

# ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ ПРЕГНАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ И ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ПРИВЫЧНЫМ НЕВЫНАШИВАНИЕМ В СТРУКТУРЕ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ



Э.А.Вартанян<sup>1</sup>, О.В.Гриднев<sup>1,2</sup>, А.В.Белостоцкий<sup>2</sup>, Е.В.Песенникова<sup>3</sup>

<sup>1</sup> ГБУЗ «Городская клиническая больница №3» Департамента здравоохранения города Москвы, 124489, Россия, Москва, Зеленоград, Каштановая аллея, 2, стр. 1;

<sup>2</sup> ФГБУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М.Сеченова», 127018, Россия, Москва, ул. Складочная, 1, стр. 17;

<sup>3</sup> ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский радиологический центр» Минздрава России, 249036, Россия, Обнинск, Калужская обл., ул. Королёва, 4

## РЕЗЮМЕ

**Цель исследования.** Оценка объема и охвата обследованиями пациенток с привычным невынашиванием беременности в условиях первичного звена здравоохранения ЗелАО г. Москвы.

**Материалы и методы.** Проведено сравнение частоты встречаемости невынашивания беременности в странах Европы, США, России и в городе Москве. Выполнен ретроспективный анализ 221 истории болезни за период 2013–2015 гг. у пациенток, имевших в анамнезе 2 и более случаев невынашивания беременности. Критериями отбора в исследование явились: завершение беременности в сроке гестации от 22 до 37 недель, наличие диагноза «привычное невынашивание» при постановке на учет по беременности.

**Результаты.** Описаны факторы, предрасполагающие к невынашиванию, оценены охват первичным звеном здравоохранения этих пациенток, своевременность постановки на учет по беременности, полнота обследования смежными специалистами при наличии у пациенток сопутствующей патологии. Проведена оценка частоты встречаемости соматической экстрагенитальной патологии у пациенток с привычным невынашиванием беременности (ПНБ), а также влияние этой патологии на протекание беременности. Определено влияние ранее перенесенных воспалительных заболеваний органов малого таза на вероятное невынашивание беременности, проведена оценка качества диагностики подобных заболеваний на раннем этапе наблюдения в первичном звене. Установлено, что предгравидарная подготовка пациенток с ПНБ на 80% может быть осуществлена в рамках обследований, предоставляемых по программе территориального медицинского обслуживания пациентов. Оценена роль дорогостоящих исследований, проведенных в рамках предгравидарной подготовки пациенток с ПНБ, оценена целесообразность проведения таких исследований.

**Заключение.** Разработаны рекомендации профилактики вероятного невынашивания беременности, принципы наблюдения таких пациенток в первичном звене здравоохранения на примере ЗелАО г. Москвы, даны предложения по внедрению этих методик в первичное звено здравоохранения.

## КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

*преждевременные роды, первичное звено здравоохранения, перинатальный риск, невынашивание беременности, пренатальная диагностика*

**Оформление ссылки для цитирования статьи:** Вартанян Э.А., Гриднев О.В., Белостоцкий А.В., Песенникова Е.В. Проблемы организации предгравидарной подготовки и ведения беременности у женщин с привычным невынашиванием в структуре первичной медико-санитарной помощи. Исследования и практика в медицине. 2016; 3(4): 27-32 DOI: 10.17709/2409-2231-2016-3-4-3

### Для корреспонденции

Вартанян Элен Араевна, заместитель главного врача по акушерству и гинекологии ГБУЗ «Городская клиническая больница №3» Департамента здравоохранения г. Москвы

Адрес: 124489, Россия, Москва, Зеленоград, Каштановая аллея, 2, стр. 1; E-mail: elenvartanian@gmail.com

### Информация о финансировании

Финансирование данной работы не проводилось.

### Конфликт интересов

Все авторы сообщают об отсутствии конфликта интересов.

Статья поступила 30.08.2016 г., принята к печати 01.12.2016 г.

