

V Международный конгресс
по репродуктивной медицинеРепродуктивное здоровье
с позиции современной медицины

С 18 по 21 января 2011 г. в Научном центре акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова проходил V Международный конгресс по репродуктивной медицине. В нем приняли участие более 800 ученых и специалистов из 83 городов 18 стран мира. Научная программа конгресса включала в себя актуальные вопросы акушерства и здоровья женщин во время беременности, охраны здоровья плода, новейших тенденций в решении проблемы бесплодия, профилактики и своевременного выявления онкологических заболеваний репродуктивной системы и многие другие. Своим опытом и новейшими знаниями по данным проблемам поделились известные российские ученые и специалисты, а также авторитетные зарубежные эксперты из ведущих медицинских центров Италии, Испании, США, Бельгии, Франции, Германии, Хорватии, Канады и других стран.

Президент конгресса, академик РАМН Г.Т. СУХИХ (проф., директор ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова, заслуженный деятель науки РФ) выразил благодарность всем российским и зарубежным гостям и участникам. В своем вступительном слове, посвященном редукцио-

низму и системному подходу в репродуктивной медицине XXI века, Геннадий Тихонович отметил, что новое тысячелетие ознаменовалось крупными открытиями: на рубеже веков была расшифрована программа генома, стартовала генная терапия, дальнейшее развитие получила молекулярная биология, клеточные технологии. «Однако за два де-

сятилетия потрясающих открытий мы так и не приблизились к ответу на фундаментальный вопрос, что такое жизнь и как построена живая система, – подчеркнул Г.Т. Сухих. – Мы понимаем, что на одном этапе науки, когда необходимо идти от общего к частному, применим редукционизм, а на другом – процесс интегрирования. Однако мы

V Международный конгресс по репродуктивной медицине

не можем живые системы представить в виде машин, ведь ядро клетки – это не шестеренка в коробке передач. В этом смысле в медицине не всегда возможно по анализу работы отдельных составных частей по-



нять, как функционирует вся система». А значит, по мнению академика Т.Г. Сухих, нужно думать не о починке одного звена в системе нарушенного патогенеза, но необходимо понимать, что порой в живом организме следует заменять целые системы, а замену этих блоков, очевидно, могут сделать осуществимыми новые клеточные технологии.

Научную программу конгресса открыла академик РАМН Л.В. АДАМЯН (проф., главный внештатный специалист Минздрава по акушерству и гинекологии, зам. директора по научной работе ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова» Минздрава России, заслуженный деятель науки РФ).

Согласно определению ВОЗ, репродуктивное здоровье – это не просто отсутствие болезней или недугов, но состояние полного физического, умственного и социального благополучия во всех аспектах, касающихся репродуктивной системы, ее функций и процессов. Три из восьми глобальных задач тысячелетия, сформулированных в «Декларации тысячелетия», непосредственно связаны с репродуктивным и сексуальным здоровьем населения. В своем докладе «Репродуктив-

ное здоровье: успехи, проблемы, задачи. Основные показатели» Лейла Владимировна Адамян охарактеризовала работу ученых и врачей в этой сфере как общественно значимую. «Сегодня статистика дает положительные данные по росту рождаемости, по снижению младенческой смертности в стране, и наша с вами работа является маленькой составной частью этих результатов», – подчеркнула она. В своем программном выступлении академик Адамян проанализировала основные показатели состояния репродуктивного здоровья в России и в мире, а также осветила успехи, проблемы, задачи в сфере охраны репродуктивного здоровья.

Безусловно, по-прежнему острой остается проблема невынашивания беременности. О необходимости придерживаться этических принципов во время ведения пациентки с возможной угрозой выкидыша говорил в своем выступлении профессор Фрэнк ЧЕРВЕНАК (Frank Chervenak), зав. кафедрой акушерства и гинекологии Нью-Йоркского Медицинского центра Вейл Корнелл (Department of Obstetrics and Gynecology, New York Weill Cornell Medical Center). Прежде всего, по его мнению, следует установить с пациенткой эмоциональный контакт, сообщить ей о целесообразности лечения, если в том возникнет необходимость, регулярно информировать женщину о состоянии плода, о возможных угрозах риска его развития. «В большинстве случаев мы не можем знать причину возникновения того или иного порока развития. Иногда аномалии возникают по неясным причинам – не по вине пациентки или врача, поэтому необходимо доводить до сведения пациентки информацию о том, что беременность может быть сопряжена с дефектами развития эмбриона», – считает профессор Червенак.

