

# Оценка эффективности прерывания беременности в поздние сроки комбинированным способом при врожденных пороках развития плода, несовместимых с жизнью

**Е. Н. Кравченко**, д.м.н., проф., зав. кафедрой

**Е. В. Коломбет**, аспирант

**Л. В. Кукина**, к.м.н., ассистент

Кафедра акушерства и гинекологии последипломного образования ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Омск

## *Evaluation of effectiveness of termination of pregnancy in later stages of combined method with congenital malformations of fetus, incompatible with life*

E. N. Kravchenko, E. V. Kolombet, L. V. Kuklina

Omsk State Medical University, Omsk, Russia

### Резюме

**Цель исследования:** оценить эффективность прерывания беременности в поздние сроки комбинированным способом при врожденных пороках развития плода, несовместимых с жизнью. В проспективном исследовании участвовало 195 беременных, разделенных на две группы. Основную группу составили 98 женщин, которым проведено прерывание беременности в поздние сроки следующим комбинированным методом. Группа сравнения — 97 женщин, прерывание беременности проводилось по схеме ВОЗ. Эффективность комбинированного метода прерывания в поздние сроки беременности в основной группе составила 99,0 и 96,9 % — в группе сравнения.

**Ключевые слова:** поздний индуцированный аборт, врожденные пороки развития плода, гистерография, степень зрелости шейки матки.

### Summary

**Objective:** to evaluate the effectiveness of termination of pregnancy in the later stages of a combined method for congenital malformations of the fetus, incompatible with life. The prospective study involved 195 pregnant women, divided into two groups. The main group consisted of 98 women who underwent termination of pregnancy in the later periods by the following combined method. The comparison group included 97 women, abortion was carried out according to the WHO scheme. The effectiveness of the combined method of termination in late pregnancy in the main group was 99.0% and 96.9% in the comparison group.

**Key words:** late induced abortion, congenital malformations of fetus, hystero-graphy, degree of maturity of cervix.

Одной из наиболее важных проблем современного здравоохранения является сохранение репродуктивного здоровья женщин. Искусственное прерывание беременности является одним из наиболее значимых медико-социальных факторов, оказывающих негативное влияние на репродуктивную функцию женщин [1–3]. Осложнения абортов в любом триместре приводят к серьезным нарушениям репродуктивного здоровья женщин и обуславливают гинекологические заболевания, эндокринные нарушения, бесплодие, невынашивание беременности и в исключительных случаях материнскую смерть. Внедрение в практическую деятельность врачей акушеров-гинекологов «безопасных» абортов, особенно в поздние сроки гестации, а также выработка и принятие эффективных мер, направленных на сохранение и улучшение репродуктивного потенциала нации, являются актуальной проблемой [4–5]. Особое место в структуре показаний к проведению поздних абортов имеют врожденные пороки развития (ВПР) плода. При диагностике у плода ВПР, несовместимого с жизнью, или наличии сочетанных пороков с неблагоприятным прогнозом для жизни и здоровья, при ВПР, приводящих к стойкой потере функций организма вследствие тяжести и объема поражения при отсутствии методов эффективного лечения, женщине предоставляется информация о возможности искусственного прерывания беременности по медицинским показаниям.

Проблема прерывания беременности в поздние сроки по медицинским показаниям актуальна еще и потому, что на их долю приходится около 20 % от общего числа абортов, а количество осложнений возрастает в несколько раз при прерывании беременности во втором триместре по сравнению с первым [4]. Безусловно, усовершенствование методов диагностики ВПР плода влечет за собой увеличение количества абортов во втором триместре беременности и, следовательно, требует более совершенной методики прерывания беременности в поздние сроки по медицинским показаниям со стороны плода для уменьшения количества гинекологических осложнений и репродуктивных потерь в будущем [6].

**Цель исследования:** оценить эффективность прерывания беременности в поздние сроки комбинированным способом при врожденных пороках развития плода, несовместимых с жизнью.

### Материал и методы исследования

Под проспективным наблюдением было 195 беременных, разделенных на две группы. Основную, вторую группу, составили 98 женщин, которым проведено прерывание беременности в поздние сроки следующим комбинированным методом: мифепристон назначался в дозе

200 мг однократно внутрь. Через 24 часа в цервикальный канал вводился гигроскопичный расширитель дилапан.

