



МАРС

КАЗАНЬ  
23–25 октября  
2014 годаIV ОБЩЕРОССИЙСКИЙ СЕМИНАР  
«РЕПРОДУКТИВНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ РОССИИ:  
КАЗАНСКИЕ ЧТЕНИЯ»  
Korston Hotel & Mall KazanStatus Praesens  
Profimedia

## НАУЧНАЯ ПРОГРАММА

IV Общероссийского научно-образовательного семинара  
«Репродуктивный потенциал России: Казанские чтения»  
23–25 октября 2014 года, г. Казань

*Дорогие коллеги, участники Семинара!*



показателя и за 8 месяцев этого года составил 6,5%. Ежегодно в республике высоко-технологичную медицинскую помощь получают около 25 тыс. жителей.

В современном российском здравоохранении за последнее десятилетие произошло много позитивных перемен. Мы с вами стали активными участниками реализации национального проекта «Здоровье», развития новых форм оказания медицинской помощи населению, улучшения материально-технической базы лечебных учреждений. Республика Татарстан — один из наиболее успешных в этом вопросе регионов. К слову, средняя продолжительность жизни в Татарстане превышает 72 года. Уровень младенческой смертности в регионе ниже федерального

Мы развиваем диагностический кластер, внедряем современные методы лечения и реабилитации, совершенствуем технологии диспансеризации и маршрутизации. Однако до сих пор одним из вызовов отрасли остаётся дефицит квалифицированных кадров. Можно с отличием окончить профильный вуз, пройти ординатуру и поступить на работу в лучшую клинику, но без личностного роста, без наработки опыта и прочной базы современных знаний невозможно состояться как профессионал, оказывающий качественную медицинскую помощь.

Очевидно, что ни одну из перечисленных задач невозможно решить в одиночку. И тем хороши образовательные мероприятия, в том числе «Казанские чтения», что они предполагают уникальный формат демократичного профессионального общения, доклады и мастер-классы ведущих российских и зарубежных экспертов отрасли. Это мощнейший информационный поток, грамотно структурированный в научной программе Семинара. Я желаю вам всем продуктивной работы и настоящего удовольствия от процесса познания.

С уважением,  
министр здравоохранения  
Республики Татарстан  
А.Ю. Вафин

### ОРГАНИЗАТОРЫ

- Министерство образования и науки Российской Федерации
- Приоритетный национальный проект «Образование», Инновационная образовательная программа РУДН
- Министерство здравоохранения Республики Татарстан
- Российский университет дружбы народов, кафедра акушерства и гинекологии с курсом перинатологии; кафедра акушерства, гинекологии и репродуктивной медицины факультета повышения квалификации медицинских работников
- Казанский государственный медицинский университет, кафедра акушерства и гинекологии №2
- Казанская государственная медицинская академия, кафедра акушерства и гинекологии №1
- Комитет по качеству Российского общества акушеров-гинекологов
- Общественная организация «Междисциплинарная ассоциация специалистов репродуктивной медицины» (МАРС)
- Общество акушеров-гинекологов Республики Татарстан
- Журнал «StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак»
- Медиабюро StatusPraesens

### КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Тел.: +7 (499) 346 3902  
E-mail: info@praesens.ru  
Группа ВКонтакте: vk.com/praesens

### ПРЕДСЕДАТЕЛИ ОРГКОМИТЕТА

**Вафин Адель Юнусович**, канд. мед. наук, министр здравоохранения Республики Татарстан (Казань)

**Зыятдинов Камиль Шагарович**, докт. мед. наук, проф., ректор Казанской государственной медицинской академии (Казань)

**Игнашина Елена Германовна**, канд. мед. наук, начальник Отдела организации медицинской помощи детям и службы родовспоможения Министер-

ства здравоохранения Республики Татарстан (Казань)

**Радзинский Виктор Евсеевич**, засл. деятель науки РФ, докт. мед. наук, проф., зав. кафедрой акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Российского университета дружбы народов, вице-президент Российского общества акушеров-гинекологов, президент Междисциплинарной ассоциации специалистов репродуктивной медицины (МАРС) (Москва)

**Созинов Алексей Станиславович**, докт. мед. наук, проф., ректор Казанского государственного медицинского университета (Казань)

**Киясов Андрей Павлович**, докт. мед. наук, проф., директор Института фундаментальной медицины и биологии Казанского федерального университета (Казань)

**Мальцева Лариса Ивановна**, докт. мед. наук, проф., главный акушер-гине-

колог Министерства здравоохранения РФ по Приволжскому федеральному округу, зав. кафедрой акушерства и гинекологии №1 Казанской государственной медицинской академии (Казань)

**Осипов Сергей Альбертович**, первый зам. министра здравоохранения Республики Татарстан (Казань)

**Фаткуллин Ильдар Фаридович**, докт. мед. наук, проф., зав. кафедрой акушерства и гинекологии №2 Казанского госу-

дарственного медицинского университета, председатель Общества акушеров-гинекологов Республики Татарстан (Казань)

**Сафиуллин Рустэм Сафиулович**, докт. мед. наук, проф. кафедры фармакологии Казанского государственного медицинского университета, руководитель Управления Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития по Республике Татарстан (Казань)

### СОПРЕДСЕДАТЕЛИ ОРГКОМИТЕТА

**Аксёненко Виктор Алексеевич**, докт. мед. наук, проф., зав. кафедрой акушерства и гинекологии Ставропольской государственной медицинской академии (Ставрополь)

**Ахмадеева Эльза Набирахметовна**, докт. мед. наук, проф., зав. кафедрой госпитальной педиатрии с курсом поликлинической педиатрии Башкирского государственного медицинского университета (Уфа)

**Баялиева Айнагуль Жолдошевна**, докт. мед. наук, проф., зав. кафедрой анестезиологии и реаниматологии, медицины катастроф Казанского государственного медицинского университета, главный внештатный специалист по анестезиологии и реаниматологии Министерства здравоохранения Республики Татарстан (Казань)

**Боровкова Людмила Васильевна**, докт. мед. наук, проф., зав. кафедрой акушерства и гинекологии ЦПК и ППС Нижегородской государственной медицинской академии (Нижний Новгород)

**Брюхина Елена Владимировна**, докт. мед. наук, проф., зав. кафедрой акушерства и гинекологии Челябинской государственной медицинской академии (Челябинск)

**Валеева Фарида Вадутровна**, докт. мед. наук, проф., зав. курсом эндокринологии кафедры госпитальной терапии Казанского государственного медицинского университета (Казань)

**Вартамян Эмма Врановна**, докт. мед. наук, проф. кафедры акушерства, гинекологии и репродуктивной медицины факультета повышения квалификации медицинских работни-

ков Российского университета дружбы народов, директор Клиники вспомогательных репродуктивных технологий «Дети из пробирки» (Москва)

**Волков Валерий Георгиевич**, докт. мед. наук, проф., зав. кафедрой акушерства и гинекологии лечебного факультета Тульского государственного медицинского университета (Тула)

**Волков Рэм Валерьевич**, канд. мед. наук, доц. кафедры акушерства и гинекологии Новосибирского государственного медицинского университета, главный акушер-гинеколог Новосибирской области, руководитель Новосибирского областного перинатального центра (Новосибирск)

**Гайнанова Наиля Наилевна**, ведущий специалист по акушерству и гинекологии Отдела охраны здоровья матери и ребёнка Министерства здравоохранения Республики Татарстан (Казань)

**Галимова Ильмира Раисовна**, канд. мед. наук, главный специалист акушер-гинеколог Министерства здравоохранения Республики Татарстан, зам. главного врача по акушерско-гинекологической помощи РКБ (Казань)

**Гордеева Ирина Викторовна**, главный акушер-гинеколог Департамента здравоохранения Администрации г. Ульяновска (Ульяновск)

**Дворянский Сергей Афанасьевич**, докт. мед. наук, проф., зав. кафедрой акушерства и гинекологии Кировской государственной медицинской академии (Киров)

**Дерипаско Татьяна Васильевна**, главный акушер-гинеколог Министерства здравоохранения Республи-

ки Чувашия, зам. главного врача Президентского перинатального центра (Чебоксары)

**Доброхотова Юлия Эдуардовна**, докт. мед. наук, проф., зав. кафедрой акушерства и гинекологии №2 московского факультета Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова, член президиума правления Российского общества акушеров-гинекологов (Москва)

**Евтушенко Ирина Дмитриевна**, докт. мед. наук, проф., зав. кафедрой акушерства и гинекологии Сибирского государственного медицинского университета, председатель Томского общества акушеров-гинекологов, член правления президиума Российского общества акушеров-гинекологов, зам. председателя Городской думы г. Томска (Томск)

**Иванов Игорь Исаакович**, докт. мед. наук, проф., зав. кафедрой акушерства и гинекологии №2 Крымского государственного медицинского университета им. С.И. Георгиевского (Симферополь)

**Каган Виолетта Валериановна**, главный акушер-гинеколог Управления здравоохранения г. Челябинска (Челябинск)

**Калиниченко Светлана Юрьевна**, докт. мед. наук, проф., зав. кафедрой эндокринологии факультета повышения квалификации медицинских работников Российского университета дружбы народов, директор «Клиники проф. Калиниченко» (Москва)

**Каткова Надежда Юрьевна**, докт. мед. наук, проф., зав. кафедрой акушерства и гинекологии факульте-

та повышения квалификации врачей Нижегородской государственной медицинской академии (Нижний Новгород)

**Кира Евгений Фёдорович**, докт. мед. наук, проф., зав. кафедрой женских болезней и репродуктивного здоровья Института усовершенствования врачей Национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова, главный акушер-гинеколог НМХЦ им. Н.И. Пирогова, руководитель клиники женских болезней (Москва)

**Константинова Ольга Дмитриевна**, докт. мед. наук, проф., зав. кафедрой акушерства и гинекологии Оренбургской государственной медицинской академии (Оренбург)

**Кравченко Елена Николаевна**, докт. мед. наук, проф., зав. кафедрой акушерства и гинекологии последипломного образования Омской государственной медицинской академии (Омск)

**Крутова Виктория Александровна**, проректор по лечебной работе и последипломному образованию Кубанского государственного медицинского университета, главный врач Базовой акушерско-гинекологической клиники (Краснодар)

**Куликов Александр Вениаминович**, докт. мед. наук, проф. кафедры анестезиологии, реаниматологии и трансфузиологии Уральского государственного медицинского университета, научный консультант Областного перинатального центра, председатель Научно-практического общества анестезиологов-реаниматологов Свердловской области (Екатеринбург)

**Кутушева Галия Феттяховна**, докт. мед. наук, проф., зав. кафедрой детской гинекологии и женской репродуктологии факультета послевузовского и дополнительного профессионального образования Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета (Санкт-Петербург)

**Мануйленко Ольга Владимировна**, канд. мед. наук, главный акушер-гинеколог Министерства здравоохранения Нижегородской области (Нижний Новгород)

**Махмутходжаев Алишер Шавкатович**, докт. мед. наук, проф., зав. кафедрой акушерства и гинекологии ФПК и ППС Сибирского государственного медицинского университета (Томск)

**Назаренко Татьяна Алексеевна**, докт. мед. наук, проф., Московский областной научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии (Москва)

**Обоскалова Татьяна Анатольевна**, докт. мед. наук, проф., зав. кафедрой акушерства и гинекологии педиатрического факультета Уральской государственной медицинской академии (Екатеринбург)

**Рогожина Ирина Евгеньевна**, канд. мед. наук, доц., зав. кафедрой акушерства и гинекологии факультета усовершенствования врачей Саратовского государственного медицинского университета (Саратов)

**Савельева Ирина Вячеславовна**, докт. мед. наук, зав. кафедрой акушерства и гинекологии №1 Омской государственной медицинской академии (Омск)



МАРС

КАЗАНЬ  
23–25 октября  
2014 годаIV ОБЩЕРОССИЙСКИЙ СЕМИНАР  
«РЕПРОДУКТИВНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ РОССИИ:  
КАЗАНСКИЕ ЧТЕНИЯ»  
Korston Hotel & Mall KazanStatusPraesens  
Profimedia

**Сафина Асия Ильдусовна**, докт. мед. наук, проф., зав. кафедрой педиатрии и неонатологии Казанской государственной медицинской академии (Казань)

**Сичинава Лали Григорьевна**, докт. мед. наук, проф. кафедры акушерства и гинекологии педиатрического факультета Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова (Москва)

**Спиридонова Наталья Владимировна**, докт. мед. наук, проф., зав. кафедрой акушерства и гинекологии Института последипломного образования Самарского государственного медицинского университета, главный

внештатный специалист по акушерству и гинекологии Министерства здравоохранения Самарской области (Самара)

**Тетелютина Фаина Константиновна**, докт. мед. наук, проф., зав. кафедрой акушерства и гинекологии факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов Ижевской государственной медицинской академии (Ижевск)

**Трубникова Лариса Игнатьевна**, докт. мед. наук, проф., зав. кафедрой акушерства и гинекологии медицинского факультета Ульяновского государственного университета (Ульяновск)

**Улумбекова Гузель Эрнстовна**, докт. мед. наук, председатель правле-

ния Ассоциации медицинских обществ по качеству медицинской помощи и медицинского образования (Москва)

**Ушакова Галина Александровна**, докт. мед. наук, проф., зав. кафедрой акушерства и гинекологии №1 Кемеровской государственной медицинской академии (Кемерово)

**Фадеева Наталья Ильинична**, докт. мед. наук, проф., зав. кафедрой акушерства и гинекологии №1 Алтайского государственного медицинского университета (Барнаул)

**Хамадьянов Ульфат Рахимьянович**, докт. мед. наук, проф., зав. кафедрой акушерства и гинекологии №1 Башкирского государственного медицинского университета (Уфа)

**Хасанов Албир Алмазович**, докт. мед. наук, проф., зав. кафедрой акушерства и гинекологии №1 Казанского государственного медицинского университета (Казань)

**Хлыбова Светлана Вячеславовна**, докт. мед. наук, проф., зав. кафедрой акушерства и гинекологии Института последипломного образования Кировской государственной медицинской академии (Киров)

**Цхай Виталий Борисович**, докт. мед. наук, проф., зав. кафедрой перинатологии, акушерства и гинекологии лечебного факультета Красноярского государственного медицинского университета (Красноярск)

**Чечулина Ольга Васильевна**, докт. мед. наук, зав. кафедрой акушерства

и гинекологии №2 Казанской государственной медицинской академии (Казань)

**Шайхутдинова Любовь Николаевна**, канд. мед. наук, зам. руководителя Управления по надзору в сфере здравоохранения и социального развития по Республике Татарстан (Казань)

**Шаховская Ирина Николаевна**, канд. мед. наук, главный специалист Отдела организации медицинской помощи населению Мэрии городского округа Тольятти (Тольятти)

**Шулаев Алексей Владимирович**, докт. мед. наук, доц., проректор по взаимодействию с учебно-производственными базами и клинической работе Казанского государственного медицинского университета (Казань)

## ОРГКОМИТЕТ

**Бибнева Тамара Николаевна**, канд. мед. наук, доц. кафедры акушерства, гинекологии и репродуктивной медицины факультета повышения квалификации медицинских работников Российского университета дружбы народов (Москва)

**Булычёва Елена Сергеевна**, канд. мед. наук, руководитель отделения планирования семьи Московского областного НИИ акушерства и гинекологии (Москва)

**Габидулина Рушания Исмагиловна**, докт. мед. наук, проф. кафедры акушерства и гинекологии №2 Казанского государственного медицинского университета (Казань)

**Галина Татьяна Владимировна**, докт. мед. наук, проф. кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Российского университета дружбы народов (Москва)

**Гонзюк Светлана Николаевна**, главный врач Новороссийского перинатального центра (Новороссийск)

**Гурьева Вера Маратовна**, докт. мед. наук, ведущий научный сотрудник Акушерской клиники №1 Московского областного НИИ акушерства и гинекологии (Москва)

**Гущин Александр Евгеньевич**, канд. биол. наук, зав. лабораторией молекулярной диагностики и эпидемиологии инфекций органов репродукции Центрального научно-исследовательского института эпидемиологии, руководитель Референс-центра Роспотребнадзора по лабораторной диагностике и мониторингу

за инфекциями, передаваемыми половым путём (Москва)

**Дикке Галина Борисовна**, докт. мед. наук, проф. кафедры акушерства, гинекологии и репродуктивной медицины факультета повышения квалификации медицинских работников Российского университета дружбы народов (Москва)

**Дубровина Светлана Олеговна**, докт. мед. наук, проф., главный научный сотрудник Научно-исследовательского института акушерства и гинекологии (Ростов-на-Дону)

**Жилин Андрей Владимирович**, канд. мед. наук, руководитель Свердловского областного перинатального центра, зам. главного врача Областной детской клинической больницы №1 Свердловской области (Екатеринбург)

**Замалева Роза Семёновна**, докт. мед. наук, проф. кафедры акушерства и гинекологии №1 Казанской государственной медицинской академии (Казань)

**Зефирова Татьяна Петровна**, проф. кафедры акушерства и гинекологии №1 Казанской государственной медицинской академии (Казань)

**Илизарова Наталья Александровна**, докт. мед. наук, доц. кафедры акушерства и гинекологии государственного медицинского университета (Казань)

**Иловайская Ирэна Адольфовна**, канд. мед. наук, доц. кафедры эндокринологии факультета усовершенствования врачей Московского областного научно-исследовательского

клинического института им. М.Ф. Владимирского (Москва)

**Кедрова Анна Генриховна**, докт. мед. наук, проф. кафедры акушерства и гинекологии Института повышения квалификации Федерального медико-биологического агентства (Москва)

**Климова Ольга Ивановна**, канд. мед. наук, доц. кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Российского университета дружбы народов (Москва)

**Козлов Лев Александрович**, докт. мед. наук, проф. кафедры акушерства и гинекологии №1 Казанского государственного медицинского университета (Казань)

**Копань Светлана Викторовна**, зав. Центром планирования семьи и репродукции Волгоградской областной клинической больницы №1 (Волгоград)

**Крамарский Владимир Александрович**, докт. мед. наук, проф. кафедры акушерства и гинекологии Иркутской государственной медицинской академии последипломного образования (Иркутск)

**Михайлов Антон Валерьевич**, докт. мед. наук, проф. кафедры акушерства, гинекологии, перинатологии и репродуктологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова, главный врач Родильного дома №17 (Санкт-Петербург)

**Мозес Вадим Гельевич**, докт. мед. наук, проф. кафедры акушерства и гинекологии №1 Кемеровской государственной медицинской академии (Кемерово)

**Олина Анна Александровна**, докт. мед. наук, проф. кафедры акушерства и гинекологии, главный врач поликлиники Пермской государственной медицинской академии им. Е.А. Вагнера, главный специалист Управления здравоохранения Администрации г. Перми (Пермь)

**Ордянец Ирина Михайловна**, докт. мед. наук, проф. кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Российского университета дружбы народов (Москва)

**Посисеева Любовь Валентиновна**, засл. деятель науки РФ, докт. мед. наук, проф. кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Российского университета дружбы народов (Москва)

**Пустотина Ольга Анатольевна**, докт. мед. наук, проф. кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Российского университета дружбы народов (Москва)

**Радченко Маргарита Владимировна**, канд. юрид. наук, доц. кафедры гражданского права и процесса Южно-Уральского государственного университета (Челябинск)

**Соколова Татьяна Михайловна**, докт. мед. наук, проф. кафедры акушерства и гинекологии Новосибирского государственного медицинского университета (Новосибирск)

**Соловьёва Алина Викторовна**, докт. мед. наук, проф. кафедры акушерства, гинекологии и репродуктивной медицины факультета повышения квалификации медицинских работников Российского университета дружбы народов (Москва)

**Тапильская Наталья Игоревна**, докт. мед. наук, проф. кафедры акушерства и гинекологии Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета (Санкт-Петербург)

**Тихомиров Александр Леонидович**, докт. мед. наук, проф. кафедры акушерства и гинекологии Московского государственного медико-стоматологического университета, руководитель Центра восстановительного лечения миомы матки (Москва)

**Хамошина Марина Борисовна**, докт. мед. наук, проф., проф. кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Российского университета дружбы народов, член правления Российского общества акушеров-гинекологов (Москва)

**Хрянин Алексей Алексеевич**, докт. мед. наук, проф. кафедры кожных и венерических болезней Новосибирского государственного медицинского университета, вице-президент Сибирской ассоциации акушеров-гинекологов и дерматовенерологов (Новосибирск)

**Шестакова Ирина Геннадьевна**, канд. мед. наук, доц. кафедры акушерства, гинекологии и репродуктивной медицины факультета повышения квалификации медицинских работников Российского университета дружбы народов (Москва)

**Шляпников Михаил Евгеньевич**, докт. мед. наук, проф. кафедры акушерства и гинекологии Института профессионального образования Самарского государственного медицинского университета (Самара)



## Внимание уважаемых докторов!

Учебный фильм по осмотру и пальпации молочных желёз  
«Пальпация молочных желёз  
как мануальный метод пропедевтики»



Предлагаем вашему вниманию посмотреть видео торжественной церемонии награждения премией

«Репродуктивное завтра России – 2014»







МАРС

КАЗАНЬ  
23-25 октября  
2014 года



IV ОБЩЕРОССИЙСКИЙ СЕМИНАР  
«РЕПРОДУКТИВНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ РОССИИ:  
КАЗАНСКИЕ ЧТЕНИЯ»  
Korston Hotel & Mall Kazan

Status Praesens  
Profimedia

## СЕТКА НАУЧНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ

IV Общероссийский научно-образовательный семинар «Репродуктивный потенциал России: казанские чтения»

