

ПРЕНАТАЛЬНЫЕ И ПОСТНАТАЛЬНЫЕ ПАРАЛЛЕЛИ ПРИ КРИТИЧЕСКИХ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКАХ СЕРДЦА У ПЛОДА

И.С. Лукьянова, Г.Ф. Медведенко, И.А. Журавель, Б.А. Тарасюк, Л.А. Иванова
ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины»

Резюме

У статті наведено результати обстеження 8457 вагітних у термінах 20-24, 30-32 тижнів. У 374 новонароджених встановлено діагноз вродженої вади серця. З них у 315 (84,2%) малюків вроджену ваду серця виявлено пренатально. Проведено клінічне та ехокардіографічне обстеження новонароджених у першу добу життя після народження, визначена тактика лікування. Більшість пацієнтів потребували термінового кардіохірургічного лікування, а для підтримки життя дитини необхідно було функціонування відкритої артеріальної протоки (ВАП) і відкритого овального вікна (ВОВ). ВАП підтримували постійною інфузією простагландину. 109 (96,5%) новонароджених були переведені для оперативного лікування, з них 84 (74,4%) дитини — в першу добу життя.

Ключові слова

Вагітні жінки, новонароджені, вроджені вади серця, ехокардіографія.

В 1963 году в руководстве по неонатологии Бобева Др., Ивановой Ив. «Болезни новорожденного» утверждалось, что при врожденном пороке сердца (ВПС) «...специальные исследования (ангиокардиография, фонокардиография, катетеризация сердца и пр.) в этом возрасте не проводятся, и поэтому ... не могут иметь никакого значения. Хирургическое лечение у новорожденных не проводится...» [1].

В 1986 году в руководстве для неонатологов «Физиология и патология новорожденных детей» (Полячек К. и соавт.) в главе о пороках сердца, изложенной всего на двух страницах, отмечено, что «...постановка точного диагноза

является делом детского кардиолога. Педиатр обязан распознать наличие сердечной аномалии и обеспечить требующуюся помощь. ...Заподозрив наличие порока сердца, необходимо в качестве первого шага поместить ребенка в кислородную атмосферу. Уже сам по себе маневр способствует уточнению и дифференциации диагноза: у большинства детей цианоз ослабевает или даже исчезает, а число дыханий стабилизируется на 40-50 в минуту...» [2]. К сожалению, в то время не было информации, что при целой группе врожденных пороков сердца помещение новорожденного в «кислородную атмосферу» может приводить к фатальному исходу — смерти на 2-4-е сут-

© И.С. Лукьянова, Г.Ф. Медведенко, И.А. Журавель, Б.А. Тарасюк, Л.А. Иванова



ки жизни ребенка, вследствие закрытия фетальных коммуникаций, так необходимых при дуктус-зависимых пороках сердца. И только с развитием технологий ультразвуковой диагностики для многих форм ВПС стало возможным и необходимым уже на пренатальном этапе (а иногда в первом триместре беременности) выявить критический порок сердца у плода, подтвердить его сразу после рождения ребенка с тем, чтобы провести необходимые оперативные, в том числе малоинвазивные вмешательства в раннем неонатальном периоде, что существенно повышает шанс успеха.

Значительная часть ВПС остаются бессимптомными и недиагностированными в неонатальном периоде и проявляют себя только недели или годы спустя [3]. Но все больше младенцев уже при рождении имеют установленный диагноз ВПС благодаря широкому использованию УЗИ плода и фетальной ЭхоКГ [4, 5]. В табл. 1 приведены сроки манифестации наиболее распространенных ВПС.

Некоторые пороки могут спонтанно исчезать (дефект межжелудочковой перегородки (ДМЖП)), другие — можно оперативно корректировать, но часть сложных структурных дефектов (такие, например, как синдром гипоплазии левых отделов сердца) или неоперабельны, или имеют большую смертность при оперативном лечении [6]. Существует большая группа сложных ВПС, гемодинамика которых зависит от функционирования фетальных коммуникаций. При их естественном закрытии возникает критическая ситуация, которая реализуется или синдромом прогрессирующей артериальной гипоксемии, или синдромом сердечной недостаточности [7, 8].

