

КЕМЕРОВСКАЯ РЕГИОНАЛЬНАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ  
«АССОЦИАЦИЯ АКУШЕРОВ-ГИНЕКОЛОГОВ»  
ДЕПАРТАМЕНТ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ  
ГБОУ ВПО «КЕМЕРОВСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ»  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ



Материалы XXII Международной научно-практической конференции

## «Доказанное и сомнительное в акушерстве и гинекологии»

XXII International Scientific Conference  
**«Evidence Based and Controversial  
issues in Obstetrics and Gynecology»**



Кемерово, 18-21 апреля 2018 года

Kemerovo, April 18-21, 2018

# География конференции



## Список городов и количество участников

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

В конференции приняли участие 826 специалистов из 48 городов и 7 стран (Россия, Великобритания, Германия, Египет, Иордания, Ливан, ОАЭ).

На конференции прозвучало 112 докладов, проведены конкурс молодых ученых на английском языке, в рамках информационно-образовательного проекта «Репродуктивный потенциал России» образовательный семинар «Иновации в акушерстве и гинекологии с позиций доказательной медицины» (проф. Радзинский В.Е.) и 5 мастер-классов:

- Мастер-класс по эндоскопической хирургии «Хирургическое лечение глубокого эндометриоза» (проф. Попов А.А., Москва),
- Мастер-класс «Старение яичников: возможности диагностики и управления» (проф. М. Абу-Абдаллах, Бейрут, Ливан),
- Мастер-класс: «Доказательная медицина в контрацепции» (проф. М.Эл-Джесефт, Эль-Эйн, ОАЭ),
- Мастер-класс «Органосберегающие операции при гигантских опухолях матки и врастании плаценты» (проф. Баринов С.В., Омск),
- Мастер-класс под эгидой РАГИН и Всероссийский образовательный проект «ОНКОПАТРУЛЬ» «Шейка матки, генитальные инфекции, гормоны. Особенности кольпоскопии» (проф. Роговская С.И., Москва)

## 18 апреля

### Прекурс

#### Мастер-класс по эндоскопической хирургии «Хирургическое лечение глубокого эндометриоза»

Модератор - д.м.н. Рыбников С.В. (Кемерово, Россия).

Оператор - проф. Попов А.А. (Москва, Россия).

Демонстрация операций проведена в ГАУЗ КО "Областной клинический перинатальный центр им Л.А. Решетовой"

В операционной непосредственно перед операцией **Барто Р.А.** (Москва, Россия) продемонстрировал возможность ультрасонографической диагностики эндометриоза. Были представлены возможные способы эндоскопической хирургии инфильтративных форм эндометриоза и эндометриоидных кист яичников.

**Барто Р.А.** представил лекцию «Современные возможности ультразвуковой диагностики эндометриоза».

В завершении мастер-класса **проф. Попов А.А.** представил современные данные об особенностях хирургии глубокого эндометриоза.

### Прекурс

#### Мастер-класс «Органсберегающие операции в акушерстве»

**Проф. Баринов С.В. (Омск, Россия)** продемонстрировал технологию метропластики с применением баллонной тампонады матки с влагалищным модулем Жуковского и предварительной перевязкой нисходящей ветви маточной артерии у 2 пациенток с несостоятельностью рубцов на матки после операции кесарева сечения, а также у пациентки после лапароскопической трахелектомии по поводу рака шейки матки.



Мастер-класс проф. Попова А.А.



Мастер-класс проф. Баринова С.В.

### Конкурс молодых ученых

Традиционно перед конференцией состоялся конкурс молодых ученых, который проводился на английском языке. Знание английского языка сегодня является необходимым для получения конкурентного медицинского образования и качественного оказания помощи пациентам.

В конкурсе приняли участие 16 молодых ученых из г. Кемерова и г. Томска. В состав жюри входили проф. М. Абу-Абдаллах (Ливан), проф. Эл-Джефут М. (ОАЭ), проф. Шиндлер (Германия), доктор Э. Браун (Великобритания), проф. А. Элнашар (Египет), доктор А. Шалаби (Иордания), проф. Н.А. Жаркин (Волгоград).

Награждение победителей состоялось на пленарном заседании конференции в актовом зале. Первое место заняла аспирант кафедры акушерства и гинекологии №1 КемГМУ **Беглова А.Ю.**, второе место - клинический ординатор кафедры акушерства и гинекологии №1 **Бокова В.И.**, третье – студентка 6-го курса лечебного факультета КемГМУ **Некрасова Е.В.**



I место  
Беглова А.Ю.



II место  
Бокова В.И.



III место  
Некрасова Е.В.



Жюри и участники конкурса

## 19 апреля

### Открытие конференции

Пленарное заседание открыла ректор Кемеровского государственного медицинского университета **проф. Попонникова Т.В.**. Состоялось награждение победители конкурса молодых ученых на английском языке с вручением дипломов и обучающих руководств на английском языке по медицинской статистике.



Проф. Попонникова Т.В.



Проф. Артымук Н.В.

На пленарном заседании **проф. Артымук Н.В. (Кемерово, Россия)** представила итоги работы акушерско-гинекологической службы СФО за 2017 г. Отмечено, что в 2017г. зарегистрировано значительное уменьшение количества родов по всем субъектам СФО. При этом имеет место снижение материнской, перинатальной и младенческой смертности. Как положительные стороны минувшего года отмечено уменьшение показателя материнской смертности на 8%, значительное уменьшение доли предотвратимых (условно предотвратимых) случаев, отсутствие случаев материнской смертности от медицинского абортта, снижение доли гипотонических кровотечений (1 случай).

Однако, требующими внимания является наличие случаев гибели женщин от послеродового сепсиса и внematочной беременности.



Академик Ашрафян Л.А.

