С.М., Стрижаков А.Н., Тимохина Е.В.

ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет)

Введение. HELLP синдром осложняет 0,5–1% всех беременностей, а среди беременных с преэклампсией (ПЭ) встречается в 2–20% и характеризуется высокой материнской (3,4-24,2%) и перинатальной смертностью (9-24%).

Цель. Для изучения особенностей течения HELLP-синдрома проведено ретроспективное исследование 28 историй родов.

Результаты. HELLP синдром наблюдался чаще у первородящих женщин старше 30 лет с отягощенным анамнезом: хроническая артериальная гипертензия (28,5%), ЭКО (7,1%), ПЭ в анамнезе (10,7%), генетическая тромбофилия (14,2%), антифосфолипидный синдром (7,1%), хронический пиелонефрит (21,4%). В 71,4% наблюдений диагноз HELLP-синдром был поставлен во время беременности, и 28,5% – после родов. У женщин с тяжелой ПЭ развился в 11% наблюдений. Только у 32,1% HELLP-синдром сочетался с тяжелой АГ (АД>160/110 мм.рт.ст). У 10,7% протеинурия не выявляется вовсе. Клиническими симптомами явились – боли в правом подреберье (46,4%), слабость (21,4%), головная боль (17,8%), рвота (17,8%), тошнота (14,2%). Увеличение печеночных ферментов выявлено в 53,5% случаев, тромбоцитопения в 64,2%. В 1/4 случаев уровень тромбоцитов более 150 тыс. Гемолиз обнаружен в 7,1% наблюдений. Увеличение печеночных ферментов – АСТ в 78,5%, АЛТ – 60,7% случаев. Полная классическая триада HELLP-синдрома (гемолиз, тромбоцитопения, повышение печеночных ферментов) отмечена в 42,8% наблюдений, моносимптомное течение – в 35,7%. Перинатальные осложнения обусловлены тяжестью состояния матери, преждевременным рождением плода (85,4%), задержкой роста плода (57,1%), плацентарной недостаточностью (53,5%). Антенатальная гибель плода у женщин выявлена в 21,4% случаев. Материнские осложнения: печеночная недостаточность, острая почечная недостаточность, отек мозга, субкапсулярная гематома печени в 3,5% наблюдений. Классическое проявление HELLP– синдрома отмечено лишь в 64,2% наблюдений.

Заключение. HELLP-синдром - междисциплинарная проблема и в вопросы диагностики и лечения вовлекают врачей различных специальностей. Трудности диагностики, симптоматический характер лечения, тяжесть осложнений определяют высокие показатели материнской и перинатальной заболеваемости и смертности. Единственным радикальным и эффективным методом лечения HELLP-синдрома, по-прежнему, остается только родоразрешение, поэтому так важно своевременно выявлять и учитывать его малейшие клинические и лабораторные проявления во время беременности.

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ АНТИФОСФОЛИПИДНОГО СИНДРОМА В ГЕНЕЗЕ НЕУДАЧ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ

Клюкина Л.А., Соснова Е.А.

ГБУЗ МО Московский областной научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии г. Москва

Введение. Проблема опущения и выпадения внутренних половых органов у женщин является острой медико-социальной проблемой, поскольку пролапс гениталий является одним из самых распространенных гинекологических заболеваний у рожавших женщин. Распространенность ректоцеле при этом достигает 80%. И 77% женщин связывают появление первых симптомов заболевания с родами. Жалобы на нарушение дефекации предъявляют до 55% женщин, что негативно сказывается на их психо-эмоциональное состояние, работоспособность и вызывают сексуальную дисфункцию.

По литературным данным у 50% пациенток с ректоцеле выявляется синдром обструктивной дефекации (СОД). Самыми распространенными причинами СОД являются ректоцеле, внутренняя инвагинация прямой кишки. Также нередко выявляются функциональные расстройства дефекации, которые могут стать причиной неудовлетворенности пациентки результатами оперативного лечения.

Материалы и методы. Совместно с ГНЦК им. Рыжих обследовано 40 пациенток, которым планировалась реконструктивная операция тазового дна по поводу различных форм пролапса гениталий, имеющих жалобы на нарушение дефекации.

