



Відкрив конференцію доктор медичних наук, професор Федір Власович Дахно, який детально зупинився на етично-правових аспектах допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ).

— ДРТ стали однією з найбільш захоплюючих галузей у медицині, які демонструють стрімкий розвиток, про що свідчить широкий спектр їх методик: ICSI — введення сперматозоїда в цитоплазму ооцита; GIFT — трансфер гамет у фалопієві труби; PROST — трубний трансфер пронуклеусів; TET — трубний трансфер ембріонів; ZIFT — трубний трансфер зигот; GUT — трансфер гамет у матку; POST — внутрішньочеревний трансфер гамет; TH1 — інсемінація спермою чоловіка; TDI — інсемінація спермою донора; IUI — внутрішньоматкова інсемінація; SUZI — субзональна інсемінація.

Однак окрім медичних успіхів впровадження ДРТ викликало комплекс медичних, соціальних, етичних, правових та релігійних проблем як для медицини, так для суспільства. Найбільш гострі дискусії з питань припустимості методик ДРТ точаться в сфері біоетики. Незважаючи на те що більша частина суспільства не висловлює негативного ставлення щодо діяльності репродуктологів, духовні наставники та релігійні діячі багатьох конфесій висловлюються проти запліднення в пробірці. Одним із головних докорів, який адресується медикам, є загибель надлишкових ембріонів, які, на думку критиків, є носіями людської гідності у всій повноті уже з моменту зачаття.

Очевидно, що розв'язати цю суперечку можна лише за допомогою наукових знань. Одним із ключових аргументів у цьому складному дискусії має бути той факт, що процес рекрутингу фолікулів не залежить від волі лікаря. Важливо розуміти, що на етапі преантральних фолікулів починають рости приблизно 64 фолікули, які не чутливі до тропних гормонів гіпофіза. Початок впливу на процеси оогенезу за допомогою фармакологічних засобів можливий лише на стадії антральних фолікулів, які застосовуються не з метою їх надлишкового отримання та подальшого нерационального використання, а для попередження атрезії. Тобто, по факту ми не залучаємо надлишкову кількість фолікулів, а попереджаємо їх загибель.

З метою уникнення спекуляцій навколо біоетичних аспектів у репродуктології виникла нагальна потреба



перегляду поняття «ембріон». Існує думка, що під ембріоном слід розуміти зародок у віці з 14-го дня після запліднення до 8 тиж ембріонального розвитку, тоді як зародок у віці до 14-го дня слід називати преембріоном, який є людським індивідом лише у генетичному, але не в біологічному відношенні. Надання преембріону повних прав людського індивіда є несумісним із біологічною реальністю. Такої думки дотримується комісія баронеси Warnock (м. Лондон, Велика Британія, 1984), яка вважає етичним проведення маніпуляцій із клітинами та преембріонами у віці до 14-го дня від запліднення. Про існування цієї думки свідчить можливість появи негативних результатів запліднення, яке не завжди закінчується народженням живої дитини: міхуровий занос, хоріонепітеліома, розділення ембріона, його зрощення або смерть.

Однак перелік проблем репродуктивної медицини не вичерпується морально-етичним дискурсом, пов'язаним з ембріоном. На сьогодні на порядку денному в рамках біоетики широкий спектр важливих дискусійних питань, вирішення яких відкриє нові можливості в репродуктивній медицині. До них належать контрольована стимуляція яєчників у здорових нормогонадотропних жінок; втручання ДРТ у процес природної репродукції; материнство і батьківство гомосексуальних пар; постмортальна репродукція; батьківство за участю більше двох партнерів (програми донації гамет), сурогатне материнство; матері-одиначки; кріоконсервація в програмах ДРТ.



Даніель Зейдман (Ізраїль) представив доповідь «Майбутнє IVF. Сучасні тренди».