ПЕРВЫЙ ДЕНЬ — 23 октября 2014 года, четверг

КРАСНЫЙ ЗАЛ («БАЛЬНЫЙ ЗАЛ»)	ОРАНЖЕВЫЙ ЗАЛ («ДОСТОЕВСКИЙ»)	ЗЕЛЁНЫЙ ЗАЛ («ПУШКИН-1») + ЖЁЛТЫЙ ЗАЛ («ПУШКИН-2»)	СИНИЙ ЗАЛ («ТОЛСТОЙ»)	РОЗОВЫЙ ЗАЛ («ЧЕХОВ»)
<b>8.30–9.25 (55 мин)</b> <b>Утренний pre-course</b> <b>ПАРНЫЙ РАЗБОР СЛУЧАЕВ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ И NEAR-MISS</b> Президиум: проф. <b>Мальцева</b> Лариса Ивановна (Казань) [председатель], канд. мед. наук <b>Галимова</b> Ильмира Раисовна (Казань), доц. <b>Яковлев</b> Никита Владимирович (Казань)				
<b>9.35–11.40 (2 ч 5 мин)</b> <b>ТОРЖЕСТВЕННОЕ ОТКРЫТИЕ СЕМИНАРА</b> <b>Пленарное заседание №1</b> <b>ОТ ПРАКТИЧЕСКИХ ВОПРОСОВ К НАУЧНЫМ ПРОРЫВАМ. СТАВИМ ЗАДАЧУ</b> Президиум: первый зам. министра здравоохранения РТ <b>Осипов</b> Сергей Альбертович (Казань), ректор КГМУ, проф. <b>Созинов</b> Алексей Станиславович (Казань), ректор КГМА, проф. <b>Зыятдинов</b> Камиль Шагарович (Казань), засл. деятель науки РФ, проф. <b>Радзинский</b> Виктор Евсеевич (Москва) [председатель], проф. <b>Фаткуллин</b> Ильдар Фаридович (Казань), проф. <b>Мальцева</b> Лариса Ивановна (Казань), проф. <b>Киясов</b> Андрей Павлович (Казань), проф. <b>Евтушенко</b> Ирина Дмитриевна (Томск), докт. мед. наук <b>Улумбекова</b> Гузель Эрнстовна (Москва), проф. <b>Куликов</b> Александр Вениаминович (Екатеринбург), проф. <b>Хасанов</b> Албир Алмазович (Казань), проф. <b>Цхай</b> Виталий Борисович (Красноярск), проф. <b>Дворянский</b> Сергей Афанасьевич (Киров), проф. <b>Сичинава</b> Лали Григорьевна (Москва)				
<b>11.40–12.00 (20 мин)</b> <b>Перерыв на кофе</b>				
<b>12.00–13.20 (1 ч 20 мин)</b> <b>Секционное заседание №1</b> <b>ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ И МНОГОПЛОДНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ТАКТИКЕ ВЕДЕНИЯ</b> Председатель: проф. <b>Сичинава</b> Лали Григорьевна (Москва)		<b>12.00–13.20 (1 ч 20 мин)</b> <b>Секционное заседание №2</b> <b>(с выдачей сертификатов)</b> <b>ЭВОЛЮЦИЯ ГОРМОНАЛЬНОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ. ДОКАЗАТЕЛЬНЫЕ БАЗЫ ЭКСПЕРТОВ МИРА</b> Председатель: засл. деятель науки РФ, проф. <b>Радзинский</b> Виктор Евсеевич (Москва)		<b>12.00–13.20 (1 ч 20 мин)</b> <b>Секционное заседание №3</b> <b>(с выдачей сертификатов)</b> <b>Мастер-класс с интерактивным голосованием</b> <b>ПО ФАРМАТЕРУ АНОМАЛЬНЫХ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ: ОБИЛЬНЫЕ МЕНСТРУАЦИИ</b> Председатель: проф. <b>Хамошина</b> Марина Борисовна (Москва)
<b>13.20–13.30 (10 мин)</b> <b>Перерыв для посещения и осмотра выставок</b>				
<b>13.30–14.50 (1 ч 20 мин)</b> <b>Секционное заседание №5</b> <b>МАСТЕР-КЛАСС. МИОМА МАТКИ: СОХРАНЯЕМ ОРГАН И ФУНКЦИЮ</b> Председатели: проф. <b>Мальцева</b> Лариса Ивановна (Казань), проф. <b>Тихомиров</b> Александр Леонидович (Москва)		<b>13.30–14.50 (1 ч 20 мин)</b> <b>Секционное заседание №6</b> <b>(с выдачей сертификатов)</b> <b>ПАРАДОКСЫ НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ. ЭВОЛЮЦИЯ СОЗНАНИЯ</b> Председатель: засл. деятель науки РФ, проф. <b>Радзинский</b> Виктор Евсеевич (Москва)		<b>13.30–14.50 (1 ч 20 мин)</b> <b>Секционное заседание №7</b> <b>(с выдачей сертификатов)</b> <b>Интерактивная дуэт-лекция</b> <b>ГИПЕРАНДРОГЕНИЗМ И РЕПРОДУКЦИЯ: ЧТО ЗНАЮТ И ЧЕГО НЕ ЗНАЮТ КЛИНИЦИСТЫ?</b> Лекторы: проф. <b>Хамошина</b> Марина Борисовна (Москва), доц. <b>Шестакова</b> Ирина Геннадьевна (Москва)
<b>14.50–15.10 (20 мин)</b> <b>Клиническая лекция</b> <b>МИОМА МАТКИ: ПОДХОДЫ К МИОМЭКТОМИИ</b> Лектор: проф. <b>Евтушенко</b> Ирина Дмитриевна (Томск)		<b>14.50–15.10 (20 мин)</b> <b>Клиническая лекция</b> <b>ПРЕГНАВИДАРНАЯ ПОДГОТОВКА: МИФЫ И РЕАЛЬНОСТЬ</b> Лектор: проф. <b>Соловьёва</b> Алина Викторовна (Москва)		
<b>15.10–17.50 (2 ч 40 мин)</b> <b>Пленарное заседание №2</b> <b>ЭНДОКРИННАЯ ГИНЕКОЛОГИЯ: ДОКАЗАТЕЛЬНЫЕ ОТВЕТЫ НА СЛОЖНЫЕ ВОПРОСЫ</b> Председатель: проф. <b>Мальцева</b> Лариса Ивановна (Казань)		<b>15.10–16.30 (1 ч 20 мин)</b> <b>Секционное заседание №8</b> <b>КРУГЛЫЙ СТОЛ. НЕПРЕРЫВНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ — СМЕНА ПАРАДИГМ</b> Председатели: докт. мед. наук <b>Улумбекова</b> Гузель Эрнстовна (Москва), засл. деятель науки РФ, проф. <b>Радзинский</b> Виктор Евсеевич (Москва), докт. мед. наук <b>Шулаев</b> Алексей Владимирович (Казань), проф. <b>Дворянский</b> Сергей Афанасьевич (Киров)		<b>16.00–18.00 (2 ч)</b> <b>Секционное заседание №9</b> <b>(с выдачей сертификатов)</b> <b>Мастер-класс. БОЛЕЗНИ ШЕЙКИ МАТКИ В ОКУЛЯРЕ КОЛЬПОСКОПА</b> Модераторы: доц. <b>Бибнева</b> Тамара Николаевна (Москва), проф. <b>Гизингер</b> Оксана Анатольевна (Челябинск)
<b>17.50–19.00 (1 ч 10 мин)</b> <b>Пленарное заседание №3</b> <b>ВОЗМОЖНО ЛИ ПРЕДВИДЕТЬ ОСЛОЖНЕНИЯ ГЕСТАЦИИ И РОДОВ?</b> Председатель: проф. <b>Евтушенко</b> Ирина Дмитриевна (Томск)		<b>16.10–17.30 (1 ч 20 мин)</b> <b>Секционное заседание №10</b> <b>ДИСКУССИОННЫЙ КЛУБ. СТАРЕНИЕ ЖЕНЩИНЫ СВОЕВРЕМЕННОЕ И ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЕ: ГДЕ ТОЧКА ОТСЧЁТА?</b> Председатель: проф. <b>Хамошина</b> Марина Борисовна (Москва)		<b>17.30–18.40 (1 ч 10 мин)</b> <b>Секционное заседание №11</b> <b>МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИЧЕСКИМ ANTI-AGE-СТРАТЕГИЯМ</b> Председатель: проф. <b>Калинченко</b> Светлана Юрьевна (Москва)

DR. REDDY'S

**Фемибийон® - уникальный Метафолин®-содержащий комплекс!**

Реклама

**femibion®**  
Забота о женском здоровье

**NATLACARE**

С момента планирования беременности и до 12-ой недели

С 13-ой недели до конца периода лактации

СР № RU.77.98.11.008.E.043697.10.11 от 14.10.2011 г.  
СР № RU.77.98.11.008.E.043696.10.11 от 14.10.2011 г.

www.femibion.ru



МАРС

**КАЗАНЬ**  
23–25 октября  
2014 года



IV ОБЩЕРОССИЙСКИЙ СЕМИНАР  
«РЕПРОДУКТИВНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ РОССИИ:  
КАЗАНСКИЕ ЧТЕНИЯ»  
Korston Hotel & Mall Kazan

StatusPraesens  
Profimedia

ВТОРОЙ ДЕНЬ — 24 октября 2014 года, пятница

КРАСНЫЙ ЗАЛ («БАЛЬНЫЙ ЗАЛ»)	ОРАНЖЕВЫЙ ЗАЛ («ДОСТОЕВСКИЙ»)	ЗЕЛЁНЫЙ ЗАЛ («ПУШКИН-1»)	ЖЁЛТЫЙ ЗАЛ («ПУШКИН-2»)	СИНИЙ ЗАЛ («ТОЛСТОЙ»)	РОЗОВЫЙ ЗАЛ («ЧЕХОВ»)
<p><b>9.00–10.00</b> (1 ч) <b>Пленарное заседание №4</b> <b>БОЛЕЗНИ ВЛАГАЛИЩА, ВУЛЬВЫ И ШЕЙКИ МАТКИ: РАЗОРВАТЬ ПОРОЧНЫЙ КРУГ</b> Председатель: проф. Трубникова Лариса Игнатьевна (Ульяновск)</p> <p><b>10.00–11.30</b> (1 ч 30 мин) <b>Пленарное заседание №5</b> <b>НОВОСТИ В ТЕРАПИИ ВАГИНАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ</b> Председатель: проф. Шперлинг Наталья Владимировна (Санкт-Петербург)</p>		<p><b>8.30–10.15</b> (1 ч 45 мин) <b>Секционное заседание №12</b> <b>НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ В АКУШЕРСТВЕ</b> Председатели: проф. Куликов Александр Вениаминович (Екатеринбург), проф. Фаткуллин Ильдар Фаридович (Казань), проф. Баялиева Айнагуль Жолдошевна (Казань)</p> <p><b>10.15–11.45</b> (1 ч 30 мин) <b>Секционное заседание №14</b> <b>АКУШЕРСКИЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ. ШКОЛА КЛИНИЦИСТА</b> Председатели: проф. Куликов Александр Вениаминович (Екатеринбург), проф. Фаткуллин Ильдар Фаридович (Казань), проф. Баялиева Айнагуль Жолдошевна (Казань)</p>	<p><b>8.15–9.00</b> (45 мин) <b>БЛИЦ РАЗБОР КОНТРАВЕРСИЙ</b> Версия: <i>Mycoplasma genitalium</i> — облигатный патоген. Для назначения терапии достаточно одного факта выявления бактерии. Контраверсия: выявление <i>Mycoplasma genitalium</i> не может служить показанием для антибиотикотерапии в отсутствие клинической симптоматики Модератор: засл. деятель науки РФ, проф. Радзинский Виктор Евсеевич (Москва)</p> <p><b>9.00–10.20</b> (1 ч 20 мин) <b>Секционное заседание №13</b> <b>ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ВПЧ-ОБУСЛОВЛЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ: ЧТО МЫ МОЖЕМ?</b> Председатели: проф. Кедрова Анна Генриховна (Москва), проф. Ордиянц Ирина Михайловна (Москва)</p> <p><b>10.20–11.35</b> (1 ч 15 мин) <b>Пленарное заседание №6</b> <b>СПОРНЫЕ ВОПРОСЫ ЭНДОМЕТРИОИДНОЙ БОЛЕЗНИ</b> Председатель: проф. Дубровина Светлана Олеговна (Ростов-на-Дону)</p>		
<p><b>11.30–12.00</b> (30 мин) Перерыв на кофе</p>					
	<p><b>12.00–13.20</b> (1 ч 20 мин) <b>Секционное заседание №15</b> <b>ИНФЕКЦИИ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА: ОТ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ БАЗЫ К ПОВСЕДНЕВНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ</b> Председатели: проф. Дубровина Светлана Олеговна (Ростов-на-Дону), проф. Хрянин Алексей Алексеевич (Новосибирск)</p> <p><b>13.20–13.30</b> (10 мин) Перерыв для посещения и осмотра выставки</p>	<p><b>12.00–13.20</b> (1 ч 20 мин) <b>Секционное заседание №16</b> <b>БЕРЕМЕННОСТЬ. КРИТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ УСПЕХА</b> Председатели: засл. деятель науки РФ, проф. Посисеева Любовь Валентиновна (Москва), проф. Фаткуллин Ильдар Фаридович (Казань)</p>	<p><b>11.50–13.20</b> (1 ч 30 мин) <b>Секционное заседание №17</b> <b>(с выдачей сертификатов)</b> <b>КАК ПРЕДОТВРАТИТЬ РОЖДЕНИЕ ТЫСЯЧ ДЕТЕЙ С ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ</b> Председатель: засл. деятель науки РФ, проф. Радзинский Виктор Евсеевич (Москва)</p>	<p><b>12.00–13.20</b> (1 ч 20 мин) <b>Секционное заседание №18</b> <b>ШКОЛА. ПРАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРЕГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ</b> Председатель: проф. Мальцева Лариса Ивановна (Казань)</p>	<p><b>12.00–13.20</b> (1 ч 20 мин) <b>Секционное заседание №19</b> <b>НЕОНАТАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА XXI ВЕКА</b> Председатели: проф. Ахмадеева Эльза Набахметовна (Уфа), проф. Сафина Асия Ильдусовна (Казань)</p>
<p><b>14.15–15.45</b> (1 ч 30 мин) <b>Пленарное заседание №7</b> <b>ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА: ПРОБЛЕМЫ И РЕШЕНИЯ</b> Председатель: проф. Кутушева Галия Феттаховна (Санкт-Петербург)</p>	<p><b>13.30–14.50</b> (1 ч 20 мин) <b>Секционное заседание №20</b> <b>ШКОЛА «ЧТО ДОЛЖЕН ЗНАТЬ АКУШЕР-ГИНЕКОЛОГ О БЕРЕМЕННОСТИ ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ СЕРДЕЧНО- СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ»</b> Председатель: проф. Тетелюткина Фаина Константиновна (Ижевск)</p>	<p><b>13.30–14.50</b> (1 ч 20 мин) <b>Секционное заседание №21</b> <b>ДИСКУССИЯ. ГЕСТАЦИОННЫЙ САХАРНЫЙ ДИАБЕТ: ОБСУЖДАЕМ КОНСЕНСУС 2013 ГОДА</b> Председатели: проф. Валева Фарида Вадутновна (Казань), докт. мед. наук Гурьева Вера Маратовна (Москва)</p>	<p><b>13.30–14.50</b> (1 ч 20 мин) <b>Секционное заседание №22</b> <b>СПОР ГИНЕКОЛОГОВ И ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГОВ О ЛЕЧЕНИИ ВЛАГАЛИЩНЫХ ИНФЕКЦИЙ</b> Председатель: засл. деятель науки РФ, проф. Радзинский Виктор Евсеевич (Москва)</p>	<p><b>13.30–14.50</b> (1 ч 20 мин) <b>Секционное заседание №23</b> <b>В ПОИСКАХ ПАНАЦЕИ ПО ДИАГНОСТИКЕ И ТЕРАПИИ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА — КАК ДИАГНОСТИРОВАТЬ, ЧЕМ И ЗАЧЕМ ЛЕЧИТЬ?</b> Председатель: проф. Кира Евгений Фёдорович (Москва)</p>	
<p><b>14.50–15.00</b> (10 мин) Перерыв для посещения и осмотра выставки</p>					
<p><b>15.45–17.15</b> (1 ч 30 мин) <b>Пленарное заседание №8</b> <b>РОДОРАЗРЕШЕНИЕ: ОТ ВЕКА XIX К ВЕКУ XXI</b> Председатель: проф. Цхай Виталий Борисович (Красноярск)</p>		<p><b>15.30–17.30</b> (2 ч) <b>Секционное заседание №26</b> <b>(с выдачей сертификатов)</b> <b>МАСТЕР-КЛАСС. НЕХИРУРГИЧЕСКИЙ ДИЗАЙН ПРОМЕЖНОСТИ. ОТТАЧИВАЕМ МАСТЕРСТВО — РАЗДВИГАЕМ ГОРИЗОНТЫ</b> Модераторы: проф. Хамошина Марина Борисовна (Москва), доц. Климова Ольга Ивановна (Москва)</p> <p><i>Вход для участников, имеющих бейдж «Делегат», бесплатный. Гости Семинара могут приобрести билеты на стойке регистрации. Количество билетов ограничено.</i></p>	<p><b>15.00–16.20</b> (1 ч 20 мин) <b>Секционное заседание №24</b> <b>ПРОФИЛАКТИКА РЕПРОДУКТИВНЫХ ПОТЕРЬ НА РАЗНЫХ СРОКАХ БЕРЕМЕННОСТИ</b> Председатель: засл. деятель науки РФ, проф. Радзинский Виктор Евсеевич (Москва)</p>	<p><b>15.00–16.20</b> (1 ч 20 мин) <b>Семинар «ГЛАВВРАЧ XXI ВЕКА»</b> <b>ШКОЛА. ПРАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРЕОДОЛЕНИЯ АКУШЕРСКОГО РИСКА — ВОЗМОЖНОСТИ ОРГАНИЗАЦИОННЫХ РЕШЕНИЙ</b> Председатель: канд. мед. наук Игнашина Елена Германовна (Казань)</p> <p><small>Научно-деловая программа и ассоциированная экспозиция «Главврач XXI века»</small></p>	<p><b>15.00–17.00</b> (2 ч) <b>Секционное заседание №25</b> <b>РЕНЕССАНС ВАКУУМ-ЭКСТРАКЦИИ ПЛОДА. СИСТЕМА KIWI</b> Председатель: проф. Фаткуллин Ильдар Фаридович (Казань)</p>
<p><b>17.15–19.00</b> (1 ч 45 мин) <b>Пленарное заседание №10</b> <b>ОСЛОЖНЕННЫХ БЕРЕМЕННОСТЕЙ ВСЁ БОЛЬШЕ. В ЧЁМ ПРИЧИНА? ПУТИ ПРЕОДОЛЕНИЯ</b> Председатель: проф. Замалева Роза Семёновна (Казань)</p>			<p><b>16.20–16.30</b> (10 мин) Перерыв для посещения и осмотра выставки</p> <p><b>16.30–18.00</b> (1 ч 30 мин) <b>Пленарное заседание №9</b> <b>НЕВЫНАШИВАНИЕ: ЧТО МЫ МОЖЕМ СЕГОДНЯ?</b> Председатель: проф. Каткова Надежда Юрьевна (Нижний Новгород)</p>	<p><b>16.20–17.20</b> (1 ч) <b>ГЛАВВРАЧ XXI ВЕКА</b> <b>Заседание №2</b> <b>КРУГЛЫЙ СТОЛ. «ПЛАН РОДОВ» — НОВАЯ РЕАЛЬНОСТЬ КОНТРОЛЯ ВРАЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СО СТОРОНЫ ПАЦИЕНТОК. КОММЕНТАРИИ ЮРИСТА</b> Модератор: засл. деятель науки РФ, проф. Радзинский Виктор Евсеевич (Москва)</p> <p><b>17.20–17.50</b> (30 мин) <b>ГЛАВВРАЧ XXI ВЕКА</b> <b>Заседание №3</b> <b>НОВОЕ В ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВЕ ОБ ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН</b> Модератор: канд. мед. наук Шайхутдинова Любовь Николаевна (Казань)</p>	

ТРЕТИЙ ДЕНЬ — 25 октября 2014 года, суббота

ОРАНЖЕВЫЙ ЗАЛ («ДОСТОЕВСКИЙ»)	ЗЕЛЁНЫЙ ЗАЛ («ПУШКИН-1») + ЖЁЛТЫЙ ЗАЛ («ПУШКИН-2»)	СИНИЙ ЗАЛ («ТОЛСТОЙ»)
<p><b>10.00–11.20</b> (1 ч 20 мин) <b>Секционное заседание №27</b> <b>ВРАЧЕБНЫЙ ПРАКТИКУМ «ГЕРПЕСВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ: МИФЫ И РЕАЛЬНОСТЬ»</b> Председатель: проф. Хрянин Алексей Алексеевич (Новосибирск)</p>	<p><b>9.00–10.45</b> (1 ч 45 мин) <b>Пленарное заседание №11</b> <b>ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПРОФЕССИЯ</b> Председатель: проф. Цхай Виталий Борисович (Красноярск)</p> <p><b>10.45–12.00</b> (1 ч 15 мин) <b>Пленарное заседание №12</b> <b>ДИСКУССИОННЫЕ ВОПРОСЫ РОДОРАЗРЕШЕНИЯ</b> Председатель: проф. Ушакова Галина Александровна (Кемерово)</p>	<p><b>10.00–10.20</b> (1 ч 20 мин) <b>Секционное заседание №28</b> <b>Круглый стол. ОСТЕОПОРОЗ: КАК НЕ ЗАБЛУДИТЬСЯ В ВИХРЕ КОНТРАВЕРСИЙ?</b> Модератор: доц. Иловайская Ирэна Адольфовна (Москва)</p>
<p><b>11.20–11.30</b> (10 мин) Перерыв для посещения и осмотра выставки</p>		
<p><b>11.30–12.50</b> (1 ч 20 мин) <b>Секционное заседание №29</b> <b>МАСТЕР-КЛАСС. ПРАКТИЧЕСКИЕ ТОНКОСТИ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ</b> Модератор: Руднева Ольга Дмитриевна (Москва)</p>	<p><b>11.30–12.00</b> (30 мин) Перерыв на кофе</p> <p><b>12.20–13.20</b> (1 ч) <b>Пленарное заседание №13</b> <b>ОФИСНАЯ ГИСТЕРОСКОПИЯ — НОВЫЕ ГОРИЗОНТЫ</b> Председатель: доц. Волков Рэм Валерьевич (Новосибирск)</p> <p><b>13.20–15.00</b> (1 ч 40 мин) <b>Пленарное заседание №14</b> <b>ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ: РЕШЁННЫЕ И НЕ РЕШЁННЫЕ ПРОБЛЕМЫ</b> Председатель: засл. деятель науки РФ, проф. Радзинский Виктор Евсеевич (Москва)</p>	

ЗАКРЫТИЕ СЕМИНАРА





МАРС

КАЗАНЬ  
23–25 октября  
2014 годаIV ОБЩЕРОССИЙСКИЙ СЕМИНАР  
«РЕПРОДУКТИВНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ РОССИИ»  
КАЗАНСКИЕ ЧТЕНИЯ»  
Korston Hotel & Mall KazanStatus Praesens  
Profimedia

День первый, 23 октября 2014 года

## НАУЧНАЯ ПРОГРАММА

## ДЕНЬ ПЕРВЫЙ — 23 октября 2014 года, четверг

**ТЕМЫ ДНЯ** • Эндокринная гинекология • Преждевременные роды и многоплодная беременность • Эволюция гормональной контрацепции • Парадоксы невынашивания беременности • Прегравидарная подготовка • Сложившаяся беременность • Мастер-класс по кольпоскопии • Аномальные маточные кровотечения • Гиперандрогенизм и репродукция • Дискуссионный клуб. Старение женщины своевременное и преждевременное • Ошибки в диагностике и лечении ИППП