# PROBLEMS OF THE ORGANIZATION OF PREGRAVID PREPARATION AND MANAGEMENT OF PREGNANCY IN WOMEN WITH RECURRENT MISCARRIAGE IN THE STRUCTURE OF PRIMARY HEALTH CARE

E.A.Vartanyan<sup>1</sup>, O.V.Gridnev<sup>1,2</sup>, A.V.Belostotskiy<sup>2</sup>, E.V.Pesennikova<sup>3</sup>

<sup>1</sup> City clinical hospital №3 of the Department of health of Moscow, 2/1, Kashtanovaya alleya, Zelenograd, Moscow, 124489, Russia;

<sup>2</sup> The First Sechenov Moscow State Medical University under Ministry of Health of the Russian Federation, 1/17, ul. Skladochnaya, Moscow, 127018, Russia;

<sup>3</sup> National Medical Research Radiological Centre of the Ministry of Health of the Russian Federation; 4, ul. Koroleva, Obninsk, Kaluga region, 249036, Russia

## ABSTRACT

**Purpose.** Assessment of the scope and coverage of the surveys of patients with recurrent pregnancy losses in primary care of Zelenograd administrative district of Moscow.

**Materials and methods.** Comparison of the frequency of occurrence of miscarriage in Europe, USA, Russia and in Moscow has been held. They performed a retrospective analysis of 221 history for the period 2013–2015 in patients with a history of 2 or more cases of miscarriage. The selection criteria for the study were: completion of pregnancy at term of gestation from 22 to 37 weeks, presence of a diagnosis of “habitual miscarriage” at statement on the account of pregnancy.

**Results.** The factors predisposing to miscarriage are described, the coverage of the primary care of these patients, timeliness of registration of pregnancy, the completeness of the survey related professionals if patients' comorbidity are estimated. The estimation of the frequency of occurrence of extragenital somatic pathology in patients with HM and the impact of this disease on pregnancy is held. The influence of previously deferred inflammatory diseases of the pelvic organs on a probable miscarriage is estimated, the evaluation of the quality of diagnosis of such diseases at an early stage of monitoring in primary care is held. It is established that pregravid preparation of patients with HM in 80% can be made in surveys provided by the territorial program of medical service. They evaluated the role of costly research conducted in the framework of pregravid training in patients with HM and the feasibility of conducting of these studies.

**Conclusion.** The recommendations for the prevention of a probable miscarriage and the principles of monitoring of these patients in primary care on the example of Zelenograd administrative district basis are developed, the proposal for the introduction of these techniques in primary health care is formulated.

## KEYWORDS:

*preterm labor, primary health care, prenatal risk, pregnancy loss, prenatal diagnosis*

**For citation:** Vartanyan E.A., Gridnev O.V., Belostotskiy A.V., Pesennikova E.V. Problems of the organization of pregravid preparation and management of pregnancy in women with recurrent miscarriage in the structure of primary health care. *Issled. prakt. med. (Research'n Practical Medicine Journal)*. 2016; 3(4): 27-32. (In Russian). DOI: 10.17709/2409-2231-2016-3-4-3

## For correspondence:

Elen A. Vartanyan, deputy chief physician in obstetrics and gynecology, City clinical hospital №3 of the Department of health of Moscow  
Address: 2/1, Kashtanovaya alleya, Zelenograd, Moscow, 124489, Russia; E-mail: elenvartanian@gmail.com

## Information about funding

No funding of this work has been held.

## Conflict of interest

All authors report no conflict of interest.

В современном акушерстве одной из самых актуальных проблем остается невынашивание беременности. В странах Европы, США и Канаде число женщин с невынашиванием беременности составляет от 5 до 9% от общего количества беременных, в Российской Федерации – от 6 до 15% по различным регионам, в Москве и Санкт-Петербурге – 6%. В структуре ранней детской смертности доля недоношенных новорожденных составляет 60–70%, из них более чем у половины впоследствии выявляют неврологическую патологию.

Частота преждевременных родов в Зеленоградском административном округе (ЗелАО) г. Москвы за период 2013–2015 гг. в среднем составила 4,5–4,7%.

Несмотря на высокий темп развития акушерско-гинекологической помощи во всем мире и, в частности, в Российской Федерации, к сожалению, частота преждевременных родов за последние 10 лет не имеет тенденции к снижению [1, 2].

Рождение недоношенного ребенка имеет огромное социальное и психологическое значение. Новорожденные с низкой и экстремально низкой массой тела составляют большую часть перинатальных потерь. Роды недоношенным плодом в 10 раз чаще заканчиваются гибелью новорожденного по сравнению со своевременными родами. Кроме того, выхаживание данного контингента пациентов требует значительных материальных затрат со стороны государства. Проблема невынашивания беременности значима и в связи с ее неблагоприятным влиянием на уровень рождаемости и состояние здоровья будущих поколений. Каждая пятая беременность в России заканчивается самопроизвольным выкидышем или преждевременными родами, 2% беременных страдают привычным невынашиванием беременности (ПНБ) [3–7].