— Стратегія перенесення одного ембріона в порожнину матки є одним із основних трендів сучасної репродуктології, що пояснюється намаганням уникнути багатоплідної вагітності та пов'язаних із нею ускладнень: передчасних пологів, перинатальної смертності та захворюваності. Проте в роботі репродуктологічних клінік завжди приваблює можливість трансферу більшої кількості ембріонів, оскільки це доведений спосіб підвищити показник вагітності, що підтверджується даними багатьох рандомізованих досліджень. Зокрема, у дослідженні А. Thurn (2004) було показано настання очікуваної вагітності в групі з трансфером двох ембріонів у 43% пацієнток проти 28% у групі з перенесенням одного ембріона.

У США стратегія трансферу двох ембріонів переважає над іншими стратегіями. Репродуктологи цієї країни пояснюють свій вибір зменшенням фінансових витрат. Стратегії перенесення одного ембріона переважають у таких країнах, як Швеція та Австралія, лікарі це обґрунтовують кращими показниками здоров'я новонароджених, у тому числі зниженням ризику вроджених аномалій, що дозволяє зменшити витрати на подальших етапах медичного супроводу. Слід відзначити, що кількість перенесених ембріонів залежить від бажання подружніх пар.

Отже, на сьогодні у світі реалізується політика ембріотрансферу одного ембріона, під якою розуміють отримання декількох ембріонів в циклі IVF, селективний відбір найкращого з них подальшим його перенесенням у порожнину матки. Використання

Актуальні

20-22 червня в м. Києві відбувся щорічний міжнародний симпозиум з питань репродуктивної медицини «Теорія та практика репродукції людини», присвячений 60-річчю першого запліднення in vitro в лабораторних умовах в Україні.

У заході взяли участь провідні вітчизняні фахівці репродуктивної медицини, а також Ізраїлю, Франції, США, Білорусі та Казахстану. Пропонуємо читачам ознайомитися з доповідями пленарного дня та повідомленнями секційних засідань, які стосувалися актуальних питань репродуктології.

цієї стратегії стало можливим завдяки мінімізації ризиків перенесення в порожнину матки неповноцінного ембріона.

З метою вдосконалення якості методик відбору ембріонів у світі проводиться значна кількість досліджень, спрямованих на вивчення їх морфокінетики. Зокрема, за допомогою часових маркерів вивчають напрямок руху цитоплазми в зиготах на початкових стадіях її розвитку, що дає можливість спрогнозувати подальший розвиток ембріона. Також проводяться дослідження з вивчення дроблення зиготи на етапі від 2 до 4 бластомерів. На основі результатів цих досліджень встановлюють емпіричні часові параметри для якісних ембріонів. У частині досліджень вивчаються ембріони на стадії бластоцисти.

У рамках удосконалення діагностики якісних ембріонів у світі відмовляються від використання інвазивної методики PGS-FISH, під час якої часто виникає ускладнення, пов'язане з пошкодженням ембріона. Використання PGS-FISH допускається лише для обмеженої кількості хромосом. Зараз застосовується методика порівняльної геномної гібридизації CGH, яка дозволяє проводити аналіз усього геному менш ніж за 16 год без необхідності застосування кріопрограм. CGH замінює попередні методики за наявності пре- і постнатальної діагностики. Ембріологи вважають, що цей тест є високоспецифічним та дозволяє відбирати до 50% бластоцист із найкращими морфологічними характеристиками.

Серед методів, що підвищують якість відбору ембріонів, заслуговує на увагу метод секвенування, який використовується для розшифрування генів і занесення цієї інформації до банку даних та її подальшої інтерпретації.

Згідно з установленими правилами, до початку секвенування з використанням полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР) виконують ампліфікацію (збільшення кількості копій) досліджуваної ділянки ДНК, послідовність якої потрібно визначити. Окрім ампліфікації ДНК ПЛР дозволяє проводити безліч інших маніпуляцій із нуклеїновими кислотами: введення мутацій, зрощення фрагментів ДНК тощо. Секвенування дає можливість аналізувати маленькі відрізки ДНК.

У рамках розвитку неінвазивної передімплантаційної діагностики запропоновано використовувати рідину бластоцист для аналізу ДНК, отриману шляхом аспірації її порожнини.