С его доводами согласилась академик РАМН Г.М. САВЕЛЬЕВА (проф., зав. кафедрой акушерства и гинекологии педиатрического факультета РГМУ, руководитель Цен-

тра планирования семьи и репродукции). В своем докладе «Перинатология. Достижения и нерешенные вопросы» Галина Михайловна Савельева затронула многие важные практические аспекты этой науки. Перинатальный период начинается с момента зачатия и заканчивается через 7 дней после родов. Согласно статистическим данным, в последние годы перинатальная смертность в стране имеет тенденцию к снижению. Так, в 2009 г. она составила 7,9 промилле. Однако большей частью снижение показателей происходит за счет роста числа операций кесарева сечения. «За последние пять лет в нашем центре прошла 31 тыс. родов, 8785 из них – с помощью кесарева сечения», – констатировала академик Г.М. Савельева. Кроме того, в структуре перинатальной смертности в развитых странах и в России отмечаются различия: если в развитых странах 1-е место занимают врожденные аномалии, а 2-е место – внутриутробная гипоксия, то в нашей стране наоборот – на 1-м месте находится внутриутробная гипоксия, а на 2-м – врожденные аномалии. Причинами возникновения гипоксии плода могут быть перенашивание, гестозы, преэклампсия, многоплодие, невынашивание. Перенашивание очень важно диагностировать как можно раньше, начиная с 40 недель, чтобы предотвратить возможные осложнения. При гестозах беременность следует пролонгировать до 34 недель. При многоплодной беременности в Центре планирования семьи и репродукции стали применять лазерную коагуляцию сосудистых анастомозов плаценты при синдроме фетальной гемотрансфузии. Причин преждевременных родов очень много, но в основе большинства из них отмечаются структурные аномалии шейки матки. Пути решения проблемы преждевременных родов, конечно, заключаются в профилактике этого состояния – своевременная диагностика угрозы преждевременных родов, диагностика и коррекция калиевой недостаточности, адекватная терапия угрозы преждевременного

V Международный конгресс по репродуктивной медицине

прерывания и др. С целью снижения в Москве врожденной и наследственной патологии в Центре планирования семьи и репродукции был внедрен метод пренатального скрининга. По словам академика Г.А. Савельевой, это позволило уменьшить число новорожденных с синдромом Дауна.

О патогенезе привычного невынашивания беременности рассказала О.Н. САДЕКОВА (факультет фундаментальной медицины МГУ им. М.В. Ломоносова). Привычное невынашивание – это самопроизвольное прерывание беременности сроком до 22 недель два и более раза подряд. Невынашивание представляет собой полиэтиологичный симптомокомплекс, который развивается вследствие нескольких потенцирующих друг друга причин, оказывающих свое действие одновременно или последовательно. Особое внимание уделяется невынашиванию беременности на ранних сроках. Дело в том, что в течение беременности выделяют ряд критических периодов, когда эмбрион оказывается наиболее чувствительным к неблагоприятным воздействиям. Основные из них – имплантация и плацентация – приходятся на первый триместр беременности. Именно эти два процесса оказываются ключевыми в формировании маточного плацентарного кровотока, необходимого для дальнейшего роста и развития эмбриона. Кроме того, эти события определяют дальнейшее течение беременности, успешное ее наступление и завершение. В этот период происходят важные процессы, большинство которых протекают в эндометрии, играющем ключевую роль в процессах наступления беременности. С позиций общепатологических механизмов развития привычного невынашивания можно охарактеризовать как устойчивое патологическое состояние. При этом первичный этиологический фактор теряет свою значимость, ключевое значение имеют следовые реакции, которые возникают в результате воздействия этого пер-