Если элиминация плода не происходила через 3–4 часа, назначался мизопростол в дозе 200–400 мкг. При отсутствии эффекта мизопростол повторялся в дозе 200–400 мкг. Группа сравнения — 97 женщин, прерывание беременности проводилось по схеме ВОЗ: мифепристон 200 мг орально, мизопростол 800 мкг вагинально или 400 мкг внутрь через 36–48 часов и далее по 400 мкг вагинально.

Критерии включения: пациентки, которым дано заключение консилиума врачей для прерывания беременности по медицинским показаниям со стороны плода в сроки гестации 18–21 неделя согласно приказам МЗСР РФ № 736 от 03.12.2007 и № 572н от 01.11.2012. Получение информированного согласия женщин. Критерии исключения: сроки беременности до 18 или после 22 недель; отсутствие медицинских показаний, а именно врожденных пороков развития плода, несовместимых с жизнью, согласно приказам МЗСР РФ № 736 от 03.12.2007 и № 572н от 01.11.2012 для прерывания беременности в сроки 18–21 неделя 6 дней; противопоказания для прерывания беременности в сроки гестации 18–21 неделя 6 дней через естественные родовые пути (полное или краевое предлежание плаценты, кровотечение, несостоятельность рубца на матке после операции кесарева сечения, миомэктомии, перфорации матки, удаления рудиментарного рога, иссечения угла матки при трубной беременности, два рубца и более на матке, препятствие со стороны родовых путей для индуцированного позднего выкидыша, выраженные рубцовые сужения шейки матки и стенок влагалища, злокачественные новообразования, множественная миома матки, особенно с наличием крупных узлов, пересадка почки в анамнезе); надпочечниковая недостаточность, длительное применение ГКС, острая или хроническая почечная недостаточность, острая или хроническая печеночная недостаточность, порфирия, миома матки больших размеров, нарушения гемостаза (в том числе предшествующая терапия антикоагулянтами), воспалительные заболевания женских половых органов, тяжелая экстрагенитальная патология, курящие женщины старше 35 лет (без консультации терапевта), повышенная чувствительность к компонентам препаратов, используемых для индуцированного позднего выкидыша, шесть и более доношенных беременностей в анамнезе; искусственное прерывание беременности не проводилось при наличии острых инфекционных заболеваний и острых воспалительных процессов любой локализации, включая женские половые органы. Прерывание беременности проводилось после излечения указанных заболеваний; у пациенток с миомой матки, являющейся фактором риска развития кровотечения при медикаментозном аборте, проводился индивидуальный подход: если доминантный миоматозный узел не превышал 4 см, узлы не деформировали полость матки, то проведение медикаментозного аборта считали возможным; курящие женщины старше 35 лет входили

ли в группу риска сердечно-сосудистых заболеваний, в связи с чем была необходима дополнительная консультация терапевта для исключения противопоказаний к проведению медикаментозного аборта; женщины с длительным приемом гормональных контрацептивов на прегравидарном этапе, способствующим увеличению риска нарушения свертывания крови, дополнительно проходили исследование гемостаза.

В соответствии с приказом МЗ РФ 572-н от 01.11.2012 «Порядок оказания медицинской помощи по профилю „акушерство и гинекология“ (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» беременным женщинам согласно приложению 1, п. 107 искусственное прерывание беременности в зависимости от срока беременности, показаний и противопоказаний проводилось с использованием медикаментозного метода на основании информированного добровольного согласия женщины. При медикаментозном методе прерывания беременности использовались лекарственные средства, зарегистрированные на территории РФ в соответствии с инструкциями по медицинскому применению препаратов. Комиссия рассматривала письменное заявление женщины, заключение врача — акушера-гинеколога о сроке беременности, медицинскую документацию, подтверждающую наличие ВПР плода. Искусственное прерывание беременности по медицинским показаниям при сроке до 21 недели 6 дней беременности проводилось в условиях гинекологического отделения акушерского стационара, имеющего возможность оказания специализированной (в том числе реанимационной) помощи женщине с предварительным обследованием в объеме, предусмотримом вышеуказанным приказом.