Средний возраст пациенток составил 56,6 лет. Одни роды в анамнезе имели 13 пациенток, двое – 24 пациентки, трое и более – 3 пациентки. Первую группу составили 29 ранее не оперированных пациенток. Во вторую группу вошли 11 пациенток в анамнезе перенесших гистерэктомию.

Пациенткам обеих групп было проведено комплексное обследование, включающее в себя сбор анамнеза, физикальный осмотр, дефекографию, аноректальную манометрию высокого разрешения (HRAM), сфинктерометрию, эвакуаторную пробу, исследование проводимости по половому нерву, а также оценка качества жизни с помощью вопросников.

Результаты. У 69% пациенток первой группы и у 100% пациенток второй группы были выявлены функциональные расстройства дефекации различных паттернов. Нейропатия полового нерва была зарегистрирована у всех обследуемых пациенток.

Выводы. У любой пациентки с ректоцеле диагностический алгоритм должен включать в себя тщательный сбор анамнеза, выявление жалоб на функцию опорожнения прямой кишки, физикальные методы обследования, также целесообразно проведение инструментальных методов обследования, таких как аноректальная манометрия высокого разрешения, дефекография, сфинктерометрия. Отдельное внимание стоит уделять определению проводимости по половому нерву. Комплексное обследование пациентки перед оперативным лечением поможет выявить функциональные расстройства дефекации, не сопряженные с опущением и выпадением внутренних половых органов, а также спрогнозировать нарушения акта дефекации в послеоперационном периоде и определиться с дальнейшей тактикой реабилитации.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ИЗМЕРЕНИЯ КОЛИЧЕСТВА
ЖИДКОСТИ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ, ОСЛОЖНЁННОЙ
АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Матвеев И.М.¹, Троханова О.В.¹, Гурьев Д.Л.^{1,2}, Николаев Д.В.³, Верещагина Д.П.¹

¹ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет» МЗ РФ

²ГБУЗ ЯО «Областной перинатальный центр», г. Ярославль

³ООО «МЕДАСС», г. Москва

Цель исследования: Оценка и сравнительный анализ общей, внеклеточной и внутриклеточной жидкости организма при беременности, осложнённой артериальной гипертензией.

Материалы и методы. В данную работу было включено 272 женщины сроком гестации более 22 недель. Исследуемые разделены на 2 клинические группы: группа контроля – 182 женщины с физиологически протекающей беременностью без наличия осложнений; исследуемая группа – 104 женщины с беременностью, осложненной артериальной гипертензией. Пациенты проходили стандартное обследование беременных женщин согласно Приказу №572н и биоимпедансный анализ состава тела при помощи анализатора оценки баланса водных секторов организма с программным обеспечением ABC-01 «МЕДАСС».

Результаты. Группы достоверно отличались по возрасту, массе тела, ИМТ при постановке на учёт по беременности и на момент проведения исследования ($p \leq 0.05$). Наблюдалось статистически достоверное повышение показателей массы тела до беременности, ИМТ, массы тела на момент исследования в клинической группе с артериальной гипертензией в сравнении с группой контроля ($p \leq 0.05$). Выявлено увеличение общей, вне- и внутриклеточной жидкости и снижение активного и реактивного сопротивления на всех частотах сканирования в группе беременных с артериальной гипертензией ($p \leq 0.05$). Выявлена средняя положительная корреляция между показателями общей жидкости организма с оценкой по шкале Апгар на 1 минуте (коэффициент ранговой корреляции $r_s = 0,54$, $p = 0,0034$) и низкая положительная корреляция между показателями общей жидкости организма с оценкой по шкале Апгар на 5 минуте ($r_s = 0,34$, $p = 0,00053$).

Заключение. Патологическое изменение секторов жидкости во время физиологически протекающей беременности, начиная с 22 недель, выявленное при помощи метода биоимпедансного анализа, может рассматриваться как предиктор возможного развития гипертензивных расстройств в более поздние сроки гестации. Оценка биоэлектрического импеданса позволяет идентифицировать беременных женщин с повышенным риском развития артериальной гипертензии.

ОСОБЕННОСТИ РЕПРОДУКТИВНЫХ УСТАНОВОК У ЖЕНЩИН ОМИЧЕК ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Моргунов Р.А., Кравченко Е.Н.

ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» МЗ РФ

Цель исследования. Оценить исходы течения беременности и родов в зависимости от репродуктивных установок женщины.

Материалы и методы. Экспериментальная выборка состоит из двух групп женщин в возрасте от 18 до 49 лет: первая группа А (n=43) – женщины, чья беременность являлась запланированной; группа В (n=49) – женщины, беременность которых не являлась запланированной. Исследование проводилось на базе БУЗОО «ГКПЦ», проведено открытое, проспективное, контролируемое исследование. На каждую пациентку, включенную в исследование, заполнена специально разработанная карта.

Результаты и их обсуждение. Большинство женщин фертильного возраста находятся в браке: в подгруппе АА - 25 (96,2%), в подгруппе АВ - 13 (76,5%), подгруппе ВА – 25 (92,6%), подгруппе ВВ – 20 (91,0%). Превалирующее число женщин фертильного возраста имеют в анамнезе один и более аборт: в подгруппе АА - 12 (46,2%), в АВ - 6 (35,3%), в подгруппах сравнения ВА – 8 (29,6%), ВВ – 6 (27,3%). Более половины опрошенных женщин фертильного возраста имеют в анамнезе не леченую патологию шейки матки (от 40,8% до 64,7%). Течение беременности у женщин, планирующих беременность, в большинстве случаев протекала без осложнений: в подгруппе АА – 13 (50,0%), подгруппе АВ – 11 (64,7%). Наиболее распространенной причиной осложненного течения беременности у женщин, беременность которых наступила случайно, является угроза самопроизвольного выкидыша: в подгруппе ВА – 15 (55,6%), в подгруппе ВВ – 16 (72,7%). Не осложненное течение родов чаще наблюдалось у женщин, беременность которых была запланирована, они были мотивированы на рождение здорового ребенка.

БЕРЕМЕННОСТЬ ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ. ПРОГНОЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ

Пароконная А. А., Нечушкин М. И.

ФГБУ «НМИЦ онкологии им.Н.Н.Блохина» Минздрава России, г. Москва

Актуальность. Проводимая адъювантная химиотерапия при раке молочной железы (РМЖ) уменьшает число фертильных больных, тем не менее до 11% молодых женщин имеют беременность после перенесенного лечения. В связи с ростом подобных наблюдений вопросу безопасности беременности и родов после перенесенного рака молочной железы в последние годы уделяется чрезвычайно пристальное внимание.

Цель. Изучить течение, прогноз рака молочной железы при наступлении последующей беременности после лечения.

Материалы и методы. Исследование основано на изучении 79 архивных материалов ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» с 1964 по 2017 гг. в возрасте от 24 до 40 лет. Материал представляется федеральным онкологическим центром по программе «Онкология и Репродукция». Цель программы – оценка репродуктивных возможностей онкологических больных и влияние беременности на прогноз заболевания. В исследование включены пациентки, которые имели последующие беременности после лечения РМЖ. Средний возраст больных $31,6 \pm 4,9$ г. В 93% больные получили комбинированное или комплексное лечение РМЖ. В 7% лечение было не завершено или выполнено нерадикально. В 8,5% беременность наступила на фоне проводимого лечения. Медиана времени наблюдения за пациентками - 72 мес. Беременность после лечения прервали на различных сроках 30 (34%) больных. У 48 (54,5%) беременность завершилась срочными родами, в одном случае отмечен самопроизвольный аборт на раннем сроке. В среднем беременность у пациенток после лечения рака молочной железы отмечена на сроке 3,4 года от момента постановки диагноза. Родоразрешение проводилось в учреждениях акушерского профиля по месту жительства пациенток. 84,8% пациенток после наступления беременности после лечения живы на сроке наблюдения 252 месяца. 5-летняя безрецидивная выживаемость составила 80,9%. В контрольной группе 144 молодых больных, не имевших последующую беременность, безрецидивная выживаемость была значительно ниже и составила 67,4% ($p=0,02$). В 51,3% пациентки имели гормонопозитивный статус опухоли. Шесть пациенток самостоятельно прервали назначенную онкологом эндокринную терапию и отказались от приема тамоксифена на сроке от 1,5-3,5 лет вместо рекомендуемых 5 лет. 2 пациентки забеременели на фоне приема тамоксифена. Не отмечено различий в показателях безрецидивной выживаемости у пациенток с гормонопозитивным и гормононегативным статусом при наступлении последующей беременности: 79,3% и 79,2% ($p=0,76$). Показатели выживаемости у пациенток с доношенной беременностью была выше чем в группе пациенток, прервавших беременность ($p=0,04$). Прогноз заболевания был удовлетворительным лишь в группе пациенток, которые имели беременность спустя 24 месяца после окончания лечения - 92,7%. В группе больных, которые имели беременность до срока 24 месяца, 5-летняя безрецидивная выживаемость была неудовлетворительной, - и составила 58%. Известно о здоровье детей, рожденных после 1995 года. Все дети – здоровы. Двое детей, чьи матери получали тамоксифен во время беременности, также здоровы.