КРАСНЫЙ ЗАЛ («БАЛЬНЫЙ ЗАЛ»)	
8.30–9.25 (55 мин)	<b>Утренний pre-course</b> <b>ПАРНЫЙ РАЗБОР СЛУЧАЕВ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ И NEAR-MISS</b> Президиум: проф. Мальцева Лариса Ивановна (Казань) [председатель], канд. мед. наук Галимова Ильмира Раисовна (Казань), доц. Яковлев Никита Владимирович (Казань)
9.35–11.40 (2 ч 5 мин)	<b>ТОРЖЕСТВЕННОЕ ОТКРЫТИЕ СЕМИНАРА</b> <b>Пленарное заседание №1</b> <b>ОТ ПРАКТИЧЕСКИХ ВОПРОСОВ К НАУЧНЫМ ПРОРЫВАМ. СТАВИМ ЗАДАЧУ</b> Президиум: первый зам. министра здравоохранения РТ Осипов Сергей Альбертович (Казань), ректор КГМУ, проф. Созинов Алексей Станиславович (Казань), ректор КГМА, проф. Зыятдинов Камил Шагарович (Казань), засл. деятель науки РФ, проф. Радзинский Виктор Евсеевич (Москва) [председатель], проф. Фаткуллин Ильдар Фаридович (Казань), проф. Мальцева Лариса Ивановна (Казань), проф. Киясов Андрей Павлович (Казань), проф. Евтушенко Ирина Дмитриевна (Томск), докт. мед. наук Улумбекова Гузель Эрнстовна (Москва), проф. Куликов Александр Вениаминович (Екатеринбург), проф. Хасанов Албир Алмазович (Казань), проф. Цхай Виталий Борисович (Красноярск), проф. Дворянский Сергей Афанасьевич (Киров), проф. Сичинава Лали Григорьевна (Москва)
5 мин	Приветствие от Министерства здравоохранения Республики Татарстан Министр здравоохранения Вафин Аделя Юнусович (Казань)
5 мин	Приветствие от Казанского государственного медицинского университета Ректор КГМУ, проф. Созинов Алексей Станиславович (Казань)
5 мин	Приветствие от Казанской государственной медицинской академии Проф. Зыятдинов Камил Шагарович (Казань)
15 мин	Казанскому медицинскому университету 200 лет: история медицинской школы от основания до наших дней Проф. Созинов Алексей Станиславович (Казань)
20 мин	Материнская смертность в современном мире Засл. деятель науки РФ, проф. Радзинский Виктор Евсеевич (Москва)
15 мин	Здравоохранение в России. Вызовы времени и решения Докт. мед. наук Улумбекова Гузель Эрнстовна (Москва)
15 мин	Преждевременные роды: эффективные практики и устаревшие методы Проф. Фаткуллин Ильдар Фаридович (Казань)
15 мин	Беременность и экстрагенитальные заболевания. Как заинтересовать врачей смежных специальностей? Проф. Евтушенко Ирина Дмитриевна, канд. мед. наук Иванова Татьяна Васильевна, канд. мед. наук Шаталова Елена Викторовна (Томск)
15 мин	Анестезия в акушерстве — как избежать проблем? Проф. Куликов Александр Вениаминович (Екатеринбург)
15 мин	Витамин D и репродуктивное здоровье женщин — мировые новости 2013–2014 годов Проф. Мальцева Лариса Ивановна (Казань)
11.40–15.10 (3 ч 30 мин)	<b>Перерыв на кофе и на секционные заседания</b>
15.10–17.50 (2 ч 40 мин)	<b>Пленарное заседание №2</b> <b>ЭНДОКРИННАЯ ГИНЕКОЛОГИЯ: ДОКАЗАТЕЛЬНЫЕ ОТВЕТЫ НА СЛОЖНЫЕ ВОПРОСЫ</b> Президиум: проф. Мальцева Лариса Ивановна (Казань) [председатель], проф. Фаткуллин Ильдар Фаридович (Казань), проф. Хамошина Марина Борисовна (Москва), проф. Кедрова Анна Генриховна (Москва), проф. Обоскалова Татьяна Анатольевна (Екатеринбург), проф. Габидуллина Рушания Исмагиловна (Казань)
15 мин	Менструальный цикл под контролем гинеколога Проф. Габидуллина Рушания Исмагиловна (Казань)
15 мин	Циклическая масталгия: боль — с перерывами, страдание — постоянно. Как помочь? Проф. Хамошина Марина Борисовна (Москва)
15 мин	Прогестероновая недостаточность — основа гинекологических нарушений и болезней Проф. Кедрова Анна Генриховна (Москва)
15 мин	Климактерический синдром: вчера, сегодня, завтра Доц. Айзавова Дианна Сергеевна (Орёл)
15 мин	Интергенетический интервал — что принять за оптимум? Проф. Фаткуллин Ильдар Фаридович (Казань)
15 мин	Контрацепция после кесарева сечения Проф. Мальцева Лариса Ивановна (Казань)
15 мин	Чисто прогестагеновые контрацептивы — какие, когда, кому? Докт. мед. наук Лещенко Ольга Ярославна (Иркутск)
15 мин	Возможности современных контрацептивов. Что знают врач и пациентка? Канд. мед. наук Булычёва Елена Сергеевна (Москва)
15 мин	Безопасность гормональной контрацепции: мировые доказательства Проф. Дикке Галина Борисовна (Москва)
15 мин	Аномальные маточные кровотечения. Возможна ли профилактика? Канд. мед. наук Першин Дмитрий Владимирович (Нижний Новгород)
10 мин	Дискуссия
17.50–19.00 (1 ч 10 мин)	<b>Пленарное заседание №3</b> <b>ВОЗМОЖНО ЛИ ПРЕДВИДЕТЬ ОСЛОЖНЕНИЯ ГЕСТАЦИИ И РОДОВ?</b> Президиум: проф. Евтушенко Ирина Дмитриевна (Томск) [председатель], проф. Ушакова Галина Александровна (Кемерово)
15 мин	Инфицирование плодного яйца — основа нездоровья человека Проф. Ушакова Галина Александровна, докт. мед. наук Новикова Оксана Николаевна (Кемерово)
15 мин	Причины дисбиозов влагалища у беременных и пути их решения Проф. Хлыбова Светлана Вячеславовна (Киров)
15 мин	Проблемы послеродового периода Проф. Евтушенко Ирина Дмитриевна, канд. мед. наук Жабина Екатерина Сергеевна, проф. Куценко Ирина Георгиевна (Томск)

15 мин	Обоснование выбора антимикробной химиотерапии при послеродовых инфекционно-воспалительных заболеваниях Проф. Шляпников Михаил Евгеньевич (Самара)
10 мин	Дискуссия

ОРАНЖЕВЫЙ ЗАЛ («ДОСТОЕВСКИЙ»)	
12.00–13.20 (1 ч 20 мин)	<b>Секционное заседание №1</b> <b>ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ И МНОГОПЛОДНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ТАКТИКЕ ВЕДЕНИЯ</b> Председатель: проф. Сичинава Лали Григорьевна (Москва)
20 мин	Осложнения многоплодной беременности Проф. Сичинава Лали Григорьевна (Москва)
20 мин	Акушерские пессарии при высоком риске невынашивания Канд. мед. наук Сакварелидзе Николай Юрьевич (Москва)
20 мин	Инновационная технология профилактики преждевременных родов Докт. мед. наук Кривчик Галина Владимировна (Омск)
20 мин	Дискуссия
13.20–13.30 (10 мин)	Перерыв для посещения и осмотра выставки
13.30–14.50 (1 ч 20 мин)	<b>Секционное заседание №5</b> <b>Мастер-класс. МИОМА МАТКИ: СОХРАНИМ ОРГАН И ФУНКЦИЮ</b> Председатели: проф. Мальцева Лариса Ивановна (Казань), проф. Тихомиров Александр Леонидович (Москва) Если миомэктомия неизбежна, врачу необходимо ещё на предоперационном этапе решить ряд непростых клинических задач: замедление роста миоматозного узла, инволюция миомы, коррекция симптомов, например, менометроррагии и анемии. Как выбрать объём предстоящего вмешательства с оглядкой на репродуктивные планы женщины в дальнейшем? Как минимизировать осложнения? Что выбрать для послеоперационной реабилитации?
14.50–15.10 (20 мин)	<b>Клиническая лекция</b> <b>МИОМА МАТКИ: ПОДХОДЫ К МИОМЭКТОМИИ</b> Лектор: проф. Евтушенко Ирина Дмитриевна (Томск)
15.10–16.30 (1 ч 20 мин)	<b>Секционное заседание №8</b> <b>КРУГЛЫЙ СТОЛ. НЕПРЕРЫВНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ. СМЕНА ПАРАДИГМ</b> Председатели: докт. мед. наук Улумбекова Гузель Эрнстовна (Москва), засл. деятель науки РФ, проф. Радзинский Виктор Евсеевич (Москва), докт. мед. наук Шулаев Алексей Владимирович (Казань), проф. Дворянский Сергей Афанасьевич (Киров) 1. Какие организации в настоящее время принимают наиболее активное участие в выработке стратегии и законодательных актов в отношении постдипломного медицинского образования? Роль АСМОК, Национальной медицинской палаты. Какие организации какую позицию занимают. 2. Перемены, которые ожидают нас в ближайшее время и в среднесрочной перспективе в отношении постдипломного/непрерывного медицинского образования. 3. Система кредитов. Как она видится сегодня, какие организации будут иметь право выдавать кредиты, каким образом кредиты будут учитываться, с помощью каких образовательных мероприятий можно будет получать кредиты. 4. Как будет меняться и будет ли меняться система аттестации и присвоения квалификации. 5. Профессиональная мотивация в процессе подготовки врача.

ЗЕЛЁНЫЙ ЗАЛ («ПУШКИН-1») + ЖЁЛТЫЙ ЗАЛ («ПУШКИН-2»)	
12.00–13.20 (1 ч 20 мин)	<b>Секционное заседание №2 (с выдачей сертификатов)</b> <b>ЭВОЛЮЦИЯ ГОРМОНАЛЬНОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ, ДОКАЗАТЕЛЬНЫЕ БАЗЫ ЭКСПЕРТОВ МИРА</b> Председатель: засл. деятель науки РФ, проф. Радзинский Виктор Евсеевич (Москва)
20 мин	Чистогестагенная пролонгированная контрацепция: вопросы и ответы Проф. Тихомиров Александр Леонидович (Москва)
20 мин	Особенности менструального цикла при гормональной контрацепции Проф. Габидуллина Рушания Исмагиловна (Казань)
20 мин	Клинические преимущества КОК с формулой натуральных гормонов Проф. Мальцева Лариса Ивановна (Казань)
20 мин	Дискуссия
13.20–13.30 (10 мин)	Перерыв для посещения и осмотра выставки
13.30–14.50 (1 ч 20 мин)	<b>Секционное заседание №6 (с выдачей сертификатов)</b> <b>ПАРАДОКСЫ НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ. ЭВОЛЮЦИЯ СОЗНАНИЯ</b> Председатель: засл. деятель науки РФ, проф. Радзинский Виктор Евсеевич (Москва)
10 мин	Вступительное слово Засл. деятель науки РФ, проф. Радзинский Виктор Евсеевич (Москва)
15 мин	Неразвивающаяся беременность: есть ли выход? Проф. Соловьёва Алина Викторовна (Москва)
15 мин	Спорные вопросы невынашивания беременности Проф. Каткова Надежда Юрьевна (Нижний Новгород)
15 мин	Гормональная терапия во время беременности. Оценка психологического развития детей Канд. психол. наук Коваль-Зайцев Алексей Анатольевич (Москва)
15 мин	Эндокринные аспекты бесплодия и невынашивания беременности Проф. Калинин Светлана Юрьевна (Москва)
10 мин	Дискуссия
14.50–15.10 (20 мин)	<b>Клиническая лекция</b> <b>ПРЕГРАВИДАРНАЯ ПОДГОТОВКА: МИФЫ И РЕАЛЬНОСТЬ</b> Лектор: проф. Соловьёва Алина Викторовна (Москва)



МАРС

КАЗАНЬ  
23–25 октября  
2014 года



IV ОБЩЕРОССИЙСКИЙ СЕМИНАР  
«РЕПРОДУКТИВНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ РОССИИ:  
КАЗАНСКИЕ ЧТЕНИЯ»  
Korston Hotel & Mall Kazan

StatusPraesens  
Profimedia

День первый, 23 октября 2014 года, — день второй, 24 октября 2014 года

15.10–16.00 (50 мин)	Перерыв для посещения и осмотра выставки
16.00–18.00 (2 ч)	<b>Секционное заседание №9 (с выдачей сертификатов)</b> <b>Мастер-класс. БОЛЕЗНИ ШЕЙКИ МАТКИ В ОКУЛЯРЕ КОЛЬПОСКОПА</b> Модераторы: доц. <b>Бибнева</b> Тамара Николаевна (Москва), проф. <b>Гизингер</b> Оксана Анатольевна (Челябинск) В программе подробные разборы клинических случаев с демонстрацией и анализом кольпоскопических картин; комментарии о целесообразности врачебных назначений и рациональной тактике ведения; видеоразборы клинических ситуаций (канд. мед. наук <b>Нефф</b> Екатерина Игоревна [Екатеринбург]). <i>Вход для участников, имеющих бейдж «Делегат», бесплатный. Гости Семинара могут приобрести билеты на стойке регистрации. Количество билетов ограничено.</i>

<b>СИНИЙ ЗАЛ («ТОЛСТОЙ»)</b>	
12.00–13.20 (1 ч 20 мин)	<b>Секционное заседание №3 (с выдачей сертификатов)</b> <b>Мастер-класс с интерактивным голосованием ПО ФАРВАТЕРУ АНОМАЛЬНЫХ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ: ОБИЛЬНЫЕ МЕНСТРУАЦИИ</b> Председатель: проф. <b>Хамошина</b> Марина Борисовна (Москва) В 2011 году завершена многолетняя работа над созданием новой классификации причин аномальных маточных кровотечений, созданной под эгидой Международной федерации акушеров-гинекологов FIGO. Как это работает в условиях практического здравоохранения нашей страны? Интерактивный мастер-класс от одного из наиболее креативных российских гинекологов-эндокринологов, посвященный вопросам диагностики, дифференциальной диагностики и выбору тактики ведения женщин с обильными менструальными кровотечениями. Предусмотрен интерактивный разбор реальных клинических случаев и спорных ситуаций.
13.20–13.30 (10 мин)	Перерыв для посещения и осмотра выставки
13.30–14.50 (1 ч 20 мин)	<b>Секционное заседание №7 (с выдачей сертификатов)</b> <b>Интерактивная дуэт-лекция ГИПЕРАНДРОГЕНИЗМ И РЕПРОДУКЦИЯ: ЧТО ЗНАЮТ И ЧЕГО НЕ ЗНАЮТ КЛИНИЦИСТЫ?</b> Лекторы: проф. <b>Хамошина</b> Марина Борисовна (Москва), доц. <b>Шестакова</b> Ирина Геннадьевна (Москва) Множество масок, не всегда ясный источник избыточной выработки андрогенов — лишь вершина айсберга проблемы гиперандрогенизма. Как верифицировать диагноз и избавить себя и пациентку от ошибок в терапии?
14.50–16.10 (1 ч 20 мин)	Перерыв для посещения и осмотра выставки
16.10–17.30 (1 ч 20 мин)	<b>Секционное заседание №10</b> <b>ДИСКУССИОННЫЙ КЛУБ. СТАРЕНИЕ ЖЕНЩИНЫ СВОЕВРЕМЕННОЕ И ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЕ: ГДЕ ТОЧКА ОТСЧЁТА?</b> Председатель: проф. <b>Хамошина</b> Марина Борисовна (Москва)

30 мин	Женщина 35+: концепция здоровья и старения сквозь призму гинекологических проблем (с интерактивным голосованием)	Проф. <b>Хамошина</b> Марина Борисовна (Москва)
20 мин	Центральный гипогонадизм и преждевременное старение: есть ли точки соприкосновения?	Доц. <b>Иловайская</b> Ирэна Адольфовна (Москва)
20 мин	Первичная недостаточность яичников: новый взгляд на проблему	Доц. <b>Шестакова</b> Ирина Геннадьевна (Москва)
10 мин	Дискуссия	
17.30–18.40 (1 ч 10 мин)	<b>Секционное заседание №11</b> <b>МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИЧЕСКИМ ANTI-AGE-СТРАТЕГИЯМ</b> Председатель: проф. <b>Калинченко</b> Светлана Юрьевна (Москва)	
30 мин	Гипогонадизм, ожирение, сердечно-сосудистые заболевания — звенья одной цепи	Канд. мед. наук <b>Ворслов</b> Леонид Олегович (Москва)
30 мин	Клинические последствия женского старения и превентивные стратегии	Проф. <b>Калинченко</b> Светлана Юрьевна (Москва)
10 мин	Дискуссия	

<b>РОЗОВЫЙ ЗАЛ («ЧЕХОВ»)</b>		
12.00–13.20 (1 ч 20 мин)	<b>Секционное заседание №4</b> <b>ОШИБКИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ИППП. ДИАЛОГ ВЕНЕРОЛОГА И ЮРИСТА: КАК ЛЕЧИТЬ БЕЗ ПОСЛЕДСТВИЙ?</b> Председатели: проф. <b>Хрянин</b> Алексей Алексеевич (Новосибирск), доц. <b>Радченко</b> Маргарита Владимировна (Челябинск) • Достоверная лабораторная диагностика ИППП — залог уверенности в правильном диагнозе. • Какие отечественные рекомендации имеют юридическую силу в лечении ИППП? • Может ли российский врач использовать зарубежные руководства в повседневной практике? • Правильный выбор препарата в лечении ИППП — внимательно читаем инструкцию или рекламную брошюру. • В чём принципиальная разница между рекомендуемыми и альтернативными схемами лечения ИППП? • Превышение рекомендуемой дозы препарата — вред или польза для пациента? • Как врачу избежать юридических исков: всегда ли прав пациент? • Как правильно оформить лечение пациенту: пишем рецепты (МНН) или в произвольной форме указываем торговые названия лекарственных препаратов? • Бренд или дженерик — есть ли разница? • Незнание юридических норм и правил не освобождает врача от юридической ответственности: практические советы	
13.20–13.30 (10 мин)	Перерыв для посещения и осмотра выставки	
13.30–14.30 (1 ч)	<b>Клиническая лекция</b> <b>БЕСПЛОДНЫЙ БРАК. ЧТО МОЖЕТ И ЧЕГО НЕ МОЖЕТ ВРАЧ ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ?</b> Лектор: проф. <b>Назаренко</b> Татьяна Алексеевна (Москва)	

## ДЕНЬ ВТОРОЙ — 24 октября 2014 года, пятница

**ТЕМЫ ДНЯ** - Болезни влагалища, вульвы и шейки матки - Новости в терапии вагинальных инфекций - Родоразрешение: от века XIX к веку XXI. Инфекции органов малого таза - Неотложные состояния в акушерстве - Акушерские кровотечения - Гестационный сахарный диабет - Мастер-класс. Нехирургический дизайн промежности - Спорные вопросы эндометриозной болезни - Профилактика репродуктивных потерь на разных сроках беременности - Практические аспекты прегравидарной подготовки - Неонатальная медицина XXI века

<b>КРАСНЫЙ ЗАЛ («БАЛЬНЫЙ ЗАЛ»)</b>		
9.00–10.00 (1 ч)	<b>Пленарное заседание №4</b> <b>БОЛЕЗНИ ВЛАГАЛИЩА, ВУЛЬВЫ И ШЕЙКИ МАТКИ: РАЗОРВАТЬ ПОРОЧНЫЙ КРУГ</b> Президиум: проф. <b>Трубинова</b> Лариса Игнатьевна (Ульяновск) [председатель], доц. <b>Айвазова</b> Дианна Сергеевна (Орёл), проф. <b>Габидуллина</b> Рушания Исмагиловна (Казань)	
15 мин	Проблема актуализируется. Склеротрофический лихен — <i>terra incognita</i> для российского акушера-гинеколога. Перспективные методы лечения	<b>Симакова</b> Елена Леонидовна, проф. Сахаудинова Индира Венеровна, доц. Муслимова Софья Юрьевна (Уфа)
15 мин	ВПЧ-ассоциированные заболевания в практике гинеколога	Доц. <b>Айвазова</b> Дианна Сергеевна (Орёл)
15 мин	Диагностика рака шейки матки: онкологический скрининг и жидкостная цитология	Канд. мед. наук <b>Станкевич</b> Любовь Ивановна (Москва)
15 мин	Дискуссия	
10.00–11.30 (1 ч 30 мин)	<b>Пленарное заседание №5</b> <b>НОВОСТИ ТЕРАПИИ ВАГИНАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ</b> Президиум: проф. <b>Шперлинг</b> Наталья Владимировна (Санкт-Петербург) [председатель], проф. <b>Хрянин</b> Алексей Алексеевич (Новосибирск), проф. <b>Дворянский</b> Сергей Афанасьевич (Киров), канд. биол. наук <b>Гущин</b> Александр Евгеньевич (Москва)	
15 мин	Хронические неспецифические вагиниты: что нового?	Канд. мед. наук <b>Баканова</b> Алла Реналевна (Казань)
15 мин	Системная терапия бактериального вагиноза. Дискуссия продолжается	Проф. <b>Шперлинг</b> Наталья Владимировна (Санкт-Петербург)
15 мин	Ещё раз о вульвовагинальном кандидозе	Проф. <b>Дворянский</b> Сергей Афанасьевич, Попова Алёна Леонидовна, Яговкина Надежда Владимировна (Киров)
15 мин	Бактериальный вагиноз — инфекция, передаваемая половым путём?	Канд. биол. наук <b>Гущин</b> Александр Евгеньевич (Москва)
15 мин	Кандидозный вульвовагинит и баланопостит: возможно ли разорвать порочный круг?	Проф. <b>Хрянин</b> Алексей Алексеевич (Новосибирск)
15 мин	Дискуссия	
11.30–14.15 (2 ч 45 мин)	Перерыв на кофе и на секционные заседания	
14.15–15.45 (1 ч 30 мин)	<b>Пленарное заседание №7</b> <b>ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА: ПРОБЛЕМЫ И РЕШЕНИЯ</b> Президиум: проф. <b>Кутушева</b> Галия Феттяховна (Санкт-Петербург) [председатель], проф. <b>Гизингер</b> Оксана Анатольевна (Челябинск), проф. <b>Хрянин</b> Алексей Алексеевич (Новосибирск), проф. <b>Хамадьянов</b> Ульфат Рахмьянович (Уфа), проф. <b>Мозес</b> Вадим Гельевич (Кемерово)	

15 мин	Теория и практика лечения хронических ВЗОМТ: возврат к 60-м?	Доц. <b>Климова</b> Ольга Ивановна (Москва)
15 мин	Инфекции органов малого таза: возможности амбулаторной терапии	Проф. <b>Хрянин</b> Алексей Алексеевич (Новосибирск)
15 мин	Особенности и последствия ВЗОМТ у подростков	Проф. <b>Кутушева</b> Галия Феттяховна, доц. Кохреидзе Надежда Анатольевна (Санкт-Петербург)
15 мин	Физиотерапия воспалительных заболеваний органов малого таза	Проф. <b>Гизингер</b> Оксана Анатольевна (Челябинск)
15 мин	Антибактериальные препараты при воспалительных заболеваниях придатков матки	Проф. <b>Хамадьянов</b> Ульфат Рахмьянович, доц. Хамадьянова Аида Ульфатовна (Уфа)
15 мин	Дискуссия	
15.45–17.15 (1 ч 30 мин)	<b>Пленарное заседание №8</b> <b>РОДОРАЗРЕШЕНИЕ: ОТ ВЕКА XIX К ВЕКУ XXI</b> Президиум: проф. <b>Цхай</b> Виталий Борисович (Красноярск) [председатель], проф. <b>Козлов</b> Лев Александрович (Казань), проф. <b>Фаткуллин</b> Ильдар Фаридович (Казань), проф. <b>Михайлов</b> Антон Валерьевич (Санкт-Петербург), проф. <b>Тетелютина</b> Фаина Константиновна (Ижевск), проф. <b>Брюхина</b> Елена Владимировна (Челябинск)	
15 мин	Проф. В.С. Груздев и его ученики у истоков учения о разрыве матки по рубцу	Проф. <b>Козлов</b> Лев Александрович (Казань)
15 мин	Многоплодная беременность — вечная проблема акушерства	Проф. <b>Михайлов</b> Антон Валерьевич (Санкт-Петербург)
15 мин	Разрывы промежности III–IV степени. Российские реалии и парадоксы	Проф. <b>Цхай</b> Виталий Борисович (Красноярск)
15 мин	Родоразрешение при аномалиях прикрепления плаценты	Проф. <b>Хасанов</b> Албир Алмазович, Гарифуллова Юлия Владимировна (Казань)
15 мин	Кесарево сечение при многоплодной беременности	Проф. <b>Фаткуллин</b> Ильдар Фаридович, Ахмадеев Нариман Рустемович (Казань)
15 мин	Дискуссия	
17.15–19.00 (1 ч 45 мин)	<b>Пленарное заседание №10</b> <b>ОСЛОЖНЁННЫХ БЕРЕМЕННОСТЕЙ ВСЁ БОЛЬШЕ. В ЧЁМ ПРИЧИНА? ПУТИ ПРЕОДОЛЕНИЯ</b> Президиум: проф. <b>Замалева</b> Роза Семёновна (Казань) [председатель], проф. <b>Зефирова</b> Татьяна Петровна (Казань), докт. мед. наук <b>Севостьянова</b> Ольга Юрьевна (Екатеринбург), проф. <b>Евтушенко</b> Ирина Дмитриевна (Томск)	
15 мин	Гемоконцентрация у беременных — есть ли повод беспокоиться?	Проф. <b>Зефирова</b> Татьяна Петровна, Сабиров Инсаф Ханипович (Казань)