Контроль опорожнения полости матки осуществлялся путем визуализации удаленных тканей. При наличии признаков неполного аборта и (или) обнаружении остатков плодного яйца независимо от примененного метода искусственного прерывания беременности проводилась вакуумная аспирация или кюретаж. После выделения плаценты проводился ее осмотр с целью определения целостности. При проведении медикаментозного аборта антибиотикопрофилактика проводилась при высоком риске возникновения воспалительных заболеваний.

Искусственное прерывание беременности осуществлялось с обязательным обезболиванием на основе информированного добровольного согласия женщины. После искусственного прерывания беременности женщинам с резус-отрицательной принадлежностью крови независимо от метода прерывания беременности проводилась иммунизация иммуноглобулином антирезус Rho (D) человека в соответствии с инструкцией по медицинскому применению препарата. Иммуноглобулин анти-D вводили инъекционно несенсибилизированным Rh-D-отрицательным женщинам в течение 72 часов после произошедшего индуцированного аборта.

После искусственного прерывания беременности с каждой женщиной проводилось консультирование, в процессе которого обсуждались признаки осложнений, при которых женщина обязана незамедлительно обратиться

к врачу, предоставлялись рекомендации о режиме, гигиенических мероприятиях, а также по предупреждению аборт и необходимости сохранения и вынашивания следующей беременности. После искусственного прерывания беременности контрольный осмотр врача — акушера-гинеколога при отсутствии жалоб проводился через 9–15 дней.

Для объективной оценки сократительной деятельности матки во время индуцированного выкидыша, оценки ее эффективности, определения начала схваток, выявления аномалий сократительной деятельности в процессе позднего аборта производили запись сократительной активности матки с помощью наружной гистерографии (токографии) с применением чувствительного тензометрического датчика (аппарат КТГ Dixon Overtone 6200).

Анализ сократительной деятельности матки в исследуемых группах проводился по методу А. З. Хасина [7] путем вычисления эффективности сократительной деятельности по формуле

$$E = \sum A \times r/t,$$

где E — эффективность сократительной деятельности матки (у.е.);  $\sum$  — математический знак суммы; A — амплитуда единичного сокращения (мм); r — продолжительность схватки (с); t — время анализируемого периода (с).

Ввиду того что на показания аппарата влияют толщина подкожного жирового слоя, напряжение кожи, смещение и ротация матки, место прикрепления плаценты, ограниченность поведения женщины, токография проводилась не всем исследуемым пациенткам. Анализ сократительной деятельности матки проведен у 40 женщин в каждой группе.

Оценка степени зрелости шейки матки проводилась по Бишопу (Е. Н. Bishop, 1964): определяли положение шейки матки по отношению к крестцу, длину и консистенцию шейки матки, открытие наружного зева, расположение предлежащей части. При оценке 0–5 баллов шейку матки считали незрелой, если сумма баллов более 10 — шейка матки зрелая. Полученные результаты подвергались статистической обработке с помощью непараметрических методов. Для выявления статистически значимых различий использовался критерий  $\chi^2$ . Разницу считали достоверной, если вероятность возможной ошибки (p) была менее 0,05. Перед каждым вычислением достоверности различий между количественными признаками, а также для выбора критерия корреляции количественных признаков оценивали нормальность их распределения по критерию Колмогорова-Смирнова. В случае ненормального распределения количествен-

ных признаков или неравенстве дисперсий применялся U-критерий Манна-Уитни. Для факторов, имеющих биномиальное распределение, дополнительно были рассчитаны 95-процентные доверительные интервалы.

## Результаты исследования

Анализ показал, что пациентки обеих групп были идентичны по возрасту, особенностям менструальной функции, наличию экстрагенитальных и гинекологических заболеваний, паритету. Продолжительность времени от начала применения метода до начала сократительной деятельности матки в основной группе была меньше, чем в группе сравнения (табл. 1). Так, до 12 часов началась сократительная деятельность матки у 18 (18,4%) женщин основной группы, у 1 (1,0%;  $\chi^2 = 14,747$ ; p = 0,000) группы сравнения. Продолжительность времени от начала применения метода до начала сократительной деятельности матки от 13 до 24 часов была у 45 (45,9%) беременных основной группы и у 5 (5,2%) группы сравнения ( $\chi^2 = 39,780$ ; p = 0,000), от 25 до 48 часов — у 33 (33,7%) и 49 (50,5%;  $\chi^2 = 5,002$ ; p = 0,025), от 49 до 72 часов — у 2 (2,0%) и 42 (43,3%;  $\chi^2 = 45,160$ ; p = 0,000) соответственно исследуемым группам. Эффективность применяемых методов прерывания в поздние сроки беременности не имела достоверных различий и составила 99,0% (97 женщин) в основной группе и 96,9% (94) в группе сравнения ( $\chi^2 = 0,266$ ; p = 0,606).

