

Патоморфологические изменения в яичниковой ткани после воздействия высокоэнергетических энергий

А.С.Гаспаров¹, Е.Д.Дубинская¹, Д.С.Титов¹, А.Л.Лозоватор², Н.В.Лаптева¹

¹Кафедра акушерства, гинекологии и репродуктивной медицины

ФПКМР ФГБОУ ВПО Российский университет дружбы народов, Москва;

²ФГБУ Объединенная больница с поликлиникой Управления делами Президента РФ, Москва

Резюме

У женщин репродуктивного возраста при лечении доброкачественных опухолей яичников важно использовать технологии, обеспечивающие бережную коагуляцию ткани. Одна из таких технологий – система PlasmaJet, в которой в качестве источника генерации плазмы применяется аргон. Полученные данные патоморфологического исследования свидетельствуют о том, что зона повреждения яичниковой ткани после применения аргоноплазменной и биполярной коагуляции не ограничивается зоной коагуляционного некроза, а по межклеточному стромальному компоненту и в большей степени сосудистому руслу продолжается за пределы некроза. Установлено, что толщина зоны коагуляционного некроза в 2,6 раза, а зоны экстракоагуляционного повреждения (зоны тромбоза) в 1,6 раза меньше в случае использования аргона. Применение аргоноплазменной коагуляции является приоритетным видом энергии при лечении доброкачественных опухолей у пациенток репродуктивного возраста.

Ключевые слова: доброкачественные опухоли яичников, овариальный резерв, цистэктомия, биполярная электрохирургия, плазменная энергия.

Pathological changes in ovarian tissue after exposure to high-energy

AS.Gasparov, E.D.Dubinskaya, D.S.Titov, A.L.Loizovator, N.V.Lapteva

Summary

In women of reproductive age in the treatment of benign ovarian tumors is important to use technology to ensure gentle coagulation of tissue. One such technology – System PlasmaJet, wherein a plasma generating source as argon is used. This system differs from all other methods of high-energy, primarily minimum damaging effect, which is extremely important for the preservation of female reproductive function.

Key words: benign ovarian tumors, ovarian reserve, cystectomy, bipolar electrosurgery, plasma energy.

Сведения об авторах

Гаспаров Александр Сергеевич – д-р мед. наук, проф. каф. акушерства, гинекологии и репродуктивной медицины ФПКМР РУДН.

E-mail: 5454444@mail.ru

Дубинская Екатерина Дмитриевна – д-р мед. наук, проф. каф. акушерства, гинекологии и репродуктивной медицины ФПКМР РУДН.

E-mail: eka-dubinskaya@yandex.ru

Титов Денис Сергеевич – ассистент каф. акушерства, гинекологии и репродуктивной медицины ФПКМР РУДН.

E-mail: ginekologija@rambler.ru

Лозоватор Александр Леонидович – зав. отд-нием патоморфологии ФГБУ Объединенная больница с поликлиникой УД Президента РФ.

E-mail: ginekologija@rambler.ru

Лаптева Наталья Валериевна – ассистент каф. акушерства, гинекологии и репродуктивной медицины ФПКМР РУДН.

E-mail: nvlapteva@gmail.com

Любое хирургическое вмешательство сопровождается некрозом тканей в очаге воспаления, патологическим белковым катаболизмом, массовой гибелью клеток и развитием токсических состояний [1]. Помимо некротических изменений оперативная травма ведет к глубоким нейрососудистым расстройствам в яичниках и гибели части генеративных элементов. Возможно, это связано с нарушением кровообращения и иннервации, возникшим как на фоне доброкачественной опухоли яичника, так и вследствие оперативного вмешательства [2, 3]. Полагают, что это приводит к эндогенной интоксикации в той или иной степени, обусловленной всасыванием продуктов распада травмированных тканей [4].

Капсула кисты яичника по патоморфологическим параметрам (соотношение клеточного состава и межклеточного матрикса, выраженность сосудистого компонента) в отличие от жировой ткани, селезенки, печени, ткани молочной железы является идеальной моделью самой яичниковой ткани для оценки влияния высокоэнергетических энергий [5].

При одномоментной обработке капсулы кисты яичника высокоэнергетическими энергиями при удалении доброкачественных опухолей развивается ожог яичниковой ткани с развитием 4 зон гистологических (зона карбонизации или обугливания, зона губчатого некроза, зона компактного некроза, зона нарушения кровоснабжения) и порядка 4–5 морфобиохимических фаз течения некроза без пускового травмирующего агента. Толщина зон и интенсивность фаз

развития в первую очередь зависит от силы и характера первичного травмирующего фактора [6].