Таким чином, для того щоб дотримуватися правила перенесення одного ембріона в циклах IVF, необхідно постійно удосконалювати практику відбору ембріонів.



Дов Фельдберг (Ізраїль) присвятив доповідь конгенітальним мальформаціям (КМ) у новонароджених у результаті ДРТ.

— Історію екстракорпорального запліднення (ЕКЗ) можна умовно поділити на два періоди. Перший розпочався у 1978 р. і тривав 12 років, означений розповсюдженням перших напрацювань та консолідацією методик ДРТ. Другий період почався 1990 р. і триває донині. Завдяки ДРТ у світі з'явилося 6 млн новонароджених. Перша публікація, яка стосувалася проблем здоров'я та катанезу дітей, народжених у результаті ДРТ, з'явилася в 1996 р. у м. Брюсселі (Бельгія), що не випадково, оскільки саме тут у 1992 р. уперше було проведено

проблеми репродуктології

дослідження – введення сперматозоїда в цитоплазму ооцита (ICSI), з усвідомленням авторами всіх ризиків, пов'язаних із використанням неякісного генетичного матеріалу. Порівнявши результати групи з ICSI та групи з традиційними ДРТ, автори приходять до висновку щодо безпечності ін'єкції сперматозоонів у цитоплазму яйцеклітини. Наступну спробу оцінити катамнестичні дані дітей, народжених у результаті ICSI, було проведено у 2002 р. неонатологом Марі Бондель, яка також не знаходить різниці в частоті КМ у порівнянні з такими показниками в групі ДРТ. Однак згодом декілька наступних досліджень показали, що відсутність різниці у частоті вроджених вад розвитку у цих групах пацієнтів не означає відсутності цього ризику. Більше того, з'ясувалося, що загальний ризик мальформацій для ДРТ удвічі вищий, аніж у природних циклах.

Існує думка, що вроджені вади розвитку можуть виникнути не лише внаслідок ЕКЗ, а й захворювань, які зумовили безпліддя.

Розширення спектра ДРТ вивело в практику методику *in vitro* maturation (IVM), яка також не показала жодних відмінностей щодо ризику КМ при порівняльному аналізі катамнестичних даних із IVF, ICSI. Погляди на наслідки ДРТ змінилися лише після публікації в журналі *Lancet* (2003), у якій повідомлялося про зв'язок збільшення рівня епігенетичних синдромів (синдром Беквіта-Відемана, синдром Ангельмана) у народжених у результаті ДРТ. Епігенетичні синдроми пов'язані з модифікаціями генома або метилюванням цитозину під час сперматогенезу, оогенезу, фертилізації та розвитку ембріона. Наразі невідомо, що є причиною цих біохімічних порушень під час прогенезу, але, ймовірно, вони зумовлені ДРТ.

Пошук відповіді на ці складні запитання стимулював проведення низки досліджень щодо стану здоров'я новонароджених у результаті ЕКЗ, які показали, що окрім низької ваги, передчасних пологів, патології плаценти такі діти мають більше кардіальних та генітоуретральних мальформацій, найвища частота яких спостерігається у народжених у результаті ICSI.



Окрім того, цікавими є дані щодо жінок, у яких вагітність наставала після 12 природних циклів регулярного статевого життя. З'ясувалося, що у них кількість КМ була більшою в порівнянні з таким показником у жінок, які завагітніли на 2-5-му циклах.

У контексті вивчення цієї проблеми значна увага приділяється дослідженню якості сперматозоонів та яйцеклітини. Дедалі стає все більш очевидним, що КМ виникають при використанні неякісної сперми. М. Wilding і співавт. (2011) провели дослідження, метою якого була перевірка ефективності використання комп'ютерного контролю при відборі сперматозоона (MSOME) під час циклів ICSI. Результати комп'ютерного аналізу сперми показали, що 64,8% сперматозоїдів, відібраних для ICSI, аномальні. Ці сперматозоїди також характеризувалися збільшенням рівня фрагментації ДНК. Автори дослідження прийшли до висновку, що комп'ютеризований відбір сперматозоїдів під ICSI відбраковує аномальні варіанти і покращує клінічні результати.