МАРС

КАЗАНЬ  
23–25 октября  
2014 года



IV ОБЩЕРОССИЙСКИЙ СЕМИНАР  
«РЕПРОДУКТИВНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ РОССИИ:  
КАЗАНСКИЕ ЧТЕНИЯ»  
Korston Hotel & Mall Kazan

Status Praesens  
Profimedia

День второй, 24 октября 2014 года

15 мин	Шейка матки при беременности: контраверсии диагностической и лечебной тактики	Доц. <b>Бибнева</b> Тамара Николаевна (Москва)
15 мин	Беременность и заболевания центральной нервной системы	Проф. <b>Евтушенко</b> Ирина Дмитриевна, Алиферова Валентина Михайловна, Гребенюк Олег Валерьевич, Титова Марина Андреевна (Томск)
15 мин	Анемия и беременность. Новый взгляд на старую проблему	Канд. мед. наук <b>Субханкулова</b> Асия Фаритовна (Казань)
15 мин	Плацентарная недостаточность. Возможно ли предвидеть?	Проф. <b>Замалева</b> Роза Семёновна (Казань)
15 мин	Возможна ли профилактика преэклампсии?	Проф. <b>Габидуллина</b> Рушания Исмагиловна (Казань)
15 мин	Дискуссия	

30 мин	Гестационный сахарный диабет в свете нового Консенсуса: взгляд эндокринолога	Проф. <b>Валева</b> Фарида Вадутовна (Казань)
30 мин	Акушерские аспекты гестационного сахарного диабета	Докт. мед. наук <b>Гурьева</b> Вера Маратовна (Москва)
20 мин	Дискуссия	
14.50–15.30 (40 мин)	Перерыв для посещения и осмотра выставки	
15.30–17.30 (2 ч)	<b>Секционное заседание №26 (с выдачей сертификатов)</b> <b>Мастер-класс. НЕХИРУРГИЧЕСКИЙ ДИЗАЙН ПРОМЕЖНОСТИ. ОТТАЧИВАЕМ МАСТЕРСТВО — РАЗДВИГАЕМ ГОРИЗОНТЫ</b> Председатели: проф. <b>Хамошина</b> Марина Борисовна (Москва), доц. <b>Климова</b> Ольга Ивановна (Москва) <i>Вход для участников, имеющих бейдж «Делегат», бесплатный. Гости Семинара могут приобрести билеты на стойке регистрации. Количество билетов ограничено.</i>	

ОРАНЖЕВЫЙ ЗАЛ («ДОСТОЕВСКИЙ»)		
12.00–13.20 (1 ч 20 мин)	<b>Секционное заседание №15</b> <b>ИНФЕКЦИИ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА: ОТ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ БАЗЫ К ПОВСЕДНЕВНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ</b> Председатели: проф. <b>Дубровина</b> Светлана Олеговна (Ростов-на-Дону), проф. <b>Хрянин</b> Алексей Алексеевич (Новосибирск)	
20 мин	Этиологическая роль инфекций, передаваемых половым путём, в развитии воспалительных заболеваний органов малого таза	Проф. <b>Хрянин</b> Алексей Алексеевич (Новосибирск)
20 мин	Воспалительные заболевания органов малого таза: современные концепции	Доц. <b>Сехин</b> Сергей Владимирович (Москва)
20 мин	Новости XIII Международного конгресса «Хламидийная инфекция человека», Калифорния, США (2014)	Проф. <b>Дубровина</b> Светлана Олеговна (Ростов-на-Дону)
20 мин	Дискуссия	
13.20–13.30 (10 мин)	Перерыв для посещения и осмотра выставки	
13.30–14.50 (1 ч 20 мин)	<b>Секционное заседание №20</b> <b>ШКОЛА «ЧТО ДОЛЖЕН ЗНАТЬ АКУШЕР-ГИНЕКОЛОГ О БЕРЕМЕННОСТИ ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ»</b> Президиум: проф. <b>Тетелютина</b> Фаина Константиновна (Ижевск) [председатель], доц. <b>Волков</b> Рэм Валерьевич (Новосибирск), проф. <b>Баялиева</b> Айнагуль Жолдошевна (Казань)	
30 мин	Ведение беременных с пороками сердца	Доц. <b>Волков</b> Рэм Валерьевич (Новосибирск)
30 мин	Коарктация аорты и беременность	Проф. <b>Баялиева</b> Айнагуль Жолдошевна, проф. <b>Фаткуллин</b> Ильдар Фаридович (Казань)
20 мин	Дискуссия	

ЖЁЛТЫЙ ЗАЛ («ПУШКИН-2»)		
8.15–9.00 (45 мин)	<b>БЛИЦ РАЗБОР КОНТРАВЕРСИИ</b> Версия: <i>Mycoplasma genitalium</i> — облигатный патоген. Для назначения терапии достаточно одного факта выявления бактерии. Контраверсия: выявление <i>Mycoplasma genitalium</i> не может служить показанием для антибиотикотерапии в отсутствие клинической симптоматики Модератор: засл. деятель науки РФ, проф. <b>Радзинский</b> Виктор Евсеевич (Москва) Докладчики: канд. биол. наук <b>Гущин</b> Александр Евгеньевич (Москва), проф. <b>Соловьёва</b> Алина Викторовна (Москва) Фиксированные выступления: проф. <b>Соколова</b> Татьяна Михайловна (Новосибирск), <b>Каган</b> Виолетта Валериановна (Челябинск), докт. мед. наук <b>Савельева</b> Ирина Вячеславовна (Омск), проф. <b>Кравченко</b> Елена Николаевна (Омск), канд. мед. наук <b>Фириченко</b> Сергей Викторович (Москва)	
9.00–10.20 (1 ч 20 мин)	<b>Секционное заседание №13</b> <b>ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ВПЧ-ОБУСЛОВЛЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ: ЧТО МЫ МОЖЕМ?</b> Председатели: проф. <b>Кедрова</b> Анна Генриховна (Москва), проф. <b>Ордянец</b> Ирина Михайловна (Москва)	
20 мин	Начальные изменения эпителия шейки матки, связанные с ПВИ: оптимизация медикаментозной терапии	Проф. <b>Кедрова</b> Анна Генриховна (Москва)
20 мин	Тактика ведения пациенток с заболеваниями шейки матки при персистирующей ВПЧ-инфекции: возможности комбинированного лечения	Проф. <b>Ордянец</b> Ирина Михайловна (Москва)
20 мин	Врач-пациент: как достичь согласия и единства мнения в лечении пациентов с ПВИ?	Проф. <b>Хрянин</b> Алексей Алексеевич (Новосибирск)
20 мин	Дискуссия	

ЗЕЛЁНЫЙ ЗАЛ («ПУШКИН-1»)		
8.30–10.15 (1 ч 45 мин)	<b>Секционное заседание №12</b> <b>НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ В АКУШЕРСТВЕ</b> Председатели: проф. <b>Куликов</b> Александр Вениаминович (Екатеринбург), проф. <b>Фаткуллин</b> Ильдар Фаридович (Казань), проф. <b>Баялиева</b> Айнагуль Жолдошевна (Казань)	
30 мин	Интенсивная терапия тяжёлой преэклампсии	Проф. <b>Куликов</b> Александр Вениаминович (Екатеринбург)
15 мин	Клинико-лабораторные варианты поражений печени при преэклампсии	<b>Клочкова</b> Варвара Викторовна, проф. <b>Куликов</b> Александр Вениаминович, канд. мед. наук <b>Жилин</b> Андрей Владимирович (Екатеринбург)
30 мин	Эмболия околоплодными водами. Взгляд анестезиолога-реаниматолога	Проф. <b>Баялиева</b> Айнагуль Жолдошевна (Казань)
15 мин	Эмболия околоплодными водами. Как не ошибиться?	Проф. <b>Замалева</b> Роза Семёновна (Казань)
15 мин	Дискуссия	
10.15–11.45 (1 ч 30 мин)	<b>Секционное заседание №14</b> <b>АКУШЕРСКИЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ. ШКОЛА КЛИНИЦИСТА</b> Председатели: проф. <b>Куликов</b> Александр Вениаминович (Екатеринбург), проф. <b>Фаткуллин</b> Ильдар Фаридович (Казань), проф. <b>Баялиева</b> Айнагуль Жолдошевна (Казань)	
15 мин	Послеродовые кровотечения. Резервы снижения	Проф. <b>Галина</b> Татьяна Владимировна (Москва)
20 мин	Современные возможности консервативного гемостаза в акушерстве	<b>Аббатов</b> Сергей Геннадьевич (Екатеринбург)
25 мин	Интенсивная терапия массивной кровопотери в акушерстве	Проф. <b>Куликов</b> Александр Вениаминович (Екатеринбург)
15 мин	Нижнесегментное кровотечение при полном предлежании плаценты. Современные возможности органосберегающих технологий	Проф. <b>Цай</b> Виталий Борисович (Красноярск)
15 мин	Дискуссия	
11.45–12.00 (15 мин)	Перерыв на кофе	
12.00–13.20 (1 ч 20 мин)	<b>Секционное заседание №16 (с выдачей сертификатов)</b> <b>БЕРЕМЕННОСТЬ. КРИТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ УСПЕХА</b> Председатели: засл. деятель науки РФ, проф. <b>Посисеева</b> Любовь Валентиновна (Москва), проф. <b>Фаткуллин</b> Ильдар Фаридович (Казань)	
20 мин	Особенности подготовки к беременности пациенток с эндометриозом	Доц. <b>Шестакова</b> Ирина Геннадьевна (Москва)
20 мин	Предгравидарная подготовка и эффективная терапия угрозы прерывания беременности	Доц. <b>Андреева</b> Маргарита Дарчоевна (Краснодар)
20 мин	Сверхранние преждевременные роды	Засл. деятель науки РФ, проф. <b>Посисеева</b> Любовь Валентиновна (Москва)
20 мин	Дискуссия	
13.20–13.30 (10 мин)	Перерыв для посещения и осмотра выставки	
13.30–14.50 (1 ч 20 мин)	<b>Секционное заседание №21</b> <b>ДИСКУССИЯ. ГЕСТАЦИОННЫЙ САХАРНЫЙ ДИАБЕТ: ОБСУЖДАЕМ КОНСЕНСУС 2013 ГОДА</b> Председатели: проф. <b>Валева</b> Фарида Вадутовна (Казань), докт. мед. наук <b>Гурьева</b> Вера Маратовна (Москва), проф. <b>Фадеева</b> Наталья Ильинична (Барнаул)	

**КОНГРЕССЫ И СЕМИНАРЫ 2015**  
АКУШЕРУ-ГИНЕКОЛОГУ — ВРАЧУ И ЧЕЛОВЕКУ

**МАРС**

**НОВОСИБИРСК** 19–21 февраля 2015 ГОДА  
III МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ФОРУМ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ  
«ШЕЙКА МАТКИ И ВУЛЬВАГИНАЛЬНЫЕ БОЛЕЗНИ»

**РОСТОВ-НА-ДОНУ** 27, 28 марта 2015 ГОДА  
ОБЩЕРОССИЙСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ СЕМИНАР «РЕПРОДУКТИВНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ РОССИИ: ДОНСКИЕ СЕЗОНЫ»

**ЕКАТЕРИНБУРГ** 23–25 апреля 2015 ГОДА  
II ОБЩЕРОССИЙСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ СЕМИНАР «РЕПРОДУКТИВНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ РОССИИ: УРАЛЬСКИЕ ЧТЕНИЯ»

**МОСКВА, РУДН** 21–23 мая 2015 ГОДА  
V КОНГРЕСС С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ  
«РАННИЕ ЭТАПЫ БЕРЕМЕННОСТИ И ВРТ: ПРОБЛЕМЫ, ПУТИ РЕШЕНИЯ, ПЕРСПЕКТИВЫ»

**СОЧИ** 5–8 сентября 2015 ГОДА  
ГРАНД-ОТЕЛЬ «ЖЕМЧУЖИНА», ЗИМНИЙ ТЕАТР  
VIII ОБЩЕРОССИЙСКИЙ СЕМИНАР «РЕПРОДУКТИВНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ РОССИИ: ВЕРСИИ И КОНТРАВЕРСИИ»  
VI ВСЕРОССИЙСКАЯ ОБЩЕМЕДИЦИНСКАЯ ВЫСТАВКА И НАУЧНО-ДЕЛОВАЯ ПРОГРАММА «ГЛАВВРАЧ XXI ВЕКА»

**МОСКВА** ноябрь 2015 ГОДА  
IV КОНФЕРЕНЦИЯ «ИНФЕКЦИИ И ИНФЕКЦИОННЫЙ КОНТРОЛЬ В АКУШЕРСТВЕ И ГИНЕКОЛОГИИ»

Тел./факс: +7 (499) 346 3902; info@praesens.ru;  
www.praesens.ru; группа ВКонтакте: vk.com/praesens



МАРС

КАЗАНЬ  
23–25 октября  
2014 годаIV ОБЩЕРОССИЙСКИЙ СЕМИНАР  
«РЕПРОДУКТИВНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ РОССИИ:  
КАЗАНСКИЕ ЧТЕНИЯ»  
Korston Hotel & Mall KazanStatusPraesens  
Profimedia

День второй, 24 октября 2014 года

10.20–11.35 (1 ч 15 мин)	<b>Пленарное заседание №6</b> <b>СПОРНЫЕ ВОПРОСЫ ЭНДОМЕТРИОИДНОЙ БОЛЕЗНИ</b> Президиум: проф. <b>Дубровина</b> Светлана Олеговна (Ростов-на-Дону) [председатель], проф. <b>Мальцева</b> Лариса Ивановна (Казань), проф. <b>Вартанян</b> Эмма Врановна (Москва), проф. <b>Спиридонова</b> Наталья Владимировна (Самара), проф. <b>Константинова</b> Ольга Дмитриевна (Оренбург)	
15 мин	Современные подходы к лечению бесплодия при эндометриозе	Проф. <b>Мальцева</b> Лариса Ивановна (Казань)
15 мин	Предикторы успеха ВРТ у пациенток с эндометриозом	Проф. <b>Вартанян</b> Эмма Врановна (Москва)
15 мин	Ведение женщин с эндометриозными кистами в амбулаторных условиях	<b>Хабибуллина</b> Регина Нуриidinовна, проф. Сахавтудинова Индира Венеровна (Уфа)
15 мин	Спорные вопросы патогенеза и лечения эндометриозных кист яичников	Проф. <b>Дубровина</b> Светлана Олеговна (Ростов-на-Дону)
15 мин	Дискуссия	
11.35–11.50 (15 мин)	Перерыв на кофе	
11.50–13.20 (1 ч 30 мин)	<b>Секционное заседание №17 (с выдачей сертификатов)</b> <b>КАК ПРЕДОТВРАТИТЬ РОЖДЕНИЕ ТЫСЯЧ ДЕТЕЙ С ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ</b> Председатель: засл. деятель науки РФ, проф. <b>Радзинский</b> Виктор Евсеевич (Москва)	
10 мин	Пренатальная диагностика в Республике Татарстан. Когда будет результат?	<b>Вафина</b> Зульфия Ильдусовна (Казань)
10 мин	Профилактика ВПР: организационные аспекты	Доц. <b>Волков</b> Рэм Валерьевич (Новосибирск)
20 мин	Современные подходы к коррекции фолатного дефицита во время беременности	Проф. <b>Хлыбова</b> Светлана Вячеславовна (Киров)
20 мин	Риск тромбозов и кровотечений у беременных	Проф. <b>Пустотина</b> Ольга Анатольевна (Москва)
20 мин	Инновационные решения проблемы гипергомоцистеинемии	Проф. <b>Хлыбова</b> Светлана Вячеславовна (Киров)
10 мин	Дискуссия	
13.20–13.30 (10 мин)	Перерыв для посещения и осмотра выставки	
13.30–14.50 (1 ч 20 мин)	<b>Секционное заседание №22</b> <b>СПОР ГИНЕКОЛОГОВ И ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГОВ О ЛЕЧЕНИИ ВЛАГАЛИЩНЫХ ИНФЕКЦИЙ</b> Председатели: засл. деятель науки РФ, проф. <b>Радзинский</b> Виктор Евсеевич (Москва)	
20 мин	Растущая антибиотикорезистентность — причина неэффективного лечения воспалений	Проф. <b>Тапильская</b> Наталья Игоревна (Санкт-Петербург)
20 мин	Рецидивирующие инфекционные заболевания урогенитального тракта. Как решить проблему недовольной пациентки	Доц. <b>Чернова</b> Надежда Ивановна (Москва)
20 мин	Дженерик или оригинальный препарат в лечении ИППП: что можно и что нельзя?	Проф. <b>Хрянин</b> Алексей Алексеевич (Новосибирск)
20 мин	Дискуссия	
14.50–15.00 (10 мин)	Перерыв для посещения и осмотра выставки	
15.00–16.20 (1 ч 20 мин)	<b>Секционное заседание №24</b> <b>ПРОФИЛАКТИКА РЕПРОДУКТИВНЫХ ПОТЕРЬ НА РАЗНЫХ СРОКАХ БЕРЕМЕННОСТИ</b> Председатель: засл. деятель науки РФ, проф. <b>Радзинский</b> Виктор Евсеевич (Москва)	
20 мин	Невынашивание в ранние сроки беременности: анализ практического опыта	Проф. <b>Мальцева</b> Лариса Ивановна (Казань)
20 мин	Профилактика поздних осложнений начинается в ранние сроки	Проф. <b>Пустотина</b> Ольга Анатольевна (Москва)
20 мин	Новые данные по профилактике преждевременных родов: международный и российский опыт	Проф. <b>Доброхотова</b> Юлия Эдуардовна (Москва)
20 мин	Дискуссия	
16.20–16.30 (10 мин)	Перерыв для посещения и осмотра выставки	
16.30–18.00 (1 ч 30 мин)	<b>Пленарное заседание №9</b> <b>НЕВЫНАШИВАНИЕ: ЧТО МЫ МОЖЕМ СЕГОДНЯ?</b> Президиум: проф. <b>Каткова</b> Надежда Юрьевна (Нижний Новгород) [председатель], докт. мед. наук <b>Илизарова</b> Наталья Александровна (Казань), проф. <b>Волков</b> Валерий Георгиевич (Тула), проф. <b>Тапильская</b> Наталья Игоревна (Санкт-Петербург)	
15 мин	Невынашивание на фоне тонкого эндометрия и тромбофилии. Особенности прегравидарной подготовки и поддержки беременности	Докт. мед. наук <b>Илизарова</b> Наталья Александровна (Казань)
15 мин	Невынашивание беременности: реальные и мнимые причины	Проф. <b>Соловьёва</b> Алина Викторовна (Москва)
15 мин	Первичная профилактика недонашивания и невынашивания беременности — неиспользованный резерв	Проф. <b>Дикке</b> Галина Борисовна (Москва)
15 мин	Консервативное ведение ИЦН: данные доказательной медицины и практический опыт	Проф. <b>Пустотина</b> Ольга Анатольевна (Москва)
15 мин	Недонашивание беременности и ИЦН. Всё ли так просто?	Проф. <b>Каткова</b> Надежда Юрьевна (Нижний Новгород)
15 мин	Дискуссия	

<b>СИНИЙ ЗАЛ («ТОЛСТОЙ»)</b>		
12.00–13.20 (1 ч 20 мин)	<b>Секционное заседание №18</b> <b>ШКОЛА. ПРАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРЕГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ</b> Председатель: проф. <b>Мальцева</b> Лариса Ивановна (Казань)	
20 мин	Хронический эндометрит: новое о привычном	Проф. <b>Мальцева</b> Лариса Ивановна (Казань)
20 мин	Тромботические осложнения в период беременности	Проф. <b>Зефирова</b> Татьяна Петровна (Казань)
20 мин	Декомпенсированная плацентарная недостаточность. Профилактика возможна	Проф. <b>Замалева</b> Роза Семёновна (Казань)
20 мин	Дискуссия	
13.20–13.30 (10 мин)	Перерыв для посещения и осмотра выставки	
13.30–14.50 (1 ч 20 мин)	<b>Секционное заседание №23</b> <b>В ПОИСКАХ ПАНАЦЕИ ПО ДИАГНОСТИКЕ И ТЕРАПИИ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА: КАК ДИАГНОСТИРОВАТЬ, ЧЕМ И ЗАЧЕМ ЛЕЧИТЬ?</b> Председатель: проф. <b>Кира</b> Евгений Фёдорович (Москва)	
15 мин	Роль молочной кислоты в обеспечении биологического гомеостаза влагалища у женщин репродуктивного возраста	Проф. <b>Кира</b> Евгений Фёдорович (Москва)
15 мин	Бактериальный вагиноз. Почему не решается проблема?	Канд. биол. наук <b>Гущин</b> Александр Евгеньевич (Москва)
15 мин	Бактериальный вагиноз — так ли он опасен?	Доц. <b>Бибнева</b> Тамара Николаевна (Москва)
15 мин	Анализ эффективности различных схем терапии бактериального вагиноза	<b>Румянцева</b> Татьяна Андреевна (Москва)
20 мин	Дискуссия	
14.50–15.00 (10 мин)	Перерыв для посещения и осмотра выставки	
15.00–16.20 (1 ч 20 мин)	<b>Семинар «ГЛАВВРАЧ XXI ВЕКА»</b> <b>Заседание №1</b> <b>ПРЕОДОЛЕНИЕ АКУШЕРСКОГО РИСКА — ВОЗМОЖНОСТИ ОРГАНИЗАЦИОННЫХ РЕШЕНИЙ</b> Президиум: канд. мед. наук <b>Игнашина</b> Елена Германовна (Казань) [председатель], канд. мед. наук <b>Жилин</b> Андрей Владимирович (Екатеринбург), <b>Гонзюк</b> Светлана Николаевна (Новороссийск), <b>Каган</b> Виолетта Валериановна (Челябинск), проф. <b>Евтушенко</b> Ирина Дмитриевна (Томск)	
15 мин	Амбулаторный и стационарный кластер в снижении перинатальных потерь	Канд. мед. наук <b>Игнашина</b> Елена Германовна (Казань)
15 мин	Стратегия риска и программированные роды в современном акушерстве	Проф. <b>Галина</b> Татьяна Владимировна (Москва)
15 мин	Мониторинг — путь к снижению материнской и перинатальной смертности. Опыт 1 года работы	<b>Анкудинов</b> Николай Олегович, канд. мед. наук <b>Зильбер</b> Наталья Александровна, канд. мед. наук <b>Жилин</b> Андрей Владимирович, <b>Аббасов</b> Сергей Геннадьевич (Екатеринбург)
15 мин	Организационные аспекты неотложной помощи при акушерских кровотечениях	Проф. <b>Фаткуллин</b> Ильдар Фаридович (Казань)
20 мин	Дискуссия	
16.20–17.20 (1 ч)	<b>ГЛАВВРАЧ XXI ВЕКА</b> <b>Заседание №2</b> <b>КРУГЛЫЙ СТОЛ. «ПЛАН РОДОВ» — НОВАЯ РЕАЛЬНОСТЬ КОНТРОЛЯ ВРАЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СО СТОРОНЫ ПАЦИЕНТОК. КОММЕНТАРИИ ЮРИСТА</b> Модераторы: засл. деятель науки РФ, проф. <b>Радзинский</b> Виктор Евсеевич (Москва), проф. <b>Спиридонова</b> Наталья Владимировна (Самара), проф. <b>Константинова</b> Ольга Дмитриевна (Оренбург)	
17.20–17.50 (30 мин)	<b>ГЛАВВРАЧ XXI ВЕКА</b> <b>Заседание №3</b> <b>НОВОЕ В ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВЕ ОБ ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН</b> Модератор: канд. мед. наук <b>Шайхутдинова</b> Любовь Николаевна (Казань)	