Представленные выше материалы явились основой для проведения оценки травматичности применения аргоноплазменной и биполярной энергий при лечении доброкачественных опухолей яичников у пациенток репродуктивного возраста.

Цель исследования – оценить травматичность аргоноплазменной (АПК) и биполярной коагуляции (БПК) при использовании в качестве методов интраоперационного гемостаза у пациенток с доброкачественными опухолями яичников.

Материал и методы

В проспективное исследование были отобраны и включены 110 пациенток с доброкачественными опухолями яичников диаметром до 6 см, подвергшиеся оперативному лечению с применением БПК или АПК. Исследование проведено на клинической базе кафедры акушерства, гинекологии и репродуктивной медицины ФПКМР РУДН гинекологического отделения ГКБ №79 и гинекологического отделения стационара ФГБУ «Объединенная больница с поликлиникой» УД Президента РФ.

Критериями включения пациенток в исследование явились:

- 1) репродуктивный возраст (от 18 до 41 года);
- 2) односторонние доброкачественные опухоли яичников (эндометриоидная киста, серозная цистаденома,

Нарушение цикла?

Растительный негормональный препарат

Циклодинон®

Пер. уд. П № 014026/01; П № 014026/02



-  Эффективен при нарушениях менструального цикла, связанных с гиперпролактинемией и недостаточностью лютеиновой фазы
-  Применяется при масталгии и ПМС
-  Удобен однократным суточным приемом

РЕКЛАМА

Природа. Наука. Здоровье.

www.bionorica.ru

Циклодинон® – растительный лекарственный препарат компании «Бионорика СЕ» (Германия). СОСТАВ И ФОРМЫ ВЫПУСКА: капли для приема внутрь по 50 мл во флаконе, таблетки, покрытые оболочкой, по 30 шт. в упаковке. 100 г. раствора содержат прутняка обыкновенного (*Agnus castus*) плодов экстракт сухой 0,192-0,288 г., соответствующего 2,4 г. лекарственного растительного сырья (РЛС). 1 таблетка, покрытая оболочкой, содержит прутняка обыкновенного (*Agnus castus*) плодов экстракт сухой 3,2-4,8 мг., соответствующего 40 мг. РЛС. ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЕ ДЕЙСТВИЕ: Дофаминергические эффекты препарата, вызывая снижение продукции пролактина, устраняют гиперпролактинемию. Повышенная концентрация пролактина нарушает секрецию гонадотропинов, в результате чего могут возникнуть нарушения созревания фолликулов, овуляции и образования желтого тела, что в дальнейшем ведет к дисбалансу между эстрадиолом и прогестероном и может вызвать нарушения менструального цикла, а также мастодию. Снижение содержания пролактина приводит к обратному развитию патологических процессов в молочных железах и купирует болевой синдром. Ритмичная выработка и нормализация соотношения гонадотропных гормонов приводит к нормализации второй фазы менструального цикла. ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ: Нарушение менструального цикла, предменструальный синдром, мастодия. ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ: Индивидуальная повышенная чувствительность к компонентам препарата, препарат не следует применять во время беременности, а также в период грудного вскармливания. СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ И ДОЗЫ: Капли перед употреблением необходимо взбалтывать! Внутрь по 40 капель или 1 таблетке 1 раз в день, утром, не разжевывая, с небольшим количеством воды. Лечение проводится в течение 3 месяцев, без перерыва во время менструации. Если после отмены препарата жалобы появляются вновь, необходимо проконсультироваться с врачом. ПОБОЧНЫЕ ДЕЙСТВИЯ: Редко встречаются аллергические кожные реакции. Имеются данные о редких случаях проходящего психомоторного возбуждения, спутанности сознания и галлюцинаций. ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ С ДРУГИМИ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ СРЕДСТВАМИ: У пациентов, принимающих антагонисты дофаминовых рецепторов, возможно взаимное ослабление действия ЛС. ОСОБЫЕ УКАЗАНИЯ: В случае возникновения при приеме препарата болей в молочных железах и/или слабости, депрессии, а также в случае менструальных нарушений рекомендуется проконсультироваться с врачом. Капли не следует применять после успешного антиалкогольного лечения. Таблетки содержат молочный сахар (лактозу). Непереносимость лактозы может рассматриваться в качестве возможной причины болей в эпигастриальной области и диареи. Препарат не влияет на способность к вождению автомобиля и управлению механизмами. ПРИМЕНЕНИЕ ДЛЯ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ: Люди, страдающие сахарным диабетом, могут принимать капли и таблетки Циклодинон®, т.к. разовая доза этого ЛС содержит менее 0,03 засчитываемых «хлебных единиц».