В связи с этим при определении тактики ведения ребенка сразу после рождения крайне важно уточнить, является ли данный порок дуктус-зависимым. В зависимости от того, какой круг кровообращения страдает при закрытии протока, дуктус-зависимая циркуляция делится на системную и легочную. Обструктивные пороки с дуктус-зависимым кровотоком включают: критический аортальный стеноз, критическую коарктацию аорты, перерыв дуги аорты, синдром гипоплазии левых отделов сердца, синдром гипоплазии правых отделов, атрезию легочной артерии.

В течение первого года жизни примерно у трети детей с врожденными пороками сердца наступает ухудшение состояния, которое мо-

Таблица 1

Сроки манифестации ВПС

Время манифестации	Нозологическая форма ВПС
В первые часы жизни	Синдром гипоплазии левого сердца с интактной МПП Транспозиция магистральных сосудов с интактной МЖП и интактной МПП/рестриктивным ООС
Первые 3 дня жизни	Критический стеноз аорты Тяжелая форма аномалии Эбштейна Синдром гипоплазии левого сердца Синдром гипоплазии правого сердца Транспозиция магистральных сосудов с интактной МЖП Атрезия легочной артерии с интактной МЖП Перерыв дуги аорты Обструктивные формы тотального аномального дренажа легочных вен (ТАДЛВ) Тетрада Фалло с отсутствующим клапаном легочной артерии
4-14 дней	Тетрада Фалло Атрезия трикуспидального клапана Транспозиция магистральных сосудов с ДМЖП Дефект межжелудочковой перегородки Стеноз легочной артерии (СЛА) Коарктация аорты Большой открытый артериальный проток Дефект аортолегочной перегородки Общий артериальный ствол Единственный желудочек со стенозом легочной артерии
3-18 недель	Полная форма атриовентрикулярного септального дефекта Тетрада Фалло с невыраженным стенозом ЛА Большой дефект межжелудочковой перегородки Тотальный аномальный дренаж легочных вен Аномальное отхождение левой коронарной артерии Транспозиция магистральных сосудов с ДМЖП и без СЛА Единственный желудочек без стеноза легочной артерии
4-12 месяцев	Небольшой дефект межжелудочковой перегородки Небольшой открытый артериальный проток Дефект межпредсердной перегородки Некритическая коарктация аорты Некритический стеноз легочной артерии Некритический стеноз аорты

жет привести к смерти или требует немедленного кардиохирургического лечения. Некорригированные критические ВПС могут привести к необратимым вторичным изменениям в органах, главным образом в сердце, легких и центральной нервной системе [9]. В связи с этим возникает потребность в разработке максимально информативных методов и критериев дородовой и ранней послеродовой диагностики и лечения новорожденных с ВПС.

Цель работы — изучить зависимость между данными фетальной эхокардиографии и результатами обследования в раннем неонатальном периоде с разработкой алгоритма ведения новорожденных при критических врожденных пороках сердца.

Материалы и методы

В основе диагностики любого врожденно-го порока развития лежит система скринингового обследования беременных женщин. Отбор беременных на пренатальную эхокардиографию (ЭхоКГ) и УЗИ проводился на основании следующих факторов: врожденные аномалии у матери (в т.ч. сердца и сосудов), метаболические нарушения, такие как сахарный диабет, инфекции (TORCH-комплекс и др.), экстрагенитальная патология (приобретенные пороки сердца, артериальная гипертензия, коллагенозы и др.), прием лекарств, обладающих тератогенным действием (антиконвульсанты, прогестерон, эстрогены и др.), тяжелые нарушения функции почек, возраст матери, выраженная угроза прерывания в первом триместре, вредные факторы на предприятии на ранних стадиях гестации, наличие экстракардиальных аномалий у плода. Кроме того, изучение сердечно-сосудистой системы плода проводилось при подозрении на сердечную патологию, обнаруженную во время рутинного обследования в женской консультации.

Наиболее оптимальными сроками для эхографического исследования плода были 20-24 и 30-32 недели беременности. После 36-37 недель беременности получить полноценное изображение сердца плода становится значительно сложнее, особенно при фиксированном переднем виде плода, вследствие выраженного отражения ультразвуковых волн от ребер и позвоночника. Всем беременным выполнялось полное эхокардиографическое обследование плода с установлением топического диагноза, функциональной оценки желудочков сердца, а также оценки гемодинамических нарушений в фетоплацентарной системе, выявление сопутствующей патологии.