<b>РОЗОВЫЙ ЗАЛ («ЧЕХОВ»)</b>		
12.00–13.20 (1 ч 20 мин)	<b>Секционное заседание №19</b> <b>НЕОНАТАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА XXI ВЕКА</b> Председатели: проф. <b>Ахмадеева</b> Эльза Набиахметовна (Уфа), проф. <b>Сафина</b> Асия Ильдусовна (Казань)	
15 мин	Особенности роста и развития детей на первом году жизни, родившихся с очень низкой и экстремально низкой массой тела	Проф. <b>Ахмадеева</b> Эльза Набиахметовна (Уфа)
15 мин	Острое повреждение почек у недоношенных, находящихся в критическом состоянии	Проф. <b>Сафина</b> Асия Ильдусовна (Казань)
15 мин	Бронхолегочная дисплазия и постнатальные глюкокортикоиды	Проф. <b>Ахмадеева</b> Эльза Набиахметовна (Уфа)
15 мин	Родоразрешение при многоплодной беременности. Взгляд неонатолога	Канд. мед. наук <b>Бабинцева</b> Анна Анатольевна, <b>Ахмадеев</b> Нариман Рустемович (Казань)
20 мин	Дискуссия	
13.20–15.00 (1 ч 40 мин)	Перерыв для посещения и осмотра выставки	
15.00–17.00 (2 ч)	<b>Секционное заседание №25</b> <b>РЕНЕССАНС ВАКУУМ-ЭКСТРАКЦИИ ПЛОДА. СИСТЕМА KIWI</b> Председатель: проф. <b>Фаткуллин</b> Ильдар Фаридович (Казань) Разбор клинических случаев и решение ситуационных задач на модели-тренажере «Люси и мама Люси»	





МАРС

КАЗАНЬ  
23–25 октября  
2014 годаIV ОБЩЕРОССИЙСКИЙ СЕМИНАР  
«РЕПРОДУКТИВНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ РОССИИ:  
КАЗАНСКИЕ ЧТЕНИЯ»  
Korston Hotel & Mall KazanStatusPraesens  
Profimedia

День третий, 25 октября 2014 года

## ДЕНЬ ТРЕТИЙ — 25 октября 2014 года, суббота

ТЕМЫ ДНЯ • Герпесвирусная инфекция: мифы и реальность • Практические тонкости грудного вскармливания • Хирургическая профессия • Дискуссионные вопросы родоразрешения • Преждевременные роды: решённые и нерешённые проблемы

ОРАНЖЕВЫЙ ЗАЛ («ДОСТОЕВСКИЙ»)	
10.00–11.20 (1 ч 20 мин)	<b>Секционное заседание №27 ВРАЧЕБНЫЙ ПРАКТИКУМ «ГЕРПЕСВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ: МИФЫ И РЕАЛЬНОСТЬ»</b> Председатель: проф. Хрянин Алексей Алексеевич (Новосибирск) • Нужно ли вообще лечить герпес? • Можно ли контролировать проявления герпеса? • Что такое бессимптомное вирусное выделение при герпесе? • Насколько надёжны современные барьерные методы индивидуальной профилактики? • Качество жизни пациента с герпесом и причины возникновения психологического дискомфорта. • Беременность и герпес
11.20–11.30 (10 мин)	Перерыв для посещения и осмотра выставки
11.30–12.50 (1 ч 20 мин)	<b>Секционное заседание №29 Мастер-класс. ПРАКТИЧЕСКИЕ ТОНКОСТИ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ</b> Модератор: Руднева Ольга Дмитриевна (Москва)  В ходе мастер-класса, богатого иллюстративным материалом, будут подробно рассмотрены этиологические факторы, способы профилактики и коррекции (в том числе медикаментозной) наиболее распространённых осложнений лактационного периода, с которыми сталкиваются практикующие акушеры-гинекологи.

ЗЕЛЁНЫЙ ЗАЛ («ПУШКИН-1») + ЖЁЛТЫЙ ЗАЛ («ПУШКИН-2»)	
9.00–10.45 (1 ч 45 мин)	<b>Пленарное заседание №11 ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПРОФЕССИЯ</b> Президиум: проф. Цхай Виталий Борисович (Красноярск) [председатель], проф. Чечулина Ольга Васильевна (Казань), проф. Хасанов Албир Алмазович (Казань), проф. Аксёненко Виктор Алексеевич (Ставрополь)
15 мин	Возможности хирургии XXI века в достижении внешней и внутренней красоты Докт. мед. наук <b>Мазитова</b> Мадина Ирековна (Казань)
15 мин	Микроволновая абляция эндометрия: преимущества, реалии, перспективы Проф. <b>Курашвили</b> Юлия Борисовна, канд. мед. наук Чмыр Евгений Николаевич, акад. РАМН Адамян Лейла Владимировна (Москва)
15 мин	Трансвагинальное оперативное лечение несостоятельного рубца на матке вне беременности Проф. <b>Хасанов</b> Албир Алмазович, доц. Журавлёва Вера Ивановна (Казань)
15 мин	Новые возможности органосохраняющего лечения миомы матки Проф. <b>Фаткуллин</b> Ильдар Фаридович (Казань)
15 мин	Сложные эндоскопические операции в гинекологии <b>Галиманасов</b> Руслан Мухаметзянович, доц. Ключаров Игорь Валерьевич (Казань)
15 мин	Лапароскопическая миомэктомия с временной окклюзией внутренних подвздошных артерий у пациенток репродуктивного периода Доц. <b>Насырова</b> Наиля Ильдаровна, проф. Озолина Людмила Анатольевна, проф. Галлямов Эдуард Абдулхаевич (Москва)
15 мин	Дискуссия
10.45–12.00 (1 ч 15 мин)	<b>Пленарное заседание №12 ДИСКУССИОННЫЕ ВОПРОСЫ РОДОРАЗРЕШЕНИЯ</b> Президиум: проф. Ушакова Галина Александровна (Кемерово) [председатель], проф. Хасанов Албир Алмазович (Казань), доц. Эгамбердиева Люция Дмуктасибовна (Казань)
15 мин	Вариабельность сердечного ритма — способ обмена информацией между матерью и плодом Проф. <b>Ушакова</b> Галина Александровна, Петрич Любовь Никитична (Кемерово)
15 мин	Отдалённые последствия кесарева сечения. Взгляд гинеколога Доц. <b>Эгамбердиева</b> Люция Дмуктасибовна, Хайрутдинова Марина Рустемовна (Казань)
15 мин	Дискоординация родовой деятельности: проблема или нет? <b>Арутюнян</b> Тамара Геворговна (Ростов-на-Дону)

15 мин	Современная диагностика клинически узкого таза Проф. <b>Хасанов</b> Албир Алмазович, доц. Лиана Ефимовна Терегулова (Казань)
15 мин	Дискуссия
12.00–12.20 (20 мин)	Перерыв на кофе
12.20–13.20 (1 ч)	<b>Пленарное заседание №13 ОФИСНАЯ ГИСТЕРОСКОПИЯ — НОВЫЕ ГОРИЗОНТЫ</b> Президиум: доц. <b>Волков</b> Рэм Валерьевич (Новосибирск) [председатель], доц. <b>Ключаров</b> Игорь Валерьевич (Казань)
15 мин	Офисная гистероскопия — эффективная стационарзамещающая технология Доц. <b>Волков</b> Рэм Валерьевич (Новосибирск)
15 мин	Тревожность при хирургической офисной гистероскопии: не имеющий значение или недооценённый фактор? Доц. <b>Ключаров</b> Игорь Валерьевич, проф. Хасанов Албир Алмазович, проф. Яхин Каусар Камилевич (Казань)
15 мин	Опыт применения офисной гистероскопии в амбулаторных условиях <b>Течиева</b> Жанна Сергеевна, Гогичаев Тамерлан Казбекович, доц. Ключаров Игорь Валерьевич (Казань)
15 мин	Дискуссия
13.20–15.00 (1 ч 40 мин)	<b>Пленарное заседание №14 ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ: РЕШЁННЫЕ И НЕРЕШЁННЫЕ ПРОБЛЕМЫ</b> Президиум: засл. деятель науки РФ, проф. <b>Радзинский</b> Виктор Евсеевич (Москва) [председатель], проф. <b>Фаткуллин</b> Ильдар Фаридович (Казань), докт. мед. наук <b>Илизарова</b> Наталья Александровна (Казань), проф. <b>Цхай</b> Виталий Борисович (Красноярск), проф. <b>Обскалова</b> Татьяна Анатольевна (Екатеринбург), проф. <b>Иванов</b> Игорь Исаакович (Симферополь), проф. <b>Крамарский</b> Владимир Александрович (Иркутск)
15 мин	Преждевременные роды. Ещё один взгляд на проблему Проф. <b>Галина</b> Татьяна Владимировна (Москва)
15 мин	Преждевременный разрыв плодных оболочек: рациональная диагностика и лечебная тактика как недоиспользованный резерв <b>Ахмадеев</b> Нариман Рустемович (Казань)
15 мин	Сохранение влагалищной биоты — профилактика преждевременных родов Докт. мед. наук <b>Илизарова</b> Наталья Александровна (Казань)
15 мин	Что кроется за сверхранными преждевременными родами? Канд. мед. наук <b>Каюмова</b> Алена Владимировна (Екатеринбург)
(40 мин)	<b>Дискуссия ЕСТЬ ЛИ РЕАЛЬНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ СНИЗИТЬ ЧАСТОТУ И УЛУЧШИТЬ ИСХОДЫ СВЕРХРАННЫХ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ (22–25 нед)?</b> Модератор: проф. <b>Обскалова</b> Татьяна Анатольевна (Екатеринбург) Фиксированные выступления. Приглашены: проф. <b>Андреева</b> Галина Николаевна (Омск), доц. <b>Ромашенко</b> Светлана Владимировна (Брянск), <b>Буштырев</b> Александр Валерьевич (Ростов-на-Дону), доц. <b>Костенко</b> Татьяна Ивановна (Волгоград), <b>Крутова</b> Виктория Александровна (Краснодар), канд. мед. наук <b>Хасанова</b> Валентина Владимировна (Тюмень), проф. <b>Боровкова</b> Людмила Васильевна (Нижний Новгород), <b>Дерипаско</b> Татьяна Васильевна (Чебоксары), доц. <b>Логинов</b> Александр Борисович (Санкт-Петербург), доц. <b>Базина</b> Марина Ивановна (Красноярск), <b>Каган</b> Виолетта Валериановна (Челябинск)

СИНИЙ ЗАЛ («ТОЛСТОЙ»)	
10.00–11.20 (1 ч 20 мин)	<b>Секционное заседание № 28 Круглый стол. ОСТЕОПОРОЗ: КАК НЕ ЗАБЛУДИТЬСЯ В ВИХРЕ КОНТРАВЕРСИЙ?</b> Модератор: доц. <b>Иловайская</b> Ирэна Адольфовна (Москва)

ЗАКРЫТИЕ СЕМИНАРА

**ТЫ**

**Подписался на StatusPraesens?**

Подробнее об участии в акции на сайте [www.statuspraesens.ru](http://www.statuspraesens.ru).

# ВНИМАНИЕ

Редакция журнала StatusPraesens объявляет о старте УНИКАЛЬНОЙ АКЦИИ «Счастливым подписчиком!»

Каждый оформивший годовую подписку на журнал StatusPraesens в период с 1 сентября по 21 декабря 2014 года автоматически становится участником розыгрыша суперлотереи, победитель которой получит **БЕССРОЧНУЮ БЕСПЛАТНУЮ ПОДПИСКУ** на все последующие номера журнала начиная с 2016 года.

Победитель также награждается поездкой на VIII Общероссийский научно-практический семинар «Репродуктивный потенциал России: версии и контраверсии», который пройдёт с 5 по 8 сентября 2015 года в Сочи. Все расходы (транспорт, проживание, питание) берёт на себя организатор — редакция журнала StatusPraesens.

**КАК ПРИНЯТЬ УЧАСТИЕ В АКЦИИ? ПРОСТО ПОДПИСАТЬСЯ НА ЖУРНАЛ!**

1. Заполните анкету на подписку печатными буквами.
2. Оплатите квитанцию в любом удобном банке.
3. Пришлите заполненную анкету по факсу: +7 (499) 558 0253 или по электронной почте: [kk@praesens.ru](mailto:kk@praesens.ru).

Если у вас возникнут вопросы, мы будем рады на них ответить по телефону: +7 (499) 346 3902.





МАРС

КАЗАНЬ  
23–25 октября  
2014 годаIV ОБЩЕРОССИЙСКИЙ СЕМИНАР  
«РЕПРОДУКТИВНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ РОССИИ:  
КАЗАНСКИЕ ЧТЕНИЯ»  
Korston Hotel & Mall KazanStatusPraesens  
Profimedia

# грипп у беременных: уроки жизни и смерти



Авторы: проф. Татьяна Евгеньевна Белокриницкая, докт. мед. наук, зав. кафедрой акушерства и гинекологии педиатрического факультета, ФПК и ППС Читинской ГМА; Долгорма Александровна Тарбаева, асс. той же кафедры; Анна Юрьевна Трубицына, аспирант той же кафедры (Чита)

Копирайтинг: Татьяна Рябинкина

Предотвращение пандемии гриппа у беременных: непреходящая актуальность

Печальные итоги пандемии гриппа зимой 2009/10 года, в том числе у беременных, до сих пор ещё полностью не подведены. Попробуйте найти на сайте Росстата информацию о том, сколько во время той пандемической вспышки погибло беременных или женщин в послеродовом периоде! Не получится. В сети есть информация по другим странам или по ряду российских регионов. Цельной статистической картины у нас нет, однако отдельные сообщения специалистов на эту тему всё-таки звучат на специализированных форумах и конгрессах.

Так, сообщается, что в общей популяции погибло 0,05% заболевших; среди беременных смертей было в 2–6 раз больше — 0,12–0,3%. На пике пан-

демии в отдельных регионах России заболели 14% всех беременных, состоящих на диспансерном учёте, причём тяжесть инфекции у них превосходила таковую у других континентов больных<sup>1-3</sup>. Омрачённый пандемией 2009 год в нашей стране отличился большим скачком материнской смертности. Сравним: 2008-й — 387 погибших, 2012-й — 252, а 2009-й унёс 459 жизней<sup>4</sup>.

Согласно критериям ВОЗ, такую пандемию относят к тяжёлой. Готовы ли мы к возможному повторению этой ситуации, если грипп опять начнёт распространяться в условиях мягкой оттепели зимы? Какие уроки сегодня, перед осенью 2014 года, мы готовы извлечь из прошлого опыта, весьма и весьма печального?

Одно из совершенно естественных следствий физиологически протекающей беременности — повышенная восприимчивость к различным инфектам. И связано это с несколькими причинами.

Во-первых, по мере увеличения срока нормальной гестации усиливается физиологическая иммуносупрессия организма матери, направленная на сохранение и развитие аллоантигенного плода. Во-вторых, нарастают анатомо-функциональные изменения в органах респираторной системы: сокращается общий объём лёгких и их дыхательная экскурсия, увеличивается высота стояния диафрагмы, а частота дыхания возрастает на 10%, рёберно-диафрагмальный синус углубляется.

Таким образом, даже нормальная беременность несколько затрудняет функционирование лёгких, а между тем общая потребность организма в кислороде при гестации возрастает на 20%<sup>5</sup>. Неудивительно, что именно беременные во время эпидемии гриппа — общепризнанная группа риска осложнённого течения.



## Статистика проигранной битвы

В 2009 году одним из первых на территории России превышение порогового уровня заболеваемости гриппом у населения было отмечено в Забайкальском крае — так началась пандемия. В дальнейшем число заболевших сезонным гриппом и гриппом А[Н1Н1]09 стремительно возрастало и превысило эпидемический порог почти девятикратно (в 8,7 раза).

В общей популяции жителей Читы и Забайкальского края всего за 3 мес (с 5 октября по 31 декабря 2009 года) заболели 12–16% — каждый седьмой, это впечатляюще много. Но хуже всего пришлось беременным — 24–28%, т.е. заразилась каждая четвёртая. В разгар пандемии максимальный показатель ежесуточного прироста заболеваемости в регионе среди взрослых составил 67%, а среди беременных достиг 111,4%. И с первых же дней вирусного нашествия именно беременные и женщины, находящиеся в послеродовом периоде, составили группу высочайшего риска тяжёлого течения гриппа и его осложнений.

По сравнению с основной популяцией грипп у беременных протекал гораздо тяжелее и в 2,5 раза чаще осложнялся пневмониями (у 9,4% заболевших против 3,8% в популяции), причём у 9% женщин с пневмониями было зарегистрировано состояние крайней степени тяжести, у 91% — состояние тяжёлое или средней тяжести. На пике пандемии, несмотря на соблюдение рекомендаций CDC и ВОЗ (2009), материнская смертность по краю составила 0,36% (три случая)<sup>6</sup>.

Уже в октябре, согласно распоряжению Министерства здравоохранения Забайкальского края, было проведено перепрофилирование коек краевой клинической больницы для лечения и родоразрешения беременных

с осложнёнными формами гриппа и ОРВИ. Более того, был разработан «Клинический протокол по лечению гриппа и его осложнений у беременных», после внедрения которого в крае больше не было материнских летальных исходов<sup>7</sup>.

## Заболевшие: кто они?

Читинские специалисты (в том числе и авторы настоящей статьи) разработали специальную анкету и провели ретроспективное интервьюирование и анализ медицинской документации 682 беременных, состоявших на диспансерном учёте в женских консультациях города и перенёвших грипп в горячий период 2009 года. У 95 человек грипп А[Н1Н1]09 был подтверждён вирусологически. У остальных 587 вирусологические исследования не проводили, однако диагноз им выставлен вполне legitimately — все заболевшие имели сходные симптомы и клинические проявления и не выезжали за пределы Забайкальского края в доэпидемический период и во время пандемии, а значит, согласно рекомендациям главного санитарного врача России Г.Г. Онищенко, диагноз «пандемический грипп» у них был правомочен. В контрольную группу сплошным методом были отобраны 400 беременных, сопоставимых по паритету и возрасту, не болевших пандемическим гриппом.

Возраст беременных, заразившихся гриппом, варьировал от 18 до 37 лет, в среднем — 25,5 года, как и в контрольной группе. Чаще всего болели женщины в III триместре — 52% (354/682). Во II триместре заболевшие составили 41% (278/682), в I — 7% (50/682).

На фоне пандемического подъёма заболеваемости, в октябре 2009 года, согласно распоряжению Минздрава Забайкальского края, в Чите были прекращены посещения

[ В общей популяции во время пандемии гриппа 2009 года заболел каждый седьмой, однако из числа беременных заболела каждая четвёртая. ]

беременными женских консультаций<sup>8</sup>. В разгар пандемии участковые акушеры-гинекологи и акушерки, ориентируясь на специально разработанный опросник, проводили ежедневный мониторинг состояния беременных по мобильным и стационарным телефонам. По данным проведённого исследования, информацию о профилактических мерах именно от врачей амбулаторного звена получили 68,5% беременных, тогда как 28,5% опирались на сведения из интернета и средств массовой информации, а 3% слушали советы родственников и друзей.

Благодаря врачам и акушеркам женских консультаций все опрошенные были своевременно проинформированы о симптомах гриппа А, а также о необходимости срочно обращаться за медицинской помощью при первых его проявлениях, за счёт чего 76% заболевших беременных обратились за медицинской помощью уже в первые сутки после возникновения симптоматики. В течение вторых суток к врачам пришли 3%, третьих — 16% опрошенных, а в более поздние сроки — 5% женщин.

При оценке источников инфицирования беременных установлено, что у 47% заражения произошло в общественных местах, у 23% — на работе, у 8% — от членов семьи; ещё 22% респонденток затруднились с ответом.

## Кто рискует больше всех

При анализе факторов риска для беременных заболеть гриппом было установлено, что большинство пациенток ежегодно переносят ОРЗ (70 vs 16%;  $p < 0,001$ , см. таблицу).

Из экстрагенитальных патологических состояний заболевших гриппом у каждой пятой (20%) зарегистрированы болезни органов дыхания и у стольких же — сердечно-сосудистой системы (по обоим параметрам — 20 vs 3%;  $p < 0,05$ ). Инфекции, передаваемые половым путём, отмечены в анамнезе у 13% заболевших гриппом (в контроле — 4%;  $p < 0,05$ ), курили — 33%, что почти в 6 раз больше, чем в контрольной группе (6%).

При оценке типов конституции женщин выявлено, что заболевшие и здоровые отличались по частоте нарушений массы тела до беременности:

- нормальный индекс массы тела (ИМТ) — 43% заболевших vs 78%;
- дефицит массы тела (ИМТ менее 18 кг/м<sup>2</sup>) — 33 vs 14%;
- избыток массы тела (ИМТ более 25 кг/м<sup>2</sup>) — 24 vs 8% ( $p < 0,05$ ).

Профилактику гриппа проводили меньше половины тех беременных, у которых реализовалась вирусная инфекция (48 vs 68%;  $p < 0,05$ ). В основной группе беременных маски с профилактической целью носили 35 против 68% тех, кто не заболел. Регулярность использования этих средств защиты также различалась:

- регулярно — 1,7% заболевших vs 20,5% группы контроля;
- относительно регулярно — 70 vs 73,5%;
- нерегулярно — 28,2 vs 6%.

В целом из числа беременных, заболевших пандемическим гриппом в Чите на исходе 2009 года, у 51% заболевание протекало

\* «Арбидол». При его назначении беременным информированное согласие обязательно.





МАРС

КАЗАНЬ  
23–25 октября  
2014 года



IV ОБЩЕРОССИЙСКИЙ СЕМИНАР  
«РЕПРОДУКТИВНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ РОССИИ:  
КАЗАНСКИЕ ЧТЕНИЯ»  
Korston Hotel & Mall Kazan



{Via scientiarum}

в лёгкой форме, средней степени тяжести — у 39%, тяжёлой степени — у 10% женщин. Летальных исходов, связанных с гриппом, у беременных **горожанок** не было.

После гриппа, перенесённого на 5–6-й неделях гестации, 0,44% женщин (3/682) прервали беременность искусственным абортom в сроке до 12 нед из-за выявленных пороков развития плода (гастрошизис, гидроцефалия, аномалии конечностей; в контрольной группе — ни одного случая;  $p=0,000$ ). У 1,32% женщин в острый период заболевания в сроке до 12 нед произошли самопроизвольные выкидыши (в контрольной группе выкидышей не было;  $p=0,000$ ).

У женщин, перенёвших грипп на 7–8-й неделях гестации, 0,29% беременностей прерваны на 21–22-й неделях в связи с пороками развития плода (две беременности: сходные аномалии лицевого черепа, деформации конечностей, умеренная гидроцефалия, *spina bifida*; в контрольной группе ни одного случая;  $p=0,000$ ). В разгар пандемии гриппа и в раннем постэпидемическом периоде у заболевших отмечено повышение частоты преждевременных родов — 10% (в контрольной группе — 1,5%;  $p<0,01$ ).

тальных свечей применяли 6% беременных с заболеванием в лёгкой форме; 1% — со среднетяжёлым течением, а среди заболевших в тяжёлой форме его не использовал никто.

Важно, что ни у одной беременной, получавшей профилактику гриппа умифеновиrom и интерфероном обеих форм выпуска, независимо от того, заболели они или избежали инфекции, впоследствии **не было аномалий развития плода**. Напротив, те беременные, которые отказались от фармакопрофилактики и переболели, рисковали больше: у 0,73% развились грубые аномалии плода (у пяти из 682).