зрелая тератома), верифицированные по данным гистологического исследования после оперативного лечения;

3) размер опухоли или суммарный размер опухолей в одном яичнике не более 6 см.

Критериями исключения явились:

1) пациентки с доброкачественными опухолями яичников, ранее перенесшие оперативное вмешательство на яичниках, и сочетанной гинекологической патологии;

2) пациентки с пограничными и злокачественными опухолями яичников.

Все пациентки были разделены на 2 группы: в 1-ю (основную) включены 60 пациенток, у которых в ходе оперативного вмешательства по поводу доброкачественной опухоли яичников (односторонняя цистэктомия) была использована АПК (высокочастотный электрохирургический аппарат – коагулятор) с целью точечного гемостаза кровоточащих сосудов. Для проведения оптимальной коагуляции ложа опухоли яичника и удаленного биоматериала из брюшной полости был использован стандартный режим коагуляции Precise APC (скорость потока аргона на данном режиме составила 0,2 л/мин; мощность энергии – 20 Вт; расстояние, с которого производилась коагуляция, – 4–6 мм) [7, 8].

Во 2-ю группу (сравнения) были включены 50 пациенток, оперированные по поводу доброкачественных опухолей яичников (односторонняя цистэктомия) с использованием только биполярной контактной электрокоагуляции с мощностью энергии 20 Вт. Данный вид энергии, наиболее применяемый в оперативной гинекологии, был выделен в качестве сравнения среди остальных в результате расширенного анализа с учетом его технических, физических и биологических свойств при воздействии на ткани [9].

Критерием для прекращения коагуляции была полная остановка кровотечения из яичниковой ткани.

После извлечения в контейнере биоматериала (капсулы кисты) из брюшной полости проводилась коагуляция небольшой зоны наружной поверхности капсулы кисты одним из видов энергий (АПК или БПК) на протяжении 5 с тем же видом энергии, что и коагуляция яичниковой ткани у данной пациентки при проведении цистэктомии. В последующем образцы ткани капсулы кисты подвергались патоморфологическому исследованию с целью оценки особенностей зоны некроза.

Перед планируемым оперативным вмешательством всем пациенткам проводилось общеклиническое, эхографическое, доплерометрическое, клинико-лабораторное обследование.

Из клинико-лабораторных методов использованы общеклинические – общий анализ крови, коагулограмма, биохимический анализ крови, группа крови, резус-фактор, общий анализ мочи, мазки с шейки матки на онкоцитологию, аспират из полости матки, мазки на флору из мочеполовых путей, госпитальный комплекс.

Всем пациенткам перед оперативным вмешательством проводилась трансвагинальная 2D- и 3D-эхография с ангиографией на аппарате VOLUSON-730 Expert (GEKretz, Zipf, Австрия) по стандартной методике с трансвагинальным датчиком (3,3–10 МГц). По данным сканирования до операции определяли размеры опухоли и предварительно диагностировали ее характер – эндометриодная киста, серозная гладкостенная цистаденома или дермоидная киста. Применяемые эхографические и доплерометрические критерии диагностики эндометриодной кисты: фиксированное образование округлой формы к задней или боковой поверхности матки; практически стабильные размеры на протяжении двух менструальных циклов; стенка капсула кисты более 2–4 мм с эффектом двойного контура; внутренняя стенка капсулы кисты ровная; мелкодисперсная эхогенная взвесь, иногда с более гиперэхогенными плотными включениями не более 5 мм (в зависимости от длительности существования кисты); встречается до двух образований аналогичного строения в одном яичнике; отсутствие периферического кровотока; отсутствие