При обнаружении патологии сердечно-сосудистой системы у плода результаты обследования сообщались в отделение неонатологии и отделение реанимации новорожденных. Такая последовательность позволяла наиболее тщательно обследовать

новорожденных сразу после рождения и принимать верное решение о дальнейшей тактике ведения.

Пренатальное и постнатальное УЗ-исследование проводилось на аппаратах Acuson X300 (Siemens, Германия), MyLabTwice (Esaote, Италия).

Всего за период 2010-2016 гг. в ГУ «ИПАГ НАМНУ» наблюдались пренатально и родились 8457 новорожденных, у 374 из них диагностированы врожденные аномалии развития сердца. У 315 (84,2%) пороки сердца выявлены пренатально и подтверждены в первые часы после рождения, из них пороки с дуктус-зависимым кровотоком выявлены у 113 (36%) детей. Контрольную группу составили 50 новорожденных без ВПС.

Результаты и их обсуждение

Успешное лечение детей с заболеваниями сердца в значительной степени зависит от правильной и своевременной пренатальной диагностики. Так, по данным различных авторов, при пренатально поставленном диагнозе доля успеха (влияние на раннюю неонатальную и постоперационную летальность) составляет до 30%. Пренатальное выявление ВПС дает возможность семьям принимать решение о рождении ребенка с пороком сердца. Еще до родов родителей знакомили с особенностями течения выявленного порока, возможностями его хирургического лечения для принятия сознательных решений. Если семья решала сохранять беременность, обсуждение проводилось со специалистами, которые будут задействованы при лечении ребенка, — неонатологами, акушерами-гинекологами, кардиохирургами, **то есть создавался пренатальный консилиум.**

Всего из 315 детей с диагностированными ВПС пороки, относящиеся к группе с дуктус-зависимым кровотоком, выявлены у 113 (36%) младенцев. При оценке анамнестических данных выявлено, что первая беременность была у 58% женщин, повторная — у 42%. Первые роды были у 69% женщин, повторные — у 31%. Большинство (85%) матерей были в возрасте от 20 до 30 лет. В табл. 2 приведены данные об осложнениях течения беременности.

При родоразрешении предпочтение отдавалось срочным спонтанным родам, поскольку известно [9], что доношенные дети имеют

Таблица 2

Осложнения течения беременности

Показатель	Основная группа (n=113)	Контрольная группа (n=50)
	абс. (%)	абс. (%)
Многоплодная беременность, в т.ч. ЭКО	4 (3,6)	2 (4)
ВПС, сочетанные с другими ВПР	8 (7,1)	-
Осложнения течения беременности:	41 (36,2)	
Патологическое количество околоплодных вод:		
маловодие	3 (2,7)	2 (4)
многоводие	5 (4,4)	2 (4)
СЗРП	5 (4,4)	3 (6)
Дистресс	5 (4,4)	2 (4)
Плацентарная дисфункция	6 (5,3)	2 (4)
ВУИ	7 (6,2)	4 (8)
Нарушения ритма и проводимости	7 (6,2)	1 (2)
Развитие СН	4 (3,6)	-
Внутриутробная гибель плода	2 (1,8)	-

энергетический резерв, накопленный в течение третьего триместра, которого нет у недоношенных новорожденных, а также имеют меньшую вероятность возникновения электролитных нарушений, респираторного дистресс-синдрома, некротического энтероколита и внутрижелудочковых кровоизлияний.

Стимуляция родов и кесарево сечение применялись в случаях развития декомпенсации, а также по акушерским показаниям. Путем кесарева сечения родились 9 (8,3%) малышей с критическими ВПС и 6 (12%) малышей контрольной группы. В состоянии асфиксии тяжелой степени родилось 19,4%, без признаков асфиксии — 8,4%, остальные 72,2% — в состоянии асфиксии легкой степени. Среди всех новорожденных мальчики составили 47,2%, девочки — 52,8%. Большая часть новорожденных имела сохраненную гемодинамику, поскольку функционировали фетальные коммуникации.

