

Боль в шейном отделе ПОЗВОНОЧНИКА

А.И.Исайкин
Первый МГМУ им. И.М.Сеченова

Боль в шее является одним из наиболее частых видов болевого синдрома, который может в отсутствии лечения принять хроническое течение. В статье обсуждаются причины возникновения болей в шее, приводятся степени выраженности болевого синдрома по шкале NPTF, методы обследования пациентов с болями в шее и подходы к лечению, в частности, к фармакотерапии.

Ключевые слова: боль в шее, цервикалгия, Мильгамма.

Сведения об авторе:

Исайкин Алексей Иванович – к.м.н., доцент кафедры нервных болезней Первого московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова

Pain in the cervical spine area

A.I. Isaykin

I.M. Sechenov FMSMU, Moscow

Neck pain is one of the most common types of pain, which can become chronic in case of no proper treatment. The article discusses causes of pain in neck area, its degree scale called NPTF, methods of patients' examination, and approaches to neck pain treatment, in particular to drug treatment.

Key words: neck pain, cervicalgia, Milgamma.

Боль в шее в течение жизни испытывали 3/4 взрослого населения. С возрастом риск возникновения болей в шейной области увеличивается, чаще страдают женщины [3, 9].

В большинстве случаев боль в шее не связана с серьезной патологией и заканчивается полным вы-

здоровлением. Боль чаще носит острый характер, но в 10% случаев происходит хронизация [7, 9]. При хронических болях большое значение имеет психогенный фактор [6, 7, 9]. В ряде случаев боль в шее может быть проявлением серьезного заболевания [3, 9].

Причины возникновения болей в шее

Наиболее распространенным типом болей являются неспецифическая («механическая», аксиальная) боль в шее. Часто точную причину или происхождение боли определить не представляется возможным. Она может быть следствием незначительных деформаций и растяжения связок шеи. Боль может быть спровоцирована неловким движением, локальным переохлаждением, длительным вынужденным положением головы, с перенапряжением шейных мышц и блокированием фасеточных суставов, что часто является следствием повседневной деятельности пациента (например: офисные работники, которые сидят, склонившись над столом, в течение многих часов; неудобная поза во время сна; неправильное размещение монитора компьютера) [9].

Большую роль в развитии болей в шейном отделе придают травмам, в том числе хлыстовым [7, 9].

Другие причины включают:

- спондилез и спондилоартроз;
- грыжа межпозвоночного диска;
- небольшие переломы позвоночника, возникшие вследствие остеопороза;
- стеноз (сужение позвоночного канала);
- диффузный идиопатический скелетный гиперостоз;
- инфекционное поражение позвоночника (остеомиелит, абсцесс);
- опухолевое (в том числе метастатическое) поражения шейного отдела позвоночника;
- хронические нагрузки на мышцы и сухожилия шеи;
- дистония;
- врожденные аномалии (болезнь Киммельстиля-Уильсона, гипоплазия зуба аксиса и др.);
- заболевания соединительной ткани (наиболее часто ревматоидный артрит);
- инфекционные заболевания (одним из ранних признаков эпидемического паротита, менингита, энцефалита, полиомиелита является боль в шейном отделе позвоночника);
- отраженные боли при заболеваниях внутренних органов (например при стенокардии, эзофагите, тиреоидите);
- другие заболевания, такие как фибромиалгия, психогенные боли [3, 9].

Повышенную настороженность, требующую исключения серьезной патологии, следует проявлять если [9]:

- боль в шее развивается на фоне таких заболеваний, как ревматоидный артрит, СПИД или онкологическое заболевание;
- боль усугубляется с течением времени;
- боль иррадирует в руку, что может сопровождаться так же слабостью или неловкостью руки, онемением;
- имеется резкая потеря массы тела;
- немотивированная лихорадка;
- изменение походки или возникновения тазовых нарушений;
- травма в анамнезе;
- боль не провоцируется движениями в шейном отделе.