признака акустического эффекта [10]. Применяемые эхографические и доплерометрические критерии диагностики серозной гладкостенной цистаденомы: однокамерное гладкостенное образование с капсулой менее 2 мм и диаметром менее 5 см; однокамерное; папиллярные разращения не представлены; содержимое однородное анэхогенное; в большем проценте случаев смещаемое; периферического кровотока нет. Применяемые эхографические и доплерометрические критерии диагностики дермоидной кисты: однокамерное образование кистозно-соединенного строения; толщина капсула более 3 мм, различная толщина на разных участках капсулы; гиперэхогенное аваскулярное содержимое образования с плотными включениями; периферического кровотока нет; симптом хвоста кометы [11]. При помощи программы VOCAL (Virtual Organ Computer-aided Analysis) определили объем яичниковой ткани, прилежащей к образованию, на дооперационном периоде и объем интактного яичника в ручном режиме (Manual). Подсчет антральных фолликулов выполняли с использованием программы Inversion mode. После выполнения расчетов объема яичника в программе визуализации VOCAL на экран выводилась автоматически рассчитанная гистограмма трехмерного изображения (Color Angio) с показателями кровотока: индексом васкуляризации (VI), отражающим процент кровеносных сосудов во всем объеме яичника; индексом кровотока (FI), характеризующим интенсивность перфузии в интраовариальных сосудах. В послеоперационном периоде помимо перечисленных показателей производилась оценка свободной жидкости в малом тазу через 72 ч после оперативного вмешательства.

Для статистической обработки полученных результатов использовалась компьютерная программа Statistica for Windows Release 10.0 компании StatSoft Inc. (США, 2013). Достоверность различий параметрических данных оценивали по критерию Стьюдента. Результаты представлены в виде средних значений $\pm SD$ ($M \pm SD$). Различия между группами считались достоверными при $p < 0,05$.

Гистологическое исследование удаленных макропрепаратов после коагуляции для оценки особенностей зоны некроза после использования разных видов энергий проводилось на профессиональном микроскопе Axioscop 40 с возможностью измерения зон исследования при увеличении 100, 200, 400, 1000 раз.

Используемые окраски: гематоксилин-эозин и пикрофуксин по Ван-Гизону.

Результаты исследования

Согласно поставленным задачам были обследованы 110 пациенток репродуктивного возраста с доброкачественными опухолями яичников диаметром (суммарным диаметром опухолей) до 6 см и сохраненным овариальным резервом. Среди пациенток основной группы у 35 верифицирована при гистологическом исследовании эндометриоидная киста, 15 – серозная гладкостенная цистаденома, 10 – зрелая тератома. В группе сравнения: у 30 пациенток выявлена эндометриоидная киста, 12 – серозная цистаденома, 8 – зрелая тератома.

Возраст обследованных женщин варьировал от 22 до 41 года. Наиболее частыми экстрагенитальными заболеваниями в обеих группах больных были: инфекции детского возраста (70 и 71,1% в основной и группе сравнения соответственно), заболевания органов дыхания – хронический тонзиллит, хронический необструктивный бронхит (15 и 15, 6% в основной и группе сравнения соответственно) и желудочно-кишечного тракта – преимущественно хронический поверхностный гастрит (10 и 8,9% в основной и группе сравнения соответственно). Сердечно-сосудистые заболевания, выявленные у пациенток, носили характер функциональных вегетососудистых нарушений. Эндокринных заболеваний и заболеваний кровеносных органов у пациенток в обеих группах не отмечалось. Оперативные вмешательства (на органах брюшной полости) отмечены у 12 (20%) пациенток в основной группе и 11 (22%) – в группе сравнения.

Средний возраст менархе у пациенток основной группы практически не отличался от такового в группе сравнения ($12,5 \pm 0,28$ и $12,9 \pm 0,31$, $p > 0,05$). Достоверной взаимосвязи между возрастом менархе и развитием доброкачественных опухолей яичников выявлено не было. Из включенных в исследование 25 (41,7%) пациенток основной группы и 20 (40%) группы сравнения были с вторичным бесплодием, 6 (10%) и 8 (16%) женщин – с первичным бесплодием соответственно. При этом у 12 (20%) и 14 (28%) пациенток с вторичным бесплодием были искусственные аборты в анамнезе, 13 (21,7%) и 6 (12%) – своевременные роды.

Из перенесенных гинекологических заболеваний у пациенток основной группы и группы сравнения наиболее часто отмечались воспалительные заболевания придатков матки – 33 (55%) и 28 (56%) соответственно, эктопии шейки матки были обнаружены и пролечены у 12 (20%) и 10 (20%) пациенток соответственно. Ранее 10 (16,7%) и 8 (16%) пациенток основной группы и группы сравнения соответственно были оперированы по поводу бесплодия трубно-перитонеального генеза; 15 (25%) и 10 (20%) пациенток ранее получали гормональную терапию по поводу кист яичников на протяжении не более 3 мес, 5 (8,4%) и 4 (8%) из них отмечали частичный временный положительный эффект (уменьшение болевого синдрома, уменьшение или отсутствие роста доброкачественной опухоли яичника) соответственно в основной группе и группе сравнения. В течение 6 мес до исследования ни одна пациентка не получала гормональной терапии, не была беременной и не кормила грудью.