A. Zalensky (2007) і співавт. висунули гіпотезу про те, що унікальна архітектура генома в спермі забезпечує механізм для організації його «розпакування» і здійснює активацію чоловічого геному при заплідненні, таким чином пропонуючи додатковий рівень епігенетичної інформації, яка буде розшифрована в клітинах нащадків.



Керівник відділу внутрішньої патології вагітних ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України», член-кореспондент НАМН України, доктор медичних наук, професор Володимир Ісаакович Медведь представив доповідь «Екстрагенітальна патологія і ДРТ: небезпеки дільні та уявні, проблеми медичні та етичні».

– Материнство – це обов'язкова умова цілісності та гармонійності особистості жінки. На заваді материнству може стати безпліддя, але сучасна репродуктологія майже на 100% його долає. Однак, окрім безпліддя, частою проблемою в реалізації головного призначення жінки є екстрагенітальні захворювання (ЕГЗ).

ЕГЗ – це багаточисельна група різноманітних та різнозначущих для виношування вагітності захворювань, синдромів, станів, які не є гінекологічними. Йдеться про безмежну кількість хвороб, які з метою систематизації ми запропонували поділяти на дві групи: не пов'язані з вагітністю (хронічні та гострі) та пов'язані з вагітністю (вторинні, вагітність-асоційовані).

Для репродуктологів найбільше практичне значення мають саме хронічні ЕГЗ, оскільки вони існували до настання вагітності і можуть перешкоджати можливості застосування ДРТ. Решта ЕГЗ – гострі, не пов'язані з вагітністю та вагітність-асоційовані на сьогодні є непрогнозованими, тому репродуктолог передбачити їх виникнення не може.

Офіційна статистика ЕГЗ в Україні за 2013 р. обмежується незначним переліком хвороб, лідируючу позицію у якому посідає анемія (25,12%), за нею інфекції сечостатевої системи (13,66%), дисфункції щитовидної залози (9,03%), хвороби системи кровообігу (6,36%), венозні ускладнення (3,42%) та цукровий діабет (0,32%).

Існує перелік ЕГЗ, які є показаннями для переривання вагітності, він представлений у відповідних документах. Слід зазначити, що більша кількість нозологій, які є підставою для переривання вагітності у терміні до 12 тиж у порівнянні з аналогічним переліком хвороб, що є показаннями для пізнього переривання вагітності, пояснюється різницею у співвідношенні «користь/ризик» цього втручання. Якщо переривання вагітності до 12 тиж у разі будь-якої екстрагенітальної патології є мало ризикованим, то після цього терміну ризик ускладнень і навіть материнської смерті від абортів істотно збільшується. Певною мірою цей факт пояснює причину відсутності нормативно-правової регламентації протипоказань до виношування вагітності у ранніх термінах, адже такий аборт жінка має право зробити за власним бажанням.

Науково-практичний дискурс щодо вагітності в результаті ДРТ у пацієнок із ЕГЗ актуалізував широке коло запитань. До найбільш складних із них відносяться такі:

- чи є ідентичними протипоказання щодо природної вагітності і такої, що настала внаслідок ДРТ;
- чи є ЕГЗ протипоказаннями до контрольованої стимуляції овуляції як такої;
- чи існує підвищений ризик розвитку синдрому гіперстимуляції яєчників (СГЯ) при різних ЕГЗ;
- чи відрізняються перебіг СГЯ та ефективність його лікування при різних ЕГЗ;
- наскільки підвищується ризик венозного тромбоемболізму при проведенні ДРТ на тлі різноманітних ЕГЗ.