Академик **Ашрафян Л.А. (Москва, Россия)** в пленарной лекции «Многомерная сложность рака. Нужны простые решения» отразил основные факторы, обеспечивающие канцерогенный эффект в органах репродуктивной системы, сделав акцент на эпигенетические модификации. В ключевых вопросах осмысления механизмов канцерогенеза, можно говорить о системном, мультитаргетном противоопухолевом эффекте. На пути решения сложных проблем онкогинекологии нужны новые способы их осмысления.

**Проф. Жаркин Н.А. (Волгоград, Россия)** в докладе «Кровесберегающие и органосохраняющие методы при преждевременной отслойке плаценты» осветил вопросы трудности прогнозирования ПОНРП, остановился на особенностях характера кровотечения при данной патологии, необходимости деваскуляризации матки перед удалением последа, в том числе с профилактической целью.

**Проф. Эл-Джефут М. (Эль-Эйн, ОАЭ)** в докладе «Хроническая тазовая боль, когда показана лапароскопия у молодых женщин?» остановился на особенностях проявления синдрома хронической тазовой боли связанной с наличием эндометриоза. Были приведены результаты собственного исследования, свидетельствующие о возможности считать непереносимость холода одним из клинических проявлений эндометриоза.



Проф. Эл-Джефут М.

## Пленарное заседание №2

**Проф. Сутурина Л.В. (Иркутск, Россия)** выступила с проектом федеральных клинических рекомендаций «Доброкачественная дисплазия молочной железы».

**Проф. Табакман Ю.Ю. (Москва, Россия)** в докладе «К вопросу о ранней диагностике рака эндометрия» выделил ведущую роль биопсии эндометрия, а применение диагностического выскабливания рекомендовал оставить лишь для исключительных случаев. Половина больных раком эндометрия I-II стадии имеют невысокий риск прогрессирования, при высоком же риске прогрессирования рака эндометрия, до 90 % умирают из-за прогрессирования рака эндометрия.



Проф. Табакман Ю.Ю.



Проф. Стuroв В.Г.

**Проф. Белокриницкая Т.Е. (Чита, Россия)** в своем докладе представила стратификации риска и стратегии безопасности при повторном кесаревом сечении в фокусе внимания экспертов.

**Проф. Стuroв В.Г. (Новосибирск, Россия)** остановился на мерах профилактики ранних репродуктивных потерь, избегая полипрагмазии.

## Секционное заседание «Инфекции в акушерстве и гинекологии»



**Проф. Баринов С.В.**

**Проф. Баринов С.В. (Омск, Россия)** в докладе «Новые подходы к лечению послеродового эндометрита» показал опыт применения внутриматочной модифицированной аппликационной формы стерильного углеродного сорбента в комплексном подходе лечения послеродового эндометрита.

**Проф. Пустотина О.А. (Москва, Россия)** в докладе «Рациональный подбор эмпирической терапии вагинальных инфекций» представила вопросы диагностики, лечения и профилактики рецидивов бактериального вагиноза.



**Проф. Жаркин Н.А.**

**Проф. Жаркин Н.А. (Волгоград, Россия)** в докладе «Острый пиелонефрит у беременных. Акушерские и урологические аспекты» на примере собственного клинического опыта показал, что острый гнойный двухсторонний пиелонефрит является жизнеугрожающим состоянием. Беременность существенно отягощает течение заболевания за счет иммунологических и анатомо-функциональных изменений мочеполовой системы. Прогноз для жизни плода неблагоприятен.



**Проф. Мозес В.Г.**

**Проф. Мозес В.Г. (Кемерово, Россия)** в докладе «Рациональное лечение инфекций мочевыводящих путей у беременных» представил основные факторы риска развития данной патологии, остановился на возбудителях вызывающих развитие неосложненных инфекций мочевыводящих путей у беременных, предложил рациональные схемы лечения, согласно современным представлениям.



**Проф. Кравченко Е.Н. (Омск, Россия)** в докладе «Урогенитальные инфекции. Как предупредить рецидив?» показала особенности течения урогенитальных инфекций и определила тактику врача в зависимости от формы, степени тяжести и периода заболевания.



**Проф. Соколова Т.М.**

**Проф. Соколова Т.М. (Новосибирск, Россия)** в докладе «Вагинальное благополучие женщины от репродуктивного возраста до менопаузы» показала особенности биоценоза влагалища женщины в различные возрастные периоды. Представила тактику лечения смешанных инфекций и бактериального вагиноза.

## **Пленарное заседание «Невынашивание беременности и преконцепционный уход»**

**Проф. Белокриницкая Т.Е. (Чита, Россия)** в своем докладе представила стратегию и тактику ведения при ранних потерях беременности в соответствии с современными клиническими протоколами.

**Доцент Кохно Н.И. (Москва, Россия)** в своем докладе остановилась на вопросах проведения комплексной прегравидарной подготовки при невынашивании беременности.



**Доцент Кохно Н.И.**

**Проф. Лебедева Е.И. (Барнаул, Россия)** в докладе «Прегравидарная подготовка пациенток с тромбогенными факторами риска» представила результаты собственного исследования, по результатам которого было показано, что перемежающаяся пневмокомпрессия и гепаринопрофилактика у пациенток группы риска на этапе прегравидарной подготовки позволяют значительно снизить долю репродуктивных потерь. В свою очередь, коррекция нарушений в системе гемостаза на прегравидарном этапе позволяет снизить частоту таких осложнений беременности как угрожающие преждевременные роды и преэклампсия, а также перинатальных поражений ЦНС у новорожденных.

**Проф. Игитова М.Б. (Барнаул, Россия)** в докладе «Невынашивание беременности. Прегравидарная подготовка и исходы гестации» остановилась на основных причинах невынашивания беременности и актуальных вопросах прегравидарной подготовки пациенток с привычным невынашиванием, уточнив, что дозы назначаемых препаратов могут «сделать лекарство ядом». В частности, назначение избытка фолатов широкому кругу пациенток при отсутствии четких показаний вызывает риск рождения детей с избыточной массой тела, а в последующем развитие ожирения и инсулинрезистентности у детей.