Продолжительность прерывания беременности (время от начала регулярной сократительной деятельности матки по элиминации плода) до 3 часов у женщин основной группы была зафиксирована в 12,2% наблюдений, в группе сравнения — в 1,0% ( $\chi^2 = 8,132$ ; p = 0,004; табл. 2). Продолжительность индукции свыше 3–4 часов по группам не имела достоверных различий. Так, в основной группе аборт длился 3–4 часа в 69,4% наблюдений, в группе сравнения — 65,9% ( $\chi^2 = 0,127$ ; p = 0,722), 5–6 часов — соответственно 16,3 и 20,4% ( $\chi^2 = 0,346$ ; p = 0,557), 7–8 часов — 1,0 и 9,0% ( $\chi^2 = 5,241$ ; p = 0,022), свыше 8 часов — 1,0% и 3,1% соответственно в группах А и Б. В обеих группах были женщины, у которых аборт не произошел после применения вышеуказанных схем: в основной группе — 1 женщина (1,0%), в группе сравнения — 4 (4,1%;  $\chi^2 = 0,842$ ; p = 0,359). При влагалищном исследовании динамика раскрытия шейки матки была признана неудовлетворительной: цервикальный канал был проходим лишь для 1–2 исследуемых пальцев. В этих наблюдениях применили сле-

Таблица 1  
Продолжительность времени от начала применения метода до начала сократительной деятельности матки

Группы пациенток	Продолжительность времени			
	До 12 часов	13–24 часа	25–48 часа	49–72 часа
Основная (n = 98)	18 (18,4%)	45 (45,9%)	33 (33,7%)	2 (2,0%)
Сравнения (n = 97)	1 (1,0%)	5 (5,2%)	49 (50,5%)	42 (43,3%)
p*	0,000	0,000	0,025	0,000

Примечание: \* — статистически значимые различия выделены жирным шрифтом.

Таблица 2  
Продолжительность прерывания беременности

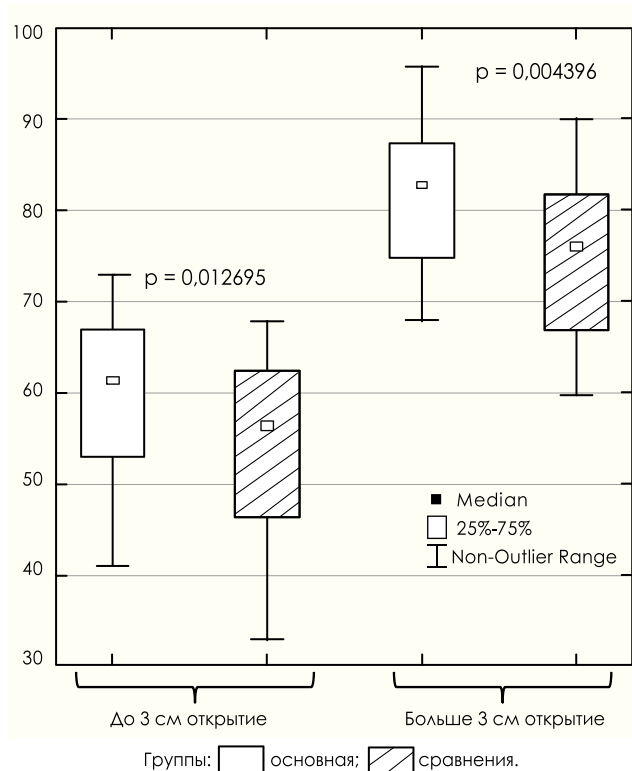
Группы пациенток	Продолжительность аборта				
	До 3 часов	3–4 часа	5–6 часов	7–8 часов	Свыше 8 часов
Основная (n = 98)	12 (12,2%)	68 (69,4%)	16 (16,3%)	1 (1,0%)	1 (1,0%)
Сравнения (n = 97)	1 (1,0%)	64 (65,9%)	20 (20,4%)	9 (9,3%)	3 (3,1%)
p*	0,004	<b>0,722</b>	<b>0,557</b>	0,022	<b>0,606</b>

Примечание: \* — статистически значимые различия выделены жирным шрифтом.