При клиническом анализе необходимо учитывать анатомические особенности шейного отдела позво-

ночника. Шейный отдел позвоночника составляет с другими отделами позвоночника единую анатомо-физиологическую систему, однако имеет большое своеобразие, проявляющееся в: 1) наличии костного канала для позвоночной артерии образованного отверстиями в поперечных отростках шейных позвонков; 2) отсутствии дисков в верхнешейном отделе; 3) особом строении 1 и 2 шейных позвонков; 4) наличии особых унковертебральных суставов; 5) большой подвижности с преобладанием в верхнешейном отделе ротационных, а в нижнешейном отделе – флексионно-экстензионных движений; 6) относительно узком позвоночном канале, в котором располагается спинной мозг с питающими его сосудами. Источниками боли в шейном отделе позвоночника могут быть: фасеточные (межпозвоночные) суставы, фиброзное кольцо, связки, периост, то есть анатомические образования позвоночного столба; мышцы и сухожилия; корешки и нервные стволы; позвоночные артерии. Наиболее часто причиной боли является неспецифическое поражение межпозвоночных суставов (так называемые функциональные блоки) [1, 5].

В отечественных классификациях боль шее называется цервикалгией, при иррадиации в голову – цервикокраниалгией, при иррадиации боли в руку – цервикобрахиалгией.

Эксперты рабочей группы по изучению боли в шее Университета Британской Колумбии (The Neck Pain Task Force (NPTF)), основываясь на анализе руководств и рекомендаций последних лет, предлагают классифицировать боли в шейном отделе по 4 степеням тяжести:

1. Боль в шее без явной патологии шейного отдела, незначительно влияющая на дневную активность.
2. Боль в шее без явной патологии, ограничивающая повседневную активность.
3. Боль в шее, сопровождающаяся клиникой радикулопатии.
4. Боль в шее с признаками тяжелой патологии шейного отдела (травма, опухоли и др.) [13].

Цервикалгия

При неспецифической цервикалгии пациенты жалуются на боль в шейном отделе, как правило, умеренной интенсивности, усиливающуюся при движениях или в определенном положении (что соответствует 1–2-й степени тяжести NPTF). Нередко имеется ограничение подвижности, с вынужденным положением головы по типу острой кривошеи. Боль может распространяться на плечо и руку или основания черепа. При нейроортопедическом обследовании выявляются:

- Вертебральный синдром в виде изменения нормальной конфигурации позвоночника, ограничение подвижности в пораженных сегментах, болезненности при пальпации фасеточных суставов и связок.
- Миогенный (мышечно-тонический и миофасциальный) синдром в виде напряжения шейных мышц, болезненности их при пальпации, локальных уплотнений, пальпация которых приводит к распространению боли по ходу миотома, с воспроизведением типичного паттерна боли (триггерные точки).

В большинстве случаев боль проходит в течение нескольких дней, реже недель.

Цервикокраниалгия

Одним из распространенных рефлекторных синдромов является цервикогенная головная боль (ЦГБ), относящаяся к вторичным головным болям.

Отмечается выраженный полиморфизм клинической картины, возможность «маскировать» другие типы головной боли (например, мигрень). Боль локализуется в шейной и затылочной области, как правило, односторонняя, иррадирует в лобно-орбитальную зону, висок, ухо; усиливается или вызывается движениями, или длительным пребыванием в одной позе. Боль имеет тупой, ломящий, а иногда колющий, рвущий или пульсирующий характер. Интенсивность – низкая или средняя, имеется тенденция к хронизации [1, 5]. Диагностическое значение имеет ограничение объема движений в шейном отделе позвоночника, болезненность шейных мышц, изменения мышечного тонуса или реакция на пассивное или активное их растяжение. Обычно цервикогенные боли сочетаются с наличием функционального блока на верхнешейном уровне. Частой причиной цервикогенных головных болей является синдром нижней косой мышцы – спазмированная мышца может компримировать проходящий под ней сосудисто-нервный пучок (сегмент позвоночной артерии, с периапериартериальным симпатическим сплетением, затылочные нервы), типично развитие парестезий в волосистой части головы, иногда возникает боль при причесывании. Стимуляция шейных структур вызывает боль, анестезия их – ее уменьшает [5, 6].