По другим оценкам, частота невынашивания беременности составляет 10–25%. Столь высокие показатели связывают с ранним началом половой жизни, увеличением числа беременностей у подростков и женщин позднего репродуктивного периода, широким распространением инфекций, передаваемых половым путем [4, 5, 7].

По нашим данным, в Зеленоградском округе г. Москвы процент невынашивания беременности за 2013–2015 гг. составил 3,6%, что является достаточно низким показателем по сравнению с аналогичными показателями по округам г. Москвы и в среднем по России.

Однако до настоящего времени не решен вопрос с индивидуальным прогнозированием риска невынашивания беременности. Схема предгравидарной подготовки женщин с ПНБ требует уточнения и проведения комплексного медико-социального исследования с научным обоснованием мер по профилактике и оптимизации специализированной медицинской помощи [8].

Основными причинами ПНБ считают острые и хронические инфекционные заболевания, эндокринную патологию,

эклампсию, патологию плаценты, истмико-цервикальную недостаточность (ИЦН), пороки развития женских половых органов и хромосомную патологию плода. В последнее время все большую роль в невынашивании беременности отводят инфекционным заболеваниям, в лечении и профилактике которых главную роль играет первичное звено акушерско-гинекологической службы.

Рост удельного веса антенатальных потерь указывает на острую необходимость повышения качества наблюдения беременных в женской консультации и подтверждает необходимость усиления амбулаторного звена акушерской службы [9, 10].

Кроме того, в современных условиях все большее значение отводится пренатальной диагностике в амбулаторных условиях. На сегодняшний момент укомплектованность специалистами первичного звена в ЗелАО г. Москвы составляет 78% для врачей акушеров-гинекологов и 68% для среднего медицинского персонала.

Национальный проект «Здоровье» предусматривает существенное улучшение данных показателей, в частности, оснащенность оборудованием первичного звена в г. Москве позволила значительно улучшить качество пренатальной помощи [11–13].

Тщательное и своевременное обследование беременных и предгравидарная подготовка пациенток являются основными аспектами в работе врача первичного звена акушерско-гинекологической службы, целью которой является предупреждение невынашивания беременности и, как итог, рождение здорового потомства, а также сохранение репродуктивной функции женщины.

После перехода России с января 2012 г. на стандарты Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) изменились критерии регистрации живорожденных: должны регистрироваться все новорожденные, появившиеся на свет после 22 недель беременности и имеющие массу тела от 500 г. Появилась проблема рождения детей с низкой и экстремально низкой массой тела в сроке гестации 22 и более недель, и возникла необходимость еще более тщательного обследования и наблюдения пациенток в первичном звене.

Целью нашей работы явилась оценка объема и охвата проведенными обследованиями пациенток с ПНБ в условиях женской консультации, беременность которых завершилась на сроке гестации менее 36 недель.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен ретроспективный анализ историй болезни пациенток с ПНБ, наблюдавшихся в первичном звене акушерско-гинекологической помощи ЗелАО г. Москвы, беременность которых завершилась в сроке гестации от 22 до 37 недель (таблица). Проанализированы 343 ис-

Таблица 1. Частота преждевременных родов в ЗелАО г. Москвы 2013–2015 гг.  
Table 1. The frequency of premature births in the Zelenograd area of Moscow in 2013–2015

Годы	2013	2014	2015	Всего
Всего родов	2776	2687	2833	8296
Преждевременных родов	126 (4,54%)	109 (4,05%)	108 (3,81%)	343 (4,13%)

тории болезни за период 2013–2015 гг. В последующий анализ была включена 221 (64,4%) история болезни пациенток с 2 и более случаями невынашивания в анамнезе, то есть при постановке на учет эти пациентки имели диагноз ПНБ. Пациентки с нормальным течением предыдущих беременностей в выборку не вошли.

Для проведения анализа изученные случаи были разделены на четыре подгруппы по срокам преждевременных родов, исходя из гестационных сроков новорожденных:

- 1-я группа от 22 до 28 недель гестации – 18 случаев, 8%;
- 2-я группа от 28 до 30 недель гестации – 17 случаев, 7,6%;
- 3-я группа от 31 до 34 недель гестации – 49 случаев, 22%;
- 4-я группа от 35 до 37 недель гестации – 137 случаев, 61,9%.