Таблица 3  
Особенности сократительной деятельности матки

Параметры	Основная группа, М ± 6	Группа сравнения, М ± 6
Сократительная деятельность матки в первые 2–3 часа после начала индукции выкидыша (у.е.)	22,2 ± 16,4	23,9 ± 15,6
Сократительная деятельность матки через 3 часа после начала схваток (у.е.)	37,5 ± 12,3	59,6 ± 11,7
Сократительная деятельность матки через 6 часов после начала схваток (у.е.)	58,6 ± 9,8	62,2 ± 8,4

Примечание: достоверных различий в продолжительности сократительной деятельности матки в исследуемых группах не выявлено.



Примечание: P — различия статистически значимые с группой сравнения

Рисунок 1. Амплитуда маточных схваток в исследуемых группах.

дующую методику: если аборт не происходил в течение 24 часов, мифепристон вводился повторно, после чего также повторно вводился мизопростол. Аборт у этих пациенток произошел в течение вторых суток.

При анализе сократительной деятельности матки (на основе гистерограмм) в основной группе обращают на себя внимание следующие особенности (табл. 3): в первые 2–3 часа после начала индукции выкидыша маточная активность невысокая ( $22,5 \pm 16,1$  у.е.), однако уже

по истечении 6 часов сократительная активность матки увеличилась в 1,5 раза, через 8 часов — в 2,5–3,0 раза.

Характер сократительной деятельности (амплитуда и продолжительность маточных сокращений), оцененный с помощью наружной гистерографии, представлен на графиках в рис. 1 и 2. Амплитуда маточных схваток была большей в основной группе ( $p = 0,004$ ), чем в группе сравнения. Продолжительность маточных сокращений была больше в основной группе ( $p = 0,010$ ), чем в группе сравнения.

Оценка степени зрелости производилась до и после подготовки шейки матки к позднему аборту. До начала подготовки к родам шейка матки индексом Бишопа оценивалась как незрелая в обеих группах. После проведения подготовки состояние шейки матки по индексу Бишопа оценено как готовое к ее раскрытию в основной группе, в группе сравнения — выявлена недостаточная готовность шейки матки к индукции. При осмотре родовых путей в динамике через 6 часов шейка матки достигла «зрелости» у 84 пациенток (90,3%) с последующим развитием спонтанной родовой деятельности. Не удалось добиться достаточной «зрелости» родовых путей у 9 (9,7%) беременных. Элиминация плода произошла через естественные родовые пути у подавляющего большинства женщин (95,7%).

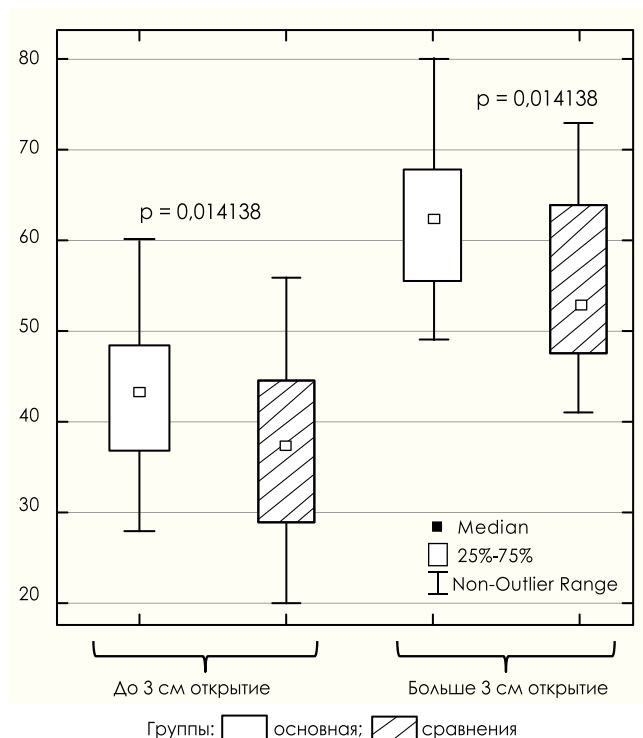
Динамика индекса Бишопа была более выраженной в основной группе с применением комбинированного способа, менее — в группе сравнения ( $p = 0,000$ ; рис. 3).