Доношенными родились 97% детей. Масса большинства детей (70%) при рождении была более 3000 г, что свидетельствовало о достаточно удовлетворительных условиях внутриутробного развития даже при таких тяжелых формах врожденных аномалий сердечно-сосудистой системы с высоким риском ранней неонатальной смертности, как синдром гипоплазии левых отделов сердца.

Для обеспечения оптимальной помощи как матери, так и новорожденному в перинатальном периоде решающее значение имело нала-

живание обмена информацией между акушерами, специалистами УЗИ, неонатологами, детскими кардиологами и определение оптимального места рождения ребенка с диагностированным пренатально критическим пороком сердца.

Помощь новорожденному с диагнозом ВПС в родильном зале определялась хорошо известными принципами: согревание, стимуляция, оценка проходимости дыхательных путей, эффективности дыхания и кровообращения. Медикаментозная терапия применялась при необходимости.

При первичной оценке новорожденного с пренатальным диагнозом ВПС проводилось изучение анамнеза, физикальная оценка с проведением пульсоксиметрии, измерением артериального давления на конечностях, эхокардиография, электрокардиография. После рождения ребенка обращали внимание на цвет кожи (бледный, периферический цианоз, центральный цианоз), респираторные показатели (тахипноэ, брадипноэ, респираторный дистресс), оценивали периферическую перфузию (бледность, «мраморность» кожных покровов, нарушение терморегуляции). Исследовалась также пульсация брахиальных и бедренных артерий, оценивалась артериальная перфузия с использованием доплерометрии почечного кровотока и бассейна среднемозговой артерии, наличие олигоанурии, пареза кишечника, метаболического ацидоза.

Частота нозологических форм врожденной патологии сердца, по данным отделения реанимации новорожденных за 2010-2016 гг., представлена на диаграмме (рис.).

Невзирая на разнообразие нозологических форм критических ВПС, новорожденные имели сходную клиническую симптоматику: бледность — цианоз кожных покровов, снижение кислородной сатурации 75-80%. У 35 (31%) детей отмечались признаки респираторного дистресс-синдрома, 32 (28,3%) ребенка находились в тяжелом состоянии после рождения. Следует отметить, что 5 (4,4%) детей имели в первые сутки жизни «вид внешне здорового ребенка», что подтверждает важность пренатальной эхокардиографии в своевременной диагностике критических ВПС.

Как видно на диаграмме, большинство выявленных пороков сердца относились к таким, которые требовали срочного кардиохирургического лечения в неонатальном периоде, и для поддержания жизни ребенка до кардиохирурги-

Рисунок

Частота нозологических форм врожденной патологии сердца по данным отделения реанимации новорожденных ГУ «ИПАГ НАМНУ» за 2010-2016 гг.



ческой коррекции (радикальной или гемодинамической) необходимо было функционирование двух фетальных коммуникаций: артериального протока (ОАП) и овального окна (ООО). Открытый артериальный проток поддерживали постоянной круглосуточной инфузией простагландина E_1 . При функционирующем ОАП после установления диагноза введение начинали с низких доз — 5-10-15 нг/кг/мин (0,005-0,015 мкг/кг/мин). Если по данным ЭхоКГ отмечались признаки закрытия ОАП, инфузию начинали с максимальной дозы — 50-100 нг/кг/мин. В случае наличия ОАП без ООО или закрытием ООО необходим был срочный перевод в кардиохирургический стационар для проведения процедуры Рашкинда (эндоваскулярная баллонная атриосептотомия).

До транспортировки в специализированный кардиохирургический стационар детям проводилось лечение, которое включало:

- инфузионную терапию в зависимости от возраста и массы тела;
- кардиотоническую терапию (допамин 3-5-10 мкг/кг/мин) при необходимости;
- антибактериальную терапию (при необходимости);
- искусственную вентиляцию легких при нарастании признаков дыхательной недостаточности, развитии сердечной недостаточности и отека легких.

Транспортировка в кардиохирургические центры детей с дуктус-зависимыми пороками сердца проводилась с постоянной инфузией алпростадилла, а при сердечной недостаточности и/или дыхательных расстройствах — с проведением искусственной вентиляции легких.

В зависимости от тяжести ВПС и выраженности гемодинамических нарушений дети были консультированы кардиохирургом.