Наказ МОЗ України від 09.09.2013 р. № 787, на жаль, відповіді на ці запитання не дає, вони формуються емпірично. Окрім того, деякі положення наказу сформульовані некоректно. Так, у розділі «Висновок терапевта про стан соматичного здоров'я та відсутність протипоказань до виношування вагітності» немає власне переліку цих протипоказань, а також відсутнє посилання на втрату чинності наказу МОЗ України від 29.11.2004 р. № 579, у якому такий перелік був. Не зрозуміло, чи має право терапевт самостійно, на власний розсуд, встановлювати протипоказання і, відповідно, це створює проблеми для юридичних колізій. Враховуючи недоліки наказу № 579 (застарілість, неконкретність та громіздкість), медично-правова ситуація в цій сфері виглядає неприйнятною. Прикладом неконкретності наказу є положення щодо заборони виношування вагітності жінкам із «вадами мітрального, аортального та трикуспідального клапана», оскільки відомо, що недостатність, наприклад, мітрального

клапана I ступеня трапляється у багатьох людей, зокрема спортсменів, і не вважається патологією. Те саме стосується положення про вроджені вади серця. Так, безсимптомний міжпередсердний дефект під час вагітності навіть покращує гемодинаміку, що пояснюється зменшенням загального периферичного опору і зменшенням скидання крові «зліва направо».

Також не можна погодитись із деякими положеннями наказу, які стосуються захворювання нирок. Мова йде про набуту кісту нирки та інфекцію єдиної нирки. У першому випадку про стан жінки часто не йдеться взагалі, у другому – нормальний перебіг вагітності цілком можливий під час ремісії, що підтверджується клінічним досвідом. Викликає подив наявність у переліку протипоказань ревматоїдного артриту, перебіг якого покращується під час вагітності. Деталізації і конкретизації потребують такі нозології, як системні захворювання сполучної тканини і цукровий діабет.

Удосконаленню підлягають розділи нового наказу, у яких йдеться про об'єм обстежень (відсутня вказівка на проведення загального аналізу сечі, ЕКГ, рівня глюкози крові).



Делікатним аспектом залишається проблема вікових обмежень використання ДРТ. З метою більшої переконаливості дозволять процитувати думки відомих філософів щодо віку людини. Піфагор Самоський поділяв вік людини на 4 двадцятиріччя: менше 20 років – весна, від 20 до 39 років – літо; від 40 до 59 – осінь; від 60 до 80 років – зима. Гіппократ поділяв вік людини на дитинство (до 14 років), зрілість (від 15 до 42 років), старість (від 43 до 63 років), довголіття (понад 63 років). Йосип Севільський похилий вік розділяв на вагому старість, старечість, сильну старість. Ця інформація має стати підґрунтям для роздумів репродуктологів. Цілком очевидно, що не в усякому віці слід виконувати процедуру ДРТ. Логічно, аби віком терапевтичних можливостей у репродуктології був саме репродуктивний вік жінки – від 15 до 49 років.

Головним аргументом проти використання ДРТ у пізньому пострепродуктивному віці є високий ступінь обтяженості соматичними хворобами. Окрім того, залишається невідомим вплив гормонального навантаження на організм жінки в постменопаузальному періоді. На сьогодні відомо, що під час вагітності навіть у пізньому репродуктивному віці суттєво підвищується ризик тяжкої преєклампсії та інших ускладнень вагітності, найбільш поширеними із яких є тромботичні/тромбоемболічні. За даними М. Мага (2004), венозні тромбоемболії ускладнюють від 0,1 до 0,3% циклів екстракорпорального запліднення. Ризик цього ускладнення підвищується після настання вагітності в 4 рази при одноплідній вагітності та в 6 разів – при багатоплідній. Однак необхідно відзначити, що відповідно до рекомендацій АССР 2012 року ДРТ не є показаннями для рутинного призначення антикоагулянтів із профілактичною метою. Їх призначення є обов'язковим при тяжкому СГЯ та має тривати протягом 12 тиж після регресу клінічних симптомів.

Таким чином, наявність ЕГЗ у багатьох випадках робить проведення ДРТ більш складним. Мультидисциплінарне співробітництво є запорукою успішності настання вагітності при застосуванні ДРТ та її сприятливого перебігу у жінок з ЕГЗ. У співпраці репродуктологів і спеціалістів з екстрагенітальної патології найбільшою мірою зацікавлені саме наші пацієнтки.

