

Предменструальные дисфорические расстройства у женщин Российской Федерации и факторы риска их развития. Эпидемиологическое исследование 1326 женщин

К. Б. Логинова, к.м.н.¹

Г. М. Дюкова, д.м.н., проф.²

Ю. Э. Доброхотова, д.м.н., проф.¹

Ал. Б. Данилов, д.м.н., проф., зав. кафедрой нервных болезней института профессионального образования³

¹ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Минздрава России, г. Москва

²ГБУЗ г. Москвы «Московский клинический научно-практический центр имени А.С. Логинова» Департамента здравоохранения г. Москвы

³ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова (Сеченовский университет)» Минздрава России, г. Москва

Premenstrual dysphoric disorders in women of Russian Federation and risk factors for their development. Epidemiological study of 1,326 women

K.B. Loginova, G.M. Dyukova, Yu.E. Dobrokhotova, A.B. Danilov

Russian National Research Medical University n.a. N.I. Pirogov, Moscow Clinical Scientific and Practical Centre n.a. A.S. Loginov, First Moscow State Medical University n.a. I.M. Sechenov; Moscow, Russia

Резюме

Вопросы эпидемиологии предменструальных дисфорических расстройств (ПМДР), факторов риска развития ПМДР у женщин РФ остаются по настоящее время окончательно не решенными. Цель исследования: оценка распространенности ПМДР среди женщин Российской Федерации и выявление факторов риска развития ПМДР. Материалы и методы. Анонимное анкетирование с помощью опросника было проведено 1326 женщинам репродуктивного периода различных регионов Российской Федерации: Москва (880), Урал (150), Ростовская (146) и Новосибирская (150) области. Критериями включения явились: возраст 15–45 лет, регулярный менструальный цикл 25–35 дней, отсутствие психиатрических диагнозов в анамнезе. Результаты исследования. Было выявлено, что 15,6% женщин РФ соответствуют критериям ПМДР. Основной возраст первого появления признаков ПМДР — 15–19 лет. Статистически значимыми рисками развития ПМДР являются возраст от 15–24 лет, обучение в высшем учебном заведении, отсутствие регулярной половой жизни, нейроциркуляторной дистонии в анамнезе, отягощение наследственности по нервно-психическим заболеваниям и предменструальному синдрому, болезненные менструации и осложнения в родах или аборт. Выводы: высокая степень распространенности ПМДР (15,6%) у молодых женщин репродуктивного периода, наличие психосоциальных и биологических факторов риска развития ПМДР требует разработки модифицированного инструмента ранней диагностики ПМДР для врачей общей практики, акушеров-гинекологов, психиатров.

Ключевые слова: предменструальные дисфорические расстройства, эпидемиология в России, факторы риска.

Summary

The epidemiology of premenstrual dysphoric disorders (PMDD) and the risk factors for PMDD in women of the Russian Federation are still not fully resolved. Objective: to assess the prevalence of PMDD among women in the Russian Federation and to identify risk factors for PMDD. Materials and methods. An anonymous questioning using the questionnaire was carried out by 1326 women of the reproductive period of different regions of the Russian Federation: Moscow (880), Ural (150), Rostov (146) and Novosibirsk (150) regions. Inclusion criteria were: age of 15–45 years, regular menstrual cycle of 25–35 days, lack of psychiatric diagnoses in history. The results. It was found that 15.6% of Russian women meet the criteria for PMDD. The primary age of the first appearance of PMDD symptoms is 15–19 years. The statistically significant risks of developing PMDD are ages 15–24 years, education at a higher education institution, lack of regular sexual life, history of neurocirculatory dystonia, complication of heredity in neuropsychiatric diseases and premenstrual syndrome, painful periods and complications in childbirth or abortion. Conclusions: the high prevalence of PMDD (15.6%) in young women of the reproductive period, the presence of psychosocial and biological risk factors for PMDD requires the development of a modified tool for the early diagnosis of PMDD for general practitioners, obstetrician gynecologists, and psychiatrists.

Key words: premenstrual dysphoric disorders, epidemiology in Russia, risk factors.



