

В конференции приняли участие 823 специалиста (в том числе 161 участник мастер-классов) из 48 городов России и 2-х зарубежных стран: Бейрут (Ливан), Эль-Эйн (ОАЭ), акушеры-гинекологи из 25 территорий Кемеровской области, 10 субъектов СФО и других регионов России (Москва, Тула, Санкт-Петербург, Казань, Екатеринбург, Чита, Кызыл). Своим опытом и знаниями поделились **55 специалистов** в области акушерства и гинекологии, перинатологии и неонатологии со всего мира.

В рамках конференции прозвучали 87 докладов, 3 пленарные лекции, проведено 8 мастер-классов: «Абдоминальный серкляж» (проф. Попов А.А., Москва), «Органосохраняющие технологии в акушерстве» (проф. Баринов С.В.), «Гистерэктомия с лимфодесекцией» (проф. Берлев И.В., Санкт-Петербург, «Респираторный дистресс синдром у новорожденного» (Ионушене С.В., Иркутск), «Подходы с позиций доказательной медицины при аменорее» (М. Эл-Джефут, Эль-Эйн, ОАЭ), «Заместительная гормональная терапия» (проф. М. Абу-Абдаллах, Бейрут, Ливан), «Кольпоскопия в профилактике рака шейки матки» (проф. Чернова Н.И., Москва), «Оперативное акушерство» (Мартиросян С.В., Екатеринбург).

Список городов:

Абакан, Амман, Анжеро-Судженск, Барнаул, Бейрут, Белово, Берёзовский, Волгоград, Гурьевск, Зеленогорский, Ижморка, Иркутск, Казань, Калтан, Карак, Кемерово, Киселёвск, Крапивино, Краснобродский, Красноярск, Кызыл, Ленинск-Кузнецкий, Мариинск, Междуреченск, Москва, Мыски, Новокузнецк, Новосибирск, Омск, Осинники, Полысаево, Прокопьевск, Промышленная, Санкт-Петербург, Тайга, Таштагол, Тисуль, Томск, Топки, Тула, Тяжин, Улан-Удэ, Чебула, Чита, Эль-Эйн, Юрга, Яшкино, Яя.

Материалы XXIII Международной научно-практической конференции «Доказанное и сомнительное в акушерстве и гинекологии под редакцией проф. Артымук Н.В., Кемерово: Лазурь, 2019. 30с. Тираж 1000 экз.

19 апреля

ПРЕКУРС МАСТЕР-КЛАСС ПО ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ «АБДОМИНАЛЬНЫЙ СЕРКЛАЖ»



профессор
Попов А.А.

Демонстрация операций проведена в Кемеровском областном клиническом перинатальном центре имени профессора Л.А. Решетовой. Хирург - профессор **Попов А.А. (Москва, Россия)**. Модераторы - **д.м.н. Рыбников С.В. (Кемерово, Россия), Власова В.В. (Кемерово, Россия)**. Проф. Попов А.А. провел две операции эндоскопическим доступом пациенткам на этапе прегравидарной подготовки – абдоминальный серкляж пациентке с

привычным невынашиванием беременности во 2 триместре беременности, а также метропластику пациентке с наличием «ниши» в области послеоперационного рубца после операции кесарева сечения.

В завершении мастер-класса профессор **Попов А.А.** представил клиническую лекцию, в которой представил преимущества и недостатки абдоминального серкляжа «Хирургическое лечение истмико-цервикальной недостаточности» и ответил на все вопросы участников.

Далее в рамках хирургического пре-курса проведена трансляция из операционной научного отделения онкогинекологии ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России (Санкт-Петербург) оперативного лечения пациентки с раком тела матки - гистерэктомия с лимфодесекцией. Хирург: проф. **Берлев И.В. (Санкт-Петербург)**



профессор
Берлев И.В.



ПРЕКУРС МАСТЕР-КЛАСС «ОРГАНОСБЕРЕГАЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ В АКУШЕРСТВЕ»

Профессор **Баринов (Омск, Россия)** продемонстрировал технологию метропластики с применением баллонной тампонады матки и влагалищного модуля Жуковского с предварительной перевязкой нисходящей ветви маточной артерии. После демонстрации техники оперативного лечения в операционной Кемеровского областного клинического перинатального центра имени Л.А. Решетовой проф. Баринов С.В. прочитал лекцию «Органосберегающие операции в акушерстве».



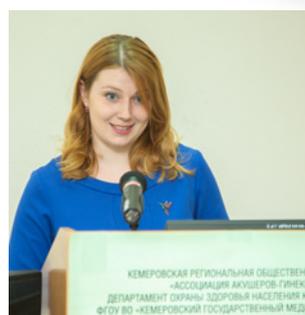
КОНКУРС МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ

Традиционно перед конференцией состоялся конкурс молодых ученых, который проводился на английском языке. В качестве жюри выступали, в том числе, зарубежные специалисты проф. М. Абу-Абдаллах (Ливан), проф. Эл-Джефут М. (ОАЭ), победители конкурса были награждены на пленарном заседании проф. Радзинским В.Е.

В конкурсе выступили с докладами 18 участников. Первое место занял студент 3-го курса лечебного факультета Кеме-

ровского государственного медицинского университета **Артымук Дмитрий**, второе место - клинический ординатор кафедры акушерства и гинекологии имени проф. Г.А. Ушаковой **Некрасова Елена**, третье место разделили аспирант кафедры акушерства и гинекологии Алтайского государственного медицинского университета **Лебедева Екатерина** и клинический ординатор кафедры акушерства и гинекологии имени проф. Г.А. Ушаковой **Чванова Елизавета**.





18 апреля

ОТКРЫТИЕ КОНФЕРЕНЦИИ

Пленарное заседание открыла профессор Кемеровского государственного медицинского университета профессор **Гуляева Е.Н.** Состоялось награждение победители конкурса молодых ученых на английском языке. Проф. Радзинский В.Е. вручил победителям дипломы и руководство для врачей по акушерству, изданное под его редакцией на английском языке.



профессор Радзинский В.Е.

На пленарном заседании прозвучала пленарная лекция **проф. Радзинского В.Е. (Москва)** «Что важнее прогнозирование или профилактика?» Будущее важнее прошлого. И будущее уже наступило. Основными принципами медицины будущего является: предикативность, профилактика, персонализация, партисипативность. Представлены виды медицинского прогнозирования и подчеркнута значение интегрального прогнозирования для определения стратегии перинатального риска, которое лежит в основе маршрутизации. Показано, что нерешенными и пока нерешаемыми (современными методами) задачами являются мертворождаемость, преждевременные роды, привычное невынашивание, презклампсия, эндометриоз, маточный и цервикальный факторы бесплодия. В выступлении **проф. Кира Е.Ф. (Москва)** «Современные достижения в оперативной гинекологии» в историческом аспекте были представлены достижения отечественных и зарубежных специалистов в области оперативной гинекологии.

Профессор Белокриницкая Т.Е. (Чита) показала основные юридические проблемы перинатальной медицины с позиции российских и международных экспертов.



профессор Белокриницкая Т.Е.

Главный специалист Минздрава России по акушерству и гинекологии в СФО **проф. Артымук Н.В. (Кемерово)** в докладе «Материнская смертность в Сибири: 2018 год итоги и уроки» представила итоговые показатели материнской смертности в Сибири, анализ причин и проблем оказания помощи. В 2018 году в СФО погибло 26 женщин при беременности, родах, в послеродовом периоде. Четко выражена тенденция в увеличении роли социального фактора: 7 женщин погибли дома, 12 - на учете не состояли, 3 - беременность скрывали не только от медицинских работников, но и от близких родственников, злоупотребление алкоголем (6). Основные причины: эмболия амниотической жидкостью/тромбоэмболия (8), экстрагенитальные заболевания (5), преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (4). Основные особенности пациенток, погибших от эмболии: поздний репродуктивный возраст (30+), оперативные роды (кесарево сечение/вакуум/лапаротомия/тубэктомия), сопутствующие заболевания/факторы (ожирение, жировой гепатоз, о.панкреатит, прием алкоголя), посттромбофлебитический синдром, послеродовой/послеоперационный период (только 1 пациентка погибла

после приема алкоголя), I-II уровень медицинских организаций. Итоги 2018г: рост показателя МС в большинстве субъектов СФО (некоторое увеличение абсолютного количества, значительное снижение количества родов): увеличение роли социального фактора (злоупотребление алкоголем, несоблюдение рекомендаций, отказ от госпитализации, поздний вызов скорой помощи), смерть на дому до прибытия скорой помощи, значимый рост в структуре ТЭЛА и ПОНРП, смерти от внематочной беременности (2) и медицинского аборта (2). Большое количество проблем имеется в маломощных учреждениях: дефицит кадров, ресурсов, достаточного запаса препаратов крови и т.д. Недооценка факторов риска ТЭЛА при коморбидных заболеваниях: ожирение, ПТФС, жировой гепатоз и т.д.