вичного этиологического фактора на организм. В результате следовых реакций формируется новый локальный гомеостаз, обеспечивающий оптимальное приспособление к новой среде, но уже не здоровой, а больной ткани. Новый гомеостаз поддерживается на основе сформированной матрицы долгосрочной памяти теми же механизмами, которыми обеспечивается гомеостаз в здоровой ткани. Матрица долгосрочной памяти представляет собой комплекс биохимических, молекулярных, клеточных изменений, которые, так или иначе, поддерживают процесс в хроническом состоянии. При привычном невынашивании беременности индикатором хронической патологии является эндометрит. Вот почему рассмотрение данного заболевания целесообразно именно с позиций формирования устойчивого патологического состояния. В поддержку данной гипотезы было проведено большое длительное многофакторное исследование эндометрия у женщин с невынашиванием беременности. По данным морфологического исследования, 60–70% биоптата эндометрия содержали хронические воспалительные изменения, был обнаружен ряд изменений на иммуногистохимическом уровне, характерном только для невынашивания беременности, склерозирование стромы эндометрия. Было также выявлено нарушение экспрессии генов ряда белков, участвующих в процессах ангиогенеза, гемостаза. Все эти нарушения – гистологические, иммуногистохимические и выявленные нарушения экспрессии генов – в конечном итоге приводят к развитию хронической тканевой гипоксии. Однако локальные изменения в эндометрии не могут существовать без системных изменений в организме женщины. С этой точки зрения важным звеном в невынашивании может быть системная биохимическая регуляция вышеуказанных процессов. Было предпринято генетическое исследование, в рамках которого изучались гены тром-

боцитарных рецепторов, гены белков, вовлеченных в патогенез эпителиальной дисфункции и участвующих в регуляции артериального давления. Выяснено, что эти гены действительно оказываются значимыми в формировании привычного невынашивания. Таким образом, привычное невынашивание беременности – это устойчивое патологическое состояние, реализующееся на локальном уровне, наиболее грубым проявлением которого является хронический эндометрит, поддерживающийся на системном уровне. Вот почему у женщин после самопроизвольных выкидышей или абортот надо уделять особое внимание реабилитации эндометрия.

По мнению профессора В.Е. РАДЗИНСКОГО (зав. кафедрой акушерства и гинекологии медицинского факультета РУДН), данные исследования представляют собой определенную базу для дальнейшего изучения того, каким образом эффективнее проводить терапию, направленную на



истинную причину невынашивания беременности, а именно – на эндометрит, а не на мифический дефицит прогестерона или другого гормона.

Ярким было выступление проф. Асима КУРЬЯКА (Asim Kurjak), руководителя Института ультразвука Загребского университета (Department of obstetrics and gynecology, Head of the Ultrasonic

V Международный конгресс по репродуктивной медицине

Institute, School of Medicine, Zagreb University). Его доклад «Динамические исследования ранних этапов развития человека – эмбриология против 3D-ультразвуковой диагностики» сопровождался демонстрацией видеоматериалов. Профессор Курьяк наглядно продемонстрировал, как с помощью новейших технологий, а точнее 3D-ультразвуковой диагностики, можно наблюдать развитие эмбриона с момента зачатия и до родов. Благодаря этому методу можно выявлять аномалии в развитии плода уже в 1-м триместре беременности.