**Проф. Белокриницкая Т.Е. (Чита, Россия)** в своем докладе представила эффективные периконцепционные стратегии профилактики врожденных пороков развития.



**Проф. Белокриницкая Т.Е.**

**Доцент Савельева И.В. (Омск, Россия)** в докладе «Реабилитация пациенток после несостоявшегося выкидыша» показала основные механизмы гестационных потерь развивающиеся на этапе формирования полноценной плаценты. Привела данные об эффективности использования микронизированного прогестерона в комплексном ведении беременных с несостоявшимся выкидышем в анамнезе.

**Проф. Баринов С.В. (Омск, Россия)** в докладе «Применение осмотического расширителя у беременных при неразвивающейся беременности 2 триместра» показал сравнительную эффективность различных медикаментозных средств применяемых в случае неразвивающейся беременности, а также представил опыт собственного применения осмотического дилататора Dilapan-S, показал основные преимущества его использования на примере конкретных клинических случаев.

## Секционное заседание «Возможности современных эндоскопических технологий в лечении гинекологического рака»



Зотова О.А.

**Молchanov С.В. (Томск, Россия)** показал опыт применения эндоскопических технологий в лечении рака яичников. **Проф. Чуруксаева О.Н. (Томск, Россия)** представила результаты лечения больных раком эндометрия с использованием лапароскопического доступа. **Проф. Чернышова А.Л. (Томск, Россия)** поделилась опытом лапароскопической трахелэктомии в лечении инвазивного рака шейки матки. **Зотова О.А (Кемерово, Россия)** представила результаты комбинированного подхода к лечению эндометриом яичника.

## Пленарное заседание «Беременность – зона высокого риска»



Доцент Николаева М.Г. (Барнаул, Россия) представила протокол «Состояние системы гемостаза при физиологически протекающей беременности», основанный на результатах собственных исследований. Показано, что беременность с позиций клинической гемостазиологии – период жизни женщины, связанный, в первую очередь, с процессами, направленными на уменьшение кровопотери и сохранение жизни матери при родах. Усиление гемостатического потенциала при беременности связано с протромбогенными эффектами эндотелия кровеносных сосудов, с системными изменениями гемостатического и фибринолитического потенциалов крови, со снижением антикоагулянтной защиты, включая формирование вторичной АРС-резистентности. Нарушение гемостаза при беременности может привести к артериальным и венозным тромбозам, гестационным осложнениям, массивным акушерским кровотечениям. Рекомендованными параметрами для оценки гемостаза при физиологически протекающей беременности при наличии факторов риска являются: агрегация тромбоцитов с АДФ, вактор Виллебранда (vWF:Ag), металлопротеиназа ADAMTS-13, D-димер, Антитромбин III, Скрининг нарушений в системе протеина C, резистентность V фактора к активированному протеину C, волчаночный антикоагулянт, антитела к кардиолипину IgG и/или IgM изотип, антитела к b2-гликопротеину II IgG и/или IgM изотип.

**Проф. Ремнева О.В. (Барнаул, Россия)** показала результаты работы системы мониторинга региона «Регистр беременных и материнская смертность: только факты и цифры».

**Доцент Левченко В.Г. (Новокузнецк, Россия)** представил морфологические особенности маточно-плацентарного комплекса при акушерских кровотечениях «near miss».

**Доцент Николаева М.Г. (Барнаул, Россия)** в докладе «Тромбоз-ассоциированная коморбидность при носительстве мутации V фактора» представила результаты клинического проспективного когортного исследования. В результате были сделаны выводы о том, что носительство мутации Лейден ассоциировано с развитием тромботических осложнений как вне, так и во время гестации, показатель АПС-резистентности может служить предиктором развития ВТЭО. Гипертензивная болезнь сердца, ВБНК, ожирение и хронические воспалительные заболевания органов дыхания определяют тромбоз - ассоциированную коморбидность при носительстве мутации FVL(1691)GA.

**Доцент Левченко В.Г. (Новокузнецк, Россия)** представил клинический случай течения беременности и родов у пациентки с острой жировой дистрофией печени при беременности.

**Доцент Куклина Л.В. (Омск, Россия)** представила опыт родоразрешения женщин операцией вакуум-экстракция плода.



Доцент Левченко В.Г.

## **Симпозиум компании «Байер» «Репродуктивный потенциал Сибири: возможности управления».**

**Проф. Елгина С.И. (Кемерово, Россия)** в своем докладе представила некоторые данные итогов работы акушерско-гинекологической службы за 2017 год, а также остановилась на перспективах для улучшения репродуктивного потенциала у женщин Кемеровской области.

**Проф. Белокриницкая Т.Е. (Чита, Россия)** представила современные клинические протоколы по ведению пациенток с нарушениями менструального цикла.

**Проф. Сутуриной Л.В. (Иркутск, Россия)** в своем докладе представила классификацию фенотипов СПКЯ, показала различные подходы к ведению пациенток в зависимости от фенотипа СПКЯ.



Проф. Сутуриной Л.В.

**Проф. Артымук Н.В. (Кемерово, Россия)** представила современный взгляд на проблему эндометриоза, остановилась на негативном влиянии эндометриоза на качество жизни женщин, а также на альтернативных методах лечения эндометриоза.

**Проф. Кравченко Е.Н. (Омск, Россия)** в своем выступлении затронула актуальные проблемы пациенток старшего репродуктивного возраста в период менопаузального перехода, подчеркнув необходимость назначения терапии эстрогенами в переходном периоде, что сохраняет нормальный метаболизм глюкозы в центрах, регулирующих эстроген-зависимые неврологические функции.

## **Секционное заседание «Беременность, ожирение и гестационный сахарный диабет»**



**Доцент Савельева И.В. (Омск, Россия)** в своем докладе представила особенности проявлений плацентарной недостаточности у беременных с ожирением.

Доцент Савельева И.В.