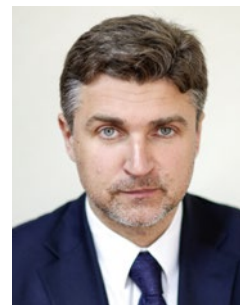
К. Б. Логинова



Г. М. Дюкова



Ю. Э. Доброхотова



Ал. Б. Данилов

Предменструальный синдром (ПМС) — это «циклическое появление симптомов достаточной тяжести, которые нарушают некоторые сферы жизни и появляются в четкой и предсказуемой связи с менструацией» [Национальный институт психиатрии США]. Предменструальные дисфорические расстройства (ПМДР) являются наиболее тяжелой формой предменструального синдрома. В 1987 году в DSM-III-R (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders APA, 1987) в диагноз ПМС впервые было введено понятие «дисфорическое расстройство поздней лютеиновой фазы», которое впоследствии заменили названием «предменструальное дисфорическое расстройство». В 2013 году в DSM V (APA 2013) ПМДР выделили в отдельную категорию заболеваний в разделе «Депрессивные расстройства» [1].

Согласно DSM V для постановки диагноза ПМДР необходимы:

1. совокупность пяти симптомов (сильный гнев, чувство безнадежности, эмоциональная лабильность, тревога, состояние взвинченности или «на пределе» плюс один из любых симптомов (психоэмоциональный, соматический). Эти симптомы должны появляться за несколько дней до менструации и проходить в течение нескольких дней после ее начала;
2. наличие проспективных дневников в течение двух менструальных циклов (дневник регистрации ежедневных проблем, ДРЕП), но предварительный диагноз может быть поставлен заранее.

Вопросы эпидемиологии и факторов риска ПМС и ПМДР изучены не-

достаточно: дискуссионными являются частота и возраст дебюта ПМС и ПМДР, неясно какие психосоциальные и биологические факторы способствуют развитию этих синдромов. Показано, что распространенность ПМС — от 90%, а ПМДР — 2–10%, при этом считалось, что ПМДР развивается у женщин более позднего репродуктивного периода [1–6]. Однако в других исследованиях было показано, что подростки страдают ПМС так же часто, как и взрослые женщины [7]. Так, в работах последних лет показано, что ПМДР присутствует у женщин в возрасте 18–24 лет в 17,6% случаев [8]. В арабских странах из 508 женщин 18,6% соответствовали критериям ПМДР, при этом наличие ПМДР ассоциировалось с высшим образованием, отсутствием брака, с личными или семейными проблемами, с нерегулярным менструальным циклом и болезненными менструациями [9]. М. Czajkowska в 2015 году показала, что ПМДР диагностировано у 8% молодых женщин в возрасте 16–22 лет, при этом позднее менархе, профессиональные занятия спортом, интенсивные занятия ассоциировались с возникновением ПМС и ПМДР [10]. В Российской Федерации полноценные эпидемиологические исследования, основанные на современных критериях диагностики ПМДР, отсутствуют.

Цель настоящего исследования — оценка распространенности ПМДР у женщин Российской Федерации и выявление факторов риска их развития.

Материалы и методы

Для проведения эпидемиологического исследования была разработана адаптированная анкета, учитывающая

социодемографические данные, наследственную отягощенность по ПМС, наличие и отсутствие в анамнезе нервно-психических заболеваний, в частности, нейроциркуляторной дистонии (НЦД), гинекологический, сексуальный и репродуктивный анамнез. В анкету были включены критерии ПМДР: семь соматических и девять эмоционально-мотивационных симптомов; оценивалось их появление в предменструальном периоде.

Анонимное анкетирование с помощью опросника было проведено 1326 женщинам репродуктивного периода различных регионов Российской Федерации: Москва (880), Урал (150), Ростовская (146) и Новосибирская (150) области.

Критериями включения явились возраст 15–45 лет, регулярный менструальный цикл 25–35 дней, отсутствие психиатрических диагнозов в анамнезе.

Статистический анализ полученных данных

Статистическая обработка данных выполнена с помощью пакета прикладных программ Statistica for Windows 8.0 (StatSoft, США).

Для каждого количественного параметра были определены: среднее значение (M), среднеквадратическое отклонение (SD), ошибка среднего (m), медиана (Me), интерквартильный размах (Q1–Q2), 95-процентный доверительный интервал. Для оценки различий в группах применялись методы параметрической статистики (t-критерий Стьюдента). При отсутствии нормального распределения данных применялись методы непараметрической статистики — U-тест Манна-Уитни. В работе были рассчитаны относительный риск (ОР или RR) и отношение шансов (ОШ или OR) заболеваемости, их вычисляли по формуле Katz. Статистически значимыми считались различия при $p < 0,05$ (95-процентный уровень значимости).