Цервикобрахиалгия

При развитии дегенеративных изменений в межпозвоночных дисках (средних и нижних) в соответствующих позвоночных сегментах развиваются сопутствующий спондилоартроз и, что особенно важно, унковертебральный артроз. Костные разрастания суживают межпозвоночное отверстие, поэтому на шейном уровне корешки чаще сдавливаются не за счет грыжи диска в эпидуральном пространстве, как это имеет место в поясничном отделе, а в самом межпозвоночном отверстии [1, 6]. При движениях в шейном отделе позвоночника унковертебральные разрастания травмируют корешок и его оболочки, а развивающийся отек в них превращает относительно узость межпозвоночного отверстия (канала) в абсолютную. Возникает отек сдавленного корешка, в нем развиваются реактивные асептические воспалительные явления.

Компрессия корешка сопровождается болями, нередко простреливающим, жгучего характера, иррадирующими из шеи в руку по ходу иннервации данного корешка, боли усиливаются при движении, покашливании, перкуссии на уровне компрессии. Боли уменьшаются при определенных положениях шеи и

руки (чаще при заведении ее за голову) которые пациенты интуитивно находят. Указанный болевой паттерн сопровождается слабостью при выполнении движений, контролируемых заинтересованными мышцами, их гипотрофией, выпадением рефлексов, чувствительными расстройствами в зоне соответствующего корешка (3 степень по классификации NPTF).

Цервикальная миелопатия (приблизительно соответствует 4 степени по классификации NPTF). На шейном уровне компрессии могут подвергаться не только корешки и их артерии, но и спинной мозг (с его сосудами). Компрессия спинного мозга возможна за счет задней грыжи межпозвоночного диска или задних остеофитов, особенно у лиц с узким позвоночным каналом. Возможна хроническая ишемизация спинного мозга – миелопатия. Общая распространенность цервикальной миелопатии неизвестна, но считается, что это относительно редкое заболевание. Миелопатия чаще наблюдается у мужчин старше 50 лет. Заболевание начинается постепенно, в течение 1–2 лет. При этом наиболее часто страдают передние рога и вентральные отделы боковых столбов с пирамидными пучками. Спастикоатрофический парез рук и спастический парез ног при спондилогенной шейной миелопатии обычно дополняются нарушением глубокой чувствительности в ногах, образуя классическую триаду болезни. Болевой синдром в этих случаях обычно предшествует развитию миелопатической симптоматики.

Хлыстовая травма (ХТ) является частой причиной острой и подострой боли в шее. Возникает в результате передачи энергии ускорения/замедления на шейный отдел. Чаще всего ХТ происходит при дорожно-транспортных происшествиях, но может произойти в результате других причин, например при нырянии. Согласно Квебекской классификации ХТ, выделяют 4 степени тяжести: I – включает общие, неспецифические жалобы на дискомфорт в области шеи, такие как боль, тугоподвижность; II – включает в себя уже перечисленные жалобы плюс ограниченность движения; III – включает в себя жалобы от I и II степени плюс неврологические знаки; IV – включает в себя жалобы предыдущих классов плюс перелом или вывих и находится в компетенции травматологов и нейрохирургов [9].

Обследование пациентов с болями в шее

При обследовании пациентов с болями в шее важнейшее значение имеет анализ жалоб и анамнеза для исключения серьезной патологии. *Нейроортопе-*

Информация о препарате

МИЛЬГАММА (раствор для инъекций)
(Woerwag Pharma GmbH, Германия)

ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЕ ДЕЙСТВИЕ

Нейротропные витамины группы В оказывают благоприятное воздействие на воспалительные и дегенеративные заболевания нервов и двигательного аппарата. Улучшают работу периферической нервной системы. Тиамин играет ключевую роль в метаболизме углеводов, а также в цикле Кребса с последующим участием в синтезе ТПФ (тиаминпирофосфат) и АТФ (аденозинтрифосфат). Пиридоксин участвует в регуляции обмена ключевых нейромедиаторов и аминокислот. Цианокобаламин участвует в синтезе миелиновой оболочки, уменьшает болевые ощущения, связанные с поражением периферической нервной системы. Особенностью данных препаратов является синергизм компонентов, проявляющийся в положительном влиянии на нервную и нейромышечную системы.

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

В качестве патогенетического и симптоматического средства в составе комплексной терапии заболеваний и синдромов нервной системы различного происхождения: невралгия, неврит, парез лицевого нерва, ретробульбарный неврит, ганглиониты (включая опоясывающий лишай), плексопатия, нейропатия, полинейропатия (диабетическая, алкогольная и др.), ночные мышечные судороги, особенно у лиц старших возрастных групп, неврологические проявления остеохондроза позвоночника: радикулопатия, люмбаго, мышечно-тонические синдромы.