**Доцент Ремнева О.В. (Барнаул, Россия)** в обсуждении клинического протокола « Гестационный сахарный диабет» остановилась на критериях постановки диагноза ГСД, факторах риска развития ГСД. Представила портрет современной беременной с сахарным диабетом. Привела ряд суждений относительно ГСД:

- 1) проведение ПГТТ всем беременным нецелесообразно,
- 2) диагноз «нарушение углеводного обмена» очевиден, если уровень сахара в крови утром натощак выше нормы,
- 3) беременная с гестационным сахарным диабетом ведется эндокринологом,
- 4) вопрос о назначении инсулинотерапии при неэффективности диеты решает эндокринолог, вмешательство акушера-гинеколога не требуется,
- 5) не следует направлять пациентку в КДО перинатального центра, если врач УЗД по месту наблюдения беременной не видит признаков диабетической фетопатии,
- 6) рациональный выбор места для родоразрешения, маршрутизация не должна нарушаться,
- 7) сроки родоразрешения беременных, страдающих гестационным сахарным диабетом, не отличаются от обычных беременных,
- 8) нет никаких особенностей ведения послеродового периода у родильниц с ГСД.

**Проф. Новикова О.Н. (Кемерово, Россия)** представила собственный опыт ведения пациенток с гестационным сахарным диабетом.



Проф. Новикова О.Н.

**Молчанова И.В. (Барнаул, Россия)** в докладе «Гестационный сахарный диабет в Алтайском крае, какой мы видим диабетическую фетопатию?» представила данные по заболеваемости ГСД в Алтайском крае, иллюстрировала их клиническими случаями из собственного опыта, обозначила основные проблемы диагностики и лечения ГСД, предложила пути решения проблемы. Было предложено ввести в регистр беременных «сигнальной точки» скрининга на повышенный уровень гликемии, в коллектив специалистов, занимающихся проблемой ГСД обязательно включить психологов и диетологов, создать регистр женщин fertильного возраста с нарушением жирового обмена.

**Проф. Яворская С.Д. (Барнаул, Россия)** в своем выступлении представила возможности коррекции репродуктивных проблем у женщин с избыточной массой тела.

## **Секционное заседание «Гинекологическая эндокринология»**

**Проф. Соколова Т.М. (Новосибирск, Россия)** в докладе «Роль КОК: от прегравидарной подготовки до профилактики онкорисков» представила основные механизмы положительного влияния гормональных контрацептивов на качество жизни женщины, остановилась на лечебных эффектах КОК. Показала, что фолаты играют важную роль в борьбе с депрессией. Подчеркнула преимущества пролонгированного режима назначения КОК при гиперластических процессах эндометрия.

**Проф. Безнощенко Г.Б. (Омск, Россия)** в своем выступлении представила особенности хронической тазовой боли при сочетанной патологии у женщин.

**Проф. Овсянникова Т.В. (Новосибирск, Россия)** в докладе «Нейроэндокринная регуляция репродуктивной функции: роль мелатонина в регуляции функции репродуктивной системы» показала механизмы развития вазомоторных нарушений при климактерическом синдроме, отметила anti-age влияние мелатонина. Представила альтернативу лечения нейровегетативных расстройств при климактерическом синдроме у женщин при наличии противопоказаний к проведению менопаузальной гормональной терапии или отказе от ее проведения.



Проф. Яровская С.Д.

**Проф. Яворская С.Д. (Барнаул, Россия)** в докладе «Что скрыто под "маской" масталгии?» представила основные причины масталгии, выделила основные виды: циклическая и ациклическая масталгия, показала связь масталгии, мастопатии и рака молочных желез.

**Проф. Соколова Т.М. (Новосибирск, Россия)** в докладе «МГТ и гормонофобия. Междисциплинарный подход к ведению женщин элегантного возраста» показала основные

клинические проявления климактерического синдрома, обозначила основные пути социальной адаптации и улучшения качества жизни женщин старше 40 лет при назначении менопаузальной гормональной терапии, привела клинический пример из собственной практики. Подчеркнула, что «дело чести каждого врача» помочь пациентке преодолеть недоверие, победить свои страхи и предрассудки, объяснить необходимость назначения ЗГТ для восполнения дефицита утраченных с годами гормонов. предрассудки, объяснить необходимость назначения ЗГТ для восполнения дефицита утраченных с годами гормонов.



**Проф. Елгина С.И.**

**Проф. Макаров К.Ю. (Новосибирск, Россия)** в докладе «Ожирение и репродуктивное здоровье женщины. Современная концепция терапии» представил влияние избытка массы тела и ожирения на репродуктивное здоровье.

**Проф. Елгина С.И. (Кемерово, Россия)** в докладе «Современные подходы к лечению ПМС» представила факторы риска развития ПМС, основные клинические проявления предменструального синдрома, подчеркнула необходимость восполнения дефицита магния при ПМС.

## **Мастер класс «Низкий овариальный резерв. Возможности управления»**



**Мастер-класс  
Мишель Абу-Абдаллах**

Мастер-класс проходил в интерактивном режиме с разбором клинических случаев, подготовленных заранее участниками мероприятия.

Модератор мастер-класса - **проф. М. Абу-Абдаллах (Бейрут, Ливан).**

В заключении мастер-класса было показано, что основными стратегиями для улучшения функции яичников при низком овариальном резерве являются: увеличение дозы ФСГ (вероятно, неэффективно, исключение – FSHR Ser/Ser аллельный вариант, изменение пре-стимуляции, изменение “типа” стимуляции, GnRH agonist – длинный протокол, GnRH agonist – микродозный протокол, GnRH agonist – приостановленный протокол, протоколы с антагонистами, применение только пероральных препаратов или их последовательное сочетание с гонадотропинами. О чем нужно беспокоиться: укороченный межменструальный

интервал и кровомазание перед менструацией. Какие параметры оценки? Количество антравальных фолликулов и АМГ.