Осложнения позднего аборта (ПОНРП, патологическая кровопотеря, эндометрит, субинволюция матки, гематометра, разрыв шейки матки) достоверно чаще наблюдались в группе сравнения. Так, в основной группе отмечены осложнения в 8,2% наблюдений, в группе сравнения — в 26,8% ( $\chi^2 = 10,508$ ;  $p = 0,001$ ). Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты наблюдалась у 1 (1,0%) беременной основной группы и у 4 (4,1%;  $\chi^2 = 0,842$ ;  $p = 0,359$ ) группы сравнения. Патологическая



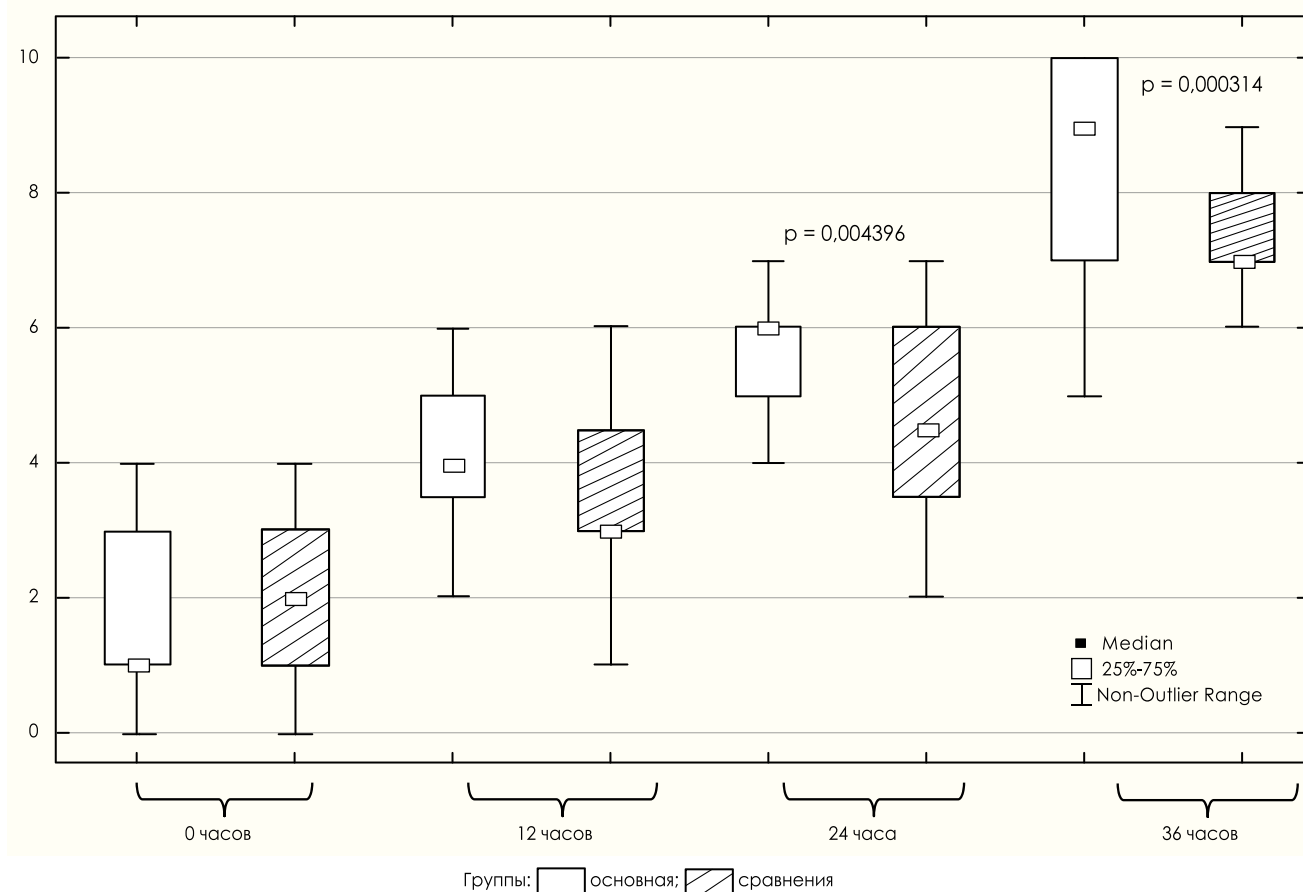
кровопотеря (более 400 мл) определялась у 1 (1,0%) женщины основной группы и у 4 (4,1%;  $\chi^2 = 0,842$ ;  $p = 0,359$ ) — группы сравнения. Эндометрит в послеабортном периоде развился у 1 (1,0%) наблюдаемой основной группы и у 3 (3,1%;  $\chi^2 = 0,266$ ;  $p = 0,606$ ) группы сравнения. Субинволюция матки была выявлена у 1 (1,0%) женщины и у 5 (5,2%;  $\chi^2 = 1,580$ ;  $p = 0,209$ ) соответственно наблюдаемым группам. Гематометра диагностирована у 2 (2,0%) пациенток основной группы и у 3 (3,1%;  $\chi^2 = 0,000$ ;  $p = 0,991$ ) группы сравнения. Разрыв шейки матки произошел у 2 (2,0%) наблюдаемых основной группы и у 7 (7,2%;  $\chi^2 = 1,907$ ;  $p = 0,167$ ) группы сравнения.