Возраст пациенток, вошедших в исследование, составил от 18 до 37 лет.

Нами были изучены истории болезни пациенток с учетом семейного положения, бытовых условий, образования, условий труда, паритета, анамнеза жизни, соблюдения критериев обследования беременных женщин в условиях первичного звена акушерской службы округа.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Были проанализированы 343 истории болезни пациенток, беременность которых окончилась в сроке гестации до 37 недель. Из них у 221 женщины (64,4%) был диагноз ПНБ. Были тщательно изучены анамнез, обследование, терапия и доступность необходимых исследований пациенток с ПНБ в течение их наблюдения в женской консультации.

Все пациентки в исследованных группах регулярно наблюдались в женской консультации, более 80% из них встали на учет по беременности в ранних сроках – до 12 недель беременности. В целом 97% женщин были осмотрены терапевтом, из них 70,5%, 76,4%, 76% и 82% пациенток 1, 2, 3 и 4-й групп соответственно были осмотрены терапевтом в срок до 12 недель, что свидетельствует о высокой заинтересованности пациенток в наблюдении по беременности, доступности данного вида помощи в первичном звене Зеленоградского округа города Москвы.

Большинство пациенток всех групп были повторнородящими. Повторнородящие в 1-й группе составили 10 человек (55,5%), во 2-й – 8 (47%), в 3-й – 37 (75,7%), в 4-й – 117 (85,4%). Большинство повторнородящих пациенток относились к 3-й и 4-й группам исследования, то есть преждевременные роды у них наступили в сроке гестации более 31 недели. Однако количество женщин, имевших в анамнезе выскабливания полости матки, распределилось следующим образом: в 1-й группе 16 (88,8%), во 2-й – 14 (82,3%), в 3-й – 36 (73,4%), в 4-й – 112 (81,7%) женщин. В 1-й и 2-й группах было больше пациенток, подвергшихся ранее внутриматочным вмешательствам. Данный факт свидетельствует о неблагоприятном влиянии отягощенно акушерского анамнеза на вынашивание беременности.

Все пациентки, включенные в исследование, имели соматические заболевания. В 1-й и 2-й группах из соматических заболеваний преобладала установленная ранее артериальная гипертензия: 4 (22%) пациентки в 1-й группе и 5 (23%) – во 2-й имели артериальную гипертензию в анамнезе, в 3-й и 4-й группах данный показатель составил 8 (16%)

и 12 (8,7%) соответственно. Кроме того, у 33%, 27%, 16% и 24% женщин в 1, 2, 3 и 4-й группах соответственно были установлены диагнозы хронического воспаления органов малого таза. При этом всего лишь 3%, 12%, 23% и 36% пациенток 1, 2, 3 и 4-й групп были комплексно обследованы на инфекции, передаваемые половым путем, во время беременности, что свидетельствует о неправильной тактике ведения пациенток с привычным невынашиванием во время беременности, отсутствием возможности полного комплексного обследования в рамках системы территориального обслуживания по полису ОМС.

Течение беременности у 17% пациенток первой группы осложнилось острой респираторной вирусной инфекцией (ОРВИ) либо другими инфекциями верхних дыхательных путей, во 2-й, 3-й и 4-й группах данный показатель составил 3,7%, 2,6% и 8% соответственно, что не имеет достоверного различия. У 86% пациенток 1-й группы беременность осложнилась угрозой прерывания, во 2-й группе этот показатель составил 64%, в 3-й – 57%, в 4-й – 61%. Диагноз ИЦН преобладал в 3-й группе пациенток и встречался у 16 пациенток из 37 (43%). Из них 100% коррекция ИЦН была проведена акушерским пессарием.

Наиболее грозные осложнения беременности – преэклампсия и эклампсия встречались чаще у пациенток в 4-й группе исследования и составили 39% в сравнении с 1-й (2,1%), 2-й (3,8%) и 3-й (4,7%) группами. Следует отметить, что с появлением пренатальной диагностики и возможностью выявления риска эклампсии у беременных при обследовании в первичном звене данный показатель начал существенно снижаться. Если в 2012 г. он составил 39,8% в 4-й группе исследования, то в 2015 г. данный показатель был 35,7%, в остальных группах процент заболевания снизился незначительно, что, по всей вероятности, связано со сроком гестации.

Плацентарная недостаточность встречалась практически с одинаковой частотой во всех группах исследования, процент варьировал в следующем диапазоне: 43% в 1-й группе, 37% во 2-й, 36,2% – в 3-й и 41% – в 4-й.

Комплексное обследование во время беременности было проведено у 86% пациенток. В 1-й группе полностью было обследовано 68% пациенток, во 2-й – 64%, в 3-й – 75%, в 4-й – 89%. Наиболее частыми причинами неполного обследования пациенток были: поздняя явка в женскую консультацию (26% обследованных), нежелание пациентки проходить дополнительные обследования в других медицинских учреждениях первичного звена (13%) и отсутствие возможности пройти исследования на коммерческой основе при невозможности обследования в рамках ОМС (69%). Следует отметить, что с проведением модернизации в системе первичного акушерско-гинекологического звена и оснащением женских консультаций оборудованием процент обследования пациенток значительно возрос в связи с появлением новых возможностей в подведомственных Министерству здравоохранения РФ учреждениях. Установлено, что предгравидарная подготовка пациенток с ПНБ практически на 80% может быть осуществлена в рамках обследований, предоставляемых по программе территориального медицинского обслуживания пациентов. В ЗелАО г. Москвы при родильном доме открыт ка-

бинет невынашивания в составе консультативно-диагностического отделения, что позволило снизить количество преждевременных родов в округе до 4,5–4,7%, то есть значительно ниже данного показателя по г. Москве (6%). Появилась возможность назначения пациенткам в плане предгравидарной подготовки дорогостоящих специализированных обследований, направленных на выявление рисков невынашивания беременности и, при возможности, выявление причин невынашивания. Несмотря на дефицит специалистов первичного звена акушерско-гинекологической помощи в округе, показатели невынашивания беременности остаются на неизменно низком уровне, что сопоставимо с таковыми для стран развитого мира.

## ВЫВОДЫ

Широкий охват и комплексное обследование пациенток с ПНБ, доступность медицинской помощи в первичном звене здравоохранения ЗелАО г. Москвы позволили сни-

зить количество преждевременных родов в данной группе пациенток до 4,5–4,7%, что соответствует таковому в странах цивилизованного мира.

Важнейшее значение для профилактики невынашивания имеет комплексное обследование пациенток в ранние сроки беременности и ранняя постановка на учет в первичном звене.

Объем обследований, проводимых у пациенток с ПНБ в условиях первичного звена здравоохранения ЗелАО г. Москвы, является достаточным для предотвращения существенного числа возможных перинатальных потерь.

Наличие квалифицированного персонала первичного звена, преемственность и взаимодействие между звеньями акушерско-гинекологической помощи (женская консультация – перинатальный центр – родильный дом – многопрофильный стационар) позволяет профилировать нежелательные исходы беременности у пациенток высокой группы риска и имеющих привычное невынашивание в анамнезе.

### Список литературы

1. Iams J.D., Romero R., Culhane J.F., Goldenberg R.L. Goldenberg. Primary, secondary, and tertiary interventions to reduce the morbidity and mortality of preterm birth. *Lancet*. 2008 Jan 12; 371 (9607): 164–175. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(08\)60108-7](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(08)60108-7)
2. Mackeen A.D., Seibel-Siamon J., Grimes-Dennis J., Baxter J.K., Berghella V. Tocolytics for preterm premature rupture of membranes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011 Oct 5; (10): CD007062. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.cd007062.pub2>
3. Васильева Т. П., Куценко Г. И., Посисеева Л. В. Управление качеством воспроизводства населения (теоретические и медико-социальные аспекты). Иваново, 2001, 284 с.
4. Гусак Ю. К., Чикин В. Г., Новикова А. В. Антенатальная гибель плода. Анализ, перспективы. Актуальные вопросы акушерства и гинекологии. 2002; 1 (1): 27–29.
5. Кулаков В. И. Новые технологии и приоритеты в акушерстве и гинекологии. *Акушерство и гинекология*. 2002; 5: 3–5.
6. Кулаков В. И. Репродуктивное здоровье населения России. *Акушерство и гинекология*. 2002; 2: 4–7.
7. Назаренко Ю. Г. Медико-социальные аспекты невынашивания беременно-

сти и пути профилактики: автореферат диссертации кандидата медицинских наук. М., 2006, 24 с.

8. Савельева Г. М., Серов В. Н., Сухих Г. Т. Акушерство и гинекология. М.: Гэотар-медиа, 2009, 880 с.

9. Сидельникова В. М. Невынашивание беременности – современный взгляд на проблему. *Акушерство и гинекология*. 2007; 5: 24–26.

10. Сидельникова В. М. Профилактика и лечение угрожающих преждевременных родов. *Акушерство и гинекология*. 2008; 3: 43–47.

11. Фролова О. Г., Гудимова В. В., Пугачёва Т. Н. Организационные технологии повышения качества акушерской и неонатальной помощи. *Вопросы современной педиатрии*. 2003; 2 (прил. 1): 382–383.

12. Кулигина М. В. и др. Проблемы организации амбулаторной акушерско-гинекологической помощи в период реализации национального проекта «Здоровье». *Материалы V Регионального научного форума «Мать и дитя»*. Геленджик, 2011, 331 с.

13. Гусева Е. В., Филиппов О. С., Чумакова О. В., Широкова В. И. Программа «Родовой сертификат»: результаты и перспективы. *Акушерство и гинекология*. 2010; 1: 46–49.

### References

1. Iams J.D., Romero R., Culhane J.F., Goldenberg R.L. Goldenberg. Primary, secondary, and tertiary interventions to reduce the morbidity and mortality of preterm birth. *Lancet*. 2008 Jan 12; 371 (9607): 164–175. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(08\)60108-7](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(08)60108-7)
2. Mackeen A.D., Seibel-Siamon J., Grimes-Dennis J., Baxter J.K., Berghella V. Tocolytics for preterm premature rupture of membranes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011 Oct 5; (10): CD007062. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.cd007062.pub2>
3. Vasil'eva T.P., Kutsenko G.I., Posiseeva L.V. Upravlenie kachestvom vosproizvodstva naseleniya (teoreticheskie i mediko-sotsial'nye aspekty) [The management of a quality of reproduction (theoretical and medical aspects)]. Ivanovo, 2001, 284 p. (In Russian).
4. Gusak Yu. K., Chikin V.G., Novikova A.V. Fetal death. Analysis and prospects. *Aktual'nye voprosy akusherstva i ginekologii (Topical Issues of Obstetrics and Gynecology)*. 2002; 1 (1): 27–29. (In Russian).
5. Kulakov V.I. New technologies and priorities in obstetrics and gynecology. *Obstetrics and Gynecology*. 2002; 5: 3–5. (In Russian).
6. Reproductive health of the population of Russia. *Obstetrics and Gynecology*. 2002; 2: 4–7. (In Russian).

7. Nazarenko Yu. G. Mediko-sotsial'nye aspekty nevnashivaniya beremennosti i puti profilaktiki [Medical and social aspects of pregnancy loss and ways of prevention]. Dissertation. Moscow, 2006, 24 p. (In Russian).

8. Savel'eva G. M., Serov V. N., Sukhikh G. T. Akusherstvo i ginekologiya [Obstetrics and Gynecology]. Moscow: "Geotar-media" Publ., 2009, 880 p. (In Russian).

9. Sidelnikova V.M. Miscarriage – a modern view on the problem. *Obstetrics and Gynecology*. 2007; 5: 24–26. (In Russian).

10. Sidelnikova V.M. Prevention and treatment of threatening preterm delivery. *Obstetrics and Gynecology*. 2008; 3: 43–47. (In Russian). (In Russian).

11. Frolova O. G., Gudimova V. V., Pugacheva T. N. The technologies and organization to improve the quality of obstetric and neonatal care. *Current pediatrics*. 2003; 2 (Suppl. 1): 382–383. (In Russian).

12. Kuligina M. V. et al. Problems of the organization of outpatient obstetric care during the period of implementation of the national project "Health". *Proceedings of the V Regional Scientific Forum "Mother and Child"*. Gelendzhik, 2011, 331 p. (In Russian).

13. Guseva Ye. V., Filippov O. S., Chumakova O. V., Shirokova V. I. The Delivery Certificate program: results and prospects. *Obstetrics and Gynecology*. 2010; 1: 46–49. (In Russian).