**20 апреля**

**Пленарное заседание  
«Репродуктивная эндокринология»**

**Доктор Браун Э. (Оксфорд, Великобритания)** в докладе «Дисфункция тазового дна: возможности коррекции» показал значение проблемы недержания мочи и возможности ее управления с применением электростимуляции. При этом электростимуляция в условиях собственного дома является таким же эффективным методом лечения недержания мочи, как и в условиях амбулаторно-поликлинических центров с существенным улучшением объективных и субъективных параметров. Основные направления в лечении стрессового недержания мочи: изменения образа жизни: снижение веса, отказ от курения, сбалансированное питание, физические упражнения; тренировка мышц тазового дна, пессарии; хирургическое вмешательство (TVT, TOT, уретральные наполнители, кольпосуспензия). Показания для стимуляции мышц тазового дна: тонус мышц по шкале Оксфорда 0-2, невозможность выполнять упражнения Кегеля самостоятельно, трудности с определением месторасположения мышц (проприоцепции).

**Проф. Сотникова Л.С. (Томск, Россия)** в докладе «Проблемы преждевременного старения вульвы и дисфункции тазового дна» сообщила, что биологический возраст состояния вульвы и тазового дна в России опережает паспортный на 15-20 лет.

Основными проблемами являются:

- 1) хронические рецидивирующие воспалительные процессы (кольпиты, циститы),
- 2) атрофические процессы слизистых,
- 3) сексуальные дисфункции,
- 4) начальные стадии формирования пролапса тазовой диафрагмы (пролапс гениталий, недержание мочи, геморрой), 5) эстетические проблемы.

**Проф. Абу-Абдаллах М. (Бейрут, Ливан)** в докладе «Маркеры рецептивности эндометрия» показал, что синхронизация между желтым телом, эндометрием и эмбрионом является решающим элементом нормальной имплантации и необходимостью для получения успешной беременности. Эндокринные, паракринные, аутокринные и юкстакринные механизмы клеточной коммуникации. Рецептивность является неотъемлемой частью окна имплантации.



Доктор Браун Э.



Проф. Сотникова Л.С.



Проф. Абу-Абдаллах М.



Лихачева В.В.

**Лихачева В.В. (Новокузнецк, Россия)** в докладе «Место иммунокоррекции в прегравидарной подготовке перед программой ЭКО у женщин с хроническим эндометритом» показала, что применение иммуностимуляции у одних пациентов приводит к нормализации физиологических функций и успешной имплантации, у других – хроническое подострое воспаление переходит в более активную форму и сформированный провоспалительный фон, с одной стороны, способствует последующему выздоровлению, а с другой – снижает рецептивность эндометрия на период развития адекватного ответа на патогены и условно-патогенные агенты.



Проф. Элнашар А.

**Проф. Элнашар А. (Бенха, Египет)** в докладе «Управление рефрактерным эндометрием» показал, что синхронизация между желтым телом, эндометрием и эмбрионом является решающим элементом нормальной имплантации. Эндокринные, паракринные, аутокринные и юкстакринные механизмы клеточной коммуникации. Синхронизация между эмбрионом, эндометрием и желтым телом является необходимой для получения успешной беременности. Рецептивность является неотъемлемой частью окна имплантации.

**Проф. Соколова Т.М. (Новосибирск, Россия)** в докладе «Проблемы тонкого эндометрия» показала, что основной причиной тонкого эндометрия являлась неполная морфологическая форма хронического эндометрита (очаговая лимфо-плазмоцитарная инфильтрация, очаговый фиброз стромы эндометрия). Отмечена положительная динамика роста эндометрия в программах ВРТ у пациенток с ранее выявленным феноменом «тонкого эндометрия» при сочетании гормональной и плацентарной терапии без значимых эффектов на качество ооцитов и эмбрионов.



Доктор Шалаби А.

**Доктор Шалаби А. (Амман, Иордания)** в докладе «Поддержка лuteиновой фазы» показал, что дефект лuteиновой фазы встречается во всех циклах ЭКО, поэтому поддержка лuteиновой фазы безусловно необходима. Прогестерон (независимо от пути введения) эквивалентен ХГЧ и более безопасен относительно синдрома овариальной гиперстимуляции. Минимальный порог прогестерона в сыворотке в среднюю лuteиновую фазу важен для обеспечения оптимальной имплантации и снижения риска ранней потери беременности (80-100 нмоль/л). Агонист триггер разрешает новые протоколы поддержки лuteиновой фазы для тестирования и оценки.

Минимальная ежедневная доза ХГЧ 100 МЕ /сутки с дня захвата яйцеклетки + 1 до +9 достаточна для поддержки лuteиновой фазы в циклах, стимулируемых агонистом и более физиологична в имитации уровней прогестерона в естественном цикле с понижением частоты потери беременности.

## **Пленарное заседание «Гинекологические проблемы: от менархе до менопаузы»**

**Проф. Элнашар А. (Бенха, Египет)** в докладе «Эндометриоз у подростков» показал, что эндометриоз у подростков распространен при хронической тазовой боли или дисменореи, которые резистентны к медикаментозному лечению КОК или НПВП. Эндометриоз у подростков более распространен, чем когда-то считалось, хотя его точная распространность остается неизвестной. Встречаются все формы, включая эндометриомы и глубокий эндометриоз. Спонтанное решение проблемы возможно, однако прогрессирующее течение имеет место в значительной части случаев. Факторами риска являются: обструктивные аномалии мюллерова протока, раннее менархе, семейный анамнез. Диагностика часто несвоевременно: страдания в течение нескольких лет: необходимость в ранней диагностике при дисменорее и хронической тазовой боли. Эндометриоз - наиболее частая причина дисменореи у подростков (II-2). Более вероятно, что протекает с циклической болью в отличие от взрослых женщин (III). Физический осмотр редко выявляет нарушения (II-2). Все стадии эндометриоза, включая глубокий эндометриоз и эндометриомы яичников, часто - ранняя стадия и атипичность. Все доступные средства терапии можно использовать, но следует учитывать возраст пациентки, побочные эффекты (III-A). Наиболее часто применяемое лечение: сочетание хирургического и послеоперационного гормонального лечения (КОК, прогестины, мирена, ГнРГа). Следует соблюдать осторожность при лечении ГнРГа и прогестинами из-за потенциального воздействия на формирование костей. Долгосрочные рецидивы остаются серьезной проблемой.