Результаты исследования

В результате исследования было обнаружено, что у 15,6% опрошенных женщин имеет место ПМС тяжелой степени то есть ПМДР. Распределение женщин, имеющих ПМДР (ПМДР+) и не имеющих ПМДР (ПМДР–), по возрастам и образованию представлено в табл. 1.

Таблица 1
Распределение женщин с наличием или отсутствием ПМДР по возрасту и образованию

Признак		ПМДР+		ПМДР–		Всего	
		207	100%	1119	100%	1326	100%
Возраст, лет	15–24*	107	51,7	382	34,1	486	36,7
	25–34	53	25,6	396	35,4	453	34,2
	35–44	38	18,4	264	23,6	299	22,5
	Более 45	9	4,1	77	6,9	88	6,6
Образование	Высшее	74	35,9	536	47,9	636	48,0
	Незаконченное высшее**	90	43,5	224	20,0	451	34,0
	Среднее	22	10,6	128	11,4	145	18,0
	Среднее специальное	21	10,0	231	20,6	265	20,0

Примечание: * — CI (95%) OR = 2,01 (1,41–2,88); RR = 1,5 (1,24–1,80) $p = 0,0002$; ** — CI (95%) OR = 3,06 (2,11–4,44); RR = 2,17 (1,72–2,73); $p < 0,0001$.

Как следует из табл. 1, статически значимыми рисками развития ПМДР являются возраст 15–24 лет и обучение в высшем учебном заведении.

Возраст появления признаков ПМДР у женщин разного возраста отражен в табл. 2.

Как видно из табл. 2, наиболее часто признаки ПМДР появлялись в возрасте 15–19 лет, то есть риск развития ПМДР в этом возрасте равен 1,72. В возрасте 20–29 лет выявлены противоположные соотношения, то есть в этом возрасте симптомы ПМДР возникают достоверно реже.

В табл. 3 показаны наличие НЦД в анамнезе у опрошенных женщин а также отягощенная наследственность по нервно-психическим заболеваниям и по ПМС.

Статистический анализ показал, что НЦД в анамнезе повышает риск развития ПМДР в 1,37 раза, а отягощение наследственности по нервно-психическим заболеваниям имеет тенденцию к повышению ПМДР в 1,6 раза; отягощение наследственности по ПМС увеличивает риск появления ПМДР практически в два раза.

Особенности менструальной функции женщин с ПМДР+ и ПМДР– отражены в табл. 4.

Представленный анализ менструальной функции и репродуктивного анамнеза обнаружил повышение риска развития ПМДР в 1,5–2,0 раза у женщин, имеющих болезненные менструации и осложнения в родах (абортах).

Данные, включающие семейное положение и сексуальный анамнез, отражены в табл. 5.

Данные статистического анализа показали, что при наличии регулярной половой жизни менее вероятно развитие дисфорических расстройств, а семейное положение и удовлетворенность половой жизнью значимо не влияют на развитие ПМДР.

Обсуждение

Предменструальное дисфорическое расстройство — наиболее тяжелое проявление предменструального синдрома, в котором доминируют эмоционально-аффективные синдромы. Их анализ показал, что наиболее частыми симптомами как в европейской, так и в северо-американской популяции были

Таблица 2
Возраст появления симптомов ПМДР

Признак		ПМДР+		ПМДР–	
		207	100%	1119	100%
Возраст, лет	15–19*	126	60,9	457	40,8
	20–24**	42	20,3	340	30,4
	25–29***	9	4,3	125	11,2
	30–34	19	9,2	130	11,6
	Более 35	11	5,3	67	6,0

Примечание: * — $p < 0,0001$, OR = 2,77 (1,93–3,32), RR = 1,72 (1,46–1,77); ** — $p = 0,01$; *** — $p = 0,02$.

Таблица 3
Данные по анамнезу НЦД наследственной отягощенности по ПМС и нервно-психическим заболеваниям при наличии и отсутствии ПМДР

Признак		ПМДР+		ПМДР–	
		207	100%	1119	100%
НЦД в анамнезе**	Да	117	56,6	462	41,3
Отягощенная наследственность по нервно-психическим заболеваниям*	Да	21	10,3	73	6,5
Отягощенная наследственность по ПМС***	Да	124	59,3	386	34,5

Примечание: * — $\chi^2 = 0,09$ CI (95%), OR = 1,66 (0,9–3,03), RR = 1,59 (0,92–2,75); ** — $p = 0,0007$ CI (95%), OR = 1,85 (1,3–2,65), RR = 1,37 (1,16–1,62); *** — $p < 0,0001$ CI (95%), OR = 2,77 (1,93–3,98), RR = 1,72 (1,46–2,03).

Таблица 4
Менструальная функция и ПМДР

Признак		ПМДР+		ПМДР–	
		207	100%	1119	100%
Становление менструаций	Сразу	118	57,1	690	61,7
	Нет	89	42,9	429	38,3
Болезненность менструаций	Да*	124	60,0	491	43,9
	Нет	83	40,0	628	56,1
Осложнения в родах (абортах)**		41	20,0	110	9,8

Примечание: * — $p = 0,0003$, OR 1,91 (1,33–2,75), RR 1,37 (1,17–1,59); ** — $p = 0,003$ OR 2,29 (1,43–3,67), RR 2,03 (1,38–3,0).

Таблица 5
Семейное положение и сексуальный анамнез у женщин с наличием или отсутствием ПМДР

Признак		ПМДР+		ПМДР–	
		207	100%	1119	100%
Семейное положение	Замужем	84	40,6	512	45,8
	Не замужем	123	59,4	607	54,2
Половая жизнь	Регулярная*	84	40,7	563	50,3
	Нерегулярная*	86	41,5	729	65,2
Удовлетворенность от половой жизни	Да	126	60,9	760	67,9
	Нет	60	29,0	279	24,9

Примечание: * — у не имеющих дисфории регулярная половая жизнь чаще $p = 0,03$; $\chi^2 = 0,03$.

раздражительность, вплоть до вспышек гнева, лабильность настроения и дисфория. Неслучайно термин «дисфория» звучит в названии синдрома. Кроме того, в этот период также отмечается нарастание депрессии и тревоги.

По данным многочисленных исследований, распространенность ПМДР у женщин репродуктивного периода ранжируется от 2 до 10%, а с учетом

субсиндромальных форм ПМДР, то есть где не все критерии полностью выполняются, достигает 18,6–20,7% [11].

Соответственно данным нашего исследования распространенность ПМДР в РФ составила 15,6%, что не противоречит вышеприведенным данным и другим данным литературы [8, 9, 10]. Однако возникает вопрос: насколько частота ПМДР варьирует

на протяжении всего репродуктивного цикла — от менархе до менопаузы. В литературе обсуждаются два уязвимых в этом отношении периода: ранний репродуктивный возраст и второй пик ПМДР — преклимактерический период.

С целью прояснения этого вопроса мы проанализировали частоту и время возникновения ПМДР в разных возрастных группах. Результаты проведенного нами исследования показали, что ПМДР чаще обнаруживаются и впервые возникают в раннем репродуктивном возрасте, и с возрастом его процентная представленность явно снижается. Наличие ПМДР в столь раннем возрасте снижает качество жизни, мешает осуществлению жизненных планов. Т. Takeda в 2015 году выявил снижение спортивных показателей на 44,3% у элитных спортсменок-атлетов с ПМДР [12].

Второй задачей проведенного исследования было определение факторов риска развития ПМДР. С этой целью у опрошенных женщин были проанализированы четыре группы факторов: 1) характер менструальной и репродуктивной функций; 2) отягощение наследственности по предменструальным расстройствам; 3) наличие в анамнезе и отягощение наследственности по нервно-психическим расстройствам; 4) особенности сексуальной функции.

Показано, что наличие дисменореи в виде болезненных месячных ассоциируется с большей частотой ПМС и ПМДР. В нашем исследовании риск развития ПМДР оказался в 1,5–2,0 раза выше у женщин, имеющих болезненные менструации, что согласуется с исследованиями О. Derman (2004), который обнаружил, что 71% девочек с дисменорей имеют ПМС [13]. М. Steiner (2011) предоставил данные, свидетельствующие, что у 578 подростков 12–18 лет ПМДР встречается в 29,6% случаев и в 63,7% оно сочетается с тяжелой дисменореей [14]. М. Kitamura (2012) выявил прямую связь между тяжестью дисменореи и тяжестью ПМС [15].