Продовження на стор. 26.

Актуальні проблеми репродуктології

Продовження. Початок на стор. 24.



Любов Олегівна Михайлишин (медичний центр «Інтерсоно», м. Львів) розповіла про способи підвищення імплантанційних властивостей ендометрія в програмах запліднення in vitro.

— Перш ніж розпочати розмову про способи, які можуть підвищити імплантанційні властивості ендометрія, дозволяйте нагадати роль факторів, які можуть негативно вплинути на імплантацію у цілому. Їх умовно можна розділити на чотири групи: супутня патологія, вплив контрольованої оваріальної стимуляції (КОС) на ендометрій, зміна децидуалізації ендометрія, зміщення вікна терапевтичних можливостей імплантації зародка.

Протягом останніх років розуміння взаємодії ембріона та ендометрія значно поглибилося, зокрема, у дослідженнях С. Weimar та співавт., показано, що ендометрій не є інертною структурою, яка, перебуваючи в пасивному стані, очікує на імплантацію заплідненої яйцеклітини,

ендометрій є «розумним» біосенсором, який здатний відіференціювати якісний ембріон і забезпечити його нідацію.

При потрапленні в порожнину матки аномального ембріона ендометрій змінює експресію генів, відповідальних за зміни продукції життєво важливих речовин, внаслідок чого стромальні клітини починають продукувати велику кількість прозапальних факторів. Ці реакції є реакціями децидуалізованого ендометрія. Однак існує так званий суперфертильний тип ендометрія, який не здатний відіференціювати генетично здоровий і генетично аномальний ембріони.

Таким чином, децидуалізований ендометрій – це ендометрій, який зазнав повноцінного впливу прогестерону і в якому пропорційно співставляються такі імуннокомпетентні клітини, як натуральні маткові кілери, макрофаги та активовані Т-лімфоцити.

Суттєві відмінності морфофункціональних властивостей ендометрія спостерігаються при проведенні ДРТ, які є причиною високих втрат на передімплантаційному етапі.

Цій проблемі була присвячена низка досліджень, автори яких намагалися з'ясувати вплив КОС на імплантацію та ендометрій різними методами: гістологічні дані,



експресія генів, визначення піноподій. Зокрема, гістологічні дані свідчать про дводенне перезрівання ендометрія. Дослідження Kolibionakis і співавт. (2003) вказують на перезрівання ендометрія в день забору яйцеклітин у циклах як з агоністами, так і з антагоністами ГнРГ.

Також мають місце повідомлення про пришвидшену появу піноподій у випадку стимульованого циклу, що пояснюється впливом надфізіологічних рівнів естрадіолу та прогестерону.

Сьогодні проводять глобальні дослідження в таких галузях, як геноміка, транскриптоміка, протеоміка, метаболоміка, що дозволить знайти нові методи визначення рецептивності ендометрія на заміну гістологічному методу, який є незадовільним з причин суб'єктивності. Одним із перспективних методів оцінки рецептивності ендометрія є метод, який заснований на транскриптоміці. Він полягає у встановленні індивідуального вікна імплантації шляхом визначення близько 238 генів, які по-різному експресуються в ендометрії в залежності від фази його розвитку. Майбутнє має й такий маловизивний метод, як секретоміка, який дає можливість отримати з ендометріальної рідини низку біологічно активних речовин, задіяних у процесі імплантації.

На сьогодні виділяють перелік станів, які можуть вплинути саме на якість імплантації: тромбофілія, ожиріння, вік (при досягненні 45 років достовірно зменшуються імплантанційні властивості ендометрія), імунологічні порушення.

З метою підвищення рецептивності ендометрія рекомендовано лікування супутньої патології, зниження впливу КОС, покращення децидуалізації ендометрія та вивчення вікна імплантації.

Слід відзначити, що в децидуалізації відіграє значення склад імуннокомпетентних клітин в ендометрії. Низкою авторів відзначається можливість ситуації зниженої локальної імуноактивації або надмірної локальної імуноактивації в залежності від кількості та зрілості маткових натуральних кілерів.