Выводы. Проведенное исследование показало, что последующая беременность не ухудшает прогноз и не отягощает течение рака молочной железы, однако планирование ее возможно в определенные сроки после лечения при отсутствии признаков заболевания и факторов неблагоприятного прогноза.

**РАННЕЕ МАЛОВОДИЕ – КЛИНИЧЕСКИЙ ПРЕДИКТОР
ПРЕНАТАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ И НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ
ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ**

Серова А.В.^{1,2}

¹ГБУЗ ТО «ОКПЦ им. Е.М. Бакуниной», г. Тверь. ²ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России

Маловодие имеет большое значение не только как самостоятельный патологический процесс, приводящий к необратимым последствиям и являющийся их непосредственной причиной, но и как предиктор развития пренатальных осложнений и неблагоприятных перинатальных исходов. Раннее маловодие диагностируют до 20-22 недель гестации, чаще всего оно обусловлено функциональной недостаточностью плодных оболочек. Нами обследовано 294 беременные женщины с ранним маловодием. Контрольную группу составили 227 пациенток с нормальным количеством околоплодных вод. Оценка количества околоплодных вод проводилась в сроке 13-22 недели беременности. Обследование включало анализ анамнестических данных, динамические ультразвуковые и доплерометрические исследования. Количество амниотической жидкости определяли по методикам: ультразвуковое измерение высоты свободного водного «кармана» и вычисления индекса амниотической жидкости путем суммирования водного столба в 4-х квадрантах живота. Перинатальные исходы определили на основании оценки новорожденных по шкале Апгар при рождении и особенностям течения раннего перинатального периода. Сочетание маловодия с врожденными пороками развития плода составило в основной группе 26,5%, в контрольной группе – 3,9 %. Среди ВПР плода преобладали пороки мочеполовой и костно-мышечной систем, врожденные пороки сердца и множественные пороки развития генетической этиологии. У 32% беременных с маловодием по данным ультразвукового и доплерометрических исследований выявлены признаки плацентарной недостаточности. В контрольной группе этот показатель составил 12,9%. Признаки внутриутробной инфекции выявлены в 41,5% наблюдений у пациенток контрольной группы и в 11,5 % - основной группы. Всего в основной группе родилось 234 живых ребенка. Перинатальные потери составили: 4,4% - антенатальная гибель плода, 2% – самопроизвольные выкидыши, 14% - досрочное прерывание беременности по поводу ВПР плода. В контрольной группе перинатальных потерь не было. В основной группе оценку по шкале Апгар менее 7 баллов имели 58,5% новорожденных, аналогичный показатель в контрольной группе – 14,1%. В основной группе признаки гипотрофии плода I и II степени были выявлены в 64,6%, III степени – 25,1%, внутриутробное инфицирование – 53,8%. В контрольной группе: признаки гипотрофии I и II степени 24,2%, III степени – 2,7%, внутриутробное инфицирование – 12,3%. В раннем неонатальном периоде в основной группе нуждались во 2-м этапе выхаживания 49,8% новорожденных, в контрольной группе этот показатель составил 0,8%. Своевременная диагностика раннего маловодия позволяет сформировать группу риска с целью прогнозирования и снижения частоты акушерских и перинатальных осложнений.

ОРГАНосоХРАНяЮЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ВИДАХ РАКА

Силькина М.О., Соснова Е.А.

ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет)

Введение. Успешное комплексное органосохраняющее лечение можно реализовать только на ранних стадиях рака шейки матки, эндометрия и яичников. После такого лечения риск рецидива заболевания низкий, а женщины могут забеременеть и родить здорового ребенка.

Цель. Определить предпочтительные методы органосохраняющего лечения рака шейки матки, рака эндометрия и рака яичников и проанализировать его возможные исходы.

Материалы и методы. При использовании метода непосредственного наблюдения были проведены когортные исследования, объектами которых стали женщины с раком шейки матки IA1, IA2 и IB1 стадии, с раком эндометрия и раком яичника IA стадий.

Результаты. Органосохраняющее лечение возможно при определенных характеристиках опухоли: высокая дифференцировка опухоли, ранняя стадия заболевания, отсутствие метастазов и инвазии в лимфоваскулярное пространство. Тактика лечения может включать в себя хирургическое вмешательство, медикаментозную терапию и при необходимости помощь вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ). При раке шейки матки IA1 стадии целесообразно проведение конизации и выскабливания оставшейся части цервикального канала, а при IA2, IB стадии – расширенной трахелэктомии и тазовой лимфодиссекции. После этого возможна беременность. Для рака яичников IA стадии показана односторонняя аднексэктомия с резекцией второго яичника, оментэктомия, тотальная лимфаденэктомия. В связи с возможностью рецидива опухоли яичника до 2,5% некоторые врачи предлагают применять адьювантную химиотерапию. Рак эндометрия требует проведения биопсии, при IA стадии доказана эффективность терапии прогестинами. Полный ответ на терапию составляет 55%, 34% составляет рецидив рака эндометрия. Многие пациенты с поздней стадией заболевания тоже хотят сохранить детородную функцию, поэтому до проведения гистерэктомии и/или лучевой терапии, проводят забор ооцитов, криоконсервацию ооцитов и эмбрионов.

Заключение. Для сохранения репродуктивной функции необходимо внедрять не только модифицированные хирургические подходы, но и ВРТ. Важно обсуждение тактики ведения пациентки на консилиуме, состоящем из онкогинекологов, лучевых онкологов, репродуктивных эндокринологов и перинатологов.

АКУШЕРСКИЕ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ У БЕРЕМЕННЫХ С ГЕСТАЦИОННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Слепцова Д. А., Слепцов А. Р.

ФГБОУ ВО Ярославский Государственный Медицинский Университет

Актуальность. Гестационный сахарный диабет (ГСД) занимает высокое место в структуре перинатальной заболеваемости и смертности. В России ГСД составляет 2—7% по отношению ко всем беременностям. Это приводит к осложненному течению беременности, родов, высокой перинатальной заболеваемости и смертности у новорожденных.

Цель исследования. Изучить особенности течения беременности и родов у женщин с гестационным сахарным диабетом и исходы для новорожденного.

Материалы и методы исследования. Ретроспективно проанализированы особенности течения беременности и ее исходы у 40 женщин с гестационным сахарным диабетом. Группу сравнения составили 30 женщин с нормогликемией при беременности и родах.

Результаты и их обсуждения. В результате исследования было выявлено, что течение беременности у женщин с гестационным сахарным диабетом протекала с большим числом осложнений (анемия в 16%, преэклампсия в 25%), при оценке развития плода чаще встречались ЗРП (7%), макросомия (10%), многоводие, нарушение ППК и МПК. Течение родов гораздо чаще осложнялось слабостью родовой деятельности (60%), ПОНРП (12%), дистоцией плечиков (2,5%), выше была частота кесарева сечения (на 9%) и применение вакуум экстрактора (на 7%). Течение неонатального периода осложнялось гипогликемией, гипербилирубинемией, переводом на второй этап выхаживания.