**Проф. Сотникова Л.С. (Томск, Россия)** в докладе «Современные возможности эстетической и реконструктивной гинекологии» показала весь спектр современных возможностей: клеточные технологии (PRP, плацентотерапия), филлеры на основе гиалуроновой кислоты, нитевой лифтинг, липофилинг, липолитики, аппаратные методы (лазеротерапия, миостимуляция и др.), медикаментозные (миостимуляция, ботулинотерапия и др.). Рынок услуг эстетической медицины входит в десятку самых прибыльных бизнесов: ANTI-AGE медицина, косметология, пластическая хирургия, фитнес-индустрия, «живое» питание.

**Доктор Шалаби А. (Амман, Иордания)** в докладе «Витамин D и репродукция» показал, что несмотря на многочисленные публикации, влияние витамина D на репродуктивное здоровье остается неоднозначным. Показана роль витамина D в сперматогенезе, созревании спермы и эндокринной функции. Благоприятный эффект витамина D у женщин с инсулинорезистентностью и СПКЯ необходимо доказать в более крупных плацебоконтролируемых исследованиях у женщин с различным ИМТ и с более продолжительным назначением витамина D. Увеличивающийся объем данных из литературы свидетельствует о том, что витамин D возможно улучшает fertильность благодаря его воздействию на уровень АМГ,

качество спермы и частоту успешных ЭКО. Следует рассматривать назначение витамина D пациенткам с лишним весом, инсулин-резистентностью, маленьким овариальным резервом и для мужчин с олигоастенотератоспермией, когда уровень витамина D < 20нг/мл.

## **Секционное заседание «Актуальные вопросы акушерства и гинекологии»**

**Проф. Дикке Г.Б. (Москва, Россия)** в докладе «Альтернативные подходы к лечению полимикробных инфекций нижнего отдела полового тракта у женщин в условиях возрастающей резистентности микроорганизмов» представила преимущества альтернативных средств с доказанной эффективностью: широкий спектр активности, низкий уровень рецидивов, быстрое наступление эффекта, большая безопасность, противовоспалительная активность, высокая комплаентность.

**Проф. Стуклов Н.И. (Москва, Россия)** в докладе «Дефицит железа и беременность: взгляд гематолога» показал основные методы уменьшения токсичности пероральных препаратов железа: выбор контингента (патология ЖКТ, воспаление, злокачественные опухоли, инфекция), предупреждение пациентов о возможных отрицательных эффектах, соблюдение сроков лечения, контроль эффективности, трапециевидная схема назначения препарата.

**Проф. Мозес В.Г. (Кемерово, Россия)** показал основные пути повышения комплаентности лечения вагинальных инфекций: назначение комбинированных антибактериальных препаратов с широким спектром противомикробного действия с минимальным количеством нежелательных побочных эффектов.

**Шрамко С.В. (Новокузнецк, Россия)** в докладе «Пролиферативные заболевания матки: оптимизация лечебной тактики» показала, что любой пролиферативный процесс в матке сопровождается значим снижением сывороточной концентрации макроглобулина, повышением содержания лактоферрина и провоспалительных цитокинов, что соответствует типичной воспалительной реакции с увеличением степени ее выраженности от изолированной патологии к сочетанной, достигая максимума при лейомиосаркоме, что можно использовать в диагностике и определении тактике ведения этих пациенток.

**Проф. Мозес В.Г. (Кемерово, Россия)** в докладе «Юридические вопросы назначения гестагенов» показал, что основными направлениями решения проблемы является: страхование врачей, обучение медицинского персонала современным федеральным и региональным протоколам, наличие протоколов на рабочем месте врача, проведение регулярных тренингов, наличие под рукой фармсправочника.

**Доцент Куклина Л.В. (Омск, Россия)** в докладе «Место терапии гестагенами в профилактике невынашивания беременности» представила информацию об

необходимости персонифицированного подхода к тактике при угрожающем выкидыше, который определяется прогнозом жизнеспособности беременности, степенью выраженности клинических проявлений, репродуктивным анамнезом (спорадический/привычный выкидыши). Самопроизвольные выкидыши происходят столь часто, что можно считать их частью нормального процесса репродукции.

**Доцент Евсеев А.А. (Москва, Россия)** в докладе «Подходы к лечению вагинитов у женщин репродуктивного возраста с позиций доказательной медицины и современных клинических рекомендаций» показал принципиальное различие в понятиях «вагинит» и «вагиноз». Основой для правильной оценки патологического состояния влагалища служит наличие или отсутствия воспаления.

Характер дисбиотических изменений вторичен. При наличии воспаления, вызванного как аэробными, так и анаэробными микроорганизмами, вполне уместен диагноз аэробного (неспецифического) вагинита. В России зарегистрировано 69 торговых наименований препаратов для лечения вагинитов. Неоправданно широко применяются антибактериальные препараты для местного применения, содержащие метронидазол и клиндамицин.

## **Пленарное заседание «Российский и зарубежный опыт ведения и беременности и родов у пациенток высокого риска»**

В пленарной лекции «Преэклампсия: новые возможности профилактики» **проф. Шиндлер А. (Эссен, Германия)** показал, что предотвращение гестационной гипертензии / преэклампсии может быть достигнуто назначением дидрогестерона 30 мг - 40 мг / сутки с ранних сроков беременности до 37 недель.