Результаты нашего исследования показали, что отягощение наследственности по ПМС увеличивает риск развития ПМДР в два раза. Ранние исследова-

ния показали высокую и значимую корреляцию пременструальных симптомов у девушек в Финляндии и их матерей [16].

В научной литературе широко обсуждается связь ПМДР с *нейропсихическими факторами*, в частности с большой депрессией, особенностями личности (нейротизмом), наличием детского абзуса. В 2012 году Hong *et al.* при изучении распространенности ПМДР и наличии корреляции ПМДР с нервно-психическими заболеваниями обнаружили, что у 59,3% женщин с ПМДР имелись в анамнезе нервно-психические заболевания вплоть до суицидальных намерений [17]. В настоящем исследовании мы обнаружили ассоциацию ПМДР с отягощенной наследственностью по нервно-психическим заболеваниям и выявили ассоциацию с диагнозом НЦД в анамнезе. Известно, что диагноз НЦД в отечественной медицине является синонимом диагноза вегетососудистой дистонии или согласно современной классификации (DSM-V) — функционально-соматических расстройств. В настоящее время ПМС и ПМДР также относят к категории функциональных расстройств, в качестве патогенеза которых предложена биопсихосоциальная модель и выявлены церебральные механизмы их развития [18–19].

В настоящем исследовании мы попытались оценить *сексуальную сферу* у опрошенных женщин и выявить, какие ее характеристики являются существенными для развития ПМДР. Результаты показали, что наличие или отсутствие замужества, так же как и удовлетворенность половой жизнью, не играют значимой роли в развитии ПМДР, в то же время важным явился фактор регулярности половой жизни: при регулярных интимных отношениях ПМДР возникал достоверно реже.

Таким образом, проведенный эпидемиологический анализ показал высокую распространенность и дебют ПМДР преимущественно у молодых женщин репродуктивного периода и выявил психосоциальные и биологические факторы риска развития ПМДР.

Список литературы

1. American Psychiatric Assn. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.) 5th ed American Psychiatric Publishing; Arlington: 2013.
2. Steiner M, Macdougall M, Brown E. The premenstrual symptoms screening tool (PSST) for clinicians. Arch Womens Ment Health 2003. 6: 203–9.
3. Sveindottir H, Backstrom T. Prevalence of menstrual cycle symptom cyclicity and premenstrual dysphoric disorder in a random sample of women using and not using oral contraceptives. Acta Obstet Gynecol Scand 2000. 79: 405–13.
4. Wittchen HU, Becker E, Lieb R, et al. Prevalence, incidence and stability of premenstrual dysphoric disorder in the community. Psychol Med. 2002. 32: 119–32.
5. Halbreich U, Borenstein J, Pearlstein T, et al. The prevalence, impairment, impact, and burden of premenstrual dysphoric disorder (PMS/PMDD). Psychoneuroendocrinology 2003. 28 (Suppl 3): 1–23.
6. Angst J, Sellaro R, Merikangas KR, et al. The epidemiology of perimenstrual psychological symptoms. Acta Psychiatr Scand. 2001. 104: 110–6.
7. Vichnin M., Freeman E.W., Lin H. et al. Premenstrual Syndrome (PMS) in Adolescents: Severity and Impairment // Journal of Pediatric & Adolescent Gynecology. 2006. N 19. P. 397–402.
8. de Carvalho AB, Cardoso TA, Mondin TC et al. Prevalence and factors associated with Premenstrual Dysphoric Disorder: A community sample of young adult women. Psychiatry Res. 2018. Jun 26;268:42–45. doi: 10.1016/j.psychres.2018.06.005.
9. Osman OT, Sabri S, Zoubeidi T et al. Prevalence, Severity, and Correlates of Premenstrual Dysphoric Disorder Symptoms Among Women in the Arabian Peninsula // Prim Care Companion CNS Disord. 2017. Jul 6; 19 (4). pii: 17m02112. doi: 10.4088/PCC.17m02112.
10. Czajkowska M, Drosdzol-Cop A, Gałazka I et al. Menstrual Cycle and the Prevalence of Premenstrual Syndrome/Premenstrual Dysphoric Disorder in Adolescent Athletes. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2015. Dec; 28 (6): 492–8. doi: 10.1016/j.jpag.2015.02.113.
11. Pearlstein T., Steiner M., Premenstrual dysphoric disorder: burden of illness and treatment update. 2008 J Psychiatry Neurosci 2008; 33 (4): 291–301.
12. Takeda T, Imoto Y, Nagasawa H et al. Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder in Japanese Collegiate Athletes. // J Pediatr Adolesc Gynecol. 2015. Aug; 28 (4): 215–8. doi: 10.1016/j.jpag.2014.07.006. Epub 2014 Jul 22.
13. Derman O, Kanbur NO, Tokur TE, Kutluk T. Premenstrual syndrome and associated symptoms in adolescent girls. // Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2004. Oct 15; 116 (2): 201–6.
14. Steiner M, Peer M, Palova E et al. The premenstrual symptoms screening tool revised for adolescents (PSST-A): prevalence of severe PMS and premenstrual dysphoric disorder in adolescents. Arch Womens Ment Health. 2011. 14: 77–81.
15. Kitamura M, Takeda T., Koga Sh. et al. Relationship between premenstrual symptoms and dysmenorrhea in Japanese high school students. Arch Womens Ment Health. 2012. 15: 131–133 DOI 10.1007/s00737-012-0266-2.
16. Kantero RL, Widholm O. Correlations of menstrual traits between adolescent girls and their mothers. Acta Obstet Gynecol Scand 1971; 14 (suppl 14): 30–6.
17. Hong Jin Pyo, Park Subin, Wang Hee-Ryung. Prevalence, correlates, comorbidities, and suicidal tendencies of premenstrual dysphoric disorder in a nationwide sample of Korean women // Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2012. 47: 1937–1945. DOI 10.1007/s00127-012-0509-6.
18. Дюкова Г.М., Голубев В.А., Погромов А.П., Мнацканян М.Г. Функциональные расстройства: современные представления о систематике клинических проявлений и патогенезе. (Обзор литературы). Журнал неврологии и психиатрии им. СС Корсакова 2016, Том 116, № 12, стр. 115–120.
19. Pearlstein T. Ptemenstrual Syndrome. In Book Functional Somatic Syndrome: Etiology, Diagnosis, Treatment. Ed. Peter Manu. Cambridge University Press, 1998, p. 80–97.