В результате проведенных обследований и уточнения диагноза 109 (96,5%) новорожденных были переведены для оперативного лечения, из них 84 (74,4%) ребенка — в первые сутки жизни, а иногда и в первый час. 4 детей умерли в отделении реанимации новорожденных с диагнозом синдрома гипоплазии левых отделов сердца в связи с невозможностью кардиохирургической коррекции данного порока сердца, причем в 2 случаях ВПС сочетался с внутриутробным инфицированием, в 2 — с асфиксией тяжелой степени и множественными врожденными аномалиями развития. Как видно из наших данных, большинство новорожденных были переведены для лечения в кардиохирургический центр в первые сутки и даже в первые часы жизни. Стремление к такому экстремному переводу можно объяснить несколькими причинами [9]:

1. Поддерживать широкий функционирующий ОАП сразу после рождения можно значительно меньшими дозами простагландина E_1 , начиная с 0,005 мкг/кг/мин, тогда как с течением времени закрывающийся ОАП требует назначения более высоких доз ПГЕ₁ (0,01-0,05 мкг/кг/мин), что сопряжено с вероятными побочными эффектами препарата (апноэ, гипотензия, тахикардия).
2. Если раньше для проведения радикальных операций с использованием искусственного кровообращения требовалось достижение ребенком определенной массы тела, то теперь операции могут проводиться и у но-



ворожденных с малой массой при рождении. Доказано, что пролонгированная медикаментозная терапия с целью набора массы тела не улучшает выживаемость, а на практике только подвергает новорожденного риску осложнений интенсивной терапии, и ожидаемый прирост массы тела может быть минимальным из-за наличия ВПС у ребенка.

3. Длительно продолжающаяся сниженная перфузия тканей при ВПС с дуктус-зависимым кровотоком ведет к ишемии органов, нарушению гемодинамики, ацидозу, вследствие чего развиваются почечная недостаточность, некротический энтероколит, внутримозговые кровоизлияния.

Выводы

С целью своевременной диагностики и оказания квалифицированной кардиологической помощи новорожденным с дуктус-зависимыми врожденными пороками сердца необходимо обеспечить:

- организацию скринингового пренатального обследования в оптимальные сроки гестации (до 22-й недели, согласно приказу МЗ Украины) для выработки дальнейшей тактики ведения беременности (прерывания либо пролонгирования);
- информирование неонатологического отделения о предстоящих родах с диагнозом врожденной аномалии сердца у плода;
- проведение клинического и эхокардиографического обследования новорожденного в первые часы после рождения;
- пренатальное информирование кардиохирургического центра и разработка алгоритма дальнейших действий индивидуально для каждого пациента с возможностью родоразрешения, при необходимости — в кардиохирургической клинике (ГУ «Национальный институт сердечно-сосудистой хирургии им. акад. Н. Амосова»);
- проведение комплексного медикаментозного лечения до транспортировки ребенка в кардиохирургический центр.

Надійшла до редакції 24.10.2016 р.

Список использованной литературы

1. Бобев Др., Иванова Ив. Болезни новорожденного. — София, 1963. — 238 с.
2. Полячек К. и соавт. Физиология и патология новорожденных детей. — Прага.: Авиценум, 1986. — 450 с.
3. Johnson W.H. and Moller J.H. Pediatric Cardiology. — Blackwell Publishing Ltd., 2008. — 306 p.
4. Nichols D.G., Ungerleider R.M., Spevak P.J., Greeley W.J. Critical heart disease in Infants and Children. — Elsevier, 2010. — 1024 p.
5. Эхография в акушерстве и гинекологии. Теория и практика: пер. с англ., 6-е издание. В 2 частях. Часть первая / А. Флешнер, Ф. Менинг, Ф. Дженти, Р. Ромеро. — М.: Видар, 2005. — 582 с.
6. Зиньковский М.Ф. Врожденные пороки сердца. — К.: Книга плюс, 2009. — 1169 с.
7. Шарыкин А.С. Врожденные пороки сердца: Руководство для педиатров, кардиологов, неонатологов. — М.: Теремок, 2005. — 381 с.
8. Richard A. Jonas. Comprehensive surgical management of congenital heart disease (second edition). — CRC Press, 2014. — 704 p.
9. Дослідження в перинатології. Серцево-судинні захворювання у новонароджених: Пер. з англ. / Гил Верновський, С. Давід Рубенштейн. — К.: Фонд допомоги дітям Чорнобиля, 2004. — 312 с.