При бимануальном обследовании у 40 (66,7%) и 32 (64%) пациенток отмечали болезненность придатков на стороне доброкачественной опухоли яичника основной группы и группы сравнения.

У 33 (55%) и 27 (54%) пациенток основной группы и группы сравнения соответственно ведущей жалобой при поступлении в клинику было бесплодие, а у 9 (15%) и 7 (14%) – болевой синдром, у 12 (20%) и 9 (18%) – нарушение менструального цикла по типу альгоменореи. Периовуляторные боли были отмечены у 12 (20%) и 14 (28%) пациенток; нарушение половой функции по типу диспареунии – у 30 (50%) и 27 (54%). При детальном опросе пациенток выявлены некоторые особенности сопутствующих жалоб. Все сопутствующие жалобы были слабо или умеренно выраженными, не влияли на качество жизни и не являлись причиной, по которой пациентка обратилась для проведения лечения.

Характер жалоб у больных сравниваемых групп практически не отличался. Несмотря на то что сопутствующие симптомы по длительности были гораздо более продолжительными, чем бесплодие, они не являлись причиной визита пациенток к врачу. Однако условием время их появления можно считать началом заболевания. Длительность анамнеза заболевания определялась с момента появления первых жалоб и варьировала от 2,2 до 4,3 года. При этом достоверных отличий в длительности заболевания у пациенток рассматриваемых групп выявлено не было.

В ходе исследования выявлены достоверные различия при патоморфологическом исследовании травматичности оперативного вмешательства у пациенток, получивших оперативное пособие с применением разных видов энергий. Полученные данные представлены в таблице.

При АПК у пациенток с доброкачественными опухолями яичников толщина зоны карбонизации в 20 раз меньше ($0,01 \pm 0,002$ мм; $p < 0,05$), чем при БПК ($0,2 \pm 0,05$ мм; $p < 0,05$). При применении АПК зона губчатого некроза ($0,3 \pm 0,05$ мм; $p < 0,05$) в 2 раза меньше, чем при БПК ($0,6 \pm 0,05$ мм; $p < 0,05$). Зона компактного некроза при БПК более чем в 2,5 раза больше в сравнении с АПК и составила соответственно $1,6 \pm 0,1$ мм ($p < 0,05$) и $0,6 \pm 0,05$ мм ($p < 0,05$). Зона нарушения кровоснабжения ($2 \pm 0,2$ мм; $p < 0,05$) более чем в 1,6 раза меньше в сравнении с биполярной ($3,2 \pm 0,3$ мм; $p < 0,05$).

Таким образом, зона коагуляционного некроза более чем в 2,6 раза меньше, чем при применении БПК. По данным, полученным при срочном патоморфологическом исследовании, зона нарушения кровоснабжения (зона тромбоза) при применении БПК более чем в 1,6 раза больше, чем при

Патоморфологические изменения в тканях при использовании разных видов энергий			
Глубина зон некроза, мм	Группы пациенток		p
	1-я, АПК (n=60)	2-я, БПК (n=50)	
Зона карбонизации	0,01±0,002	0,2±0,05	<0,05
Зона губчатого некроза	0,3±0,05	0,6±0,05	<0,05
Зона компактного некроза	0,6±0,05	1,6±0,1	<0,05
Зона нарушения кровоснабжения (острый тромбоз)	2±0,2	3,2±0,3	<0,05

АПК, что косвенно может свидетельствовать о скорости последующих репаративных процессов. Это свидетельствует о наличии дополнительной зоны разрушения яичниковой ткани (возможно расширения зоны некроза) в последующем с развитием фибриноидного воспаления и склероза яичниковой ткани.

Заключение

Полученные данные свидетельствуют о том, что зона повреждения яичниковой ткани после применения АПК и БПК не ограничивается зоной коагуляционного некроза, а по межклеточному стромальному компоненту и, в большей степени, по сосудистому руслу продолжается за пределы некроза. Установлено, что толщина зоны коагуляционного некроза в 2,6 раза, а зоны экстракоагуляционного повреждения (зоны тромбоза) в 1,6 раза меньше в случае использования аргона.

Проведенный анализ степени травматичности высокочастотных энергий при воздействии на яичниковую ткань у пациенток с доброкачественными опухолями яичников на основе патоморфологического исследования показал, что АПК при оптимальном использовании протокола менее травматична (агрессивна) по сравнению с биполярной электрокоагуляцией. Ее применение обладает меньшим повреждающим эффектом для яичниковой ткани, что является важным преимуществом как в отношении инвазивности оперативного вмешательства, так и для сохранения овариального резерва.