Уважаемые коллеги!

Приглашаем вас принять участие в работе

XVIII ЕЖЕГОДНОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ

МОСКОВСКАЯ НЕВРОЛОГИЯ

18 апреля 2019 года | г. Москва

Мероприятие пройдет под руководством Главного внештатного специалиста невролога Департамента здравоохранения города Москвы Н. А. Шамалова, при поддержке Департамента здравоохранения города Москвы и организационно-методического отдела по неврологии ДЗМ.

Конференция включена в план конгрессно-выставочной деятельности ДЗМ.

Организаторы конференции:

Департамент здравоохранения города Москвы

ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»

ГБОУ «ФЦ ЦВП и Инсульта» Минздрава РФ

ОМО по неврологии ДЗМ

АНО "Персонализированная медицина"

Документация по данному учебному мероприятию будет представлена в Комиссию по оценке учебных мероприятий и материалов для НМО

В конференции примут участие Главные внештатные специалисты Департамента здравоохранения города Москвы по направлениям: неврология, кардиология, нейрохирургия, терапия, реабилитология.

Приглашаем принять участие в конференции неврологов, геронтологов, психиатров, специалистов смежных специальностей и других специалистов, интересующихся тематикой конференции!

Будет представлена информация о современных подходах и методах лечения неотложных состояний в неврологии, прежде всего, остром периоде инсульта и постинсультных состояниях, профилактических мероприятиях при сосудистых заболеваниях, а также о комплексе мероприятий в лечении больных с деменцией, при головокружениях, когнитивных нарушениях, демиелинизирующих заболеваниях, а также о новых подходах к лечению пароксизмальных состояний и эпилепсии в амбулаторных и стационарных условиях.

Предварительная регистрация:

http://med-marketing.ru/meropriyatiya/meropriyatiya_1266.html

Регистрация и участие в мероприятии – бесплатные.

Координаты секретариата Конференции:

тел.: +7 (495) 641-82-39; e-mail: info@med-marketing.ru

Предварительно зарегистрировавшие участники получают по электронной почте программу конференции.

ТЕХНИЧЕСКИЙ
ПРОВАЙДЕР



ИНТЕГРИТИ
ЦЕНТР МЕДИЦИНСКОГО
МАРКЕТИНГА И КОММУНИКАЦИЙ

www.med-marketing.ru