Drawing of prenatal and postnatal parallels at fetus with critical congenital heart disease

I. Lukyanova, G. Medvedenko, I. Zhuravel, B. Tarasyuk, L. Ivanova

Abstract

The study involved 8457 pregnant women on 20-24, 30-32 week of pregnancy. Subsequently 374 newborn were diagnosed with congenital heart disease. Including 315 (84.2%) newborn that were diagnosed with congenital heart disease prenatal.

The clinical and Echocardiography examination of infants in the first day life was performed, and the tactics of treatment was determined. Most patients requires immediate cardiac surgery, and for life-support functioning of both were necessary — patent ductus arteriosus (PDA) and the patent foramen ovale (PFO). PDA was kept by continued infusion of prostaglandins (PGE). 109 (96.5%) of newborns were transferred for surgical treatment, including 84 (74.4%) of them that were transferred during the first 24 hours of life.

Keywords: pregnant women, newborn, congenital heart disease, echocardiography.



Асоціація
Ендокринологів
України

www.iem.net.ua/association
www.medkniga.kiev.ua
www.fb.com/EndoSchool

Освітній Проект Школа ендокринолога 2016

Щорічний цикл регіональних заходів

НАУКОВІ ОРГАНІЗАТОРИ ПРОЕКТУ:

Асоціація ендокринологів України

ДУ «Інститут ендокринології та обміну речовин ім. В.П. Комісаренка
НАМН України»

Кафедра ендокринології НМАПО ім. П.Л. Шупика

Головні позаштатні лікарі-ендокринологи обласних УОЗ

Вперше

НАУКОВИЙ КЕРІВНИК «ШКОЛИ ЕНДОКРИНОЛОГА»:

Директор ДУ «Інститут ендокринології та обміну речовин
ім. В.П. Комісаренка НАМНУ»,

Президент Асоціації ендокринологів України,

д.мед.н., Віце-президент НАМН України, академік **М.Д. Тронько**

ОСНОВНІ СПІКЕРИ:

д.мед.н.	Соколова Л.К.
к.мед.н.	Болгарська С.В.
д.мед.н.	Кваченюк А.М.
к.мед.н.	Науменко В.Г.
д.мед.н.	Корпачева-Зінич О.В.
к.мед.н.	Тронько К.М.
д.мед.н.	Власенко М.В.
к.мед.н.	Бельчина Ю.Б.
к.мед.н.	Орленко В.Л.

ФАХ УЧАСНИКІВ:

ендокринологи, неврологи та
лікарі загальної практики

УМОВИ УЧАСТІ — РЕЄСТРАЦІЙНИЙ ВНЕСОК, ЩО ВКЛЮЧАЄ:

- реєстрацію
- участь у всіх інтерактивних лекціях
- участь у всіх майстер-класах
- розбір клінічних випадків
- Сертифікат учасника
- навчальний сілабус
- проживання та харчування
- дружню вечерю
- екскурсійну програму

КАЛЕНДАР

ШКОЛИ ЕНДОКРИНОЛОГА – 2016:

14-16 квітня	— м. Ужгород
8-10 вересня	— м. Львів
27-28 жовтня	— м. Кам'янець-Подільський
17-18 листопада	— м. Вінниця

Деталі щодо реєстрації:

044-33-77-951, 067-773-25-42, 050-515-19-10. e-mail: endoschool@ukr.net

EndoSchool



Національний медичний університет імені О.О. Богомольця МОЗ України
кафедра акушерства і гінекології №2 НМУ імені О.О. Богомольця МОЗ України
Конференція організована за підтримки Міністерства охорони здоров'я України
Організаційний партнер – Благодійний фонд Розвитку Інновацій Медицини «RIMON»
ЗАПРОШУЄ долучитися до проведення науково-практичної конференції:

«ПАТОЛОГІЯ СЛИЗОВИХ ОБОЛОНОК У ЖІНОК: РОЛЬ МІКРОБІОТИ»
яка відбудеться 20 жовтня 2016 в місті КИЄВІ