Разделы: Фармакокинетика, Противопоказания, Применение при беременности и в период лактации, Способ применения и дозы, Побочное действие, Передозировка, Взаимодействие с другими лекарственными средствами – см. в инструкции по применению препарата.

БОЛИ В ШЕЕ?

МИЛЬГАММА

ПЕРВЫЙ* НЕЙРОТРОПНЫЙ КОМПЛЕКС

- Улучшает функциональное состояние нервных волокон
- Безболезненные инъекции
- Применяется в 27 странах мира



дическое обследование позволяет определить основной источник боли путем оценки изменений нормальной конфигурации позвоночника, ограничения подвижности в пораженных сегментах, состояния мышц и связок, воспроизводимости типичного болевого паттерна. Стандартное неврологическое обследование проводят для выявления поражения корешков и спинного мозга. Согласно рекомендации NPTF, обследование пациентов с 1-й или 2-й степенью тяжести может быть ограничено сбором анамнеза, включая скрининг на наличие «красных флажков», физикальным обследованием, исследованием неврологического статуса (для исключения радикулопатии и миелопатии) [13].

Дополнительные методы обследования показаны при подозрении на наличие серьезной патологии (т.е. 3–4-я степень по классификации NPTF), компрессионных синдромов, травм шейного отдела в анамнезе (в том числе так называемых «мягких»), если планируется проведение мануальной терапии, нейрохирургического вмешательства, неэффективности лечения [9].

Рентгенография шейного отдела, которую традиционно проводят практически всем больным, имеет не очень высокую информационную ценность, и нужна, в основном, для исключения опухолевого поражения позвоночника, спондилита, травм, спондилолистеза и остеопороза. Выявление рентгенологических признаков остеохондроза не имеет важного клинического значения, так как их можно обнаружить у подавляющего большинства лиц зрелого и пожилого возраста. С другой стороны, у молодых лиц с грыжей диска рентгенологических изменений может и не быть [1, 3, 5].

Функциональная рентгенография проводится для выявления нестабильности позвоночника и скрытых листезов. Снимки делаются в положении крайнего сгибания и разгибания. Она особенно показана при травмах в анамнезе и выявлении гипермобильности при нейроортопедическом обследовании.

Нейровизуализационные методы. Верифицировать грыжу диска можно с помощью компьютерной томографии (КТ), магнитнорезонансной томографии (МРТ) или миелографии. КТ и МРТ особенно важны при появлении признаков сдавления корешков или спинного мозга. При использовании МРТ несколько лучше видны грыжи диска и состояние спинного мозга, по данным КТ (в том числе с эффектом 3D-реконструкции) лучше оценивается состояние костных структур. Диагностическое значение миелографии за последние годы резко снизилось, но тем не менее, ее иногда проводят в рамках предоперационной диагностики.

К методам вспомогательной функциональной диагностики при наличии компрессионных синдромов относятся электронейромиография (ЭНМГ) и метод исследования вызванных потенциалов.

При подозрении на наличие соматической патологии проводят тщательное соматическое обследование.

Лечение

В отсутствие «серьезной патологии» прогноз в целом благоприятный – в большинстве случаев происходит полное восстановление, которое иногда (особенно при радикулопатии) затягивается на несколько недель или месяцев. Лечение должно быть направлено на ускорение регресса симптомов, предупреждение хронизации болевого синдрома и дальнейших обострений [6, 9].