Проблемы оказания помощи в случаях материнской летальности: нарушение маршрутизации (пациентки высокого риска должны быть на III уровне), проблемы организации работы СП (кровотечения), отсутствие запасов крови (например, группа IY Rh отр), запоздалое родоразрешение при преэклампсии, неадекватный объем операции при массивном кровотечении: ШН при шеечной беременности и ДВС синдроме, компрессионные швы при ДВС, несоблюдение протоколов по профилактике ТЭЛА, внематочной беременности, кровотечениям, гипертонивным расстройствам.



Уроки 2018 года: решение вопроса о закрытии маломощных, потенциально опасных по материнской смертности родильных домов (с учетом ситуации в регионе). Централизация оказания медицинской помощи в Сибири – вынужденная мера в связи с критической демографической ситуацией во многих субъектах (значительное снижение количества родов+миграция населения), колоссальным дефицитом кадров (особенно неонатологов и анестезиологов), отсутствием средств в бюджете на содержание маломощных учреждений.

ПЛЕНАРНОЕ ЗАСЕДАНИЕ «ОПЕРАТИВНОЕ АКУШЕРСТВО И НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ»

Пленарное заседание «Оперативное акушерство и неотложные состояния» проходило под председательством проф. Цхая В.Б. (Красноярск).

Проф. Цхай В.Б. (Красноярск) в докладе «Анализ «Near miss» в Красноярском крае» показал результаты аналитического исследования тяжелой материнской заболеваемости в крае. Отмечено, что имеется тенденция борьбы роддомов за количество родов, невзирая на тяжесть и состояние пациентов, и существующие приказы по маршрутизации. Оказание помощи на уровне, не соответствующем прогнозируемым осложнениям, влечет тяжелые медицинские последствия (материнская смертность и инвалидизация). Упущенные возможности в более качественной терапии на соответствующем уровне приводят к более тяжким последствиям



профессор
Цхай В.Б.

(как акушерским, так и перинатальным). Совершенствование системы достоверного учета и анализа «Near miss» на региональном уровне способствует выявлению медико-организационных недостатков и принятию соответствующих управленческих решений по их устранению.

Проф. Баринов С.В. (Омск) в докладе «Послеродовая гистерэктоми: новые возможности снижения объема кровопотери» представил новую технологию уменьшения объема кровопотери при проведении гистерэктомии в послеродовом периоде. Показано, что установленный вагинальный катетер (на 12ч) за счет сдавления сосудов малого таза позволяет предотвратить риск развития кровотечения в параметральной клетчатке, гематом малого таза, обуславливая тем самым благоприятный



профессор
Ремнева О.В.

исход послеродовой гистерэктомии. Имеющаяся перфорационное отверстие в осевой трубке позволяет своевременно определить продолжающееся кровотечение.

Проф. Ремнева О.В. (Барнаул) в докладе «Кесарево сечение: реалии и резервы снижения» показала основные возможности снижения частоты оперативных родов в современном акушерстве. Резервы для снижения частоты КС являются пациентки с тазовым предлежанием, рубцом на матке, с бесплодием после ВРТ, с осложненным течением родового акта. Снижение частоты кесарева сечения без ущерба для потомства определяет человеческий фактор: квалификация врача, стрессоустойчивость и терпение!

Проф. Игитова М.Б. (Барнаул) в докладе «Перинатальные аспекты родоразрешения женщин с рубцом на

матке» продемонстрировала результаты исследования новорожденных у женщин с рубцом на матке.

Доц. Волков Р.В. (Новосибирск) в докладе «Роды с рубцом на матке после кесарева сечения» поделился опытом родоразрешения женщин с рубцом на матке. Показаны преимущества применения осмотического расширителя Dilapan-S в подготовке к вагинальным родам у этих женщин.

Проф. Волков В.Г. (Тула) в докладе «Патогенез преэклампсии - роль инфекционного фактора» представил новые данные о биологической модели влияния «спящих» микробов в патогенезе преэклампсии.

Показана защитная роль вакцин против различных неблагоприятных исходов беременности, приведены примеры влияния антибактериальной



профессор
Волков В.Г.

терапии на частоту преэклампсии.

Проф. Савельева И.В. (Омск) в докладе «Кровосберегающие технологии в акушерстве» поделилась опытом применения кровосберегающих технологий. Показано, что применение интраоперационной реинфузии аутоэритроцитов позволяет минимизировать

использование донорских компонентов крови при кровопотере любого объема и избежать синдрома массивной гемотранфузии, а также значительно улучшает течение послеоперационного периода и сокращает сроки пребывания больных в стационаре.



профессор
Савельева И.В.

СЕКЦИОННОЕ ЗАСЕДАНИЕ «ИНФЕКЦИИ В ГИНЕКОЛОГИИ»

Секционное заседание «Инфекции в гинекологии» проходило в зале №1 под председательством **проф. Кира Е.Ф. (Москва)**. В своем докладе «Вагинит и вагиноз: новые рассказы двух старых друзей» он представил новые клинические рекомендации, разработанные РОАГ и показал преимущества применения комбинированных препаратов. Проф. Белокриницкая Т.Е. (Чита) представила консенсус российских



профессор
Кира Е.Ф.

и зарубежных экспертов по ВПЧ – инфекции и раку шейки матки.

Проф. Юрьев С.Ю. (Томск) в докладе «Хронический эндометрит. Новое в диагностике и лечении» представил собственные результаты исследования в отношении новых подходов в лечении хронического эндометрита. Предложен алгоритм ведения пациентки с хроническим эндометритом: обследование (гистероскопия с иммуногистохимическим исследованием биоптата, ЭЛИП тест, мутации системы гемостаза), лечение (купирование воспалительного процесса, восстановление структуры эндометрия, восстановление функции эндометрия, пара- и аутокринной стимуляции, рецептивности, сигнальных путей, адгезии, контроль после лечения).



профессор
Юрьев С.Ю.

Проф. Кулешов В.М. (Новосибирск) в докладе «ВЗОМТ: дискуссионные вопросы клинической практики» показал, что симптомы и клинические признаки не позволяют поставить этиологический диагноз; более чем у 30% пациентов имеют место микст-инфекции; заболелания могут протекать бессимптомно, вплоть до развития осложнений; у 25-35% пациенток не удается выявить этиологический агент при наличии клинических проявлений заболевания. Осложнения ВЗОМТ: трубное-перитонеальное бесплодие (до 30% всех случаев утраты фертильности), внематочная беременность (до 50% всех случаев эктопических беременностей), синдром хронической тазовой боли. Причина осложнений – нелеченная или скрыто текущая инфекция. При этом существует проблема выделения возбудителя: отсутствие микроорганизмов в уретре, влагалище и эндоцервиксе не отрицает их присутствия в матке и ее придатках, бактериологическое исследование биоматериала влагалища не позволяет в полной мере оценить этиологию ВЗОМТ, т.к. процесс локализуется в матке и ее придатках: микрофлора влагалища и матки/придатков при ВЗОМТ отличается.

Проф. Мозес В.Г. (Кемерово) в докладе «Стратегия уменьшения частоты рецидивов при ВЗОМТ» предложил подходы к уменьшению



профессор
Кулешов В.М.



профессор
Мозес В.Г.

СЕКЦИОННОЕ ЗАСЕДАНИЕ «ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА»

Секционное заседание «Гинекологические проблемы у женщин репродуктивного возраста» проходило под председательством проф. Сутуриной Л.В. в зале заседаний Ученого Совета. **Проф. Хамошина М.Б. (Москва)** в своем докладе «КОК: возможности клинициста сквозь призму клинических протоколов» с позиций существующих российских и зарубежных клинических рекомендаций показала широкий спектр возможности применения КОК в современных условиях.

Проф. Моамар Эл-Джефут (Эль-Эйн, ОАЭ) в докладе «Лечение женщин с СПКЯ, не связанным с бесплодием, 5-летний опыт» представил последние данные по терапии СПКЯ у женщин, которые не планируют беременность: модификация стиля жизни, анти-андрогены-альдактон, КОК, содержащие дроспиринон, сенситайзеры инсулина – метформин.

При отсутствии ожирения у пациенток с СПКЯ целесообразно: поддержание веса, лечение метформином по 1700 мг в день, миоинозитол, витамин D и кальций. При приеме метформина значительно улучшается регуляция менструального цикла и другие симптомы СПКЯ.

Сутурина Л.В. (Иркутск) в своем докладе «Доброкачественная дисплазия молочной железы: клинические протоколы» продемонстрировала основные положения клинических протоколов, разработанных РОАГ и рекомендованных МЗ РФ по диагностике и лечению

риска частоты рецидивов воспалительных заболеваний органов малого таза и показал возможности применения иммунотерапии у этих пациентов.

Проф. Кулешов В.М. (Новосибирск) в докладе «Алгоритм выбора местной комбинированной терапии для лечения вульвовагинальных инфекций у женщин» показал как основные, так и альтернативные схемы лечения вульвовагинальных инфекций, преимущества применения комбинированных препаратов, критерии эффективности восстановления вагинального биоценоза: исчезновение симптомов заболевания, нормализацию pH вагинального отделяемого, выявление перекись-продуцирующих лактобацилл (имеет значение определение количественных показателей выявленных лактобацилл).



профессор
Хамошина М.Б.



профессор
Моамар Эл-Джефут

доброкачественной дисплазии молочной железы (2018). В соответствии с клиническими рекомендациями Российского общества онкомаммологов, РООМ (2015), рекомендуемым (и желательным) возрастом начала скрининга РМЖ является 40 и более лет, а допустимым – возраст 50-69 лет, с интервалом 2 года. Маммографический скрининг женского населения является доказанным методом профилактики смертности от РМЖ. Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1а).

Профессор Савельева И.В. (Омск, Россия) показала преимущества КОК с фолатами в практике гинеколога. Стратегией профилактики злокачественных новообразований является массовое внедрение медицинских препаратов, снижающих риск злокачественных новообразований, а также длительный прием фолиевой кислоты, как средства профилактики злокачественных новообразований всех локализаций.

Проф. Соколова Т.М. (Новосибирск) в докладе «Фертильность и СПКЯ. Современный подход к лечению женщин с бесплодием и СПКЯ» с позиций российских и международных клинических рекомендаций показала подходы к коррекции infertility у женщин с СПКЯ. Женщины с СПКЯ имеют более высокий риск развития осложнений во время беременности (уровень В): гестационный диабет (до 22%), повышение АД (риск выше в 3 раза), преэклампсии и эклампсии (до 8%). Дети, рожденные женщинами с СПКЯ в анамнезе, имеют более высокий риск



профессор
Соколова Т.М.

заболеваемости и смертности (уровень В). В докладе «Показатели овариального резерва у женщин репродуктивного возраста с СПКЯ в зависимости от фенотипа» **Беглова А.Ю. (Кемерово, Россия)** представила собственные результаты исследования пациенток с СПКЯ. Наиболее высокие показатели АМГ были зарегистрированы у пациенток в фенотипах СПКЯ А и D.

ПЛЕНАРНОЕ ЗАСЕДАНИЕ «ЭНДОКРИННАЯ ГИНЕКОЛОГИЯ»

Пленарное заседание «Эндокринная гинекология» проходило в Актовом зале под председательством проф. Хамошиной М.Б. **Проф. Сутурина Л.В. (Иркутск)** в докладе «Гермафродитизм в практике акушера-гинеколога: сложности диагностики» представила последние научные данные по этой проблеме и поделилась собственными клиническими наблюдениями. **Проф. Хамошина М.Б. (Москва)** в докладе «Женщина 40+: когда МГТ не помощник» показала возможности альтернативного подхода к решению проблем у женщин в период менопаузального перехода. **Проф. Соколова Т.М.** «Генитоуринарный синдром, или Жизнь после менопаузы» показала принципы профилактики и лечения пациенток с урогенитальными нарушениями в периоде менопаузального перехода. **Проф. Пасман Н.М. (Новосибирск)** в докладе «Качество жизни женщин в постменопаузе: от своевременной и эффективной терапии приливов в постменопаузе до профилактики кардиометаболических и вульвовагинальных нарушений, сохранения сексуальной



профессор
Пасман Н.М.

функции» представила основные составляющие здоровой и полноценной жизни: сбалансированное питание, 2 л жидкости (чистая вода – 1200 мл), физическая активность (не менее 5000 шагов в день), общение с мужем, МГТ или фитостероиды, витаминотерапия, профилактическое

посещение гинеколога и терапевта – 1 раз в 6 мес.

Проф. Артымук Н.В. (Кемерово) в докладе «Деликатный вопрос женщин элегантного возраста» продемонстрировала основные опции, имеющие доказательную базу, для сохранения здоровья у женщин старшего возраста. Показано, что период менопаузального



профессор
Артымук Н.В.

перехода, это не старость, но требуется определенная модификация образа жизни: образование пациентки, клиническая оценка ситуации, индивидуальный и комплексный подход, гибкость и контрацепция. Есть опции, которые позволят улучшить качество и продолжительность жизни.... Здоровый образ жизни в этот период предполагает здоровое питание, ограничение употребления алкоголя (для женщин – 20г в день, для мужчин – 30г) и соли, прекращение курения, физическую и ментальную активность. Преимущества упражнений перевешивают возможные неблагоприятные последствия: больше – лучше, но столько, чтобы не навредить. Минимально необходимым является 150 минут умеренно интенсивных нагрузок в неделю. Рекомендации по интенсивности аэробных нагрузок должен давать хорошо подготовленный специалист по фитнесу для пожилых. Женщина, использующая негормональные методы контрацепции может прекратить использование

контрацепции через один год после одного года аменореи в возрасте старше 50 лет, двух лет аменореи в возрасте до 50 лет. Уровень ФСГ может помочь диагностировать менопаузу, но ограничено у женщин после 50 лет и пользователей прогестинных контрацептивов.

Женщинам старше 50 лет с аменореей, желающим прекратить контрацепцию рекомендовать определение уровня ФСГ. При уровне ФСГ более 30 МЕ/л, уровень ФСГ повторить через 6 недель. Если повторный уровень более 30 МЕ/л, контрацепция может быть прекращена через год.

Уменьшение кардиоваскулярных рисков КОК в период менопаузального перехода возможно путем назначения препаратов с «натуральными» эстрогенами, назначения минимально возможной дозы эстрогена или фолатсодержащих препаратов. Риск ВТЭ может быть меньше при использовании эстерифицированных эстрогенов по сравнению с конъюгированными. Минимизация кардиоваскулярных рисков МГТ возможна путем выполнения следующих опций: начало приема: перименопауза или ранняя постменопауза («окно возможностей»), эстрогены: Е2 трансдермально (особенно если АГ, риск ВТЭ или инсульта), прогестерон: прогестерон или нейтральный гестаген. МГТ наиболее эффективна для лечения умеренных и тяжелых менопаузальных симптомов и наиболее предпочтительна в возрасте до 60 лет или менее 10 лет постменопаузы («терапевтическое окно» - «окно возможностей»). Уменьшение рисков МГТ возможно путем персонализированного подхода, ежегодного пересмотра стратегии, применения минимально необходимой дозы «натурального» эстрогена, назначения метаболически нейтрального гестагена или комбинации трансдермального эстрогена+ЛНГ-ВМК.

СИМПОЗИУМ КОМПАНИИ ЭББОТ «БЕСПЛОДНЫЙ БРАК И НЕВЫНАШИВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ»

Симпозиум «Бесплодный брак и невынашивание беременности» проходил под председательством проф. Соловьевой А.В. **Проф. Артымук Н.В. (Кемерово)** в докладе «Проблемы терапии невынашивания беременности в Сибири» показала, что основными проблемами оказания помощи при невынашивании в Сибири остаются не соблюдение имеющихся клинических рекомендаций РОАГ: одновременное назначение препаратов однонаправленного действия (микронизированный прогестерон+дидрогестерон), превышение рекомендуемой суточной дозы (особенно у пациенток, перенесших процедуру ЭКО), назначение препаратов не имеющих доказательной базы, прежде всего, спазмолитических препаратов и сульфата магния. Показаны проблемы оказания помощи пациентками с ИЦН: нарушение технологии проведения цервикометрии, агрессивное применение хирургического метода коррекции (серкляж/пессарий всем пациенткам с короткой шейкой без анамнеза), рутинное применение комбинированных подходов в лечении, нарушение маршрутизации. Представлены новости со 2-го мирового конгресса «Материнско-плодовая-неонатальная медицина», Лондон, 3-6 апреля 2019г о более эффективной возможности комбинированного подхода к коррекции ИЦН с применением акушерского пессария и прогестерона.

Проф. Соловьева А.В. (Москва) в докладе «Прегравидарная подготовка здоровых и бесплодных пар: парадоксы и необходимость» с позиций российских и зарубежных клинических рекомендаций показала принци-



профессор
Соловьева А.В.

пиальные подходы к прегравидарной подготовке при проблемах системы гемостаза, хроническом эндометрите, мужском бесплодии, ожирении. Представлены преимущества дидрогестерона: обеспечивает полноценную секреторную трансформацию эндометрия в терапевтических дозах, снижает риск потери беременности при угрожающем и привычном выкидыше более, чем в 2 раза по сравнению с плацебо, повышает средний срок гестации на момент родоразрешения в среднем до 38 нед беременности.

Проф. Сутурина Л.В. (Иркутск) в докладе «Невынашивание беременности. Ведение на ранних сроках с учетом международных рекомендаций» представила сравнительную оценку российских клинических рекомендаций «Выкидыш в ранние сроки беременности: диагностика и тактика ведения». Клинические рекомендации (протокол) РОАГ, утв. МЗ РФ 7 июня 2016 № 15-4/10/2-2482. Москва, 2016. и зарубежных клинических рекомендаций Recurrent pregnancy loss. Guideline of the European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE). November 2017, на основании которых проведена переоценка протоколов в Швейцарии, Дании и Германии. Представлены данные по эффективности дидрогестерона после ВРТ в исследованиях LOTUS I, LOTUS II. Показано, что дидрогестерон имеет большую эффективность и может заменить микронизированный прогестерон в качестве поддержки лютеиновой фазы при ВРТ.



профессор
Сутурина Л.В.

СЕКЦИОННОЕ ЗАСЕДАНИЕ «ТРОМБОТИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ. РАК И БЕРЕМЕННОСТЬ»

Секционное заседание «Тромботические осложнения во время беременности. Рак и беременность» состоялось в зале заседания Ученого Совета под председательством проф. Базиной М.И. **Проф. Пасман Н.М. (Новосибирск)** в докладе «Ведение беременных с тромбоэмболическими осложнениями в анамнезе» показала, что грамотная стратификация риска ВТЭО и применение антикоагулянтной профилактики - мера ответственности врача за судьбу пациента. Продемонстрировала клинические случаи ведения беременности у пациенток с



профессор
Стуров В.Г.

различными нарушениями гемостаза: с тромбозом синуса, ишемическим инсультом, инфарктом мозга. **Проф. Цхай В.Б. (Красноярск)** представил редкий клинический случай прогрессирующей беременности на фоне трофобластической болезни.

Проф. Стуров В.Г. (Новосибирск) в докладе «Антитромботическая профилактика при



беременности: уходим от полипрогмазии» представил современные подходы к тромбопрофилактике с позиций современных российских и зарубежных рекомендаций. **Проф. Базина М.И. (Красноярск)** в докладе «Злокачественные новообразования и беременность»

показала, что современная тактика ведения и лечения при сочетании онкологического заболевания и беременности не должна ассоциироваться с однозначным показанием к ее прерыванию. Проведение противоопухолевого лечения на I-II стадии онкологического заболевания, в последующем позволяет пациенткам полноценно осуществлять свою репродуктивную функцию вынашивать и рожать здоровых детей, при этом родоразрешение может производиться не только путем операции кесарево сечения, но и естественным методом.



профессор
Базина М.И.



СИМПОЗИУМ ООО «МИР-ФАРМ»

«КАК УЛУЧШИТЬ ИСХОДЫ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ? – ИСПОЛНЯТЬ АЛГОРИТМ ОРГАНИЗАЦИИ ПОМОЩИ БЕЗ КУПЮР!!!»

Симпозиум ООО «Мир-Фарм» «Как улучшить исходы при преждевременных родах? – Исполнять алгоритм организации помощи без купюр!!!» состоялся в зале №1 под председательством проф Артымук Н.В.

Проф. Савельева И.В. (Омск) в докладе «Проблемы преждевременных родов: улучшаем перинатальные исходы» показала на примере Омской области, что Россия находится на пороге «демографической ямы». В докладе представлены опции по лечению преждевременных родов, приведен алгоритм выбора токолитика, показано преимущество назначения атозибана.

Проф. Артымук Н.В. (Кемерово) в докладе «3-х летний опыт внедрения протокола маршрутизации при преждевременных родах в Сибирском регионе» показала, что в 2018 году в Сибири родилось 1046 детей с экстремально низкой массой тела, из них только 18% в учреждениях I-II уровня, что обусловлено стремительным течением родов или неотложным состоянием матери (ПОНРП, тяжелой преэклампсией и т.д.). Внедрение протокола по организации медицинской эвакуации в СФО происходит достаточно медленно, что обусловлено, в большей

степени, проблемами внедрения современных безопасных схем токолиза. Койки сестринского ухода практически во всех регионах не выполняют свою функцию.

Доц. Скороходова Т.В. (Томск) в докладе «Совершенствование алгоритма организации медицинской помощи при преждевременных родах – путь к успеху» представлена четкая схема 3-х уровневой организации помощи при преждевременных родах в Томской области и существующие проблемы в регионе: отклонение от схемы токолиза (боязнь осложнений и «экономия» средств), не применение сульфата магния, недостаточное знание Клинических протоколов.



СЕКЦИОННОЕ ЗАСЕДАНИЕ «ПРЕКОНЦЕПЦИОННЫЙ УХОД + ВРТ»

В Зале заседаний Ученого Совета состоялось секционное заседание «Преконцепционный уход + ВРТ» под



профессор
Елгина С.И.

председательством проф. Игитовой М.Б. **Профессор Елгина С.И. (Кемерово, Россия)** в докладе «Репродуктивный потенциал Сибири: есть ли перспективы» показала проблемы репродуктивного здоровья у молодых женщин и девочек – подростков и демографические проблемы в регионе.

Показаны неконтрацептивные преимущества фолатсодержащих комбинированных оральных контрацептивов.

Профессор Балан В.Е. (Москва, Россия) в докладе «Роль дисфункции эндотелия в прегравидарной подготовке» показала, что прегравидарная подготовка – это комплекс профилактических мероприятий, направленных на минимизацию рисков при реализации репродуктивной функции конкретной супружеской пары, а эндотелиальная дисфункция лежит в основе многих акушерских осложнений, может повлечь расстройства кровообращения в органах, спровоцировать тяжелые ишемические осложнения, привести к нарушениям свертываемости крови.

Доц. Волков Р.В. (Новосибирск) в докладе «Прегравидарная подготовка. Ранние сроки гестации. Профилактика осложнений как залог успешных родов» показал, что частота прегравидарной подготовки в РФ менее 4%. Согласно информационному бюллетеню ВОЗ (2014), многих пороков развития можно избежать путем приема в надлежащем количестве витаминов и минералов, полноценного питания, дородового

наблюдения, воздержания или ограничения потребления вредных веществ, в особенности алкоголя, борьбы с диабетом и избыточным весом, предупреждения во время беременности воздействия содержащихся в окружающей среде опасных веществ (тяжелых металлов и т.п.), расширение охвата вакцинацией, особенно против вируса краснухи.

Проф. Мозес В.Г. (Кемерово) в докладе «Ведение беременности от прегравидарной подготовки до естественных родов» показал возможности улучшения перинатальных исходов при адекватном планировании беременности.

Проф. Игитова М.Б. (Барнаул) в докладе «Прегравидарная подготовка женщин с неразвивающейся беременностью» показала, что для более точного прогнозирования перинатальных исходов и выбора метода родоразрешения, помимо оценки состояния рубца, целесообразно определение уровня ассоциированного с беременностью протеина А в ранние сроки беременности и фактора роста плаценты в динамике



профессор
Игитова М.Б.



процесса гестации в качестве предикторов и маркеров плацентарной дисфункции. **Проф. Базина М.И. (Красноярск)** в докладе «Как повысить эффективность лечения бесплодия методами ВРТ?» представила свой опыт применения препарата «Пинеамин» у женщин со сниженным овариальным резервом перед проведением ЭКО.

Проф. Стуров В.Г. (Новосибирск) в докладе «Фолатный метаболизм и репродуктивные потери: от прекоцепции к рациональной гравидопротекции» показал, что изменение образа жизни, коррекция рациона питания, исключение курения, алкоголя, наркотических средств, улучшение социально-бытовых условий, прекоцепционный курс фолиевой кислоты обоими будущими родителями – необходимые условия профилактики осложнений беременности, в том числе хромосомных аномалий у плода.

Лихачева В.В. (Новокузнецк) в докладе «Иммунологические маркеры «поздней» формы синдрома гиперстимуляции яичников в программах ЭКО у женщин с синдромом поликистозных яичников (СПКЯ)» представила собственные данные об особенностях иммунологических маркеров при СПКЯ. **Сорокина Я.Н. (Новокузнецк)** представила доклад «Прогноз результативности программ ЭКО у женщин с хроническим эндометритом при трубно-перитонеальном бесплодии».



ПЛЕНАРНОЕ ЗАСЕДАНИЕ «АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ АКУШЕРСТВА»

Пленарное заседание «Актуальные вопросы акушерства» состоялось в Актовом зале под председательством проф. Баринаова С.В. В рамках заседания **проф. Ремнева О.В. (Барнаул, Россия)** в докладе «Преждевременное излитие околоплодных вод при недоношенной беременности: клиничко-биохимические детерминанты» показала, что прогестерон – больше, чем только эффективное сохранение беременности, прогестерон играет роль нейрометаболита. Пациенткам после коррекции ИЦН необходима гестагенная поддержка, динамическая цервикометрия, контроль биоценоза влагалища.

Проф. Баринов С.В. (Омск) в докладе «Применение осмотического расширителя при позднем несостоявшемся выкидыше» показал, что DILAPAN-S способствует высвобождению эндогенного простагландина в следствие деградации коллагена, что приводит к размягчению, созреванию шейки матки и в ряде случаев к индуцированному выкидышу в том числе при наличии антенатальной гибели плода. DILAPAN-S не только вызывает расширение цервикального канала, но и в 40,0% случаев самостоятельно приводит к индуцированному выкидышу, в 2,3 раза снижает количество гематометр в послеабортном периоде.

Проф. Соловьева А.В. (Москва) в докладе «Анемия и репродуктивное здоровье. Одна проблема - разные подходы» с позиций современных клинических рекомендаций представила основные



профессор
Баринов С.В.



доцент
Левченко В.Г.

принципы профилактики и лечения анемии у женщин.

Доц. Левченко В.Г. (Новокузнецк) в докладе «Проблемы интенсивной терапии акушерских кровотечений» представил результаты мониторинга 11 родильных домов юга Кемеровской области. Кровотечениями

осложняется 2,4% родов, гистерэктомия проводится в 9,4% случаев (2015-2018гг). Показаны проблемы реализации клинических рекомендаций практически во всех родовспомогательных учреждениях: не проводится тромбозластограмма (100%), малодоступна прикроватная диагностика ацидоза (45%), внешнее согревание (конвекционный тип) – отсутствует во всех родильных домах, согревание растворов проводится только в 18% учреждений, термометрию не используют 90% родильных домов, Протромплекс (YII фактор) имеется только в 36% учреждений.

Доц. Волков Р.В. (Новосибирск) в докладе «Акушерские кровотечения: командный подход» с позиций федеральных клинических рекомендаций провел разбор клинических случаев массивной акушерской кровопотери, включая случай кровопотери 20л, и показал важность командного подхода при акушерском кровотечении.



доцент
Волков Р.В.

К.м.н. Помешкин Е.В. (Кемерово) в докладе «Лапароскопическая коррекция осложнений акушерских и гинекологических операций» представил результаты за период с 2011-2019гг. 33 фистулопластик по поводу пузырно-влагалищных свищей после гинекологических операций, 15 из них выполнено лапароскопическим доступом.



К.м.н.
Помешкин Е.В.

Адвокат Артымук

В.А. в докладе «К вопросу о юридической самообороне врача акушера-гинеколога» показал практическим врачам четкую последовательность действий в ситуации привлечения медицинского работника к юридической ответственности:

1. Не давайте никому никаких объяснений или не участвуйте в допросе без **адвоката (защитника)**. В случае, если Вы не можете этого избежать, то воспользуйтесь ст. 51 Конституции Российской Федерации, согласно которой «Никто не обязан свидетельствовать против себя самого, своего супруга и близких родственников, круг которых определяется федеральным законом». Обратитесь к адвокату (защитнику) за получением консультации, в случае необходимости согласуйте совместные действия. Построив с защитником **взвешенную и обоснованную позицию,**



адвокат
Артымук В.А.

Вы можете избежать неприятных последствий поспешной дачи объяснений или показаний.

2. Сделайте копии всех медицинских документов, касающихся оказания медицинской помощи, поскольку впоследствии они могут быть изъяты следственными органами.

3. Если Вы не помните точно, как Вы оказывали медицинскую помощь, то обратитесь к медицинской документации.

4. Идите на допрос или дачу объяснений **с защитником и подготовленной позицией.**

Обозначены действия медицинского работника при доследственной проверке:

1. Постараться получить максимально полные сведения об обстоятельствах, исследуемых в ходе доследственной проверки, а также получить сведения о конкретном содержании заявления

2. Заключить соглашение с опытным адвокатом.

3. Проанализировать с помощью адвоката ситуацию, возможные риски и сценарий наиболее вероятного развития событий в целях выработки и реализации защитных мер.

4. Обязательно поставьте в известность главного врача (как минимум своего руководителя) о данной проверке, в кратчайшие сроки.

5. Обратитесь в КРОО «Ассоциация акушеров-гинекологов (общественная защита).

А также четко определено, **что делать не следует** ни при каких обстоятельствах:

- Не приходите в полицию по телефонному звонку – необходима повестка или вызов, который передается или лично, или через почту, или по месту работы.

- Не принимать во внимание неофициальные документы. Все официальные документы должны быть как минимум подписаны тем лицом, которым они вы-

несены. Если предъявляются объяснения/заявления/выписки или иные документы для ознакомления, а они не подписаны, то сфотографируйте их, прочитайте и дайте пояснения – не по существу написанного, а именно по факту предъявления ненадлежащего документа.

- Не признавайте сразу, при первом же нажиме полицейского, наличие ошибок в ведении больного.

- Не пытайтесь каким-то образом изъять медицинские документы или внести в эти документы дополнительные записи (любые) – факт внесения записей потом легко устанавливается.

- Не пытайтесь уйти на больничный – это ни к чему не приведет.

- Не предпринимайте попыток найти больного и/или его родственников (для решения вопроса) и, тем более, на него «надавить».

- Не отправляйтесь сразу же в прокуратуру или отдел собственной безопасности МВД с жалобами на полицейских.

- Не пытайтесь самостоятельно раз- узнать ход проверки.

- Не бойтесь привлекать лиц из больницы, поликлиники или иного ЛПУ к разрешению возникшей у вас сложной ситуации.

- И, в целом, как лучше не заниматься самолечением и пойти к врачу, так же **стоит обратиться к адвокату за советом** как разрешить возникшую ситуацию, не испортив ее непродуманными действиями.



СЕКЦИОННОЕ ЗАСЕДАНИЕ «ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ПРОЛИФЕРАТИВНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ МАТКИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА»

В зале №1 состоялось секционное заседание «Доброкачественные пролиферативные заболевания матки у женщин репродуктивного возраста» под председательством проф. М.Эл-Джефута.

Проф. Цхай В.Б. (Красноярск) в докладе «Сочетанные формы диффузного аденомиоза и миомы матки. Возможные варианты решения сложной задачи» продемонстрировал свой собственный опыт лечения этих заболеваний методом частичной аденомиоэктомии с ассиметричным рассечением матки (мини-лапаротомия, использование высокочастотного электрического скальпеля [Nishida M.,2010], методикой лапароскопической аденомиоэктомии с метропластикой двух-лоскутным методом [Huang X.,2015], методом Саремы и методом Hisao Osada.

Операция аденомиоэктомии по методике H. Osada является операцией выбора для пациенток с диффузными и смешанными формами аденомиоза, не реализовавших свои репродуктивные планы. Показано, что операция аденомиоэктомии по методике H. Osada может являться альтернативой гистерэктомии у женщин с сочетанием аденомиоза и миомы матки (множественного лейомиоматоза матки). Важна реабилитация после операции. Если через 6-12 мес после операции беременность не наступает самостоятельно, пациентка должна быть направлена в отделение ВРТ.

Проф. Моамар Эл-Джефут (Эль-Эйн, ОАЭ) в докладе «Прогестины как первая линия терапии эндометриоза, 15-летний опыт» представил свое альтернативное мнение относительно КОК, которые на

протяжении многих лет используются в качестве первой линии лечения эндометриоза, несмотря на отсутствие контролируемых данных относительно их эффективности. Представлены результаты современных сравнительных исследований по применению диеногеста и норэтистерона ацетата у пациенток с эндометриозом. Показана сходная эффективность этих препаратов – 71% vs 72%. Учитывая достаточно большую разницу в стоимости этих двух препаратов, диеногест следует рекомендовать выборочно женщинам, которые не переносят норэтистерона ацетат. Кроме того, показано, что у ряда пациенток, получающих гормональное лечение переход с НЭТА на КОК и, наоборот, повышает переносимость лечения.

Проф. Кулешов В.М. (Новосибирск) в докладе «Бесплодие, ассоциированное с эндометриозом: причины, принципы терапии» показал преимущества назначения дидрогестерона при эндометриоз-ассоциированном бесплодии.

Д.м.н. Кублинский К.С. (Томск) в докладе «Персонализированный подход к лечению генитального эндометриоза у женщин репродуктивного возраста» показал, что частота встречаемости отдельных полиморфных вариантов генов ферментов метаболизма эстрогенов, цитокинов и факторов ангиогенеза у пациенток с



Д. м. н.
Кублинский К. С.

эндометриозом выше, чем у женщин без эндометриоза. А эффективность лечения болевого синдрома у пациенток с эндометриозом после применения агонистов гонадотропин рилизинг-гормона (АГнРГ) (42%) и гестагенов (48%) выше, чем после применения комбинированных оральных контрацептивов (КОК) (24%). При этом частота купирования симптомов дисменореи после приема АГнРГ (61,7%), гестагенов (66,6%) и КОК (60%) является сопоставимой, а частота наступления беременности при эндометриоз-ассоциированном бесплодии после их применения составляет 63%, 46% и 39% соответственно.

МАСТЕР КЛАСС «РЕСПИРАТОРНЫЙ ДИСТРЕСС-СИНДРОМ НОВОРОЖДЕННОГО. СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРОФИЛАКТИКИ И ТЕРАПИИ. МАЛОИНВАЗИВНОЕ ВВЕДЕНИЕ СУРФАКТАНТА»

Мастер-класс проведен главным внештатным специалистом Минздрава России по неонатологии в СФО **к.м.н. Ионушине С.В.** на базе симуляционного центра кафедры акушерства и гинекологии имени Г.А. Ушаковой в Перинатальном центре имени Л.А. Решетовой Кемеровской областной клинической больницы имени С.В. Беляева.



к.м.н.
Ионушина С.В.



19 апреля

ПЛЕНАРНОЕ ЗАСЕДАНИЕ ««АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ГИНЕКОЛОГИИ»

Пленарное заседание «Актуальные вопросы гинекологии» состоялось в актовом зале под председательством проф. Фадеевой Н.И. **Проф. Белокриницкая Т.Е. (Чита)** в докладе «Гиперплазии эндометрия: международные клинические протоколы и практики» представила современные принципы терапии гиперплазии эндометрия у женщин в различные возрастные периоды.

Проф. Моамар Эл-Джефут (Эль-Эйн, ОАЭ) в докладе «Факторы риска развития рака при эндометриозе и СПКЯ» показал, что у женщин с СПКЯ, эндометриозом и аденомиозом риск развития онкологических заболеваний репродуктивных органов выше. Существует несколько факторов, которые способствуют увеличению риска гинекологического рака у этих женщин: увеличение уровня эстрогенов, усиление пролиферации клеток, ожирение, ановуляция, гиперинсулинемия и аменорея, хроническое воспаление. Длительное использование КОК, прогестагенов и метформина может снизить этот риск у женщин с эстрогензависимыми заболеваниями. Медицинские работники и пациентки должны быть осведомлены о долгосрочном риске этих заболеваний.



профессор
Фадеева Н.И.

Проф. Фадеева Н.И. (Барнаул) в докладе «Оценка эффективности и безопасности Эндоферина для лечения генитального эндометриоза» представила предварительные результаты клинического исследования препарата «Эндоферин» в лечении эндометриоза.

Проф. Елгина С.И. (Кемерово) в докладе «НМЦ. Современные методы коррекции» показала современные подходы к лечению нарушений менструального цикла.



к.м.н.
Шрамко С.В.

Доц. Шрамко С.В. (Новокузнецк) в докладе «Пролиферативные заболевания матки, возможен ли прогноз?» представила результаты собственных исследований по оптимизации лечебной тактики у больных с пролиферативными заболеваниями матки путем определения клинико-anamnestических и иммунологических предикторов развития различных вариантов пролиферативных процессов в миометрии.

Проф. Савельева И.В. (Омск) в докладе «Вагинальные инфекции и биоценоз: что нужно клиницисту?» показала преимущества местной терапии: создается высокая концентрация препарата непосредственно в очаге воспаления, быстрое действие, меньшая вероятность развития устойчивых форм возбудителя, отсутствие системных эффектов, безопасность и хорошая переносимость, возможность назначения при экстрагенитальной патологии, возможности назначения во время беременности.



профессор
Зефирова Т.П.

Проф. Зефирова Т.П. (Казань) в докладе «Подходы к лечению вагинита у женщин репродуктивного

возраста с позиции доказательной медицины и современных клинических рекомендаций» показала основные причины рецидивов вагинитов: неадекватная терапия: многие виды *C. non-albicans* устойчивы к лечению как системными (флуконазол), так и местными азолами

СЕКЦИОННОЕ ЗАСЕДАНИЕ «АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ НЕОНАТОЛОГИИ»

В зале №1 состоялось секционное заседание «Актуальные вопросы неонатологии» под председательством проф. Кравченко Е.Н. **Ионушене С.В. (Иркутск)** в докладе «Антимикробная терапия в неонатологии: лучшие практики и новые тренды» показала, что антимикробная терапия у новорожденных ОРИТ увеличивает риск развития состояний и заболеваний, которые мы так хотим избежать. Продленное применение антибиотиков ассоциируется с: возрастанием риска колонизации *Candida* и инвазивным кандидозом; риском возникновения НЭК, смерти и позднего неонатального сепсиса. Внедрение госпитальных протоколов – помогает уменьшить использование антимикробных средств. Технологии должны быть полезными. Подход к их применению индивидуализированным. Для снижения частоты интубаций, ИВЛ и связанных с ними инвазий и повреждений легких необходимо применять: LISA, MIST, НИВ, ранняя экстубация, кофеин, объемные стратегии ИВЛ. Лучший ЦВК – его отсутствие. Абсолютные показания к ЦВК: парентеральное питание с использованием высоких концентраций субстратов; применение препаратов для поддержки гемодинамики; иногда – применение препаратов, агрессивных в отношении эндотелия сосудов. Внутрисосудистые устройства должны своевременно удаляться. Надлежащие практики имплантации ЦВК

(миконазол), реинфекция макроорганизма грибками рода *Candida* spp., обитающими в более глубоких слоях вагинального эпителия, биопленки, способствующие резистентности возбудителей; и показала возможности их предупреждения с применением комбинированных препаратов.

и ухода за ними. Энтеральное питание определено лучше, чем парентеральное. Раннее начало энтеральной нагрузки. Быстрый (30-35 мл/г/сут) и медленный (10-15 мл/кг/сут) темпы не влияют на частоту проявления НЭК у ОНМТ. Обеспечение оптимальной дотации белков и жиров с рождения (ESPGHAN 2018). В дальнейшем при помощи фортификации грудного молока. Долженствующий контроль параметров роста и развития. Грудное молоко – лучшее, что может предложить природа ребенку. Это – самый важный постнатальный фактор метаболического и иммунологического программирования здоровья ребенка и профилактики.

Дети в ОРИТН, в том числе недоношенные с ЭНМТ, могут жить без антибиотиков! Это – правда.

Проф. Кравченко Е.Н. (Омск) в докладе «Вклад ВУИ в перинатальную смертность» представила основные направления в предупреждении перинатальной смертности вследствие ВУИ: выявление активации инфекционного процесса в организме беременной, в т.ч. вагинальной инфекции, при УЗИ - прицельное изучение структуры плаценты,



профессор
Кравченко Е.Н.

пуповины, легких, печени, ССС и головного мозга плода, сопоставление данных клиничко-лабораторного обследования беременной, назначение этиологически и патогенетически обоснованного лечения инфекции у беременной, санация родовых путей в течение беременности, восстановление дисбиоза влагалища и кишечника, сохранение нормоценоза в организме беременной, профилактика рецидива воспалительных заболеваний мочеполовой системы.



доцент
Молчанова И.В.

К.м.н. Ионушене С.В. (Иркутск) представила доклад «Гемостаз новорожденного: есть ли возможности достоверной оценки»

Доц. Молчанова И.В. (Барнаул) в докладе «Неонатальная смертность, что может акушер?» показала, что 24 % женщин поступают

в стационар с ситуацией, когда коррекция ИЦН уже невозможна. При этом ранее, скрининговые УЗИ патологии не выявляют. 84% из них имели факторы риска ПР. Решение – профилактическая установка акушерского пессария Dr. Arabin в группах риска .

Доц. Загородникова О.А. (Новокузнецк) представила клинический случай синдрома Андерсона-Нови у новорожденного младенца с благополучным исходом заболевания. Порок развития с очаговым дефектом кожи встречается частотой **1 случай на 10 000**. Может сочетаться с аплазией глубже расположенных тканей. Аплазия кожи является результатом фетопатии, возникающей при воздействии различных неблагоприятных факторов. Возможны наследственные формы аплазии с аутосомно-доминантным или рецессивным типом наследования. Описаны случаи хромосомных аномалий (трисомия по 13 паре, делеция короткого плеча 4 хромосомы).

ПЛЕНАРНОЕ ЗАСЕДАНИЕ «МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ, МЕНОПАУЗАЛЬНЫЙ, ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНЫЙ СИНДРОМЫ: ТАКТИКА ГИНЕКОЛОГА»

Пленарное заседание «Метаболический, менопаузальный, предменструальный синдромы: тактика гинеколога» состоялось в Актовом зале под председательством проф. Яворской С.Д.

Проф. Мишель Абу-Абдаллах (Бейрут, Ливан) в пленарной лекции «СПКЯ и долгосрочное здоровье, риски и сопутствующие заболевания» показал, что существуют убедительные доказательства, подтверждающие



профессор
Абу-Абдаллах

повышенный риск НГТ и СД, как у женщин репродуктивного возраста, так и у пожилых женщин с СПКЯ. Необходим частый скрининг НГТ после менопаузы. Пока не ясно, сохраняются ли обструктивное апноэ во сне, депрессия, тревожность и риск рака эндометрия у молодых женщин с СПКЯ в постменопаузальные годы. Существует повышенная распространенность аномальных маркеров субклинического атеросклероза у молодых женщин с СПКЯ, данные в старшей возрастной группе очень ограничены. Опубликованные исследования четко не указывают на повышенный риск сердечно-сосудистых событий, связанных с СПКЯ. Консультирование женщин с СПКЯ должно быть расширено за пределы

дискуссий, касающихся управления нарушениями менструального цикла, гирсутизмом и фертильностью. В дополнение к кардиометаболическому риску, другие сопутствующие заболевания, связанные с СПКЯ, также усугубляют состояние здоровья. Будущие исследования должны быть сосредоточены на изучении распространенности заболевания у пожилых женщин, чтобы определить частоту проведения скрининговых рекомендаций и соответствующих стратегий консультирования и управления.

Проф. Яворская С.И. (Барнаул, Россия) в докладе



профессор
Яворская С.И.

СЕКЦИОННОЕ ЗАСЕДАНИЕ «БЕРЕМЕННОСТЬ И РОДЫ ВЫСОКОГО РИСКА: КАК УЛУЧШИТЬ ИСХОД?»

Секционное заседание «Беременность и роды высокого риска: как улучшить исход?» состоялось в зале №1 под председательством **проф. Белокрициной Т.Е. (Чита)**. В докладе «Ожирение и беременность: доказанное и сомнительное» она показала, что для наступления беременности у пациенток с ожирением требуется гораздо больше времени, чем у женщин с нормальной массой тела, а при ее наступлении эти пациентки имеют более высокий риск акушерских, перинатальных и неонатальных осложнений. **Проф. Савельева И.В. (Омск)** в докладе «Роды в срок: невозможное возможно» представила алгоритм профилактики преждевременных родов с позиций российской клинических рекомендаций и показала роль скрининговой и динамической цервикометрии, а также

«Предменструальный синдром: каприз или болезнь?»

Показала необходимость персонализированного подхода при ПМС. Физическая активность, правильное питание. Медикаментозная терапия: прогестерон, даназол, агонисты ГнРГ, эстрадиол + прогестерон, КОК, ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС), Витекс священный.

Профессор Мозес В.Г. (Кемерово, Россия) в докладе «Негормональное купирование симптомов эстрогенного дефицита» показал возможности негормональной коррекции климактерических симптомов. **Проф. Яворская С.Д. (Барнаул, Россия)** в докладе «Метаболический синдром с позиции гинеколога» показала значимость метаболических нарушений у женщин в риске возникновения гинекологических проблем.

возможности применения пессария доктора Арабина для профилактики преждевременных родов.

Проф. Кравченко Е.Н. (Омск) в докладе «Особенности ведения ранних сроков беременности после ВРТ» показала, что самое большое число осложнений беременности после программ ВРТ наблюдается в ранних сроках беременности, что часто сопровождается нарушением имплантации. Ведение беременности без витаминно-минеральных комплексов повышает риск врожденных пороков развития плода, что требует своевременных профилактических назначений микроэлементов и витаминов. Прием препаратов эстрадиола в программах ЭКО при «бедном ответе» в лютеиновую фазу, тонком эндометрии, донорства ооцитов, в криоциклах и на

ранних сроках беременности не оказывает отрицательного влияния на течение беременности, перинатальные исходы и здоровье детей.

Доц. Аганезов С.С. (Санкт-Петербург)



доцент
Аганезов С.С.

в докладе «ИЦН. Разнообразие причин, многофакторный подход к ведению» показал, что основными направлениями в профилактике преждевременных родов у беременных высокого риска должно быть: назначение высокоселективных гестагенов с этапа прегравидарной

подготовки, адекватная санация воспалительного процесса нижнего этажа полового аппарата, своевременное решение вопроса об использовании пессария или серкляжа.

Проф. Зефирова Т.П. (Казань) в докладе «Лечение анемии у беременных: как достичь эффекта терапии и хорошей переносимости?» представила тревожные факты: не менее 20% россиянок вступают в беременность с дефицитным состоянием iron- статуса, нехватка железа в прегравидарном периоде и в I триместре может вызвать более серьезные последствия для плода, чем анемия II и III триместров, ранний период фетального нейрогенеза – «окно уязвимости», латентный дефицит железа у матери сопровождается нарушением архитектуры и созревания аксонов у плода, изменением

структуры нейронов. Согласно рекомендациям 2019 года Международной федерации акушеров-гинекологов (FIGO): скрининг ЖДА должен проводиться в каждом триместре беременности (или, по крайней мере, в течение 28 недель), а также когда клинические признаки указывают на наличие анемии, во время беременности и в послеродовом периоде диагноз «анемия» ставится при уровне гемоглобина менее 110 г/л, при уровне гемоглобина ниже 100 г/л в послеродовом периоде женщина должна получать 100-200 мг элементарного железа в течение 3-х месяцев, после достижения нормального уровня гемоглобина прием препарата железа следует продолжить в течение 3-х месяцев и, как минимум, до 6 недель после родов, чтобы пополнить запасы железа.

Проф. Мишель Абу-Абдаллах (Бейрут, Ливан) в пленарной лекции «Стимуляция яичников: мягкая лучше, чем обычная?» показал, что существуют барьеры к применению мягких протоколов стимуляции: врачи и пациенты счастливее с большим количеством яйцеклеток, врачи сопротивляются переменам и боятся снижения показателей наступления беременности. В отсутствие явно превосходящего протокола для пациентов с низким уровнем ответа при ЭКО предпочтительным является использование экономически эффективного и дружественного к пациенту протокола, который уменьшает физическую, эмоциональную и финансовую нагрузку на пациента.

ПЛЕНАРНОЕ ЗАСЕДАНИЕ «ОПЕРАТИВНОЕ АКУШЕРСТВО И АНТЕ- И ИНТРАНАТАЛЬНЫЙ МОНИТОРИНГ СОСТОЯНИЯ ПЛОДА»

Пленарное заседание «Оперативное акушерство и анте- и интранатальный мониторинг состояния плода» под председательством доц. Мартиросяна С.В. состоялось в Актовом зале.

Доц. Мартиросян С.В. (Екатеринбург) в докладе «Кесарево сечение, основанное на доказательствах. Внедрение принципов FTS и ERAS в акушерскую практику» представил общие рекомендации, основанные на доказательствах:



доцент
Мартиросян С.В.

Антибиотикопрофилактика перед разрезом кожи за 30 мин - одна доза цефалоспоринов первого поколения, обработка влажной салфеткой раствором повидон-йода 10% в течение 30 секунд перед операцией, профилактика периперационной гипотермии, поперечный разрез по Джоел-Кохену, отказ от рутинного опущения мочевого пузыря, поперечный разрез в нижнем маточном сегменте по Керу, тупое расширение разреза на матке в кранио-каудальном направлении, отсроченное пересечение пуповины, самостоятельное рождение плаценты, двуслойное ушивание разреза на матке непрерывным неблокирующим швом, отказ от ушивания париетальной и висцеральной брюшины, ушивание апоневроза непрерывным швом, ушивание подкожной жировой клетчатки при ее толщине > 2 см, внутрикожный шов, стерильная антисептическая повязка в течение не менее 6 часов после операции.