Для того щоб покращити якість ендометрія в умовах зниженої локальної активності, рекомендовано:

- локальне подразнення ендометрія шляхом гістероскопії або пайпель-біопсії, адже відомо, що подразнення рецепторів сприяє утворенню прозапального фактора інтерлейкіну-15, який надає помірної стимуляції, тому що високі концентрації естрадіолу призводять до зниження експресії інтерлейкіну-18;
- проведення помірної оваріальної стимуляції;
- підтримка лютетінової фази низкими дозами ХГ, який сприяє ангіогенезу, що особливо актуально у випадку зниження маткових натуральних кілерів ХГ, а також рекрутуванню натуральних кілерів;
- введення сім'яної рідини після трансплантації ембріонів (активація імуннокомпетентних клітин у напрямку плодово-маткової поверхні);
- внутрішньоматкове введення периферичних мононуклеарів (культивованих з ХГ).

В умовах прозапального середовища або підвищеної імунологічної активності з метою покращення децидуалізації ендометрія рекомендовано:

- уникати подразнення ендометрія;
- здійснення стандартної оваріальної стимуляції;
- застосування високих доз прогестерону для лютетінової підтримки;
- застосування кортикостероїдів;
- застосування інтраліпідів;
- внутрішньовенні імуноглобуліни; внутрішньоматкове введення фолікулярної рідини.

У комплексі вирішення проблеми імплантації певні зусилля докладаються для зниження негативного впливу КОС на ендометрій: оптимізація протоколів стимуляції; сегментація циклів при підвищенні рівня прогестерону понад 1,5 нг/мл та у випадку раннього синдрому гіперстимуляції.

Підготував **Анатолій Якименко**

Міністерство охорони здоров'я України
Національна медична академія
послідипломної освіти ім. П.Л. Шупика
International Center for Endoscopic Surgery (CICE, France)
Універсальна клініка «Оберіг»
Учбовий центр ендоскопічної хірургії «ЕНДОФОРС»



**VI МІЖНАРОДНИЙ
МАЙСТЕР-КЛАС
ДЛЯ ЛІКАРІВ-ГІНЕКОЛОГІВ
«ПРОЛАПС 2014»**

**VI International
Workshop for gynecologists
«PROLAPSE 2014»**



KIYV 2014

АНОПС

Тема цього річного майстер-класу – хірургічне лікування пролапсу в гінекологічній практиці. Роль і місце ендоскопічних технік (лапароскопія) та вагінальної реконструктивної хірургії тазового дна в лікуванні пролапсу у жінок різних вікових категорій. Традиційно, більша частина майстер-класу буде присвячена практичним та технічним питанням, які учасники обговорюватимуть з експертами під час «живої хірургії» з прямою трансляцією з операційної. Будуть розглянуті деякі питання урогінекології (інконтиненції та вакцинації при хронічних циститах у жінок).

Провідні експерти майстер-класу:
д-р Реваз Ботчоришвілі
(CICE, Клермон-Ферранд, Франція)
проф. Ігор Гладчук
(Одеса, Україна)

Початок майстер-класу:
четвер, 11 грудня о 08.30
Закінчення майстер-класу:
п'ятниця, 12 грудня о 17.30
Кількість місць обмежена.
Реєстрація для учасників майстер-класу обов'язкова!
Період реєстрації учасників:
20 жовтня – 5 грудня 2014 року

З процедурою реєстрації можна ознайомитися на сайті клініки «Оберіг» www.oberig.ua

STORZ
KARL STORZ – ENDOSCOPE

IPSEN

BAYER

astellas
Світ, відчувати життя

ендоскопічний центр

oberig
УНІВЕРСАЛЬНА
КЛІНІКА

Захід внесено до Реєстру з'їздів, конгресів, симпозіумів та науково-практичних конференцій, які проводяться у 2014 році за №217 (ст.108), затвердженого спільним наказом МОЗ України та НАМН України від 11.12.2013 року.