В остром периоде, при наличии интенсивных болей, компрессионных синдромов показана кратковременная иммобилизация шейного отдела, предпочтительнее с использованием индивидуально подобранной шины Шанца. В последующем рекомендуется ранняя постепенная мобилизация, постизометрическая релаксация, лечебная гимнастика, массаж. При определении интенсивности нагрузки необходимо учитывать остроту болевых ощущений. В подострой и хронической фазе особенно важны физические методы, прежде всего лечебная гимнастика, массаж. При этом показаны медленные упражнения, особенно в режиме постизометрической релаксации, следует избегать быстрых вращательных движений головой, «накачивания» шейных мышц. Доказана эффективность мануальной терапии при различных вариантах шейных болей, однако многое определяется профессионализмом мануального терапевта. При хроническом болевом синдроме необходим комплексный психофизиологический подход, учитывающий значение как периферических, так и психологических факторов в происхождении боли. Традиционно применяются различные виды физиотерапевтического лечения: иглорефлексотерапия, чрескожная электростимуляция, тепловые и холодные процедуры, ультразвуковые (включая ударно-волновую терапию) и электромагнитные методы лечения, однако эффективность их применения не доказана, в большинстве рекомендаций не показано вытяжение шейного отдела [1, 6, 10, 12, 13, 15].

Медикаментозная терапия. Препаратами первой линии для лечения острой боли в шее являются парацетамол и нестероидные противовоспалительные средств (НПВС) [7, 9, 12, 13, 16]. Возможно использование полной дозы (от 2 до 4 г/сут) парацетамола. Из-за опасности развития тяжелых поражений печени с осторожностью следует использовать парацетамол у пожилых пациентов, при сопутствующем алкоголизме опасно сочетание с антиконвульсантами и НПВС [7, 9].

В большинстве исследований показана высокая эффективность использования НПВС для лечения острой боли, в случае хронической боли их эффективность оценивается как невысокая. В настоящее время имеется тенденция к использованию ЦОГ-2 селективных препаратов, как более безопасных в отношении желудочно-кишечных осложнений [3, 9].

Может быть рекомендован короткий курс миорелаксантов в монотерапии или в комбинации с НПВС. Миорелаксанты не рекомендуют в острой фазе хлыстовой травмы, в связи с недоказанной эффективностью [3, 9].

Для купирования интенсивного болевого синдрома при острых болях и неэффективности препаратов первой линии возможно кратковременное использование опиоидов [3, 7, 9, 16].

Назначение антидепрессантов и противосудорожных препаратов оправдано при хронических болях и наличии невропатического компонента [7, 9].

При острых и подострых вертеброгенных болях в шее проводятся лечебные блокады, с введением местных анестетиков в сочетании с глюкокортикоидами. Блокады целесообразно вводить максимально близко к основному источнику боли, определенному при нейроортопедическом обследовании. Проводят блокады фасеточных суставов, наиболее пораженных мышц. Реже делают эпидуральные блокады, которые показали высокую эффективность в ряде исследований [10, 12, 13, 15, 16, 18]. Эпидуральные блокады лучше проводить под контролем ней-

ровизуализации, но даже при этом бывают серьезные осложнения [6, 8, 10, 12, 16, 18].

При наличии синдромов поражения спинномозговых корешков и цервикальной миелопатии к лечению добавляют сосудистые препараты, венотоники, однако эффективность этих препаратов не доказана в рандомизированных исследованиях.

Традиционно назначаются нейротропные витамины группы В [4]. Антиноцицептивный и противовоспалительный эффекты витаминов группы В подтверждены экспериментально на моделях химически и термически индуцируемой боли [11, 14, 19]. На лабораторных моделях боли показано, что витамины группы В способны усиливать эффекты анальгетиков [11, 19]. Имеются данные, что витамин В₁ самостоятельно или в комбинации с витаминами В₆ и В₁₂, способен тормозить прохождение болевой импульсации на уровне задних рогов и таламуса [11, 14]. Экспериментально обнаружено также, что комплекс витаминов группы В усиливает действие норадреналина и серотонина – главных антиноцицептивных нейромедиаторов. Кроме того, за счет повышения синтеза протеинов под действием витаминов группы В могут создаваться условия для более успешной регенерации нервных волокон. Имеется предположение, что антиноцицептивный эффект комбинированного витаминного комплекса может быть обусловлен подавлением действия воспалительных медиаторов [17]. Наиболее удобно назначение витаминов группы В в виде комбинированного препарата Мильгамма, который выпускается в виде ампулированного раствора для инъекций. В ампуле содержится 2 мл раствора для инъекций следующего состава: 100 мг тиамин гидрохлорида, 100 мг пиридоксина гидрохлорида, 1000 мкг цианокобаламина гидрохлорида и 20 мг местного анестетика лидокаина гидрохлорида, который обеспечивает безболезненность инъекции. Совместимость витаминов В₁, В₆ и В₁₂ в растворе достигается за счет наличия стабилизатора – гексацианоферрата калия. Отмечен клинический эффект Мильгаммы при корешковой компрессии [4].