Большая доля осложнений в группе сравнения, очевидно, связана с большими дозами простагландина E1, более частым развитием нежелательных явлений при применении значительных доз препарата, более частым использованием с целью обезболивания НПВП, являющихся ингибиторами синтеза эндогенных простагландинов, что и обусловило развитие осложнений позднего индуцированного аборта. В то же время продолжительность индукции до трех часов у беременных основной группы наблюдалась значительно чаще. Исследование показало, что чем меньше время от начала проведения индукции до самой элиминации плода, тем реже развиваются осложнения. Так, в группе пациенток, продолжительность индукции у которых составляла менее 3 часов (в основной группе это в 12,2% наблюдений), осложнений позднего аборта не наблюдалось.



Примечание: P — различия статистически значимые с группой сравнения

Рисунок 2. Продолжительность маточных схваток.



Примечание: P — различия статистически значимые с группой сравнения

Рисунок 3. Динамика раскрытия шейки матки по Бишопу.

После медикаментозного аборта во втором триместре рутинное хирургическое выскабливание полости матки не требуется [2]. Его следует проводить лишь в случае, когда имеются клинические признаки неполного аборта. Выскабливание полости матки проводилось в связи с развившимися осложнениями: патологической кровопотерей и гематометрой без достоверных различий.

Таким образом, эффективность комбинированного метода прерывания в поздние сроки беременности в основной группе составила 99,0% и 96,9 — в группе сравнения. Преимуществами метода подготовки шейки матки в сочетании с ламинариями была меньшая продолжительность времени от начала применения метода до СДМ в первой группе, чем во второй, что связано с дополнительным механическим воздействием ламинариев на шейку матки. Продолжительность индукции до 3 часов у беременных основной группы была зафиксирована в 12,2% наблюдений, в группе сравнения — в 1,0%. С уменьшением продолжительности времени от начала применения метода до индукции позднего индуцированного выкидыша в обеих группах наблюдалось снижение числа осложнений. Наибольшее число осложнений выявлено у женщин, у которых длительность позднего индуцированного аборта составила 24 часа и более. Показателем неэффективности метода считалось оперативное (малое кесарево сечение) прерывание беременности по поводу ПОНРП (развившейся на фоне стимуляции сократительной деятельности матки) или

отсутствия эффекта от применяемого метода более 72 часов. Преимуществами метода подготовки шейки матки в сочетании с ламинариями была меньшая продолжительность времени от начала применения метода до начала сократительной деятельности матки в основной группе, чем в группе с использованием лишь медикаментозных средств, что связано с дополнительным механическим воздействием ламинариев на шейку матки.