Доц. Куклина Л.В. (Омск) поделилась опытом применения вакуум-экстракция плода. Показано значительное преимущества Kiwi по сравнению со стационарными установками: ком-

пактный, простой в эксплуатации, имеет прочную и маневренную конструкцию, концентрирует процесс проведения операции в руках одного акушера, не требует предварительной подготовки, дает возможность контролировать силу тракций, не требует стерилизации, скорость подготовки системы к работе в 7 раз ниже стационарного, а скорость создания разряжения в чашечке меньше в 30 раз. Вакуум-экстракция при КС используется с 1962г: позволяет избежать дополнительных разрывов стенки матки, снижает дискомфорт для пациентки, предпочтительнее при плановых операциях, чашечка размещается на проводной точке головки плода.

Доц. Мартиросян С.В. (Екатеринбург) в докладе «Интранатальное наблюдение за состоянием плода. Последние клинические рекомендации» представил данные, что основные жалобы и иски пациентов при асфиксии плода относятся к трем основным причинам: ошибки в интерпретации КТГ, ошибки в ведении родов, случаи с исходом в развитие церебрального паралича у ребенка. Основными рекомендациями для предупреждения этих проблем являются: постоянная поддержка во время родов (один-на-один), ведение партограммы, аускультация у рожениц группы низкого риска, постоянная кардиотокография у рожениц группы высокого риска, визуальная оценка КТГ + применение формализованного протокола интерпретации (возможно, FIGO или DR C BRAVADO) + STAN/лактат из кожи головки плода.

К.м.н. Белинина А.А. (Барнаул) представила результаты исследования особенностей течения беременности и исходов родов у беременных с многоплодием у жительниц Алтайского края. Показано значительное снижение рождаемости в Алтайском крае при росте

частоте многоплодной беременности. Представлены литературные данные и свой собственный опыт применения акушерского пессария доктора Арабина при многоплодии.

СЕКЦИОННОЕ ЗАСЕДАНИЕ «БЕРЕМЕННОСТЬ ВЫСОКОГО РИСКА»

В зале №1 состоялось секционное заседание «Беременность высокого риска» под председательством проф. Ренге Л.В.



д.м.н.
Николаева Л.Б.

Д.м.н. Николаева Л.Б. (Кемерово) в докладе «Психосоматика первобеременных и пути решения проблемы» показала, что психосоматические нарушения играют важную роль в возникновении осложнений беременности и родов. Для улучшения перинатальных исходов необходимо: проводить индивидуальную оценку исходного уровня тревожности, отбор

женщин для индивидуальной работы с психологом, индивидуальный отбор для занятий с психологом, групповые занятия в «школе матерей».

Проф. Коростелев А.А. (Кемерово) в докладе «Иммунотерапия хронических рецидивирующих генитальных вирусных, бактериальных и грибковых инфекций» показал возможности иммунотерапии при различных хронических инфекциях.

Д.м.н. Ренге Л.В. (Новокузнецк) в докладе «Выжидательная



профессор
Коростелев А.А.

Вагущенко У.А. (Екатеринбург) представила современные подходы к ведению беременности и родов при задержке роста плода.

тактика ведения при преждевременном разрыве плодных оболочек (ПРПО): показания и противопоказания» показала значение определения предикторов – полифункциональных иммунорегуляторных белков для определения тактики при преждевременных родах.

Проф. Новикова О.Н. (Кемерово) в докладе «Гестационный сахарный диабет: версии и контраверсии» показала, что своевременное выявление и лечение ГСД оказывает положительное влияние на беременность и уменьшает уровни многих осложнений со стороны матери и плода. Однако в мире не существует



профессор
Новикова О.Н.

единого мнения среди врачей и различных организаций, которые занимаются изучением ГСД, об эффективной скрининговой программе, диагностических критериях ГСД, индивидуальном подходе в выборе методов лечения и наблюдения беременных женщин с диабетом. Здоровый образ жизни и диетическое питание лежат в основе профилактики и лечения беременных женщин с ГСД.

Использование инсулина и противодиабетических препаратов требует дальнейшего изучения их эффективности и безопасности для плода и матери, а также выработки рациональных методов контроля эффективности различных



доцент
Карелина О.Б.

методов лечения, которые могут иметь широкое практическое применение врачами и врачами-акушерами.

Доц. Карелина О.Б. (Кемерово) в докладе «Стратегии ведения беременности и родов у пациенток с избыточной массой тела» показала, что ожирение является отрицательным пре-морбидным фоном для развития беременности и течения родов. Женщин с ожирением следует относить к группе риска развития осложнений во время беременности, в родах и перинатальной заболеваемости. Необходимо применять комплекс мер в рамках прегравидарной подготовки и в течении беременности, родов и послеродового периода для улучшения материнских и неонатальных исходов.

Доц. Сурина М.Н. (Кемерово) в докладе «Проблемы диагностики и

лечения анемии тяжелой степени при беременности в Кемеровской области» представила данные анализа случаев тяжелой материнской заболеваемости, обусловленную тяжелой анемией у женщин Кемеровской области в 2018 году. Показано, что в большинстве случаев тяжелой анемией развивалась на фоне хронической анемии, возникшей до беременности, что говорит об отсутствии предгравидарной подготовки и обследования до беременности. Тяжелая преэклампсия у исследуемых пациенток увеличила количество родоразрешений путем экстренной операции кесарева сечения. Треть пациенток с тяжелой анемией имели преждевременные роды. Новорожденные у женщин с тяжелой анемией имели вес, меньший должного к сроку гестации.



доцент
Сурина М.Н.

МАСТЕР-КЛАСС

«ПОДХОДЫ С ПОЗИЦИЙ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ ПРИ АМЕНОРЕЕ»

Модератор - **проф. Моамар Эл-Джефут (Эль-Эйн, ОАЭ)**. Мастер-класс проходил в интерактивном режиме. Представлены и разобраны клинические случаи. Общие принципы управления аменореей: попытаться восстановить овуляторную функцию путем лечения первопричины; если это невозможно, ЗГТ (эстроген и прогестерон) назначают при гипоестрогенной аменорее; может быть назначена циклическая терапия прогестогенами у ановуляторных женщин; если присутствует Y-хромосома, показана гонадэктомия; создать отток и функциональное влагалище; во многих случаях требуется частая переоценка ситуации.



МАСТЕР-КЛАСС «ЗАМЕСТИТЕЛЬНАЯ ГОРМОНАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ»

Модератор - **проф. М. Абу-Абдаллах (Бейрут, Ливан)**. Мастер-класс проходил в интерактивном режиме. Наилучшие имеющиеся данные свидетельствуют о том, что гормональная терапия у женщин с симптомами в возрасте от 50 до 59 лет в начале менопаузы или близко к ней (окно возможностей) имеет следующие преимущества: улучшает качество жизни, может снизить риск сердечно-сосудистых заболеваний, основной причиной смерти у женщин, не связана с раком молочной железы, а монотерапия эстрогенами, по данным WHI, даже может снизить частоту инвазивного рака молочной железы; свя-

зана с минимальным увеличением риска при применении E + P (если использовать в течение 5 лет), уменьшает риск колоректального рака и остеопоретических переломов.

Если есть показания к МГТ, то начинать терапию нужно в ранней менопаузе, использовать низкую дозу, кратчайшую продолжительность, рассматривать другие режимы (левоноргестрелвысвобождающую ВМС).

Гормональная терапия, вероятно, будет иметь благоприятный профиль пользы / риска, если ее начинать у женщин с симптомами в период менопаузы.

20 апреля

Проф. Моамар Эл-Джефут (Эль-Эйн, ОАЭ) провел дискуссионный клуб со студентами 4 курса лечебного факультета по теме «Эстрогензависимые заболевания». Мероприятие проходило в интерактивном режиме на русском языке. Все желающие имели возможность задавать интересные их вопросы.

Мастер класс **по кольпоскопии**

(модератор – проф. Чернова Н.И. (Москва)) и по оперативному акушерству (модераторы - **к.м.н. Мартиросян С.В., Вагущенко У.А. (Екатеринбург)**) состоялись на базе симуляционного центра кафедры акушерства и гинекологии имени Г.А. Ушаковой в Перинатальном центре имени Л.А. Решетовой Кемеровской областной клинической больницы имени С.В. Беляева.