**[ Фармакологическую профилактику гриппа у беременных при всей её эффективности выполняют только при информированном согласии самих пациенток. ]**

Поскольку интерферон альфа-2b в дозе 300 000 МЕ/сут показал низкую эффективность в профилактике гриппа у беременных, во вторую эпидемию пандемического цикла, зимой 2010/11 года, 132 пациенткам, имевшим от двух до четырёх факторов риска (курение, заболевания органов дыхательной системы и/или частые ОРВИ в анамнезе, ожирение/дефицит массы тела, инфекции, передаваемые половым путём), он был назначен в дозе 500 000 ЕД дважды в день в течение 5 сут (суточная доза — 1 млн МЕ). Группу сравнения составили 88 беременных, которые получали его в прежней дозе в течение 5 сут. Результаты показали, что 1 млн МЕ в сутки у пациенток высокой степени риска приводит к снижению заболеваемости гриппом почти в 3 раза: 20% (31/152) против 59% (52/88). Важно, что даже у пациенток, получавших препарат в повышенной дозе, не было зарегистрировано аномалий развития плода, и проспективное наблюдение детей от матерей сравниваемых групп в течение первого года жизни не выявило значимых различий по физическому развитию и уровню заболеваемости.

Кого не удалось спасти

Материнская смертность и акушерские случаи, едва не завершившиеся летальным исходом — *near-miss*, — служат предметом систематического изучения в большинстве стран мира<sup>16</sup>. Вполне обоснованно следуя примерам международного профессионального подхода, в Чите и Забайкальском крае была проанализирована динамика состояния **трёх беременных**, погибших вследствие пандемии гриппа A[H1N1]09, а также **18 егва**

не погибших пациенток по сравнению с группой контроля — её составили 100 женщин с неосложнёнными формами гриппа и среднетяжёлым течением инфекции<sup>11</sup>.

Средний возраст умерших беременных составил 24,6 года, сроки гестации приходились на II и III триместры: у одной — 24–25 нед и у двух — 31–32 нед. Заболевание в среднем продолжалось 12 сут, из которых в стационаре они находились около 8,3 дня, а до этого пытались справиться с болезнью с помощью самолечения. Таким образом, у всех отмечена **запоздавшая госпитализация** — более 5 сут от начала заболевания.

Искусственную вентиляцию лёгких проводили от нескольких часов до 4 сут. У двух из трёх пациенток возникли осложнения лёгочной реанимации (ларинготрахеобронхит), в связи с чем была выполнена трахеостомия.

Клинически отмечены выраженные дыхательная недостаточность и интоксикация. Заболевание у всех пациенток начиналось бурно, с лихорадки до 38–40 °С и озноба, головной боли. Синдром интоксикации был чрезвычайно выраженным: рвота, менингеальные явления, возбуждение, судороги, сонливость, спутанное сознание. В дальнейшем признаки дыхательной недостаточности нарастали, прогрессировала одышка, отмечен резко выраженный цианоз слизистых оболочек, акроцианоз. Всех больных беспокоили сухой кашель и боль за грудиной. Зарегистрирован геморрагический синдром: кровохарканье, лёгочное и носовое кровотечение, геморрагии на коже. Со стороны сердца: тахикардия, падение артериального давления вплоть до коллапса, глухость тонов сердца, аритмия, боль в сердце.

Рентгенографическое исследование показало усиление сосудистого рисунка в лёгких, двусторонние массивные «облаковидные» инфильтраты по всем полям, расширение корней лёгких.

Морфологически верифицирована пневмония гнойно-геморрагического характера, вызванная ассоциацией вируса A[H1N1]09 и таких бактерий, как *Staphylococcus aureus* (у двух) и *Streptococcus pneumoniae* (у одной пациентки).

При аутопсиях и последующем патоморфологическом исследовании отмечены макро- и микроскопические признаки тяжёлой полиорганной недостаточности следующих видов.

■ Дыхательная (субтотальное или тотальное диффузное альвеолярное поражение или острый респираторный дистресс-синдром).

■ Церебральная (отёк и диапедезные кровоизлияния в головном мозге).

■ Сердечно-сосудистая (субэпикардальные кровоизлияния, миокардит).

■ Печёночная (увеличение органа в размерах, напряжённая капсула).

■ Почечная (увеличение органов в размерах, напряжённая капсула, острый тубулярный некроз, у двоих — миоглобуриновый на фоне рабдомиолиза).

■ Плацентарная недостаточность.

Согласно данным анамнеза и аутопсии, у всех пациенток были **сочетанные и сопутствующие заболевания**: от одной до трёх нозологических единиц. У всех трёх погибших женщин выявлено ожирение II–III степени, у двух — заболевание щитовидной железы (нетоксический коллоидный зоб), у двух — болезни почек (субтотальный нефросклероз, в анамнезе — эклампсия, солитарная киста почки). У всех погибших отмечено сочетание нескольких факторов риска (ожирение, болезни почек и щитовидной железы), а непосредственной причиной смерти стал инфекционно-токсический шок с гялиновой пневмопатией.

В шаге от гибели

Состояние всех беременных, **егва не умерших** от вирусно-бактериальной пневмонии при гриппе A[H1N1]09, оценивали как тяжёлое и крайне тяжёлое. Средний возраст составил 23 года (от 17 до 34 лет), что было сопоставимо с группой больных с неосложнённым течением заболевания (26 лет; от 18 до 32). Из едва не умерших от гриппа беременных половина (50%) были в III, 44,4% — во II и только одна женщина — в I триместре. В группе контроля, где нахо-

Отличия заболевших беременных от избежавших инфекции

	Заболевшие, %	Избежавшие инфекции, %	
Органы дыхания	ежегодные острые респираторные заболевания	70	16
	хронические болезни	20	3
	курение	33	6
Болезни сердца и сосудов	20	3	
Инфекции, передаваемые половым путём	13	4	
Масса тела	дефицит	33	14
	избыток	24	8
Профилактика гриппа	48	68	
Ношение масок	35	68	
Интерферон	назальные капли	12	30
	суппозитории	3	6
Умифеновир	4	27	

дились больные неосложнёнными формами гриппа, статистика показала несколько другие, хотя и похожие цифры: 42% — III, 50% — II и 8% — I триместр. В целом это подтверждает наблюдения, известные и многократно публикуемые ещё с начала XX века, — **чем выше срок беременности, тем больше рискует пациентка**<sup>12–15</sup>.

Согласно статистике Забайкальского края, во II и III триместрах шанс заболеть тяжёлым гриппом по сравнению с I триместром выше в 8,8–10 раз, а неосложнённым — в 5–6,2 раза. Фактором риска осложнений гриппа выступает беременность сама по себе, причём более всего — во II и III триместрах, так как в этот период активно происходят основные гестационные процессы: физиологическая иммуносупрессия, адаптивные изменения в эндокринной, дыхательной и сердечно-сосудистой системах.

Средний койко-день у женщин, едва не умерших от пневмонии, составил 25 сут, тогда как при неосложнённом гриппе — в 3 раза меньше (около 8 сут;  $p=0,000$ ). При заключительном рентгенологическом исследовании полное обратное развитие воспаления лёгочной ткани с нормализацией её структуры зарегистрировано у 44% больных (восемь из 18), постпневмонические изменения в виде диффузного пневмосклероза отмечены у 56% (10 из 18;  $p=0,505$ ). Всем беременным этой группы потребовалось лечение в отделениях интенсивной терапии в течение примерно 7 сут (от 4,6 до 9 сут).

Первые клинические симптомы заболевания у едва не погибших от гриппа беременных возникли остро и развивались стремительно. Пиретическую лихорадку (выше 39 °С) с первых часов заболевания у беременных группы *near-miss* регистрировали в 15 раз чаще, чем у пациенток со среднетяжёлым течением инфекции — у тех температура тела чаще поднималась до фебрильных значений. При тяжёлых формах инфекции в 8,8 раза чаще отмечали озноб, в 5,1 раза — миалгию. Артралгия была выявлена только в осложнённых случаях. Различий по частоте жалоб на головную боль между группами не было. Острый ринит, как правило, выступал свидетельством **неосложнённого** течения. Типичный для пандемического гриппа кашель в группе больных с тяжёлым течением был сухим, непродуктивным, а при неосложнённом тении — малопродуктивным. Характерны для гриппа A[H1N1]09 оказались диспептические расстройства — тошнота/рвота и диарея, которые примерно в 2 раза чаще отмечали у едва не погибших беременных.

Изменения со стороны сердечно-сосудистой системы у беременных группы *near-miss* — это тахикардия, снижение артериального давления вплоть до коллапса, глухость тонов сердца и изменения на ЭКГ (нарушения процессов реполяризации, миокардит).

Пневмония развивалась в среднем на 4-е сутки от начала заболевания, сопровождалась одышкой и болью в грудной клетке при дыхании. Рентгенографические изменения в лёгких у едва не умерших женщин были односторонними: усиление сосудистого рисунка, сливные инфильтративные изменения преимущественно интерстициального типа, расширение корней лёгких. У большинства женщин (77,7%, 14 из 18) пневмония носила двусторонний характер, у трети

(шесть из 18) — диагностировано субтотальное поражение лёгких.

В **гемограммах** у беременных из группы *near-miss* выраженную лейкопению (менее  $4,0 \times 10^9/\text{л}$ ) наблюдали в 8 раз чаще, чем в группе среднетяжёлого течения гриппа. Обнаружение лейкоцитоза со сдвигом лейкоцитарной формулы влево в 1,9 раза чаще говорилось в пользу осложнённого течения гриппа. Кроме того, у пациенток в группе *near-miss* в 7,6 и 11 раз чаще отмечены тромбоцитопения (до  $150 \times 10^9/\text{л}$ ) и анемия. Увеличение СОЭ — неспецифический симптом, тем не менее его частота была в 4,5 раза выше у пациенток с тяжёлой формой инфекции.

Гиперкоагуляция была в 4,2 раза более характерна для тяжёлой формы гриппа, а вот маркер рабдомиолиза — увеличение уровня креатинфосфокиназы (КФК) — отмечен исключительно у больных с гриппозными пневмониями, тогда как при неосложнённом течении гриппа её уровень находился в пределах нормы ( $p=0,163$ ). У всех больных, едва не погибших от гриппа, выявлен геморрагический синдром, который в острой и в более поздних стадиях заболевания проявлялся кровохарканьем, лёгочными и носовыми кровотечениями, геморрагиями на коже.

При крайне тяжёлом течении пневмонии развивались как лёгочные, так и внелёгочные **осложнения**. Более чем у трети женщин группы *near-miss* (38,9%, семь из 18) на фоне двустороннего и субтотального поражения лёгких возник острый респираторный дистресс-синдром. Среди внелёгочных осложнений у беременных, едва не умерших от гриппа, отмечали такие опаснейшие заболевания, как миокардит, наблюдаемый у 22,2% (четырёх из 18) обследованных, септический шок — у 27,8% (а это пять женщин из 18), а также синдром диссеминированного внутрисосудистого свёртывания крови у 16,7% (т.е. у трёх из 18).



Повторение пандемии 2009–2010 годов стало бы большой трагедией для нашей страны, но, к счастью, даже из таких грустных страниц недавнего прошлого можно извлечь полезный опыт. И среди наиболее действенных мер по предотвращению печальных исходов (для женщин, врачей, руководителей здравоохранения) — использование утверждённого протокола по ведению и профилактике гриппа и ОРВИ у беременных\*.

Ещё до наступления наиболее эпидемически опасного сезона в каждом регионе желательно проработать и утвердить как сам протокол, так и **план экстренного репрофилактирования** одного из лечебных учреждений под нужды инфицированных беременных. Именно в этом учреждении необходимо будет концентрировать высококвалифицированных специалистов, располагающих достаточным опытом, потому что на «обучение методом проб и ошибок» не будет ни времени, ни моральных прав. А вопрос о том, что опаснее — грипп или его медикаментозная профилактика — стоять больше не должен. Более 150 умерших женщин, — слишком веский аргумент, чтобы не принимать его в расчёт. **SP**

\* Доступен на сайте: <http://praesens.ru/assets/files/Protokolnyqifrr.pdf>.

Фармпрофилактика:  
наглядный результат

Фармакологическая профилактика гриппа у беременных в период эпидемии подразумевает **обязательное информированное согласие** и включала:

■ умифеновир\* — 200 мг дважды в неделю в течение 3 нед; после контакта с источником инфекции — 200 мг раз в день в течение 10–14 дней;

■ интерферон альфа-2b: назальный спрей — по 3 впрыска в каждую носовую ход 5–6 раз в день (разовая доза — 3000 МЕ, суточная — 15 000–18 000 МЕ) в течение 2 нед (разрешён к применению в течение всего периода беременности); суппозитории — 150 000 МЕ дважды в день (суточная доза — 300 000 МЕ) в течение 5 сут<sup>7,9</sup>.

Как выяснилось, заболевшие беременные гораздо реже применяли те или иные профилактические средства, чем те, кто избежал инфекции. Так, в основной группе интерферон альфа-2b в каплях использовали почти в 3 раза меньше респонденток (12 vs 30%), в свечах — в 2 раза меньше (3 vs 6%), а умифеновир — почти в 7 раз (4 vs 27%).

Установлено, что все беременные, применявшие умифеновир, переболели гриппом в лёгкой форме, в их числе не было ни одной пациентки со среднетяжёлым и тяжёлым течением вирусной инфекции. Интерферон в назальных каплях использовали 17% беременных, заболевших лёгкой формой гриппа, 8% — среднетяжёлой и 3% — тяжёлой формой. Интерферон в виде рек-

**[ Медицинский совет Нидерландов указывает, что для предотвращения одной госпитализации беременной во время эпидемии сезонного гриппа необходимо вакцинировать около 150 здоровых беременных. ]**

**Вакцинопрофилактика при беременности: можно и нужно**

Вакцинацию беременных против гриппа субъединичными и сплит-вакцинами\* в ряде стран Европы и Америки планомерно проводят вот уже более 20 лет, и иммунная эффективность такого подхода достигает 85%. Так, вероятность, что беременная «подхватит» инфекцию при контакте с больным человеком, серьёзно снижается. Более того, поствакцинальная защита действует и трансплацентарно на плод<sup>16</sup>.

В ряде работ показан положительный эффект вакцинопрофилактики гриппа непосредственно во время беременности — сокращение заболеваемости, значительное ослабление течения, снижение материнской заболеваемости и смертности<sup>17</sup>. Медицинский совет Нидерландов указывает, что для предотвращения одной госпитализации беременной во время эпидемии сезонного гриппа необходимо вакцинировать около 150 здоровых беременных. Тем не менее точки зрения экспертов по вопросам необходимости и целесообразности вакцинации во время беременности различны. Так, существует и другое мнение, что достаточных доказательств необходимости и эффективности вакцинации беременных против гриппа нет<sup>18,19</sup>.

\* Субъединичные вакцины содержат лишь отдельные компоненты патогенного микроорганизма. Сплит-вакцины (расщеплённые) содержат разрушенные инактивированные вирусы гриппа, т.е. как поверхностные, так и внутренние белки вируса. Высокая степень очистки исключает наличие в составе вирусных липидов и белков куриного эмбриона.





МАРС

КАЗАНЬ  
23–25 октября  
2014 годаIV ОБЩЕРОССИЙСКИЙ СЕМИНАР  
«РЕПРОДУКТИВНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ РОССИИ:  
КАЗАНСКИЕ ЧТЕНИЯ»  
Korston Hotel & Mall Kazan

# прогестероновые контраверсии

Возможные риски необоснованного назначения препаратов прогестерона во время гестации



Авторы: Ирина Дмитриевна Ипатова, Ольга Дмитриевна Руднева, StatusPraesens (Москва), Ирина Николаевна Чупрueva, акушер-гинеколог МБУЗ ДГКБ №5 (Кемерово)

В 1960-х годах на практикующих врачей шквалом сошёл поток публикаций о случаях аномального развития половых органов у детей, рождённых от женщин, получавших гормональное лечение препаратами прогестерона по причине угрожающего самопроизвольного аборта. В 1970-х исследователи пошли дальше: было высказано предположение, что отрицательные влияния гормонотерапии при беременности могут проявиться значительно позже нарушением полового поведения ребёнка в пубертатном периоде и даже во взрослой жизни.

Вмешиваясь в метаболизм половых гормонов человека, в том числе (и особенно!) беременной, современный врач отлично осознаёт один простой факт — он идёт по тонкому льду. Слишком ещё неполны наши знания даже о физиологии эндокринного регулирования репродуктивной системы, не говоря уже о многочисленных экзогенно вводимых препаратах стероидной структуры.

Вот почему совершенно понятны и объяснимы опасения профессионалов, которые возникают в ответ на отрывочные данные по возможному негативному влиянию гормонов на такую архиважную вещь, как здоровье и счастье наших будущих детей. А сведения по воздействию прогестина на половую дифференциацию действительно весьма отрывочны.

## Андрогенный компромат на гестагены I поколения

Первая в истории публикация, авторы которой сообщили о связи гормональной поддержки беременности и псевдогермафродитизма у новорождённых, появилась в 1958 году. Тогда у девочек (!) были выявлены признаки неполной маскулинизации — увеличенный клитор и сросшиеся большие половые губы при нормально развитых яичниках, влагалище, мочеиспускательном канале, фаллопиевых трубах и нормальном менструальном цикле (это выяснилось при дальнейшем наблюдении). Важно, что вирусизации с преждевременным оволосением, акселерации скелетных мышц и аденогенитального синдрома у них не было. Похожую картину наблюдал Лоусон Уилкинс (Lawson Wilkins) у 12 из 17 девочек, рождённых при гормональной поддержке этистероном беременно-

сти на фоне угрожающего выкидыша<sup>1</sup>. Были описаны и другие случаи псевдогермафродитизма, спровоцированного этим и некоторыми другими прогестинами: «компрометирующие материалы» были собраны также на норэтиногREL и норэтистерон (всё это — гестагены I поколения, имеющие очевидное андрогенное происхождение).

В то же время появилось предположение, что отрицательное действие гормонов на плод может и не проявиться конкретными органическими нарушениями, но сказаться на функции структур головного мозга. В этом был уверен немецкий нейроэндокринолог Гюнтер Дорнер\* (Günter Dörner), который написал по указанной теме книгу и ввёл в словесный обиход термин «функциональный тератогенез»<sup>\*\*</sup>, понимая под ним глубокие изменения в половой активности, поведении и интеллекте, вызванные повреждающим действием гормонов и некоторых других лекарственных средств на развивающуюся нервную систему. Так, в 1975 году он писал об одном из своих наблюдений: «...В числе мужчин, рождённых в годы Второй мировой войны и в первые месяцы после её окончания, было больше гомосексуалистов, чем среди тех, кто родился в мирное время»<sup>2</sup>. Объяснение этому Гюнтер Дорнер видел в том, что во время бомбардировок и военных действий на городских улицах гормоны стресса усиленно вырабатывались в организме беременных и оказывали избыточный антиандрогенный эффект на мозговые структуры плодов<sup>2,3</sup>.

Очевидные неблагоприятные последствия гормонотерапии при тогда ещё смутных представлениях о её пользе при беременности стали основанием для клинически ценного для того времени заключения, опубликованного в статье 1960 года. Здесь приведена выдержка из неё: «...Назначая гормоны во время гестации, необходимо объективно оценить пользу и риски, которые они могут принести. К сожалению, не доказано, что гормональное лечение повышает вероятность рождения живых детей; при этом ясно, что, только ограничив его, можно свести к минимуму угрозу нарушений половой дифференцировки...»<sup>4</sup>. Тогда же была названа возможная причина этих расстройств: в развитии женского гермафродитизма «обвинили» продукты распада применяемых при гестации экзогенных гормонов, предполагив, что в силу своей

андрогенной активности они обладают тератогенным потенциалом в отношении развивающихся половых органов плода.

Справедливо ли это для гормонов, используемых для предупреждения угрожающего аборта в наши дни? Может ли прогестероновая поддержка беременности обуславливать нарушения дифференциации пола и поведенческие нарушения у ребёнка по мере его роста и развития? При ответе на этот вопрос следует помнить о том, что первые синтетические прогестины — которыми как раз и была спровоцирована маскулинизация плодов женского пола — обладают выраженной (как было принято говорить ранее, «остаточной») андрогенной активностью. Неудивительно, что сегодня эти субстанции во время беременности противопоказаны. В отличие от них, современным препаратам прогестерона андрогеноподобное действие не свойственно — и микронизированный прогестерон, и дидрогестерон высокоселективны и не связываются с андрогеновыми рецепторами, что позволяет предполагать, что эти соединения не оказывают маскулинизирующего эффекта<sup>5,6</sup>.

## Мальчики и девочки: всё дело в тестостероне?

Гендерная принадлежность и половое поведение ребёнка складываются в несколько этапов, и особую роль в этом играют, конечно же, гормоны. Составить об этом представление — значит осознать возможные негативные аспекты гормональной терапии во время беременности.

Итак, очевидно, что на генетический пол, определяемый на уровне хромосом, стероиды не оказывают никакого влияния (зигота мужского кариотипа образуется при слиянии гамет с набором хромосом XY, женского — при объединении двух X-хромосом).

После генетического устанавливается гендерный пол: образуются первичные гонады, и к 7-й неделе эмбриональной жизни они дифференцируются. При этом решающее значение имеет участок гена Y-хромосомы, названный sex-determining region Y chromosome (SRY) — регион Y-хромосомы, детерминирующий пол. Именно благодаря ему первичная гонада преобразуется в семенники, тогда как в его отсутствие — в яичники. На гендерную дифференцировку на этом этапе экзогенные гормональные воздействия, как и на генетический пол, повлиять не могут.

А вот на становление генитального пола (определяемого по строению гениталий), который «прорисовывается» к 7 мес внутриутробной жизни, половые железы действительно влияют. Начиная с 8-й недели семен-

ники секретируют антимюллеров гормон и тестостерон, инициирующие развитие наружных и внутренних половых органов по мужскому типу: под их воздействием регрессирует мюллеров протоки\*, вольфовы протоки дифференцируются в придатки яичек, семенной пузырёк, семявыбрасывающий и семявыносящие протоки; при непосредственном участии тестостерона происходит рост полового бугорка, смещается вперёд и срастается мочеполая бороздка, образуются мошонка и губчатая часть мочеиспускательного канала<sup>7</sup>.

[ Первичные половые признаки — прямое производное именно андрогенных влияний, второго после Y-хромосомы кодирующего фактора, недостаток которых (в том числе в результате дефицита прогестерона) для плода как минимум бесполезен. ]

© Vinogradov Illuz / Shutterstock.com



ники секретируют антимюллеров гормон и тестостерон, инициирующие развитие наружных и внутренних половых органов по мужскому типу: под их воздействием регрессирует мюллеров протоки\*, вольфовы протоки дифференцируются в придатки яичек, семенной пузырёк, семявыбрасывающий и семявыносящие протоки; при непосредственном участии тестостерона происходит рост полового бугорка, смещается вперёд и срастается мочеполая бороздка, образуются мошонка и губчатая часть мочеиспускательного канала<sup>7</sup>.

\* Мужские внутренние половые органы развиваются из первичных вольфовых протоков, женские — из мюллеровых.

Таким образом, плод мужского пола в начале беременности обеспечивает себя необходимым тестостероном. Пик его производства приходится на период между 11–12-й и 14-й неделями, сегодня известный как «окно программирования маскулинизации», т.е. период, критический для последующего развития плода в соответствии с генетически заложенным сценарием<sup>8</sup>.

Субстратом для синтеза тестостерона может быть как холестерин, так и прогестерон. В каскаде превращений принимает участие множество ферментов, дефицит каждого из которых может привести к необратимым изменениям (например, дефицит 3β-гидроксистероиддегидрогеназы обуславливает



\* Благодаря работам Гюнтера Дорнера гомосексуализм в 1989 году был определён как особый вид сексуальной ориентации, что вывело его из разряда болезней и психических расстройств и стало основанием для его исключения из Международной классификации болезней IX пересмотра, действовавшей с 1975 по 1994 год.

\*\* Сегодня более распространён термин «поведенческая тератогенность».





МАРС

КАЗАНЬ  
23–25 октября  
2014 года



IV ОБЩЕРОССИЙСКИЙ СЕМИНАР  
«РЕПРОДУКТИВНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ РОССИИ:  
КАЗАНСКИЕ ЧТЕНИЯ»  
Korston Hotel & Mall Kazan

StatusPraesens  
Profimedia

синдром врожденной гиперплазии коры надпочечников с недоразвитием наружных половых органов у мальчиков). Таким образом, первичные половые признаки — **прямое производное именно андрогенных влияний**, второго после Y-хромосомы кодирующего фактора, недостаток которых (в том числе в результате дефицита прогестерона, субстрата для андрогенов) для плода как минимум бесполезен.

В отличие от мужского типа, гендерная дифференцировка репродуктивных органов по женскому типу проходит без участия андрогенов: в отсутствие тестостерона мюллеровы протоки преобразуются в фаллопиевы трубы, матку и верхнюю часть влагалища, наружные гениталии подвергаются лишь незначительным изменениям: половой бугорок превращается в клитор, губно-мошоночные складки — в большие половые губы, а открытая мочеполая бороздка образует преддверие влагалища. Именно поэтому при отсутствии (агенезии) или глубоком нарушении развития (дисгенезии) гонад внутренние и наружные половые органы формируются только по женскому типу, независимо от генетической программы. Если же внутриутробно развивается девочка, избыточное воздействие андрогенов может привести к нарушениям детерминирования генитального пола.

### Слабое место гендерной детерминации

Сегодня нет никаких сомнений, что половые гормоны оказывают большое влияние и на функции головного мозга — не только взрослого человека, но и ребёнка, в том чис-

выше, чем постнатальная<sup>9</sup>. Это важное свойство реализуется за счёт разнообразных механизмов, лишь о немногих из которых нам известно в настоящее время:

- уменьшение церебрального оттока (вазогенного или цитотоксического);
- снижение свободнорадикального и липидного окисления;
- изменение выраженности апоптоза.

Здесь очень важно заметить, что для синтеза наиболее активного метаболита тестостерона (дигидротестостерона) нужен тот же самый фермент, за который, по сути, аллопрегнанолон и дигидротестостерон прямо конкурируют между собой.

Продолжая рассуждения о гендерных различиях, нужно сказать, что направленность сексуального влечения и поведения (его феминности или маскулинности) в целом формируется также **внутриутробно**. И в то время как о роли некоторых агентов есть довольно убедительные данные (например, исследование 2010 года о несоответствии игрового поведения мальчиков возрастной норме из-за антенатального воздействия фталатов, уровень которых определяли в моче матери во время беременности<sup>10</sup>), значение гормонов в этом процессе не так однозначно хотя бы потому, что **половая дифференцировка мозга** — ось, вокруг которой и вращается поле дискуссии в настоящее время, — завершается **позже** гонад<sup>8,11</sup>. С другой стороны, маскулинное поведение девочек, находившихся под избыточным андрогенным влиянием во внутриутробном периоде, позволяет говорить о том, что половые стероиды всё-таки вовлечены в процесс последующей половой самоидентификации<sup>12</sup>.

Таким образом, зная механизмы внутриутробного стероидогенеза, можно было бы предположить, что в случае избытка проге-

на на этот счёт **отсутствуют**, возможно потому, что нерационально планировать исследования, в которых бы прицельно изучали последующее развитие детей, матери которых получали препараты прогестерона во время беременности **необоснованно**.

Итак, весь пласт существующих теоретических выкладок разбивается о простое обстоятельство: в настоящее время чётких доказательств отрицательного влияния прогестерона на половую дифференцировку плода редакции **найти не удалось**, как не удалось это ни одной серьёзной организации, регламентирующей обращение лекарственных средств. Даже FDA хранит по этому поводу молчание, хотя это строгое управление всегда руководствуется максимой «запретить как можно больше». Кстати, эта максима в своё время спасла американских женщин и детей от вовлечения в талидомидовую трагедию, не позволив пропустить талидомид на американский рынок.

Возможно, в ближайшие годы и появятся новые данные, однако сегодня история применения гестагенов при беременности насчитывает уже более 50 лет. А это немалый срок для того, чтобы обнаружить даже редкие побочные эффекты. В связи с этим вероятный риск для ребёнка от гормонального лечения препаратами прогестерона во время беременности пока можно лишь предполагать, а целесообразность самой гормонотерапии расценивать только с учётом **пользы**, которую она приносит и которая к настоящему времени действительно **подтверждена** в качественных клинических исследованиях.

### Прогестерон: коэффициент полезного действия

В рассуждениях о вероятных (призрачных!) рисках прогестеронотерапии при беременности нельзя не обратиться к тем реальным преимуществам, в отношении которых доказательных данных грандиозно много. В отличие от 1960-х годов, когда клиницисты настоятельно предостерегали от назначений препаратов прогестерона во время беременности, поскольку их эффективность тогда ещё не была подтверждена в качественных клинических исследованиях, к настоящему времени эти средства не только получили доказательную базу, но и накопили масштабный опыт использования.

Например, при поддержке беременности дидрогестероном за период с 1998 по 2005 год, по приблизительным подсчётам, во всём мире родилось более 10 млн детей; при этом ни одного доказательного сообщения о неблагоприятном влиянии на плод получено **не было**, сообщил проф. Бруно Люненфельд (Bruno Lunenfeld) в 2013 году<sup>\*</sup>.

Твёрдо доказано, что препараты прогестерона при гестации способствуют рождению живых детей: результаты метаанализа, объединившего пять рандомизированных исследований и более 770 беременных с бессимптомным укорочением шейки матки (менее 25 мм по данным УЗИ), показали, что интравагинальное применение микроинформированного прогестерона эффективно предупреждает прерывание беременности поздних сроков — на 42% на сроке до 33 нед, на 31% — до 35 нед гестации<sup>13</sup>. Той же цели — предотвращению угрозы преждевременных родов — способствует и дидрогестерон: он способен на 2 нед увеличивать время внутриутробного пребывания плода<sup>14</sup> в этой сложной клинической ситуации.

Не менее важны для современной России возможности дидрогестерона и микроинформированного прогестерона<sup>15,16</sup> предупреждать выкидыши при привычном не-

### Теории гомосексуализма

Понимание природы гомосексуального поведения всегда порождало много споров, научных и псевдонаучных теорий, тем более что лишь недавно, в 1999 году, гомосексуализм был исключён из числа болезней как таковых, а до этого времени, в том числе в Советском Союзе, этот «диагноз» предполагал лечение в психиатрических учреждениях.

Согласно **психологической теории** (по Зигмунду Фрейду), все люди при рождении бисексуальны, но в обычных условиях психосексуальное развитие у них идёт по гетеросексуальному пути. В некоторых случаях оно может замереть, остановиться на «незрелой» стадии, что якобы обуславливает гомосексуальные предпочтения. Некоторые последователи З. Фрейда, как, например, психоаналитик Ирвинг Бибер, были убеждены, что причину гомосексуальности нужно искать в семейных отношениях, когда мать чересчур властна, а отец — слабovolен.

Популярностью пользовалась **бихевиористическая теория**, в соответствии с которой сексуальная ориентация формируется под «давлением» социума (модных поверий или принятых норм поведения в определённых социально-культурных группах населения) или же самых близких людей (при совращении детей или подростков взрослыми того же пола).

Ни одна из этих теорий не объясняла природы гомосексуальности в целом, разъяря в большинстве своём лишь отдельные случаи, и потому скоро на смену этим гипотезам пришли **биологические**. Так, самой первой в этом ряду стала **генетическая теория**, которую в настоящее время опровергают отсутствием достоверных сведений о «гене гомосексуальности».

Более жизнеспособной оказалась **эпигенетическая теория**, объясняющая нарушение сексуального поведения изменением экспрессии генов и фенотипа клетки, вызванным механизмами, не затрагивающими последовательности ДНК. Сторонники этой теории полагают, что гомосексуальность формируется вследствие того, что организм матери, когда ещё сам был плодом, настолько сильно «защищался» от ненужного ему тестостерона, что сумел «передать» эту защиту сыновьям.

Как бы то ни было, ни одна из этих гипотез до настоящего времени не получила точного научного подтверждения, поэтому наиболее вероятно, что гомосексуальность имеет **мультифакторную основу**. Единственное, что не подлежит сомнению, — это то, что сам индивид не способен регулировать свою сформировавшуюся сексуальную ориентацию, и, осознав её *de facto*, он попадает в условия мощного социального прессинга. Медицинских методов «излечения» от гомосексуальности не существует, и единственное, что может предложить им современная медицина, — психотерапевтические воздействия, преследующие лишь одну цель: примирения с собственной природой.

вынашивании беременности, равно как и улучшать прогноз при спорадической угрозе прерывания<sup>17</sup>. Совершенно незаменимы прогестины и в программах ВРТ<sup>18</sup>.

Прогестерон в целом в отношении беременности оказывает множество положительных влияний<sup>19</sup>.

■ **Гестагенное действие.** Гормон подготавливает эндометрий к имплантации оплодотворённой яйцеклетки: обеспечивает его полноценную секреторную трансформацию и децидуальные превращения, способствует росту, развитию и васкуляризации миометрия, изменению стенок сосудов для нормального формирования плаценты.

■ **Токोलитический эффект.** Миорелаксирующее действие прогестерона обусловлено снижением количества рецепторов окситоцина, а также подавлением синтеза простагландина F<sub>2α</sub> и ИЛ-8.

■ **Антиминералокортикоидное влияние.** Гормон препятствует задержке избытка жидкости, которую в организме беременной провоцируют эстрогены и минералокортикоиды: он усиливает диурез и экскрецию натрия с мочой.

■ **Иммуномодулирующий эффект.** Важная роль в нормальном течении беременности принадлежит иммунной системе, в том числе иммуноупрессивной активности прогестерона: доказано, что падение уровня гормона ведёт к повышению цитолитической активности НК-клеток в крови, в результате чего плодное яйцо отторгается.

■ **Анксиолитическое и седативное действие.** Метаболит прогестерона — аллопрегнанолон — воздействует на ГАМК-рецепторы мозга и обеспечивает нейропротекцию головного мозга как женщины, так и плода, а также положительно влияет на психоэмоциональное состояние беременной.

Существуют и другие «точки приложения» прогестерона во время беременности — его не зря называют «главным гормоном гестации». Например, поступающий от матери гормон становится основным строительным материалом для антенатального синтеза эстрогенов, андрогенов, глюкокортикоидов и альдостерона<sup>9</sup>. Другое важное свойство прогестерона, о котором уже упоминалось ранее, — влияние на головной мозг плода. Результаты исследований, завершённых в текущем (2014) году в США и Германии, говорят о том, что дефицит ма-

теринского прогестерона во время беременности **чреват последующим аутизмом для ребёнка** независимо от его пола и бронхиальной астмой для девочки<sup>20,21</sup>.

Российским акушерам-гинекологам в начале 2000-х годов пришлось столкнуться с двумя серьёзными «вызовами времени». И первым вызовом, ломающим стереотипы, стала, как ни странно, **доказательная медицина**, в корне меняющая многие устоявшиеся десятилетиями алгоритмы диагностики и лечения.

Выйти из-под авторитарного влияния отечественных «научных школ», закреплённого, кстати, в нормативно-приказной базе, оказалось очень непросто, однако информативные потоки и, главное, доказательная аргументированность многих новых установок в конце концов почти приучили российского специалиста проверять на прочность любую информацию. Именно за этим глобальным вопросом из детства «А чем докажешь?» сегодня кроется один из признаков настоящего профессионала. И в этой связи дискуссия о безвредности/вредности прогестина при беременности должна быть переведена из плоскости обмена частными мнениями в область **достоверной информации**.

При этом нельзя забывать и о втором вызове нашего времени, вполне практического свойства. Общее состояние здоровья женщин репродуктивного возраста в России позволяет сегодня утверждать (и эта цитата вынесена на обложку предыдущего выпуска SP): женщина XXI века практически лишена возможности пройти путь к беременности и родам без сложностей. И здесь препараты прогестерона — **крайне нужный инструмент для работы**, без которого современная репродуктология немислима.

Именно поэтому, взвешивая сомнительные риски и реальную пользу, нужно опираться на твёрдые аргументы и как минимум следовать известным рекомендациям FDA: «назначение возможно, когда польза превышает вероятные риски». В случае прогестероновой поддержки беременности это «превышение» более чем несомненно, особенно если в анамнезе пациентки уже было досрочное завершение гестации и/или в настоящее время диагностированы гипопрогестеронемия (многократными исследованиями) либо значительное укорочение шейки матки (её длина составляет менее 25 мм)<sup>22</sup>. **SP**



ле во время его внутриутробного развития. Для плода любого пола чрезвычайно важна **нейропротективная способность** аллопрегнанолон, метаболита прогестерона, образующегося под влиянием фермента **5α-редуктазы**, антенатальная активность которой в 7 раз

стерона 5α-редуктазы будет «израсходована» на синтез аллопрегнанолон, и плод, если он мужского пола, не сможет синтезировать достаточное количество андрогенов. Однако тут чрезвычайно важно отметить, что современные доказательные исследова-

\* Выступление на IV Конгрессе с международным участием «Ранние сроки беременности», проходившем в Москве в РУДН 16–18 мая 2013 года, на котором с докладом «Роль прогестерона в имплантации и ранней беременности» выступил проф. Бруно Люненфельд — одна из ключевых фигур в мировой репродуктологии.

[ Для плода любого пола чрезвычайно важна нейропротективная способность аллопрегнанолон, метаболита прогестерона, образующегося под влиянием фермента 5α-редуктазы, антенатальная активность которой в 7 раз выше, чем постнатальная. ]





МАРС

КАЗАНЬ  
23–25 октября  
2014 годаIV ОБЩЕРОССИЙСКИЙ СЕМИНАР  
«РЕПРОДУКТИВНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ РОССИИ:  
КАЗАНСКИЕ ЧТЕНИЯ»  
Korston Hotel & Mall KazanStatusPraesens  
Profimedia

# микробные биоплёнки: новые научные данные из самых первых уст

## Полимикробные сообщества: новая эра в микробиологии

По материалам выступления  
проф. Александра Свидзинского в рамках  
Форума «Шейка матки и вульвовагинальные  
болезни» (28 февраля 2014 года)

Автор-обозреватель: Хильда Юрьевна Симонская,  
StatusPraesens (Москва)

Участие Александра Свидзинского, основоположника учения о биоплёнках и признанного мировым сообществом авторитета в микробиологии, стало большой честью для организаторов Форума «Шейка матки и вульвовагинальные болезни»\*. Главный врач гастроэнтерологической амбулатории и руководитель Молекулярно-генетической лаборатории университета им. Гумбольдта в Берлине прочёл свою лекцию на русском языке (с Россией связана история его семьи) и доклад о новейших тенденциях в лечении инфекционных состояний.

Благодаря работам проф. А. Свидзинского новое применение в микробиологии нашла диагностическая методика флуоресцентной гибридизации *in situ* — простой и быстрый в исполнении, высокоточный способ увидеть и сфотографировать биоплёнку, проанализировать её состав и проследить её реакцию на антибактериальные препараты. Вероятно, вскоре эта технология выйдет на первый план в изучении полимикробных сообществ, в том числе поражающих урогенитальный тракт.

Ключевая проблема современной микробиологии и терапии инфекционных заболеваний, по мнению проф. А. Свидзинского, заключается в том, что мы неправильно рассматриваем саму причину патологического процесса. «Мы не первые, кто совершает эту ошибку», — сообщил слушателям проф. А. Свидзинский. В доказательство он вспомнил о трудной судьбе Игнаца Земмельвейса (Ignaz Semmelweis), непонятого и отвергнутого современниками в 1860-х годах вместе с прогрессивной идеей о яртогенности акушерской инфекции. Тогдашние авторитеты медицины, будучи хорошо осведомлены об открытии Энтони Левенгука (Antoni van Leeuwenhoek), сделанном за два столетия до того, рассуждали так: бактерии повсюду, а значит, в родильной горячке не имеют отношения, врач ни при чём, а Земмельвейсу место в психиатрической клинике. В потасовке, завязавшейся после высказывания опального учёного о том, что «...врачи, которые не моют руки, — убийцы», Земмельвейс был ранен и спустя некоторое время скончался от сепсиса.

Тем не менее вал научных открытий уже было не остановить: 1864 годом датированы первые открытия Пастера, начавшего дискуссию о заражении бактерий, способов их переноса, возможностей борьбы с ними. Несколько позже Генрих Герман Роберт Кох (Heinrich Hermann Robert Koch) сформулировал легендарные постулаты, определившие понятие «инфекция» в самом общем смысле. Говоря иначе, это те признаки-требования, которые в обязательном порядке должны присутствовать, чтобы признать бактерию первопричиной того или иного заболевания.

Возбудителя неизменно можно обнаружить в организме больных людей (или животных), а у здоровых его нет.

Патоген необходимо изолировать от больного человека (или животного), и его штамм должен быть выращен в чистой культуре.

При заражении чистой культурой микроорганизма здоровый человек (или животное) заболевает.

Так вот как раз с тех самых пор микробиология как наука страдает излишней дискретностью. За минувшие столетия было описано множество монобактериальных и моновиральных инфекций, за десятилетия существования антибиотиков к ним подобраны алгоритмы лечения. Ещё сравнительно недавно звучали самонадеянные утверждения о том, что инфекционные заболевания побеждены человечеством. Это, разумеется, не так, потому что в отношении полимикробных состояний наука делает лишь первые шаги, не сильно продвинувшись со времён Левенгука, впервые увидевшего и описавшего пестроту и лабильность бактериального мира. Почему?

До сих пор в клинической практике врачи в буквальном смысле не удаивают внимания полимикробные сообщества (как и современники Земмельвейса), оправдывая себя тем, что не имеют ресурсов для полноценной диагностики. В свою очередь микробиологи и специалисты лабораторной диагностики настойчиво и даже упрямо пытаются в качестве причины того или иного инфекционного состояния изолировать определённую бактерию. Это неверно! Пора осмыслить, что одна бактерия — только часть картины, при этом в естественной полимикробной среде даже она ведёт себя совсем по-другому, руководствуясь особыми законами. Разница столь же колоссальна, как между инфузориной-туфелькой и биоценозом лесного озера.

«...Постулаты Коха неприменимы к полимикробным состояниям. С этой точки зрения природа мультибактериальных инфекций до сих пор не изучена, — говорит проф. А. Свидзинский. — Научная деятельность моей лаборатории и практическая работа в клинике посвящены именно изучению бактериальных биоплёнок. Кроме того, мы нацелены на смену парадигм в философии инфекционных процессов, разработку и внедрение новых диагностических средств, создание новых терапевтических возможностей для успешного избавления от давно известных, но до сих пор ошибочно считавшихся неизлечимыми болезней».

### Как искать и куда смотреть

Даже в сугубо практическом плане проблема полимикробных биоплёнок гораздо шире, чем просто непредсказуемость поведения составляющих её бактерий. Любой патоген или симбионт, «организовавший» биоплёнку в кооперации с другими микроорганизмами, становится трудноуловимым для антибактериальных препаратов. Известно, что именно консервация возбудителя в глубоких слоях биоплёнки оказывается причиной упорных рецидивирующих инфекций мочевыводящих путей и бактериального вагиноза<sup>1</sup>. Присутствие гарднерелл можно считать первым условием для образования особо плотной и толстой биоплёнки.

Именно с этим связаны сложности в соотношении какого-либо конкретного возбудителя и клинической картины бактериального вагиноза. Если представить себе, что биоплёнка — густой лес, то сразу станет понятно, что «деревья»-гарднереллы создают условия, в которых могут жить «птицы»-*Atopobium vaginae*, «медведи»-*Mobiluncus* и прочие многочисленные обитатели.

Действительно, за десятилетия изучения бактериального вагиноза удалось найти несколько возбудителей, более или менее специфичных для этого заболевания, однако исследователей регулярно ставили в тупик два обстоятельства: во-первых, у клинически здоровых женщин эти микробы тоже периодически обнаруживали, а во-вторых, у явно больных бактериальным вагинозом их находили не всегда. С точки зрения классической триады Коха — полная бессмыслица (возможно, именно поэтому бактериальный вагиноз до сих пор не удостоился собственного кода в МКБ<sup>2</sup>). Однако в критериях учения о биоплёнках и мультибактериальных инфекциях ситуация представляется вполне понятной... По крайней мере, становятся ясны причины прежних заблуждений.

Поскольку изучение нового измерения приходится начинать с разработки новых парадигм, то и прежние исследовательские способы оказываются устаревшими. Необходимость в поиске альтернатив обусловлена неточностью и субъективностью оценок при окраске по Граму, вариабельностью гарднерелл (их легко спутать с цепями кокков или лактобактериями), а также недостаточностью наличия «ключевых клеток» в мазке как диагностического критерия бактериального вагиноза в тех случаях, когда речь идёт о биоплёнке. Изучение полимикробных сообществ культуральными методами невозможно; из прежнего методического арсенала годится лишь микроскопия в наиболее давнем её значении (впрочем, есть существен-

ные нюансы в способах окрашивания и фиксации образцов). Вот почему особенно ценными становятся методы иммунофлуоресценции и флуоресцентной гибридизации *in situ* (fluorescence *in situ* hybridization, или FISH).

### Fluorescence in situ hybridization (FISH)

Каждая живая клетка содержит в себе  $10^2$ – $10^3$  рибосом с различными видами РНК, на которой различают высокоспецифичные и универсальные участки. Возможность перед микроскопией пометить флуоресцентной краской олигонуклеотид, входящий в состав специфического участка, позволяет экспериментатору выделить отдельный вид бактерий в пробе. Единственное ограничение метода — одновременно можно применить не более четырёх флуоресцентных красителей, поскольку компьютерные технологии в этой области до сих пор не задействованы, а различить невооружённым глазом большее количество вариантов меток затруднительно. Тем не менее возможность окрашивания четырёх видов бактерий одновременно позволяет продемонстрировать расположение, поведение и особенности каждого вида в составе биоплёнки — в отличие от хаотической взвеси, формирующейся при использовании культурального метода (рис. 1).

Если применить FISH для изучения слизистой оболочки влагалища, глазу исследователя внезапно открывается совершенно непривычная картина.

Принято считать, что во влагалище очень много бактерий, это известно по результатам микроскопического (светлопольного) исследования мазков влагалищного отделяемого. Мазок представляет собой порцию слизи и слущенных зрелых эпителиоцитов, не способных к противомикробной защите, зато наполненных гликогеном — питательным веществом для сапрофитов. Таким образом, в мазке можно увидеть тех, кто «пришёл полакомиться» отмершими клетками, а вовсе не истинно обсеменённость слизистой оболочки. Как ни удивительно, в биоплате слизистой оболочки здоровой женщины на поверхности эпителия не видно никаких бактерий. Разумеется, они там есть, но... считанные единицы КОЕ/мл в нескольких полях зрения, что соответствует примерно  $10^4$ – $10^5$  и что, разумеется, клинически незначимо (рис. 2).

А вот при бактериальном вагинозе видна очень толстая, довольно плотная биоплёнка,



Александр Свидзинский, MD, PhD (Берлин, Германия), главный врач гастроэнтерологической амбулатории, основатель и руководитель Молекулярно-генетической лаборатории университета им. Гумбольдта. Выпускник факультета фундаментальной медицины МГУ им. М.В. Ломоносова. В 2005 году открыл и охарактеризовал микробные биоплёнки при бактериальном вагинозе.

преимущественно состоящая из гарднерелл и сплошь покрывающая всю поверхность биоптата. Таким образом, высокоинтенсивное (организм пытается избавиться от непрошенных гостей) слушивание и выход эпителиоцитов из влагалища происходит обязательно с увеличением частей биоплёнки, что чрезвычайно значимо для неинвазивной диагностики этого состояния (рис. 3).

### Проба особой информативности

Высокоэффективный и простой метод диагностики бактериального вагиноза состоит в микроскопии окрашенных клеток отторгнутого эпителия, полученных из осадка мочи пациенток. На поверхности этих клеток фиксированы фрагменты биоплёнки, сформировавшиеся на слизистой оболочке влагалища. Правила сбора мочи для выполнения этого анализа прямо противоположны традиционной подготовке — накануне вечером не следует выполнять никаких гигиенических процедур, для исследования нужна первая порция мочи, собранная утром. Если моча нативная (в контейнере не содержится веще-



\* Прошёл в Москве 27 февраля — 1 марта и собрал 2000 специалистов. В числе организаторов: Российский университет дружбы народов, Медиабюро StatusPraesens и Российская ассоциация по генитальным инфекциям и неоплазиям (РАГИН).





MARС

КАЗАНЬ  
23–25 октября  
2014 года



IV ОБЩЕРОССИЙСКИЙ СЕМИНАР  
«РЕПРОДУКТИВНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ РОССИИ:  
КАЗАНСКИЕ ЧТЕНИЯ»  
Korston Hotel & Mall Kazan

Status Praesens  
Profimedia

## Инфекционные аспекты ЭКО

«Одна из моих амбулаторных пациенток рассказала, что первому в её жизни эпизоду бактериального вагиноза, случившемуся за 15 лет до беседы, предшествовала попытка фертилизации донорской спермой в Лейпциге. Беременность не наступила, зато развилась яркая клиническая картина заболевания. Эта история заинтересовала меня. Я попросил прислать мне 20 произвольных образцов из банка спермы. Естественно, что этот биоматериал тщательно изучают для обнаружения всевозможных патогенов, но исследование на биоплёнку и гарднереллезную инфекцию в списке, разумеется, не было.

При подготовке материала по возможности освобождают от эпителиальных клеток и лейкоцитов, но при большом количестве слущенных клеток (что объяснимо механическим воздействием при получении спермы донором) полная очистка невозможна. Результаты флуоресцентной микроскопии впечатлили: в четырёх образцах были обнаружены эпителиальные клетки с отчётливыми биоплёнками на основе гарднерелл<sup>2</sup>. Получается, не всегда попытки фертилизации донорской спермой делают женщину счастливее».

Проф. А. Свидзинский

ство-фиксатор), доставить образец в лабораторию следует в течение 3–5 ч.

Методика FISH неинвазивна, технически проста и не требует значительных финансовых и временных затрат, за исключением покупки флуоресцентного микроскопа. Окраска образца клеток из осадка мочи обходится не дороже, чем микроскопия по Граму, и занимает времени лишь на 20 мин больше. При учёте возможности фиксации образца мочи опыт проф. А. Свидзинского подтверждает хорошую воспроизводимость методики и высокую достоверность лабораторных результатов.

При внедрении FISH в диагностический арсенал следует учитывать, что отрицательный результат (отсутствие бактериального вагиноза) можно постулировать только в том случае, если при микроскопии были визуализированы эпителиальные клетки (рис. 4). Если же в осадке мочи десквамированного эпителия нет и оценить наличие на нём фрагментов биоплёнки невозможно, то и заключение об отсутствии бактериального вагиноза делать преждевременно.

Кстати, в пробах, полученных от клинически здоровых женщин, регулярно обнаруживают гарднереллы в виде дисперсно расположенных отдельных бактерий, не проявляющих тенденций к образованию биоплёнок даже при длительном наблюдении. Ещё предстоит выяснить, в чём состоит принципиальная разница между дисперсными гарднереллами, не доставляющими неприятностей здоровым пациенткам, и адгезивными формами, активно образующими биоплёнки. Возможно, дело вовсе не в структуре самих гарднерелл, а в присутствии какого-то пока неизвестного фактора микробной или иммунной природы.

Метод иммунофлуоресцентной микроскопии заставляет также переосмыслить то, что ранее было известно о лактобациллярной микрофлоре влагалища. При обработке анилиновыми красителями небольшие концентрации лактобактерий очень заметны благодаря интенсивному окрашиванию и крупным размерам клеток. Однако рост численности

лактобацилл приводит к тому, что они мельчают и неравномерно окрашиваются, вследствие чего лактобактерии легко спутать со многими другими микроорганизмами. При изучении лактобактерий, меченных флуоресцентными красителями на молекулярном уровне, таких ошибок быть не может.

С другой стороны, поскольку гарднереллы относятся к грамположительным бактериям, в культуре их легко спутать с лактобактериями. Использование специфических методов демонстрирует, что численность лактобацилл на фоне бактериального вагиноза не уменьшается и даже, наоборот, увеличивается (концентрация лактофлоры у больных бактериальным вагинозом обычно выше, чем у здоровых), однако правильно оценить эти изменения без генетической маркировки мешают значительные изменения в морфологии бактерий.

Вторая по частоте обнаружения (после гарднерелл) группа бактерий, входящих в состав биоплёнок при бактериальном вагинозе, — *Atopobium vaginae*; их до 30% клеточной массы. В этом случае биоплёнка формируется достаточно агрессивная. Как правило, такая ситуация сопровождается выраженной клинической картиной бактериального вагиноза.

## Маркер сексуального опыта

Действительно, изменения мочевого осадка, характерные для бактериального вагиноза, можно наблюдать не только у женщин репродуктивного возраста. Впервые подобные изменения в анализах мужчин обнаружили случайно, но находка разожгла исследовательский интерес. Неужели бывает мужской «бактериальный вагиноз»? Для изучения этого вопроса автор исследовал пробы мочи от 100 женщин, 100 мужчин и 100 детей до наступления пубертатного возраста.

В пробах гарднерелла фигурировала в двух формах: дисперсной и адгезивной (в составе биоплёнок). У 20% женщин гарднереллы были дисперсными, ещё у 13%

обнаружили гарднереллезные биоплёнки, в остальных пробах эпителиальные клетки осадка мочи были «чистыми». У мужчин в семи пробах обнаружили дисперсную форму; биоплёнки фигурировали в 2 раза реже. У детей биоплёнку в моче не удалось обнаружить ни разу, чего нельзя сказать о дисперсных гарднереллах.

Позже на исследование поступил анализ ребёнка 12 лет, где была обнаружена гарднереллезная биоплёнка впечатляющих размеров. Зная о невозможности передачи адгезивной формы гарднерелл контактно-бытовым путём<sup>3</sup>, заподозрили сексуальное насилие в семье, и позже эта информация была подтверждена сотрудниками детской патронажной службы.

## Идентификация «нулевого пациента»

Учитывая строго сексуально-трансмиссивный характер передачи гарднереллезных биоплёнок, особенно интересными оказались результаты обследования семейных пар. Во многих странах, в том числе в Германии, распространена практика совместной диспансеризации для пар, планирующих беременность или уже ожидающих ребёнка. При амбулаторном сборе анализов мочи у 72 пар 17% женщин оказались носительницами биоплёнки, типичной для бактериального вагиноза. Интересно, что у партнёров этих пациенток в 11% проб также обнаружили биоплёнки, зато у девушек с дисперсно расположенными гарднереллами не только биоплёнок не нашли, но и партнёры были здоровы<sup>3</sup>.

Результаты исследования убедительно свидетельствуют о том, что перенос биоплёнки (а значит, и заражение бактериальным вагинозом) возможен только при сексуальном контакте.

К сожалению, распространённость заболевания в популяции огромна: к примеру, в Аргентине бактериальный вагиноз диагностируют у каждой четвертой пациентки гинеколога. Можно было бы предположить, что инфицирование мужчин происходит реже благодаря использованию барьерной контрацепции, но это, к сожалению, не так. Дело в анатомических особенностях и погрешностях диагностики: микроорганизм размножается в препуциальном мешке, содержимое которого, как правило, не попадает в пробу мочи.

Проф. А. Свидзинский сообщил, что с большим интересом ждёт данных о том, как влияет мужское обрезание на вероятность развития бактериального вагиноза (Берлин, где расположен офис клиники Charité, — самый большой город с турецким населением после Анкары, и популяция мужчин, перенёвших обрезание, здесь достаточна для изучения).

## Биоплёнки и эндометрий

Недавняя новость о том, что гарднереллезные биоплёнки обнаружены на слизистой оболочке матки, заставила всё акушерско-гинекологическое сообщество переосмыслить прежние представления о микробиоценозе половых путей и отношении к бактериальному вагинозу в частности. По поводу корректности опубликованных данных прозвучали сомнения, в том числе эксперты предположили, что материал, полученный из полости матки, был контаминирован биоплёнкой при пассаже через влагалище.

В целом при кюретаже такая ситуация теоретически возможна, но при микроскопии несостоятельность версии сразу становится очевидна: биоплёнка слишком аккуратно «заправлена» в складки эндометрия; случайно воспроизвести такое на клеточном уровне невозможно, поэтому конкретная биоплёнка явно выросла, прилегая именно к этим ворсинкам эндометрия.

Интересными оказались результаты сопоставления распространённости бактериального вагиноза, лабораторно подтверждённого при изучении осадка мочи, и исследования материала, полученного при кюретаже стенок полости матки по разным

клиническим поводам. У небеременных пациенток гарднереллезная биоплёнка была обнаружена в 19% проб, что соответствует среднепопуляционным показателям для Германии (17–22%). А вот у женщин после кюретажа по поводу выкидыша или замершей беременности частота обнаружения бактериального вагиноза была значительно выше (43%). Это подтверждает выводы о чрезвычайной прогностической неблагоприятности этого состояния для беременности, особенно в I триместре.

В настоящее время для изучения биоплёнок на поверхности эндометрия исследуют соскобы, поскольку малоинвазивные методики удешевляют диагностический алгоритм и облегчают взаимопонимание с пациенткой. Особенно познавательным оказалось то, что в материале, получаемом при обычной биопсии эндометрия, биоплёнки отчётливо видны не только при окрашивании флуоресцентными методами, но и при традиционной окраске по Граму. Патоморфологи до сих пор никогда не видели биоплёнки на эндометрии

вани метронидазола, флуоресценцию в препарате сохраняли лишь отдельные бактериальные клетки, однако разрушения биоплёнки не произошло и в этом случае<sup>6</sup>. К сожалению, после отмены препарата активность микроорганизмов также довольно быстро восстановилась. По всей видимости, применению антибиотиков должны предшествовать те или иные способы фрагментации биоплёнки.

Следующую попытку локального интенсивного воздействия на биоплёнку предприняли, вооружившись антисептиком октенидина гидрохлоридом в форме раствора для местного орошения слизистой оболочки влагалища. Поэкспериментировав с продолжительностью курса терапии и кратностью обработок, удалось излечить порядка 60% пациенток с рецидивирующим бактериальным вагинозом (при этом во многих случаях выздоровление наступало у женщин с упорным течением заболевания и неэффективностью антибактериальной терапии<sup>7</sup>). Тем не менее кумулятивное количество невоспри-

## Пришельцы из прошлого

Любимый пример проф. А. Свидзинского для иллюстрации возможностей мультибактериальных ассоциаций — строматолиты (ископаемые остатки цианобактериальных сообществ). 1,5 млрд лет назад эти колонии достигали 10 м в высоту и были распространены повсеместно, а современные образования не превышают 40 см и занимают самые незавидные экологические ниши (залив Шарк-Бэй и некоторые солёные озёра в Австралии).

Если характеризовать этот феномен в постулатах Коха, ничего радикально нового обнаружить не удастся. Современные строматолиты образованы хорошо известными и вполне изученными бактериями. Однако при попытке изолировать конкретные микроорганизмы и перенести их в другое место новый строматолит формироваться не будет, поскольку для этого необходима кооперация, совместная деятельность бактерий. Чтобы перебазировать строматолит, достаточно отломить кусочек и переместить целиком. И тогда он прекрасно растёт...

потому, что в стандартной подготовке препарата к микроскопии используют формалин, разрушающий все поверхностные структуры и превращающий биоплёнку в детрит. Для правильной фиксации бактерий в биоплёнке нужно использовать безводные реактивы. Безусловно, эти вещества обладают резкими запахами, но пользоваться ими в ежедневной работе лучше и безопаснее для здоровья, чем формалином, контакт с которым расценивают как профессиональную вредность.

## Наброски тактики

Весьма показательно выглядят эксперименты с флуоресцентным окрашиванием материала, взятого от пациенток в период лечения бактериального вагиноза, ведь способы борьбы с биоплёнками — главный практический вопрос, волнующий каждого врача. Первым препаратом, влияние которого на течение заболевания решено было исследовать, был метронидазол, и результаты не просто выглядели удручающе, но и полностью коррелировали с современными клиническими наблюдениями<sup>4</sup>. В большинстве случаев биоплёнка, вместо того чтобы подвергнуться фрагментации и элиминироваться, «замирала», т.е. бактерии, входящие в её состав, переходили в фазу анабиоза или споры<sup>5</sup>. Окрашиваемость биоплёнки, прямо коррелирующая с активностью рибосом, при этом резко снижалась. Однако излечением это назвать было нельзя: спустя 35 дней по завершении терапевтического курса у большинства обследованных происходила реактивация биоплёнки. Строго говоря, при «лечении» метронидазолом возобновление патологических симптомов бактериального вагиноза даже нельзя считать рецидивом в полном смысле этого слова, поскольку наблюдение за биоплёнкой позволяет утверждать, что применение метронидазола вовсе не обеспечивает лечение данного заболевания.

К тому, что попытка лечения антибиотиками широкого спектра пройдёт по похожему сценарию, оказались не готовы даже сами исследователи. «Тяжёлой артиллерией» был выставлен один из самых современных и мощных препаратов, моксифлоксацин. Лекарственное угнетение биоплёнки было значительно более глубоким, чем при использо-

ваных к этой терапии пациенток осталось довольно большим. Проф. А. Свидзинский особо подчеркнул, что в дизайне описанных работ вероятность повторного заражения бактериальным вагинозом от полового партнёра не учитывалась, однако с каждой пациенткой проводили разъяснительную беседу (включающую демонстрацию слайдов со снимками имеющихся биоплёнок) и получали от неё весьма убедительное устное обещание воздерживаться от сексуальных контактов как минимум до завершения лечения. «Я вполне уверен, что в данном случае повторное заражение бактериальным вагинозом не могло играть заметной роли», — сказал лектор.

Судя по всему, группе учёных-энтузиастов под руководством проф. А. Свидзинского предстоит сделать много интересных находок. И среди ближайших планов лаборатории — подбор вещества (дезинфектанта?) поверхностно-активного соединения<sup>8</sup>), способного разрушить биоплёнку и обеспечить доступ антимикробным средствам к спрятавшимся в её толще возбудителям.



Благодаря постулатам Коха в прошлом удалось справиться со многими, преимущественно монобактериальными, заболеваниями (впрочем, и эти успехи микроорганизмы уже отвоёвывают у человечества множественной лекарственной резистентностью), но другие состояния мы, врачи современности, не то что лечить, не можем пока даже понять. К примеру, аппендицит — инфекционное заболевание, до сих пор имеющее только хирургический способ лечения. «Средневековье в XXI веке!» — эмоционально отозвался об этом автор лекции.

Оперировать инфекционное заболевание приходится потому, что до сих пор нет даже самых общих представлений о его патогенезе, поскольку инфекция полимикробная, а бактериальный пейзаж возбудителей непостоянен. То же самое — с тонзиллитом, колитом и особенно с сепсисом. Приблизиться к пониманию этих патологических процессов не удастся до тех пор, пока врачи не перестанут мыслить категориями «одна бактерия — одна инфекция». Пора смотреть шире. И хорошо, что для российских врачей уже есть достойный пример. **SP**

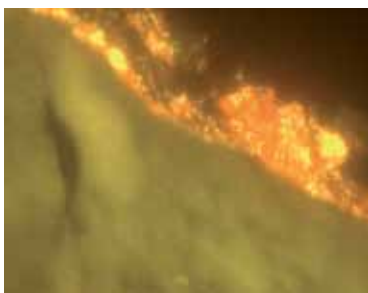


Рис. 1. Пример окрашивания: A. vaginae (жёлтая флуоресценция), Gardnerella vaginalis (красная).



Рис. 2. Здоровая слизистая оболочка влагалища, одинокая флуоресценция бактериальной клетки.

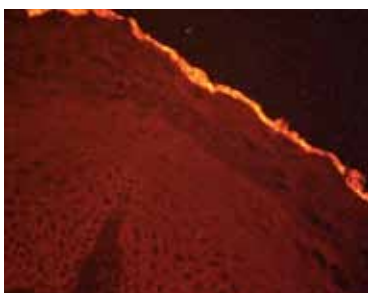


Рис. 3. Бактериальный вагиноз, Gardnerella vaginalis (биоплёнка, красная флуоресценция).

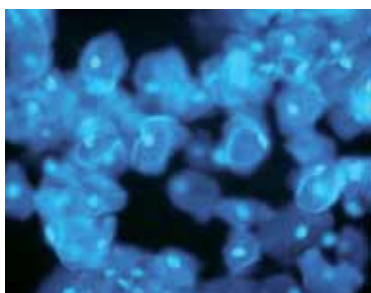


Рис. 4. Клетки вагинального эпителия в осадке мочи (клинически здоровая женщина).



МАРС

КАЗАНЬ  
23-25 октября  
2014 года



IV ОБЩЕРОССИЙСКИЙ СЕМИНАР  
«РЕПРОДУКТИВНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ РОССИИ:  
КАЗАНСКИЕ ЧТЕНИЯ»  
Korston Hotel & Mall Kazan

StatusPraesens  
Profimedia

БЛАГОДАРНОСТЬ СПОНСОРАМ И ПАРТНЁРАМ

ГЕНЕРАЛЬНЫЕ ПАРТНЁРЫ



DR. REDDY'S



MSD

ГЛАВНЫЙ ПАРТНЁР



A Promise for Life

ПАРТНЁРЫ ВЫСТАВОЧНОЙ ЭКСПОЗИЦИИ



Свет, ведущий к жизни



ПАРТНЁР ЗОНЫ РЕГИСТРАЦИИ

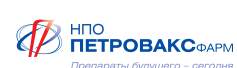


Innovating for Well-being

ПАРТНЁР КОФЕ-ПАУЗ



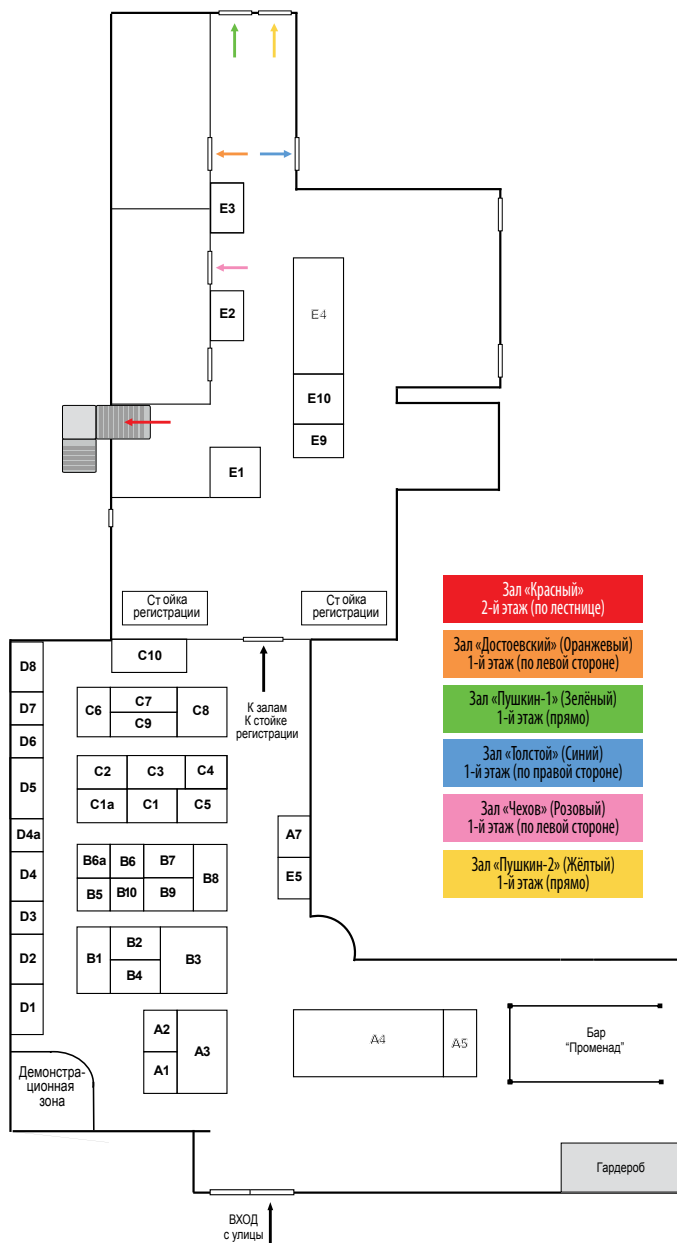
СПОНСОРЫ И ПАРТНЁРЫ



ИНФОРМАЦИОННЫЕ ПАРТНЁРЫ



ПЛАН ВЫСТАВКИ



УЧАСТНИКИ ВЫСТАВКИ

A

A1	НПО «Петровакс Фарм»
A2	БИОКАД
A3	Abbott
A4	Dr. Reddy's
A5	TEVA
A7	ПАРАМЕД

B

B1	PharmaMed
B2	ОАО «АКРИХИН»
B3	ПЕНТКРОФТ ФАРМА
B4	RECORDATI
B5	ЗАО ФП «Оболenskoe»
B6	БОЛЕАР МЕДИКА
B6a	Берлин-Хеми/Менарини
B7	Юнайтед Фарма Лэбораториз
B8	Геден Рихтер (Венгрия)
B9	Sorphan
B10	ООО СИТИЛАБ

C

C1	АСТЕЛЛАС
C1a	ЗАО «МЕДИНТОРГ»
C2	Асфарма-Рос
C3	Орион Фарма
C4	ООО «МКНТ Импорт»
C5	FERRING
C6	ОАО «Авексима»
C7	ПОТЕК
C8	ООО «МСД Фармасьютикалз»
C9	БИО-OIL
C10	ДЖЕНЕРАЛ МЕДИТЕЧ

D

D1	ВЕРВАГ ФАРМА
D2	ЯДРАН
D3	ВАЛЕНТА ФАРМ
D4	PFIZER
D4a	Plasmolifting™
D5	STADA CIS
D6	АДВЕНСУМ
D7	Корпоративные информационные рутины
D8	ООО «Медтехснаб»

E

E1	ЗАО «ГМК «КИЛЬ»
E2	ЭКОБИОН
E3	BESINS HELTHCARE
E4	Bayer
E5	ЭЛЛМАН-РУС
E9	Бионорика (Германия)
E10	ЗДОРОВЫЙ МИР

Научные руководители: проф. Радзинский Виктор Евсеевич,  
проф. Фаткуллин Ильдар Фаридович, проф. Мальцева Лариса Ивановна  
Составители: канд. мед. наук Светлана Александровна Маклецова,  
канд. мед. наук Ляман Алировна Бадалова  
Выпускающий редактор: Наталья Лёвкина  
Верстка: Роман Рябов  
Корректор: Елена Соседова

Издатель ООО «Медиабиоро Статус презенс»  
(105082, Москва, ул. Большая Почтовая, д. 26в, стр. 2, оф. 618).  
Тираж 2500 экз. Распространяется бесплатно.  
Подписано в печать — 16 октября 2014 года.  
Адрес редакции: 105082, Москва, ул. Большая Почтовая,  
д. 26в, стр. 2, бизнес-центр Post&Plaza, оф. 618.  
Почтовый адрес: 105005, Москва, д/п 164.  
Тел.: +7 (499) 346 3902. E-mail: info@praesens.ru.  
Интернет-представительство: www.statuspraesens.ru.  
Отпечатано в типографии: ЗАО «Алмаз-Пресс».  
Адрес: 109548, Москва, ул. Шоссейная, д. 4д.  
© ООО «Статус презенс»  
© ООО «Медиабиоро Статус презенс»

Ответственность за содержание рекламы несут рекламодатели.  
Только для специалистов с медицинским образованием и студентов  
медицинских учебных заведений.