Полученные в работе А.Б.Данилова [2] результаты подтвердили эффективность и безопасность комбинированного препарата Мильгамма в лечении острых болей в спине. Достоверное анальгетическое действие отмечается со второй инъекции препарата. Эффект препарата Мильгамма оказался сопоставимым с диклофенаком – «классическим» обезболивающим средством. Это может свидетельствовать о том, что в Мильгамме комбинация витаминов группы В обладает опосредованным анальгетическим и прямым нейротропным действием.

Хирургическое лечение применяют при симптомах сдавления спинного мозга (тазовые нарушения, спастический парез, нарушения чувствительности), при появлении и нарастании пареза в зоне иннервации спинномозгового корешка, а также при резко выраженном болевом синдроме (при четких признаках радикулопатии и неэффективности в течение нескольких месяцев всего арсенала консервативного лечения). В большинстве случаев оперативное вмешательство не выявило преимуществ перед консервативным лечением и наиболее показано в случаях острой компрессии спинного мозга [10, 12, 13, 15, 16, 18].

Профилактика шейных болей сводится к избеганию длительных, неудобных, фиксированных положений головы, важна эргономичная организация

рабочего места, особенно офисных работников (в том числе с правильной установкой экранов монитора), избегание вибрации и рывковых движений передающихся с рук на шею, чередование труда и отдыха во время которого возможен самостоятельный массаж наиболее напряженных мышц шеи, гимнастика в медленном режиме, обучение основам постизометрической релаксации. Хорошим простым методом лечения и профилактики (особенно при утренних болях в шее) является использование ортопедических подушек, которые подбираются строго индивидуально.

Литература

1. Алексеев В.В. Неврологические аспекты диагностики и лечения острых вертеброгенных болевых синдромов. *Consilium medicum*. 2008; 1: 56–63.
2. Данилов А.Б. Витамины группы В в лечении острых болей в спине: миф или реальность. *Лечащий врач*. 2007; 4: 1–8.
3. Левин О.С. Диагностика и лечение боли в шее и верхних конечностях. *Русский медицинский журнал*. 2006; 9: 713–718.
4. Левин О.С., Мосейкин И.А. Комплекс витаминов группы В (мильгамма) в лечении дискогенной пояснично-крестцовой радикулопатии. *Журнал Неврологии и Психиатрии*. 2009; 10: 30–35.
5. Подчуфарова Е.В., Алексеев В.В., Черненко О.А., Матхаликов Р.А. Вертеброгенная цервикокраниалгия. *Неврологический журнал*. 2005; 4: 44–48.
6. Подчуфарова Е.В., Яхно Н.Н. Боль в спине. М.: Гэотар-медиа. 2010; 368.
7. Binder A. Neck pain. *BMJ*. 2008; 4: 1103.
8. Casey E. Natural history of radiculopathy. *Phys Med Rehabil Clin N Am*. 2011 Feb; 22 (1): 1–5.
9. Douglass A., Bope E. Evaluation and Treatment of Posterior Neck Pain in Family Practice. *J Am Board Fam Med*. 2004; 17: Suppl 1: S13–S22.
10. Eubank J.D. Cervical Radiculopathy: Nonoperative Management of Neck Pain and Radicular Symptoms. *Am Fam Physician*. 2010; 81 (1): 33–40.
11. Franca D.S., Souza A.L., Almeida K.R. et al. B vitamins induce an antinociceptive effect in the acetic acid and formaldehyde models of nociception in mice. *Eur J Pharmacol*. 2001; 421: 157–164.
12. Gross A.R., Goldsmith C., Hoving J.L. et al. Conservative management of mechanical neck disorders: a systematic review. *J Rheumatol*. 2007 May; 34 (5): 1083–102.
13. Guzman J., Haldeman S., Carroll L.J. et al. Bone and Joint Decade 2000-2010 Task Force on Neck Pain and Its Associated Disorders Clinical practice implications of the Bone and Joint Decade 2000-2010 Task Force on Neck Pain and Its Associated Disorders: from concepts and findings to recommendations. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2008 Feb 15; 33 (4 Suppl): S199–213.
14. Jurna I. Analgesic and analgesia – potentiating action of B vitamins. *Schmerz*. 1998; 12: 136–141.
15. Kolstad F., Leivseth G., Nygaard O.P. Transforaminal steroid injections in the treatment of cervical radiculopathy. A prospective outcome study. *Acta Neurochir (Wien)*. 2005; 147 (10): 1065–1070.
16. Manchikanti L., Singh V., Falco F.J., Cash K.A., Fellows B. Comparative outcomes of a 2-year follow-up of cervical medial branch blocks in management of chronic neck pain: a randomized, double-blind controlled trial. *Pain Physician*. 2010 Sep-Oct; 13 (5): 437–50.
17. Rocha-Gonzalez H.I., Teran-Rosales F., Reyes-Garcia G. et al. B vitamins increase the analgesic effect of diclofenac in the rat. *Proc. West Pharmacol Soc*. 2004; 47: 84–87.
18. Valle J.N., Feydy A., Carlier R.Y. et al. Chronic cervical radiculopathy: lateral-approach periradicular corticosteroid injection. *Radiology*. 2001; 218 (3): 886–892.
19. Wang Z.B., Gan Q., Rupert R.L. et al. Thiamine, pyridoxine, cyanocobalamin and their combination inhibit thermal, but not mechanical hyperalgesia in rats with primary sensory neuron injury. *Pain*. 2005; 116: 168–169.



НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ

3 – 5 ОКТЯБРЯ

МОСКВА 2012 ГОДА

г. Москва
Деловой Центр «Амбер Плаза»
ул. Краснопролетарская, 36

www.prostudaigripp.com

Междисциплинарный Конгресс – от национальных традиций к инновациям в медицине!

I Всероссийский Междисциплинарный Конгресс «Простуда и Грипп» Москва 2013

В преддверии Конгресса, намеченного на осень 2013 года,
03 – 05 октября 2012 года
состоится Научно-Практическая конференция «Простуда и Грипп»

Основные тематические направления Конгресса и Научно-Практической конференции:

- ❖ Эпидемиология и вирусологические аспекты гриппа и ОРВИ
- ❖ Диагностика и лечение гриппа, ОРВИ и их осложнений
- ❖ Клинические рекомендации для врачей различных специальностей
- ❖ Особенности ведения различных групп пациентов: беременные и кормящие, дети, подростки, пожилые, военнослужащие, медицинские работники и др. Клинические разборы .
- ❖ Противовирусная терапия и иммунопрофилактика гриппа и ОРВИ
- ❖ Вакцинация: плюсы, минусы, вопросы эффективности и безопасности.
- ❖ Грипп и ОРВИ при иммунодефицитных состояниях
- ❖ Экономика здравоохранения и фармакоэкономические аспекты профилактики и лечения гриппа и ОРВИ
- ❖ Международные и национальные стандарты лечения гриппа и ОРВИ

В Конгрессе и Конференции примут участие ведущие российские ученые и клиницисты в области респираторных инфекций, приглашаются вирусологи, врачи общей практики, терапевты, педиатры, оториноларингологи, пульмонологи, инфекционисты, эпидемиологи, иммунологи, специалисты по фармакоэкономике, клинические фармакологи, организаторы здравоохранения, в том числе руководители ЛПУ из разных ведомств.

**Междисциплинарный Конгресс – инновационная платформа
в информационно-образовательном обеспечении врачей и пациентов,
ради здоровья и будущего нации!**

Конгресс и Конференция будут проводиться при поддержке Национального научного общества инфекционистов (www.nnoi.ru), и Научного информационного центра по профилактике и лечению вирусных инфекций (www.virinfo.ru).