#### Информация об авторах:

Гриднев Олег Владимирович, д. м. н., главный врач ГБУЗ «Городская клиническая больница № 3» Департамента здравоохранения города Москвы, профессор кафедры организации и управления в сфере обращения лекарственных средств в ИПО ФГБУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова». E-mail: info@gkb50.mosgorzdrav.ru

Белостоцкий Андрей Викторович, д. м. н., профессор, заведующий кафедрой организации и управления в сфере обращения лекарственных средств в ИПО ФГБУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова»

Песенникова Елена Васильевна, к. м. н., начальник отдела по организации работы с пациентами ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский радиологический центр» Минздрава России. E-mail: dr.gavrasiuk@gmail.com

#### Information about authors:

Oleg V. Gridnev, MD, Chief physician, City clinical hospital № 3 of the Department of health of Moscow, Professor, Department of organization and management in the sphere of circulation of medicines in IPE, The First Sechenov Moscow State Medical University under Ministry of Health of the Russian Federation. E-mail: info@gkb50.mosgorzdrav.ru

Andrey V. Belostotskiy, MD, Professor, head of Department of organization and management in the sphere of circulation of medicines in IPE, The First Sechenov Moscow State Medical University under Ministry of Health of the Russian Federation

Elena V. Pesennikova, PhD, head of Department for organization of work with patients, National Medical Research Radiological Centre of the Ministry of Health of the Russian Federation. E-mail: dr.gavrasiuk@gmail.com



## І ВСЕРОССИЙСКИЙ КОНГРЕСС РАТРО. НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ И ЯДЕРНОЙ МЕДИЦИНЕ. ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ

27–28 апреля 2017 г.

Конгресс-центр Меркури, г. Сочи, ул. Орджоникидзе, 11 а

#### ОРГАНИЗАТОРЫ:

- Российская Ассоциация терапевтических радиационных онкологов (РАТРО);
- Образовательный Медицинский Альянс;
- Росатом;
- НИЦ «Курчатовский институт»;
- Центр развития ядерной медицины;
- ФМБА РОССИИ;
- МИНПРОМТОРГ РОССИИ.

#### ПРЕЗИДИУМ

- Каприн Андрей Дмитриевич, академик РАН, д. м. н., профессор, президент «Российской Ассоциации Терапевтических Радиационных Онкологов», генеральный директор ФГБУ «Национальный медицинский радиологический исследовательский институт» Министерства здравоохранения Российской Федерации.
- Хмелевский Евгений Витальевич, д. м. н., профессор, главный внештатный специалист радиолог Минздрава России, руководитель отдела лучевой терапии МНИОИ им. П. А. Герцена – филиала ФГБУ «НМИРЦ» Министерства здравоохранения Российской Федерации.
- Гончаров Николай Гаврилович, д. м. н., профессор, заместитель директора НИЦ «Курчатовский институт» по медико-биологическим исследованиям.
- Смирнов Валентин Пантелеймонович, академик РАН, д. м. н., профессор, научный руководитель электрофизического блока АО «Наука и инновации» ГК «РОСАТОМ».
- Ильин Леонид Андреевич, академик РАН, д. м. н., профессор, почетный президент ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А. И. Бурназяна ФМБА России.
- Порханов Владимир Алексеевич, академик РАН, д. м. н., профессор, главный врач ГУЗ «Научно-исследовательский институт – Краевая клиническая больница № 1 им. С. В. Очаповского» Министерства здравоохранения Краснодарского края.
- Кит Олег Иванович, член-корреспондент РАН, д. м. н., профессор, директор ФГБУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт» Министерств здравоохранения Российской Федерации.
- Солодкий Владимир Алексеевич, академик РАН, д. м. н., профессор, директор федерального государственного бюджетного учреждения «Российский научный центр рентгенорадиологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

#### ПРОГРАММА КОНГРЕССА

Научные направления:

1. Лучевая терапия в лечении злокачественных опухолей различной локализации
2. Лекарственная модификация лучевой терапии
3. Интервенционная медицина в онкологии
4. Паллиативная помощь
5. Актуальные вопросы таргетной терапии
6. Онкоиммунология
7. Ядерная медицина в онкологии
8. Радиационная безопасность
9. Взгляд физиков на проблему

По вопросам участия в конгрессе обращаться в оргкомитет:  
Москва, ул. Профсоюзная 57 | info@email.pro | Тел. +7 (495) 419 0095