Как известно, риск потери беременности прогрессивно нарастает с увеличением числа неудач. Нана Карглосовна ТЕТРУАШВИЛИ (д. м. н., зав. 2-м акушерским отделением патологии беременности ФГУ «НЦАГиП им. В.И. Кулакова» Минздравсоцразвития РФ) сфокусировала свое выступление на современных технологиях в лечении невынашивания беременности. Без терапии после трех выкидышей шанс успешного вынашивания составляет 30%, после четырех – 25%, после пяти – 5%. Среди причин привычного выкидыша хромосомная патология составляет 5–10%, гормональные нарушения – 10–15%, анатомические причины – порядка 15%, огромный сектор представлен тромбофилическими причинами. Есть общие подходы к лечению, которые в настоящий момент не вызывают сомнений и являются доказанными. В частности, при генетических сбалансированных транслокациях необходимо генетическое консультирование. При анатомических причинах должно быть восстановление полости матки. При поликистозных яичниках осуществляется подготовка эндометрия вне беременности метформин, при гипотиреозе обязательна коррекция L-тироксина, при НЛФ – производными прогестерона и компенсация сахарного диабета. Что касается аутоиммунных состояний, в настоящее время стало понятно, что это не только фосфолипидный синдром, но целая группа

аутоиммунных репродуктивных нарушений, при коррекции которых повышаются шансы на вынашивание беременности. Сейчас известно, что уже с 5–6 недель беременности продукты фетального происхождения – ДНК и РНК – попадают в кровоток матери. Если женщина беременна плодом мужского пола, наблюдается прогрессивное линейное возрастание ДНК плодового происхождения с каждой неделей беременности. «Нами предпринимались попытки судить об успешности процесса по растворимой молекуле HLA-G в материнской циркуляции. При успешной беременности значения высоки. При беременности в группе сравнения с начавшимся выкидышем это максимально низкие значения, средние значения – у пациенток на фоне терапии», – отметила Н.К. Тетруашвили. ТН1 воспалительный ответ – это ответ, направленный на реакции иммунного отторжения. ТН2 реакции связаны с защитной иммуномодулирующей функцией. Нужен правильный баланс, который может смещаться при воздействии инфекционно-воспалительного фактора, стрессовых воздействий, гормональных нарушений. Привычный выкидыш – пример реализации механизма отторжения трофобласта, который является носителем фетальных антигенов. Необходимо с помощью терапии предотвратить отторжение. К доказательным методам иммуномодуляции пока относится только терапия гестагенами, другие методы должны быть использованы строго по показаниям у узкого контингента пациентов. По мнению Н.К. Тетруашвили, в последнее время особое значение приобретают клеточные методы терапии, над исследованием которых работают специалисты НЦАГиП им. В.И. Кулакова.

Следует отметить, что программа конгресса была чрезвычайно насыщенной. В ходе его работы были также рассмотрены новейшие тенденции в решении проблемы бесплодия, сохранении репродуктивного потенциала мужчин, состоянии здоровья и качества жизни

женщин старших возрастных групп, в профилактике и лечении заболеваний, передающихся половым путем, и др. В течение двух дней прошли интерактивные видеотрансляции из новых операционных НЦАГиП им. В.И. Кулакова, в ходе которых в режиме реального времени были продемонстрированы инновационные методики реконструктивно-пластических операций на органах репродуктивной системы при трубно-перитонеальном бесплодии, миоме матки, внутриматочных синехиях, эндометриозе, доброкачественных образованиях яичников.

Важным пунктом конгресса стало заседание главных специалистов акушеров-гинекологов регионов РФ, которое провели директор департамента развития медицинской помощи детям и службы родовспоможения Минздравсоцразвития России В.И. ШИРОКОВА, ее заместитель О.С. ФИЛИПОВ и главный внештатный специалист Минздравсоцразвития РФ по акушерству и гинекологии академик Л.В. АДАМЯН. На совещании обсуждались важнейшие вопросы отечественного здравоохранения – программы модернизации здравоохранения, эффективность использования средств, выделяемых на охрану репродуктивного здоровья в рамках государственных гарантий и высокотехнологичной медицинской помощи, пути решения проблемы полипрагмазии, роль новых перинатальных технологий в профилактике детской заболеваемости и смертности.

В завершение были определены даты научных программ следующих конгрессов – XXIV Международного конгресса «Новые технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний», который пройдет 6–9 июня 2011 г. под эгидой 20-летнего сотрудничества с Американской ассоциацией гинекологов-лапароскопистов, и VI Международного конгресса по репродуктивной медицине (17–20 января 2012 г.).

Подготовила С. Евстафьева