**Проф. Брюхина Е.В.**

**Проф. Брюхина Е.В. (Челябинск, Россия)** в докладе «Многодетность в России» показала, что в России ранее многодетная семья являлась нормой для общества, а сегодня такая семья сложное и противоречивое явление: с одной стороны эти семьи воспринимаются как неблагополучные, с другой – это доброжелательные, заботливые, трудолюбивые люди. В современной России к многодетной относят семью, где 3 и более детей. Трех детей в нашей стране воспитывают 1 млн. 233 тыс. семей. Сознательно на рождение 3-го ребенка в семье идут не часто. Семья, ожидающая второго малыша, знает, что будет многодетной только после первого ультразвукового исследования. Если семья принимает решение сберечь детей, то нужна медицинская поддержка для вынашивания беременности.



**Проф. Шиндлер А.**

**Проф. Элнашар А. (Бенха, Египет)** в докладе «Противоречия в управлении задержкой роста плода» представил анализ клинических рекомендаций 7 стран: США, Канада, Великобритания, Франция, Новая Зеландия. Ирландия. Все руководства используют разную терминологию SGA (small for gestational age) - RCOG, FGR (fetal growth restriction - ACOG, FCOG, IUGR (intrauterine growth restriction) – SOGC, а также различные подходы к диагностике и тактике. Так, например, показаниями к родоразрешению является аномальная КТГ или DV (RCOG, FSOG, аномальный биофизический профиль, КТГ или DV (SOGC), аномальная КТГ, объем околоплодных вод или биофизический профиль (ACOG.)

**Проф. Жаркин Н.А. (Волгоград, Россия)** представил 25-ти летний опыт родов у женщин с рубцом на матке. Частота разрыва матки по рубцу составляет 1 случай на 240 (0,42%) родов. Условия для ведения родов с рубцом на матке через естественные родовые пути: непреодолимое желание женщины родить самой, состоятельный рубец на матке, отсутствие *placenta cesarean*, полноценная психофизическая подготовка, учитывающая негативный опыт предыдущих родов, квалификация персонала, позволяющая смело вести роды и возможность выполнения оперативного вмешательства с расширенным объемом.

**Доктор Браун Э. (Оксфорд, Великобритания)** выступил с докладом «Транскутанская электростимуляция нервов (ТЭНС) для облегчения болей при родах». В Великобритании в год происходит 780 000 родов. 20% рожениц используют ТЭНС. ТЭНС – это немедикаментозный метод болеутоления. ТЭНС рекомендуется 80% акушерами. ТЭНС обеспечивает комфорт, уверенность и контроль во время родов. Болеутоляющее действие ТЭНС является результатом сочетания нескольких механизмов работы:

- Воротный контроль боли. Согласно теории «воротного контроля боли», электрический ток, стимулируя чувствительные (афферентные) нервы, которые передают в мозг сигналы, способствуют блокировке прохождения информации о боли в мозг.
- Выработка эндорфинов. Многократное воздействие током оказывает стимуляцию на двигательные нервы, заставляя организм вырабатывать эндогенные анальгетики, то есть эндорфины.
- Краткая интенсивная стимуляция. Очень сильный сигнал – на уровне переносимости для пользователя – стимулирует нервы и вызывает выработку естественных химических веществ в позвоночнике.



## Пленарное заседание «Преждевременные роды и перинатальные потери: как повлиять на исход?»

**Проф. Яворская С.Д. (Барнаул, Россия)** в докладе «Маловесный плод: норма или патология?» показала статистику задержки роста плода в алтайском крае – 3,28%. Основными современными проблемами являются: отсутствие специфических маркеров ранней диагностики повреждения ЦНС гипоксического генеза у доношенного ребенка с ЗРП в первые минуты жизни. Разработка и внедрение в практику новых маркеров позволит: поставить диагноз, своевременно начать терапию, повысить качество здоровья.

**Проф. Ренге Л.В. (Новокузнецк, Россия)** показала активное участие иммунорегуляторных белков в развитии внутриутробного инфицирования и внутриутробных инфекций.

**Шадеева Ю.А. (Барнаул, Россия)** в докладе «Исходы беременности при консервативно-выжидательной тактике у пациенток с ПРПО» показала, что риск развития хориоамнионита максимально выражен в первые 3 недели безводного периода и составляет в первую неделю - 23%, во вторую - 30,7%, в третью - 49,1%. Темп снижается с четвертой недели, и составляет с четвертой по пятую - 64,6%, с шестой по девятую - 82,3%, на десятой неделе реализуется у всех беременных. Степень риска развития хориоамнионита зависит от срока гестации - более выражена при меньшем сроке – менее 27 недель и уменьшается риск после 30 недель.

**Доцент Николаева М.Г. (Барнаул, Россия)** в докладе «Низкомолекулярные гепарины в профилактике гестационных осложнений у носительниц мутации фактор V Лейдена» показала необходимость использования гепаринопрофилактики у носительниц мутации фактора V Лейден, генотип GA, при лабораторном фенотипе АПС-резистентности по HO  $\leq 0,49$ , со срока беременности 7-8 недель в повышенных профилактических дозах в течение 14 дней. Эта интервенция позволяет уменьшить абсолютный риск преэклампсии на 29,5%, задержки роста плода на 23,8%, а также индуцированных преждевременных родов на 12,6%. Тест генерации тромбина можно использовать для общей оценки системы гемостаза, а также при рассмотрении вопроса об инициации и контроля лечения низкомолекулярными гепаринами.



Проф. Ренге Л.В.



Проф. Роговская С.И.

В рамках конференции проведен семинар Российской ассоциации по генитальным инфекциям и неоплазии (РАГИН) под эгидой Всероссийского образовательного проекта «ОНКОПАТРУЛЬ»: «Женщины разного возраста между онконебрежностью и онкофобией: Как не допустить рак?».

Мастер-класс «Шейка матки, генитальные инфекции, гормоны. Особенности кольпоскопии».

Модератор: профессор Роговская С.И.

## Всероссийский благотворительный образовательный проект



**Женщины разного возраста между онконебрежностью и онкофобией. Как не допустить рак?**

## Мастер-класс «Доказательная медицина в контрацепции»

Мастер-класс проходил в интерактивном режиме.

Модератор: проф. М. Эл-Джефут (Эль-Эйн, ОАЭ).

Участникам мастер-класса предлагалось самостоятельно выбрать наиболее приемлемый метод контрацепции для представленного клинического случая с использованием электронного ресурса **Google Scholar**, который позволяет осуществлять поиск цифровой или физической копии статей большинства рецензируемых онлайн журналов Европы и Америки крупнейших научных издательств.



**21 апреля**

**Информационно-образовательный проект  
«Репродуктивный потенциал России»**

**Образовательный семинар «Иновации в акушерстве  
и гинекологии с позиции доказательной медицины»**

21 апреля в рамках XXII Международной научно-практической конференции «Доказанное и сомнительное в акушерстве и гинекологии» состоялся Образовательный семинар «Иновации в акушерстве и гинекологии с позиций доказательной медицины» под руководством засл. деятеля науки РФ, член-корр. РАН, докт. мед. наук, проф. Радзинского В.Е.

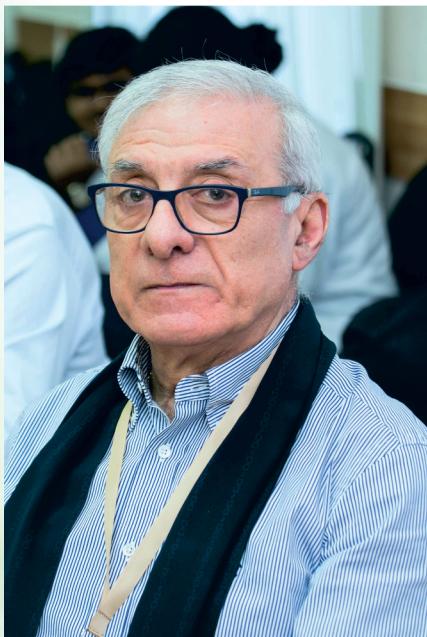
На семинаре присутствовало 179 делегатов.

Участники мероприятия заслушали доклады ведущих российских экспертов: засл. деятель науки РФ, член-корр. РАН, докт. мед. наук, проф. Радзинский Виктор Евсеевич (Москва), докт. мед. наук, проф. Тихомиров Александр Леонидович (Москва), докт. мед. наук, проф. Ших Евгения Валерьевна (Москва), докт. мед. наук, проф. Хамошина Марина Борисовна (Москва), докт. мед. наук, проф. Соловьева Алина Викторовна (Москва), докт. мед. наук, проф. Посисеева Любовь Валентиновна (Москва), канд. мед. наук Камилова Дилором Пулатовна (Москва), канд. мед. наук, доцент Климова Ольга Ивановна (Москва).









# Для заметок

# Для заметок



## Выражаем искреннюю признательность спонсорам:

### Генеральные спонсоры:



### Главные спонсоры:



GEDEON RICHTER



### Спонсоры:

- АО «Байер»
- АО «ВЕРТЕКС»
- Вёрваг Фарма
- ЗАО «ПЕНТКРОФТ ФАРМА»
- ОАО «Акрихин»
- 000 «Ацино Рус»
- 000 «БрендФарм»
- 000 «ГЕРОФАРМ»
- 000 «Иннотек»
- 000 «МИР-ФАРМ»
- 000 «Орион Фарма»
- 000 «ПРОМОМЕД»
- 000 «Статус презенс»
- 000 «Фенарета» Клиника женского и мужского здоровья»
- 000 «Ферон»
- 000 «ЭГИС-РУС»
- 000 КШТЭ ВОСТОК
- Представительство компании «Фармацийше Фабрик Монтавит Гезельшафт м.б.Х.»
- Представительство Компании с ограниченной ответственностью «Сан Фармасьютикал Индастриз Лимитед»

### Информационные спонсоры:

- 000 «Статус презенс»



# Уважаемые коллеги!

Приглашаем Вас принять участие в  
XXIII Международной научно-практической конференции  
18-20 апреля 2019 года

## «Доказанное и сомнительное в акушерстве и гинекологии»

Россия, г. Кемерово, Кемеровская государственная медицинская академия,  
улица Ворошилова, 22а

### Вопросы для обсуждения:

- Сохранение репродуктивного здоровья женщины
- Инновации и современные достижения медицины матери, плода и новорожденного
- Мертворождаемость: динамика показателя, основные причины, работа над ошибками
- Преждевременные роды. Пути снижения младенческой смертности.
- Невынашивание беременности. Современные возможности.
- Неотложные состояния у беременных.
- Беременность и новорожденность при критических соматических заболеваниях матери и после трансплантации органов.
- Гестационный диабет и ожирение.
- Питание во время беременности.
- Презклампсия: ранний скрининг, протоколы и алгоритмы ведения, неонатальная тактика
- Родовозбуждение и родостимуляция.
- Психосоматические расстройства у матерей во время беременности.
- Преждевременные роды: патофизиологические причины и современные достижения.
- Аномальное расположение плаценты.
- Кесарево сечение в современном акушерстве.
- Антенатальная профилактика РДС.
- Гемолитическая болезнь плода и новорожденного.
- Плацента как зеркало перинатальной патологии.
- Взгляд репродуктолога на поздний репродуктивный возраст.
- Современные методы терапии миомы матки и эндометриоза.
- Проблемы урогенитальных инфекций.
- Менопауза и перименопауза.
- Менопаузальная гормональная терапия в повышении качества жизни женщины.
- Пролапс гениталий.
- Улучшение результатов ВРТ.
- Инфекции и репродуктивное здоровье.

650066, г. Кемерово, пр. Октябрьский, д. 22  
Тел.: +7-3842-39-64-33, факс: +7-3842-39-22-22  
E-mail: roddom\_kokb@mail.ru  
<http://www.kuzdrav.ru/drupal/node/207>