ОСНОВНІ ПРОГРАМНІ ПИТАННЯ КОНФЕРЕНЦІЇ:

- мікробіом людини
- мікробіом і здоров'я жінки
- мікробіота і генітальний тракт
- вікові зміни складу вагінального мікробіома
- порушення вагінального мікробіома та його роль у розвитку гінекологічної, акушерської та перинатальної патології
- функціональна роль мікробіоти кишечника, ротової порожнини, шкіри для здоров'я жінки
- нормофлора репродуктивного тракту чоловіка, семінальна мікробіота та її вплив на репродуктивне здоров'я чоловіка і партнерки
- сучасні напрямки в корекції порушень мікробіоти
- пробіотики і пребіотики та їх роль у репродуктивному здоров'ї
- вагінальні пробіотики

Головуюча

Гнатко Олена Петрівна
д. мед. н., професор, завідувача кафедрою акушерства і гінекології №2
НМУ імені О.О. Богомольця

Конференція проводиться згідно Реєстру з'їздів, конгресів, симпозіумів та науково-практичних конференцій, які проводяться у 2016 році

Місце проведення
конференц-центр
готелю «Президент»
(Київ, вул. Госпітальна, 12)

Реєстрація на сайті
<http://rimon.in.ua>

Українське товариство фахівців з імунології, алергології та імунореабілітації

ГО «Асоціація акушерів-гінекологів України»

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Інститут урології НАМН України

Український державний інститут репродуктології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

ЗА ПІДТРИМКИ Міністерства охорони здоров'я України Національної академії медичних наук України

ОРГАНІЗАЦІЙНИЙ ПАРТНЕР – Благодійний фонд Розвитку Інновацій Медицини «RIMON»



Організаційний комітет запрошує взяти участь у науково-практичній конференції з міжнародною участю

«ЕПІДЕМІОЛОГІЯ, ІМУНОПАТОГЕНЕЗ, ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ХЛАМІДІОЗУ І TORCH-ІНФЕКЦІЙ»,

яка відбудеться 23-24 листопада 2016 року в м. Києві.

РЕЄСТРАЦІЯ ТА ДЕТАЛЬНА ІНФОРМАЦІЯ НА САЙТІ <http://rimon.in.ua>

МІСЦЕ ПРОВЕДЕННЯ

Конференц-центр готелю «Президент»
(Київ, вул. Госпітальна, 12, проїзд до ст. м. Палац спорту)

ГОЛОВУЮЧІ

проф. Драннік Георгій Миколайович (Київ)

чл-кор. НАМН України

проф. Камінський Віталій Володимирович (Київ)

проф. Борис Олена Миколаївна (Київ)

ОСНОВНІ НАУКОВО-ПРАКТИЧНІ НАПРЯМКИ КОНФЕРЕНЦІЇ

- Епідеміологія, імунопатогенез і медико-соціальні аспекти хламідіозу та TORCH-інфекцій
- Сучасний паттяд на герпетичні інфекції
- Вторинні імунodefіцітні стани, пов'язані з хламідіозом та TORCH-інфекціями
- Лабораторна діагностика хламідіозу та TORCH-інфекцій
- Внутрішньоутробні інфекції: хламідіоз, мікоплазмоз, герпесвірус, цитомегаловірус
- Герпетична інфекція у жінок з ускладненим перебігом вагітності
- Інфекції, що передаються статевим шляхом
- Хіміотерапія хламідіозу та TORCH-інфекцій
- Місце і роль імунотропної терапії в лікуванні хламідіозу та TORCH-інфекцій
- Ускладнення хламідіозу та TORCH-інфекцій
- Профілактика хламідіозу та TORCH-інфекцій
- Планування вагітності та TORCH-інфекцій
- Лікування TORCH-інфекцій
- Місцевий імунітет верхніх дихальних шляхів у захисті від інфекцій

Благодійний Фонд Розвитку Інновацій Медицини «RIMON»

Україна, Київ, 01001, БЦ «Панорама»

вул. Велика Житомирська, 20, 9-й поверх

Тел./факс +38 044 537 52 77

foundation@rimon.in.ua

<http://rimon.in.ua>



RIMON
Charitable
Foundation