Выводы. Проведение скрининга в рекомендуемые сроки позволяет улучшить диагностику ГСД и вовремя принять меры по рациональному ведению беременных. Это влияет на исходы беременности, снижая риски осложнений для матери и новорожденного. К факторам риска развития гестационного сахарного диабета относится имеющаяся экстрагенитальная патология у матери и ожирение, возраст первородящих старше 30 лет, отягощенная наследственность в отношении СД 2 типа, наличие ГСД при предыдущих беременностях, рождение в прошлом ребенка с весом более 4000г, глюкозурия. Течение беременности осложняется наложением гестоза, анемией, артериальной гипертензией, что усугубляет течение основного заболевания, значительно осложняя течение родов и неонатального периода. Ранний неонатальный период у новорожденных характеризуется неблагоприятным течением и не зависит от способа родоразрешения. 70% новорожденных имеют различные осложнения течения неонатального периода, включая родовую травму, чаще наблюдаются нарушения функционального состояния ЦНС.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «ЖЕЛПЛАСТАН» В ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Щукина А.С.¹, Калсеидова К.Ш.², Бахтияров К.Р.²

¹ГБУЗ МО МОНИИАГ

²ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет)

Введение. У женщин репродуктивного возраста одно из ведущих мест в структуре гинекологической заболеваемости занимает миома матки. По оценкам зарубежных и отечественных авторов, данная патология встречается у 25%-80% женщин, из них 10-30% – женщины репродуктивного возраста. В связи с этим большое внимание уделяется проведению органосохраняющих операций, среди которых наиболее функционально-щадящей является миомэктомия. Многочисленными исследователями доказано, что миомэктомия позволяет восстановить репродуктивную функцию в 71% у женщин, страдающих первичным бесплодием, в 62,1% – вторичным бесплодием. Однако, данная операция сопряжена с риском возникновения интра- и постоперационного кровотечения, что влечет за собой развитие постгеморрагической анемии и, как следствие, затруднение регенерации тканей. Применение местных гемостатических средств во время операции может помочь избежать данных осложнений.

Цель. Выявить целесообразность применения препарата «Желпластан» при органосохраняющих операциях на матке.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 64 женщины, которым были произведены миомэктомии в период с 2016 по 2018 гг. в гинекологическом отделении клиники «Семейная».

Результаты. В большинстве наблюдений кровотечение останавливалось, верхние слои препарата даже не пропитывались кровью, интраоперационная кровопотеря составляла в среднем $200 \pm 0,275$ мл, а в группе сравнения $350 \pm 0,275$ мл. В группе пациенток с «Желпластаном» не было зарегистрировано ни одного случая повышения температуры тела выше $37,3$, в то время как у 5 пациенток в группе сравнения отмечали подъем температуры выше 38 . При изучении сроков восстановления структуры миометрия в области рубца на матке, а также уровня гемоглобина в постоперационном периоде, достоверных различий по группам не выявлено.

Выводы. Препарат «Желпластан» может быть рекомендован при выполнении органосохраняющих операций на матке. Он удобен в использовании, продемонстрировал хорошие адгезивные свойства к биологическим тканям и надежный гемостаз.

**МЕТОДЫ ДОКЛИНИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРЕЭКЛАМПСИИ.
СРАВНЕНИЕ БИОХИМИЧЕСКИХ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ
МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Эристави С. Х.

ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет)

Введение. Преэклампсия – антиангиогенное состояние, характеризуется повышением антиангиогенных факторов (sFlt-1 и sEng) и снижением проангиогенных факторов (PlGF и VEGF), за 4-5 недель до проявления клинической симптоматики. Проявляется артериальной гипертензией в сочетании с протеинурией, отеками и полиорганной недостаточностью.

Цель. Изучить данные представленные в современной литературе о предиктивных маркерах преэклампсии и провести сравнительный анализ лабораторных и инструментальных методов прогноза развития преэклампсии.

Материалы и методы. В обзор включены данные зарубежных и отечественных статей, найденных в электронных базах Medline, PubMed, Cochrane Library, e-Library по данной теме, опубликованных за последние 10 лет.

Результаты. Для ранней лабораторной диагностики принято использовать следующие маркеры прогнозирования преэклампсии: PAPP-A, PlGF, VEGF, sFlt-1, sEng, NSE. Данные маркеры являются достаточно специфичными и позволяют с высокой точностью судить о риске развития преэклампсии. Для ранней инструментальной диагностики используют УЗИ структуры плаценты, УЗ-доплерометрию маточных артерий, определение индекса васкуляризации плаценты. Инструментальные методы исследования не являются специфичными и не несут диагностической ценности. Они направлены на визуализацию патологического изменения структуры плаценты, которая может отражать и другие акушерские патологии.