АПК при выполнении органосохраняющих операций на яичниках оптимально использовать у женщин репродуктивного возраста.

Литература

1. Бурлев ВА, Гаспаров АС, Меликян АГ и др. Шкала оценки травматичности хирургических вмешательств в гинекологии. Проблемы репродукции. 2003; 2: 30–2.
2. Краснопольский ВИ, Горский СЛ. Влияние хирургического лечения двусторонних эндометриозных кист яичников на фолликулярный резерв при эндометриоз-ассоциированном бесплодии. Рос. вестн. акушера-гинеколога. 2009; 5: 60–3.
3. Iwase A, Hirokawa W, Goto M et al. Serum anti-Müllerian hormone level is a useful marker for evaluating the impact of laparoscopic cystectomy on ovarian reserve. Fertil Steril 2010; 7: 2846–9.
4. Бурлев ВА, Коноводова ЕН, Гуртовой БЛ. Биохимические маркеры эндоинтоксикации у родильниц с эндометритом после кесарева сечения. Вестн. рос. ассоц. акушеров-гинекологов. 1996; 4: 82–5.
5. Roman H, Pura I, Tarta O et al. Vaporization of ovarian endometrioma using plasma energy: histologic findings of a pilot study. Fertil Steril 2011; 95 (5): 1853–6.
6. Новицкий ВВ, Гольдберг ЕД, Уразова ОИ. Патопфизиология. Учебное пособие. Т. I. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009; с. 366–8.
7. Дорфман МФ, Гаспаров АС, Бурлев ВА и др. Применение аргоноплазменной коагуляции в хирургическом лечении наружного генитального эндометриоза. Материалы XII Всероссийского научного форума «Мать и Дитя». М., 2011; с. 578.
8. Инструкция по эксплуатации высокочастотного электрохирургического аппарата – коагулятора «ERBEVO 300 D»; производитель – компания ERBE Elektromedizin (Германия).
9. Гаспаров АС, Бурлев ВА, Дорфман МФ и др. Эффективность применения аргоноплазменной коагуляции в акушерстве и гинекологии. Рос. вестн. акушера-гинеколога. 2011; 2 (11): 33–7.
10. Буланов МН. Курс лекций. Т. 1. М.: Видар-М, 2010; с. 192–8.
11. Буланов МН. Курс лекций. Т. 2. М.: Видар-М, 2010; с. 201–18, 232–42.



XIV Научно-практическая конференция

РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИН РАЗЛИЧНОГО ВОЗРАСТА от диагностики к лечению

10 октября 2014

Здание Правительства Москвы,
Москва, ул. Новый Арбат, д.36/9



Научный руководитель и председатель – В.Н. Прилепская, профессор, заместитель директора по научной работе, руководитель научно-поликлинического отделения ФГБУ «НЦАГиП им. акад. В.И. Кулакова» МЗ РФ

Конференция посвящена одной из актуальных проблем современного общества – сохранению здоровья женщин различного возраста. Будут представлены доклады ведущих специалистов (акушеров-гинекологов, терапевтов, психологов, сексологов и других специалистов) об основных проблемах здоровья девочек, молодых женщин, женщин зрелого возраста и периода пре- и постменопаузы. Отражены последние достижения в области диагностики, лечения и профилактики наиболее часто встречающихся в эти возрастные периоды женских болезней. Конференция будет проведена с позиций международных и отечественных стандартов ведения пациенток, с особым вниманием на практические аспекты обсуждаемых проблем. Предусмотрены интерактивное обучение, дискуссии, круглые столы с обсуждением сложных проблем акушерско-гинекологических и смежных дисциплин.

Приглашаются акушеры-гинекологи, дерматовенерологи, инфекционисты, терапевты, врачи общей практики
Участие бесплатное. Регистрация на сайте www.medQ.ru

Конференция включена в Пилотный проект «Внедрение непрерывного медицинского образования» МЗ РФ
По окончании – выдается сертификат с уникальным кодом

Конференция транслируется в **online-режиме** на сайтах www.medQ.ru и www.medconference.ru
Получить сертификат дистанционного участника можно после регистрации на сайте www.medconference.ru в день проведения конференции

Координатор: **МЕД** (411111) *+7(495) 614 43 63, 614 40 61 www.medQ.ru info@medQ.ru