#### Список литературы

1. Государственная политика в области охраны здоровья матери и ребенка — долгосрочные перспективы развития / Г.Т. Сухих [и др.] // Акушерство и гинекология. — 2013. — № 5. — С. 4–9.
2. Давыденко Н.Б. Прерывание беременности, как причина материнской смертности в Уральском федеральном округе / Н.Б. Давыденко, Г.Б. Мальгина, Н.В. Башмакова // Акушерство и гинекология. — 2014. — № 9. — С. 79–84.
3. Дикке Г.Б. Современные методы прерывания беременности в поздние сроки / Г.Б. Дикке, И.В. Сахаудинова // Акушерство и гинекология. — 2014. — № 1. — С. 83–88.
4. Кравченко Е.Н. Поздний индуцированный аборт при врожденных пороках развития плода, несовместимых с жизнью / Е.Н. Кравченко, Е.В. Коломбет // Гинекология. — 2016. — Т. 18, № 5. — С. 44–49.
5. Медикаментозное завершение беременности в сроки от 12 до 22 недель: показания, методы и результаты / Н.Е. Кан [и др.] // Акушерство и гинекология. — 2016. — № 4. — С. 11–15.
6. Нежелательная беременность и вынужденные аборты: современные методы прерывания беременности // Акушерство и гинекология. Клинические рекомендации / под ред. В.Н. Серова, Г.Т. Сухих. — Москва, 2014. — С. 607–627.
7. Хасин А.З., Компьютерная кардиотокография в родах / А.З. Хасин, Л.А. Хасин // Новые информационные технологии в науке, образовании, медицине и бизнесе: тез. докл. XXI Междунар. конф. — Крым, Гурзуф, 1994. — С. 48.

**Для цитирования.** Кравченко Е.Н., Коломбет Е.В., Куклина Л.В. Оценка эффективности прерывания беременности в поздние сроки комбинированным способом при врожденных пороках развития плода, несовместимых с жизнью // Медицинский алфавит. Серия «Современная гинекология». — 2019. — Т. 2. — 14 (389). — С. 31–36.



## ВСЕРОССИЙСКИЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ ПРОЕКТ

# «РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ: АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ»

## 2019

\*Предварительные даты:

**САРАТОВ** — 28 августа, **ПЕРМЬ** — 17 сентября,  
**КРАСНОЯРСК** — 2 октября, **ХАБАРОВСК** — 4 октября,  
**ЧЕЛЯБИНСК** — 15 октября, **ЕКАТЕРИНБУРГ** — 16 октября,  
**ТЮМЕНЬ** — 23 октября, **СУРГУТ** — 25 октября,  
**САМАРА** — 29 октября, **КАЗАНЬ** — 31 октября,  
**НОВОСИБИРСК** — 12 ноября, **ОМСК** — 13 ноября,  
**КРАСНОДАР** — 18 декабря

\* Возможны изменения.

### Лекторы проекта:

**КУЗНЕЦОВА ИРИНА ВСЕВОЛОДОВНА**, д.м.н., профессор. Профессор кафедры акушерства и гинекологии №1 лечебного факультета ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова (Сеченовский университет)  
**ТИХОМИРОВ АЛЕКСАНДР ЛЕОНИДОВИЧ**, д.м.н., профессор кафедры акушерства и гинекологии ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, заслуженный врач РФ, лауреат Премии Правительства РФ в области науки и техники, президент МИОМИ  
**ШИХ ЕВГЕНИЯ ВАЛЕРЬЕВНА**, д.м.н., профессор, директор Института профессионального образования Первого МГМУ им. И.М. Сеченова  
**БУРЧАКОВ ДЕНИС ИГОРЕВИЧ**, врач-эндокринолог, сомнолог, доцент кафедры эндокринологии НОЧУ ДПО «Высшая медицинская школа»

### Организаторы:

**EMED** EVIDENCE MEDICINE  
АВТОНОМНАЯ НЕКОММЕРЧЕСКАЯ  
ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ «ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ  
МЕДИЦИНА»

МЕЖРЕГИОНАЛЬНОЕ  
ИССЛЕДОВАТЕЛЬНОЕ ОБЩЕСТВО  
ЖЕНЩИН

**ЭКСКЛЮЗИВНЫЙ ТЕХНИЧЕСКИЙ  
Организатор:**

**МБК**  
МОСКОВСКИЙ БИОМЕДИЦИНСКИЙ КЛАСТЕР