Выводы. Наибольшую прогностическую ценность в раннем прогнозировании развития преэклампсии несет соотношение уровня PlGF к sFlt-1. Для наиболее точного прогноза следует использовать рациональный комплекс мероприятий, состоящий из определения соотношения уровня PlGF к sFlt-1 и доплерометрии маточных артерий. Однако ни один из методов предиктивной диагностики официально не рекомендован к практическому применению в связи с достаточно низкой чувствительностью.

ИНФОРМАЦИОННЫЕ ПАРТНЕРЫ

iVrach.com



**ВЫСШАЯ
МЕДИЦИНСКАЯ
ШКОЛА**



РЕМЕДИУМ



Врачи вместе
будь среди своих



Медицинский алфавит
Серия научно-практических рецензируемых журналов

**Современная
гинекология**



Открытые
медицинские
коммуникации



ИЗДАТЕЛЬСТВО
Династия



АКАДЕМИЯ
АКУШЕРСТВА
И ГИНЕКОЛОГИИ

МВ МЕДВЕСТИК
ПОРТАЛ РОССИЙСКОГО ВРАЧА



Издательский дом
«АБВ-пресс»

ИЗДАТЕЛЬСТВО
МЕДИА СФЕРА

СПОНСОРЫ



АО «БАЙЕР»

Адрес: 107113, Москва, 3-я Рыбинская ул., д. 18, стр. 2

Тел.: +7 (495) 231-12-00

Сайт: www.bayer.ru

Bayer – международный концерн с экспертизой в области естественных наук: здравоохранения и сельского хозяйства. Продукты и решения компании направлены на улучшение качества жизни людей. Коммерческая деятельность концерна построена на основе внедрения инноваций, экономического роста и высокой доходности. Bayer придерживается принципов устойчивого развития и выступает в качестве социально и этически ответственной компании.



ООО «Эбботт Лэбораториз»

Адрес: 125171, Москва, Ленинградское шоссе, д.16А, стр. 1

Тел.: +7 (495) 258-42-80

Сайт: www.ru.abbott

Компания Abbott работает для того, чтобы люди могли жить здоровой и полной жизнью. Более 125 лет Abbott создаёт новые технологии в области детского и лечебного питания, диагностики, медицинских устройств и фармацевтических препаратов. Сегодня 73 тыс. сотрудников помогают людям более чем в 150 странах, где представлена компания, жить не только дольше, но и лучше.

СПОНСОР ONLINE ТРАНЛЯЦИЙ ИЗ ОПЕРАЦИОННЫХ



ООО КАРЛ ШТОРЦ - Эндоскопы ВОСТОК

Адрес: 115114, г. Москва, Дербеневская наб., д. 7, стр. 4

Тел.: +7 (495) 983-02-40

Сайт: www.karlstorz.com

Компания KARL STORZ является мировым лидером в производстве инструментов и оборудования для жесткой эндоскопии. Важным аспектом деятельности компании является внедрение в повседневную практику новейших эндоскопических технологий. Специально для посетителей Учебных центров создан портал www.endotraining.ru, который обобщает весь нарабатанный компанией и ее партнерами практический и теоретический материал по медицинским технологиям.

ЭКСПОНЕНТЫ



Pierre Fabre

ООО «Пьер Фабр»

Адрес: 119435, г.Москва, Саввинская набережная, д.15

Тел.: +7 (495) 789-95-34

Сайт: www.pierre-fabre-russia.ru

Pierre Fabre – специализируется на разработке и производстве препаратов для онкологии, ревматологии, педиатрии, психиатрии и др. Ценности компании: соблюдение этических и фармацевтических правил и норм, стремление к поддержанию общественного здоровья, производство продукции высшего качества.



ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ

ООО «Фармацевтические технологии»

Адрес: 199026, Санкт-Петербург, В.О., 22 линия, д. 3 лит. А

Тел.: +7 (812) 380-14-14

Сайт: www.pharmatech.spb.ru

ООО «Фармацевтические Технологии» основана в Санкт-Петербурге. Приоритетные направления: гинекология (АМИН-ТАКС суппозитории вагинальные №10), урология (УРОПРОСТ, УРОПРОСТ-Д суппозитории ректальные №10, №5).



ООО «ФармПак»

Адрес: 127521, г. Москва, Анненский проезд, домовладение 7, стр. 1

Тел.: +7 (495) 739-52-98

Сайт: www.derinat.ru, www.ferrovir.ru

ООО «ФармПак» – российское предприятие, которое осуществляет научную разработку и производство от субстанций до готовых лекарственных препаратов «Деринат» и «Ферровир», применяемых в гинекологической и урологической практике.



АО «НИЖФАРМ»

Адрес: 603950, Нижний Новгород, ул.Салганская, 7

Тел.: +7 (831) 278-80-88

Сайт: www.stada.ru

НИЖФАРМ – одна из ведущих фармацевтических компаний России. С 2004 года входит в Группу STADA Arzneimittel AG, одного из ведущих производителей качественных и недорогих дженериков, а также известных брендированных продуктов.



ЗАО «ШАГ»

Адрес: г. Москва, Карманецкий переулок, д. 9, офис 501А

Тел.: +7 (495) 956-13-09

Сайт: www.schag.ru

ЗАО «ШАГ» является официальным дистрибьютором COOK Medical – ведущий мировой производитель высокотехнологичного инструментария для гинекологии, урологии, интенсивной терапии, широкий спектр расходных материалов для ВРТ, ЭКО лабораторий, диагностики и миниинвазивных вмешательств в интервенционной радиологии, эндоваскулярной хирургии, эндоскопии.

СНЕГИРЕВСКИЕ ЧТЕНИЯ

Уважаемые дамы и господа!
Приглашаем Вас принять участие в Российской научно-практической конференции
с международным участием «Снегиревские чтения»

Место проведения: г. Москва, ул. Еланского, д.2,
Клиника акушерства и гинекологии им. В.Ф. Снегирева,
2 этаж (конференц-зал)

МИССИЯ КОНФЕРЕНЦИИ

Объединение специалистов из России, ближнего и дальнего зарубежья, консолидация сил медицинского сообщества для обмена актуальной информацией с целью повышения качества оказания медицинской помощи в акушерстве и гинекологии. Конференция будет посвящена актуальным вопросам акушерско-гинекологической практики. В работе конференции примут участие ведущие отечественные и зарубежные специалисты. В рамках конференции будет проведена секция молодых исследователей, на которой молодые специалисты могут поделиться первыми результатами своих научных достижений.

Конференция охватывает довольно широкий спектр тем: особенности ведения беременности и родов высокого риска, современные методы диагностики, работу с осложнениями и поддержку пациенток в послеродовом периоде, многоплодную беременность, аномалии в развитии плода и другие ситуации, когда жизнь и здоровье матери и ребёнка напрямую зависит от грамотных и уверенных действий врачей.

КЛЮЧЕВЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ

СЕКЦИЯ ГИНЕКОЛОГИИ

- ▶ Онкогинекология
- ▶ Современные подходы к диагностике, хирургическому, лекарственному и лучевому лечению больных онкологическими заболеваниями женской половой сферы
- ▶ Прямые трансляции из операционных Клиники акушерства и гинекологии им. В.Ф. Снегирева в рамках проекта «Живая хирургия»

АКУШЕРСКАЯ СЕКЦИЯ

- ▶ Большие акушерские синдромы

Несмотря на стремительное развитие перинатальной медицины, большие акушерские синдромы даже в экономически развитых странах остаются актуальной проблемой и требуют глубокого изучения. Для акушеров-гинекологов по всему миру улучшение перинатальных исходов является крайне значимой и приоритетной задачей, которую можно решить только путем постоянного совершенствования собственных знаний.

АУДИТОРИЯ КОНФЕРЕНЦИИ

Акушеры, гинекологи, урологи, проктологи, терапевты, ревматологи, гематологи, хирурги, онкологи, анестезиологи и специалисты других смежных специальностей.



По вопросам участия обращайтесь к техническому организатору:
«Агентство поддержки медицинских инициатив»
+7 (495) 988-89-92

ТЕХНИЧЕСКИЙ ОРГАНИЗАТОР



«Агентство поддержки медицинских инициатив»
Москва, Каширское шоссе, д. 24 стр. 15

МОСКВА, 2018