Технический организатор: ООО «Алмед»

По вопросам участия в Конференции:
Тел. / Факс: +7 (499) 264 22 88
E-mail: info@prostudaigripp.com

Дополнительная информация
на сайте: www.prostudaigripp.com

В рамках Конференции состоится
специализированная медицинская Выставка

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ ВЫСТАВКА «ИНТЕРЛАБДИАГНОСТИКА – 2012»

Общероссийская общественная организация
«НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЕ ОБЩЕСТВО СПЕЦИАЛИСТОВ ЛАБОРАТОРНОЙ МЕДИЦИНЫ»

XVI ФОРУМ

НАЦИОНАЛЬНЫЕ ДНИ ЛАБОРАТОРНОЙ МЕДИЦИНЫ РОССИИ – 2012

**ОБЩЕРОССИЙСКАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
«РЕАЛЬНЫЕ КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ЛАБОРАТОРНЫЕ
УСЛУГИ: СТЕПЕНЬ СООТВЕТСТВИЯ СОВРЕМЕННЫМ
СТАНДАРТАМ ЛАБОРАТОРНОЙ МЕДИЦИНЫ,
КАЧЕСТВО, СЕБЕСТОИМОСТЬ И ЦЕНА»**

Уважаемые коллеги!

**Правление Научно-практического общества специалистов лабораторной
медицины приглашает Вас принять участие в работе XVI Форума
«Национальные дни лабораторной медицины России – 2012»**

В программе Форума:

- Общероссийская научно-практическая конференция
**«РЕАЛЬНЫЕ КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ЛАБОРАТОРНЫЕ УСЛУГИ:
СТЕПЕНЬ СООТВЕТСТВИЯ СОВРЕМЕННЫМ СТАНДАРТАМ ЛАБОРАТОРНОЙ МЕДИЦИНЫ,
КАЧЕСТВО, СЕБЕСТОИМОСТЬ И ЦЕНА»**
- Специализированная выставка «ИНТЕРЛАБДИАГНОСТИКА – 2012» 02 – 04 октября 2012 года

На конференции планируется рассмотреть следующие основные вопросы:

- степень соответствия лабораторных услуг принятым порядкам оказания медицинской помощи при основных формах патологии и современным стандартам лабораторной медицины;
- реальное содержание и качество лабораторного обеспечения различных форм оказания медицинской помощи амбулаторной, стационарной, высокотехнологичной - с использованием локального, централизованного и мобильного выполнения лабораторных исследований;
- оценка себестоимости исследований и применяемых на практике тарифов на лабораторные услуги.

К участию в работе Форума приглашаются заинтересованные специалисты всех клинических дисциплин и лабораторной медицины, работники клиничко-диагностических лабораторий, организаторы здравоохранения и представители медицинских страховых организаций, преподаватели образовательных учреждений высшего, дополнительного и среднего профессионального образования, специалисты медицинской промышленности и дистрибьюторы средств лабораторного анализа.

Регламент работы:	конференция	регистрация	выставка
2 октября	10.30 - 17.30	с 8.30	9.00 - 18.00
3 октября	9.30 - 17.30	с 9.00	9.00 - 18.00
4 октября	9.30 - 16.30	с 9.00	9.00 - 14.00

КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Правление Научно-практического общества специалистов лабораторной медицины:
119991, Москва, ул. Трубецкая, д. 8, Первый МГМУ им. И.М. Сеченова,
лаборатория проблем клиничко-лабораторной диагностики
Тел./факс: (495) 622-95-76 Тел.: (499) 766-87-74, (915) 403-87-44
E-mail: menshikov@mma.ru www.labmedicina.ru

Организация выставки:

ООО «ММА-ЭКСПО»
Тел.: (925) 505-10-21, (926) 994-04-79
E-mail: mmaexpo@mail.ru, mmaexpo@yandex.ru
www.mma-expo.ru мма-экспо.рф



**02 – 04 октября
2012 года**

СК «Олимпийский»
Москва, Олимпийский проспект, 16
Северный вход

Моночинкве®

изосорбид-5-мононитрат

Моночинкве® ретард

изосорбид-5-мононитрат



Рег. уд. П № 014356/01 от 25.12.08, П № 014357/01-2002 от 22.10.08

Ваш друг от сердечных недугов!

Изосорбид-5-мононитрат

💊 таблетки 40 мг №30

💊 капсулы ретард 50 мг №30

 **БЕРЛИН-ХЕМИ
МЕНАРИНИ**

123317, Москва, Пресненская набережная, дом 10,
БЦ «Башня на Набережной», блок Б.
Тел.: (495) 785-01-00, факс: (495) 785-01-01;
<http://www.berlin-chemie.ru>

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНСТРУКЦИЕЙ