

таблеток на короткий период – в среднем на 5 дней.

Представленное клиническое наблюдение является типичным случаем посттравматической цервикалгии и цервикогенной головной боли, осложненной сосудистыми и вегетативными расстройствами у тревожной личности, в связи с чем потребовался даже курс психотерапии.

Анализ приведенного наблюдения показал, что диагностические трудности были обусловлены тем, что с самого начала терапевтом не была прослежена связь боли в шее и голове с травмой, а также ошибочно был сделан акцент на головной боли, игнорировались личностные особенности больного (невропатическая конституция в детском возрасте, «психосоматический» тип реагирования) и профессиональные особенности, что в конечном итоге привело к длительному лечению.

Таким образом, разработка патогенетически обоснованных принципов лечения при осложненной боли в шее является сложной проблемой, решение которой может быть достигнуто путем привлечения широкого круга специалистов и комплексного подхода к терапевтическим мероприятиям, включающим не только фармакотерапию, но и немедикаментозные методы лечения, в том числе психотерапию.

Литература

1. Бененс А.Л., Епифанов В.А. Гемодинамика в вертебробазиллярном бассейне у больных с осложненной травмой шейного отдела позвоночника. Патолог. позвоночника. Л.: 1982; 44–46.
2. Кукушкин М.Л., Хитров Н.К. Общая патология боли. М.: Медицина, 2004; 141.
3. Хабиров Ф. А. Клиническая неврология позвоночника. Казань, 2001; 472.

Использование бемипарина в качестве средства профилактики венозных тромбозов в общей хирургии и оперативной онкологии

Н.В.Стуров, Д.А.Медянцева
РУДН, Москва

Бемипарин является новым низкомолекулярным гепарином, обладающим наибольшей активностью в отношении активированного X фактора, что определяет высокую эффективность в профилактике тромбообразования. В статье приводится обзор результатов клинических исследований по использованию бемипарина в качестве средства профилактики венозных тромбозов и эмболий в общей хирургии и оперативной онкологии.

Ключевые слова: бемипарин, Цибор®, абдоминальная хирургия, онкология, венозные тромбозы, профилактика.

Bemiparin for venous thrombosis prevention in general surgery and surgical oncology

N.V.Sturov, D.A.Medyantceva
PFUR, Moscow

Bemiparin is a new low molecular weight heparin which presents the highest anti-Xa-activity, therefore

the drug has a strong effectiveness in prevention of venous thrombosis. The article reviews clinical trials of bemiparin for venous thrombosis prevention in general surgery and surgical oncology.

Keywords: bemiparin, Zibor®, abdominal surgery, oncology, venous thrombosis, prevention.

Введение

В последнее время наблюдается рост интереса отечественных клиницистов к вопросам тромбопрофилактики в общехирургической практике и онкологии. Известно, что частота глубоких венозных тромбозов и эмболий (ВТЭ) у пациентов отделений абдоминальной хирургии при отсутствии тромбопрофилактики может достигать 20–30% (в зависимости от основной патологии, сопутствующих заболеваний и факторов риска, в том числе массы тела), а частота смертельной и несмертельной тромбоэмболии легочной артерии и ее ветвей (ТЭЛА) – 0,3–0,8% [1]. В связи с этим профилактика тромбозов в общей хирургии, особенно при высоком риске ВТЭ, является статистически и клинически обоснованной. У онкологических пациентов клетки злокачественных опухолей выделяют в системный кровоток прокоагулянтные факторы, поэтому частота ВТЭ у этой категории больных заметно выше, чем в среднем в популяции.

Стратификация риска ВТЭ

В отечественных рекомендациях по профилактике ВТЭ приводится четкий алгоритм оценки риска тромбоза в зависимости от заболевания пациента, анамнестических данных, а также от вида проведенной операции (табл. 1, 2) [2]. Используя эти данные, легко определить показания к проведению тромбопрофилактики.

В общей хирургии больных с низким риском ВТЭ следует максимально быстро активизировать. Целесообразно использовать компрессионный трикотаж или эластическое бинтование нижних конечностей интраоперационно и в послеоперационном периоде.

Больным с умеренным и высоким риском развития ВТЭ назначают нефракционированный гепарин (НФГ), низкомолекулярные гепарины (НМГ) или

Сведения об авторе:

Стуров Николай Владимирович – к.м.н., доцент кафедры общей врачебной практики РУДН

Таблица 1. Оценка степени риска развития ВТЭ		
Степень риска	Характеристика пациентов	Риск ТГВ при отсутствии профилактики
Низкая	Малые операции длительностью не более 1 ч у пациентов до 40 лет без дополнительных ФР ВТЭ	<Менее 10%
	Острые нехирургические заболевания, не требующие постельного режима	
Умеренная	Большие операции у пациентов 40–60 лет без дополнительных ФР	10–40%
	Большие гинекологические операции у пациенток моложе 40 лет на фоне приема эстрогенов	
	Малые операции у пациентов старше 60 лет	
	Малые операции у пациентов 40–60 лет с ФР	
	Изолированные переломы костей голени	
	Разрыв связок и сухожилий голени	
	Госпитализация с ХСН III–IV ФК	
	Острые инфекционные или воспалительные заболевания, требующие постельного режима	
	Заболевания ЦНС и ПНС с обездвиженностью или длительным постельным режимом	
	Острые заболевания легких с ДН, не требующие ИВЛ	
	Ожоги площадью до 20% поверхности тела	
	Термоингаляционная травма I–II степени	
Высокая	Сепсис	40–80%
	Верифицированная тромбофилия	
	Большие операции у пациентов старше 60 лет	
	Большие операции у пациентов 40–60 лет, имеющих дополнительные ФР (ВТЭ в анамнезе, рак и пр.)	
	Эндопротезирование крупных суставов, операции при переломах бедра	
	Тяжелая и сочетанная травма, повреждение спинного мозга	
	Ожоги площадью более 20% поверхности тела	
	Термоингаляционная травма III ст.	
	Осложнения ожоговой болезни	
	Химио-, рентгено-, или радиотерапия у пациентов с онкологическим заболеванием	
	ОНМК с глубоким парезом или пlegией	
	Острые заболевания легких с ДН и требующие ИВЛ	
Примечание. ТГВ – тромбоз глубоких вен нижних конечностей, ФР – факторы риска, ХСН – хроническая сердечная недостаточность, ФК – функциональный класс, ЦНС – центральная нервная система, ПНС – периферическая нервная система, ДН – дыхательная недостаточность, ИВЛ – искусственная вентиляция легких.		

фондапаринукс в дозах и в сроки, рекомендованные производителем. Целесообразно использовать компрессию в интра- и послеоперационном периодах. При высоком риске кровотечения или активном кровотечении тромбопрофилактику начинают с компрессии (трикотаж, эластичные бинты), антикоагулянты назначаются после устранения риска рецидива кровотечения.

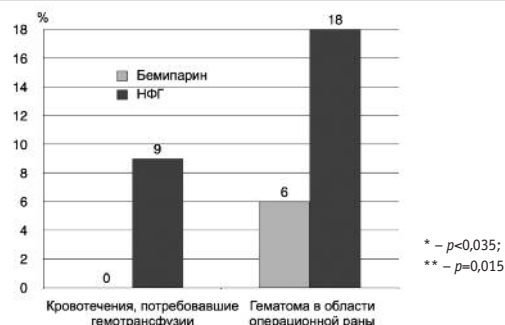
Касательно продолжительности, тромбопрофилактика в общей хирургии осуществляется у пациентов с низким риском до полной активации, у больных со средним и высоким риском развития ВТЭ – как минимум до выписки из стационара (7–10 дней).

НМГ в профилактике ВТЭ

В качестве средств венозной тромбопрофилактики на сегодняшний день НМГ используются наиболее активно, особенно на стационарном этапе лечения. Достоинствами НМГ являются: высокая биодоступность при подкожном введении (почти 100%), низкая активность в отношении тромбина (IIa-фактора) и отсутствие необходимости контроля коагулограммы пациента.

Новым представителем НМГ, быстро входящим в клиническую практику, является бемипарин, к отличительным чертам которого можно отнести наименьшую молекулярную массу из всех НМГ (3600 Да), наиболее продолжительный период полувыведения (5–6 ч) и наибольшую активность в отношении активированного X фактора свертывания крови (соотношение активности анти-Xa/анти-IIa составляет 8:1) [3].

Рис. 1. Профиль безопасности применения бемипарина в исследовании [4].



В настоящее время идет накопление опыта по использованию бемипарина в качестве средства профилактики ВТЭ в общей хирургии и оперативной онкологии.

Использование бемипарина в абдоминальной хирургии

В двойном слепом, рандомизированном многоцентровом исследовании с участием 184 пациентов низкого и среднего риска развития ВТЭ сравнили эффективность бемипарина со стандартным нефракционированным гепарином (НФГ) [4]. Бемипарин вводился подкожно по 2500 МЕ каждые 24 ч, начиная с первой дозы за 2 ч до начала операции. НФГ назначался в дозе 5000 МЕ подкожно каждые 12 ч в течение 7 дней.

Таблица 2. Большие и малые хирургические операции при оценке риска развития ВТЭ	
Вид операции (условный)	Примеры
Большие операции	<i>Общая хирургия:</i> гастрэктомия, панкреатэктомия, колэктомия, резекция желудка или кишечника, осложненная аппендэктомия, холецистэктомия по экстренным показаниям, ампутация бедра, бариатрические операции
	<i>Гинекология/акушерство:</i> экстирпация матки, кесарево сечение, ампутация матки
	<i>Травматология/ортопедия:</i> остеосинтез бедра, протезирование суставов, остеосинтез костей голени, операции на позвоночном столбе
	<i>Урология:</i> чреспузырная аденомэктомия, экстирпация мочевого пузыря, нефрэктомия с лимфоаденэктомией и/или удалением опухолевого тромба из нижней полой вены
	<i>Нейрохирургические операции:</i> любые виды операций
	<i>Сердечно-сосудистая хирургия:</i> артериальная реконструкция, аортокоронарное шунтирование
	<i>Комбустиология:</i> некрэктомия ожоговых ран на площади более 10% поверхности тела, аутодермопластика более 15% поверхности тела
Малые операции	<i>Общая хирургия:</i> плановая холецистэктомия, аппендэктомия, грыжесечение
	<i>Гинекология/акушерство:</i> роды, аборт
	<i>Травматология/ортопедия:</i> вмешательство по поводу деформации стопы, артроскопия коленного сустава
	<i>Урология:</i> трансуретральная аденомэктомия
	<i>Сосудистая хирургия:</i> флебэктомия, кроссэктомия при восходящем тромбофлебите поверхностных вен
	<i>Комбустиология:</i> некрэктомия ожоговых ран на площади до 10% поверхности тела, аутодермопластика до 15% поверхности тела

В итоге ни в одной группе ТГВ и ТЭЛА отмечено не было, однако были выявлены преимущества бемипарина в плане безопасности использования (рис. 1).

Эффективность и высокий профиль безопасности бемипарина в абдоминальной хирургии у пациентов среднего и высокого риска были показаны в проспективном исследовании [5] (n=203). При среднем риске развития ВТЭ после операции на органах брюшной полости бемипарин назначался в дозе 2500 МЕ/сут, при высоком риске – в дозе 3500 МЕ/сут. Основной массе пациентов доступ к брюшной полости выполнялся по пупочной складке (59,1%). Первая доза вводилась за 2 ч до начала операции, продолжительность тромбопрофилактики в среднем составила 2,52±2 дня.

В итоге наблюдались только 2 эпизода ВТЭ (оба нефатальные): 1 дистальный ТГВ и 1 ТЭЛА. У 77,8% пациентов не наблюдалось никаких осложнений тромбопрофилактики с использованием бемипарина. В остальных случаях развившиеся осложнения были в основном оценены как незначительные: небольшая гематома в области операционного шва (6,9%), экхимозы в области инъекций бемипарина

(9,9%). Из серьезных осложнений наблюдались 2 случая выраженных кровотечений (1%) и 4 интраоперационных кровотечения (2%). Никому из больных не потребовалась введение препаратов крови. Так же не наблюдалось аллергических реакций и случаев тромбоцитопении.

Можно заключить, что бемипарин является эффективным и обладающим высоким профилем безопасности средством профилактики ВТЭ в общехирургической практике.

Использование бемипарина в оперативной онкологии

У пациентов с раком органов брюшной полости и малого таза наблюдается повышенный риск тромбообразования в раннем и отдаленном послеоперационных периодах. В зарубежной литературе анализируется целесообразность проведения у больных с данным видом патологии послеоперационной тромбопрофилактики с использованием НМГ в течение 4 нед против стандартных 7–10 дней [6]. В отечественных рекомендациях по профилактике ВТЭ указывается, что у пациентов, перенесших

Информация о препарате

ЦИБОР®

Бемипарин натрия

Раствор для подкожного введения 2500 МЕ, 3500 МЕ

ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЕ ДЕЙСТВИЕ

Фармакодинамика. Бемипарин натрия является антикоагулянтом прямого действия и относится к группе низкомолекулярных гепаринов. Снижение свертываемости крови под влиянием бемипарина натрия связано с тем, что он усиливает угнетающее действие антитромбина III на ряд факторов свертывания крови (Ха и в меньшей степени на IIa).

Фармакокинетика. Абсорбция и элиминация препарата описываются линейной кинетикой 1-го порядка. Абсорбция: после подкожного введения бемипарин натрия быстро всасывается, биодоступность составляет 96%. Максимальная антифактор-Ха активность в плазме крови при введении препарата в профилактических дозах – 2500 МЕ и 3500 МЕ – достигается через 2–3 ч с пиками активности порядка 0,34±0,08 и 0,45±0,07 МЕ антифактор-Ха/мл соответственно. Антифактор-IIa активность при введении препарата в вышеуказанных дозах не обнаруживается. Максимальная антифактор-Ха активность в плазме крови при введении препарата в терапевтических дозах – 5000, 7500, 10 000 и 12 500 МЕ – достигается через 3–4 ч с пиками активности порядка 0,54±0,06, 1,22±0,27, 1,42±0,19 и 2,03±0,25 МЕ антифактор-Ха/мл соответственно. Антифактор-IIa активность порядка 0,01 МЕ/мл была обнаружена при введении препарата в сле-

дующих дозах: 7500, 10 000 и 12 500 МЕ. Элиминация: при введении бемипарина натрия в дозе 2500–12 500 МЕ период полувыведения составляет около 5–6 ч, поэтому препарат назначают 1 раз в сутки. В настоящее время данных, описывающих способность бемипарина натрия связываться с белками плазмы, его метаболизм и выведение у человека, не имеется.

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

- профилактика тромбоэмболии у пациентов при общехирургических вмешательствах и ортопедических операциях;
- профилактика тромбоэмболии у пациентов с высоким или умеренным риском тромбообразования (без хирургического вмешательства);
- вторичная профилактика рецидивов венозной тромбоэмболии у пациентов с тромбозом глубоких вен и преходящими факторами риска;
- профилактика свертывания крови в системе экстракорпорального кровообращения при проведении гемодиализа.

Разделы: Режим дозирования, Противопоказания, Особые указания, Передозировка, Лекарственное взаимодействие, Состав, Характеристика – см. в инструкции по медицинскому применению препарата.

крупные операции по поводу онкологических заболеваний, а также у пациентов с уже имевшимися ВТЭ в анамнезе введение НМГ целесообразно продлить до 4 нед [2].

Эффективность бемипарина в качестве средства послеоперационной профилактики тромбозов у онкологических пациентов была изучена в ретроспективном исследовании (n=197) [7]. Большинству пациентов (n=134) было выполнено оперативное вмешательство по поводу рака кишечника. Первая доза бемипарина вводилась стандартно до операции, однако 22,8% больных получили первую дозу уже после операции.

73 пациента (37,1%), согласно хирургическим критериям, имели высокий риск развития ВТЭ и получали бемипарин в дозе 3500 МЕ/сут, хотя по современным критериям к категории высокого риска ВТЭ следовало отнести 95,9% больных. У 3 пациентов, отнесенных к группе среднего риска развития ВТЭ и получавших бемипарин в дозе 2500 МЕ/сут (первая доза до начала операции), развился венозный тромбоз с клинической симптоматикой. У пациентов были зарегистрированы 4 больших и 5 малых кровотечений.

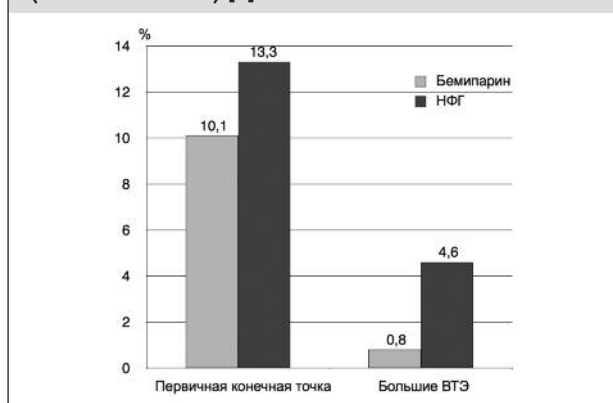
Меньшая частота кровотечений (2,2% против 5,3%; $p=0,48$) и побочных эффектов (2,2% против 9,9%; $p=0,11$) наблюдалась у пациентов, которым бемипарин был назначен после операции. Частота кровотечений статистически не зависела от дозы бемипарина (4,0% против 5,5%; $p=0,72$). 2 пациента скончались в результате сердечно-легочной недостаточности и сепсиса. Касательно экономической эффективности, послеоперационное начало терапии бемипарином вело к экономии 909 евро/пациента в сравнении с предоперационным началом тромбопрофилактики ввиду меньшей продолжительности пребывания в стационаре (9 против 11 дней) и меньшего числа осложнений. Был сделан вывод, что у онкологических пациентов профилактику ВТЭ с помощью НМГ целесообразно начинать после оперативного вмешательства.

Важные данные по продолжительности профилактики ВТЭ были получены в двойном слепом многоцентровом исследовании CANBESURE (n=703) [8]. В это исследование были включены пациенты старше 40 лет, которым было проведено хирургическое вмешательство по поводу ранее диагностированных злокачественных опухолей (первичных или метастатических) желудочно-кишечного тракта, мочевыводящих путей или женской репродуктивной системы. В исследование включались только пациенты с ожидаемой продолжительностью жизни не менее 3 мес, у которых операция проводилась под общим наркозом или спинномозговой анестезией и длилась не менее 30 мин.

Перед рандомизацией все пациенты получали бемипарин подкожно в дозе 3500 МЕ 1 раз в сутки в течение 8±2 дня (первая доза вводилась через 6 ч после операции). Затем больных случайным образом разделили на группу продолжения тромбопрофилактики бемипарином в том же режиме в течение дополнительных 20±2 дней и группу плацебо-контроля. Через 28 дней после операции проводилась двусторонняя восходящая венография. Отдаленные результаты наблюдали в течение 3 мес.

Главной конечной точкой эффективности служила совокупность симптоматических и бессимптомных ТГВ, нефатальных ТЭЛА, а также случаев смерти от любых причин. Проводился так же проспективный учет дополнительной комбинированной конечной точки, включавшей в себя проксимальные

Рис. 2. Основные результаты исследования CANBESURE (пояснения в тексте) [8]



ТГВ, симптоматические нефатальные ТЭЛА и случаи смерти по причине ВТЭ. Главной конечной точкой профиля безопасности служили случаи больших кровотечений.

Главная конечная точка эффективности была зарегистрирована у 10,1% пациентов группы бемипарина и 13,3% больных в группе плацебо. Хотя различия между группами не достигли статистически достоверного уровня ($p=0,263$), уровень относительного риска развития ВТЭ в группе бемипарина оказался ниже на 24,4%.

Частота наступления дополнительной конечной точки оказалась достоверно ниже в группе бемипарина (0,8% против 4,6%, $p=0,016$), а относительный риск развития ВТЭ в группе бемипарина оказался ниже на 82,4% по сравнению с группой плацебо (рис. 2).

Риск геморрагических осложнений при продлении тромбопрофилактики бемипарином на 3 нед достоверно не увеличился. Серьезные кровотечения развились у 0,6% больных группы бемипарина против 0,3% – группы плацебо (недостоверные различия, $p=0,572$).

Результаты исследования CANBESURE позволяют сделать вывод, что продленная до 4 недель тромбопрофилактика бемипарином в дозе 3500 МЕ/сут после абдоминальных или тазовых операций по удалению злокачественных опухолей достоверно снижает риск развития серьезных ВТЭ без повышения риска геморрагических осложнений, по сравнению со стандартным недельным курсом тромбопрофилактики прямыми антикоагулянтами.

Другим основанием к использованию НМГ, в частности бемипарина, у онкологических больных могут служить данные о способности гепаринов тормозить рост опухолевых клеток и их метастазирование [9]. Недавно представленные результаты исследования ABEL позволяют утверждать, что добавление бемипарина в дозе 3500 МЕ/сут в течение 26 дней пациентам, получающим химио- и лучевую терапию по поводу ограниченного мелкоклеточного рака легкого достоверно увеличивает выживаемость пациентов. Так, средний показатель общей выживаемости в группе бемипарина составил 161,8 нед против 49,3 нед в группе только химио- и лучевой терапии ($p=0,012$), а показатель двухлетней выживаемости – 68,6% против 29,4% соответственно ($p=0,0042$). Помимо этого, бемипарин уменьшал частоту ВТЭ без роста риска кровотечений [10].

Поскольку большинство онкологических пациентов можно отнести к группе высокого риска ВТЭ, использование бемипарина у этой категории хирургических больных представляется довольно перспективным.

Заключение

Приведенные данные позволяют говорить о высокой эффективности и профиле безопасности использования бемипарина у пациентов среднего и высокого риска развития ВТЭ. Традиционно большое внимание тромбопрофилактике у хирургических пациентов уделяется в оперативной гинекологии и ортопедии, однако не следует забывать, что практически все хирургические пациенты находятся в группе риска развития послеоперационных венозных тромбозов. Бемипарин можно успешно использовать у пациентов общехирургического и онкологического профиля с умеренным или высоким риском развития ВТЭ в качестве средства тромбопрофилактики.

Литература

1. García Sabrido J.L., Pacheco Sánchez D. Profilaxis de la enfermedad tromboembólica perioperatoria en cirugía general. *Cir Esp*. 2001; 69: 49–55.
2. Российские клинические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике венозных тромбозов и тромбоэмболических осложнений. *Флебология*. 2010; 4: 1: 42.

3. Martínez-González J., Vila L., Rodríguez C. Bemiparin: second-generation, low-molecular-weight heparin for treatment and prophylaxis of venous thromboembolism. *Expert Rev Cardiovasc Ther*. 2008 Jul; 6 (6): 793–802.
4. Moreno González E., Fontcuberta J., de la Llama F. Prophylaxis of thromboembolic disease with RO-11 (ROVI), during abdominal surgery. *Hepato-Gastroenterology*. 1996; 43: 744–747.
5. Hidalgo M., Figueroa J.M. Prophylaxis of venous thromboembolism in abdominal wall surgery. *Hernia*. 2000; 4: 242–247.
6. Bergqvist D., Agnelli G., Cohen A.T. et al. Duration of prophylaxis against venous thromboembolism with enoxaparin after surgery for cancer. *N Engl J Med*. 2002 Mar 28; 346 (13): 975–80.
7. Balibrea J.L., Altimiras J., Larrucea I. et al. Optimal dosing of bemiparin as prophylaxis against venous thromboembolism in surgery for cancer: an audit of practice. *Int J Surg*. 2007 Apr; 5 (2): 114–9.
8. Monreal B.M., Vignoli A., Lecumberri V.R. et al. Bemiparin in oncology. *Drugs*. 2010 Dec 14; 70 Suppl 2: 35–42.
9. Rickles F.R., Edwards R.L., Barb C. et al. Abnormalities of blood coagulation in patients with cancer. *Fibrinopeptide A generation and tumor growth*. *Cancer*. 1983 Jan 15; 51 (2): 301–7.
10. ABEL trial: A phase II randomized trial adding bemiparin (B) to chemo-radiotherapy (CT-RT) in limited-stage small cell lung cancer (SCLC)—Final results. 2012 ASCO Annual Meeting. Abstr 7095. Cit. in: *J Clin Oncol* 30, 2012.



На обложке номера – Шиповник майский.

Лекарственное растение – шиповник майский. Лечебные свойства шиповника, как лекарственного растения были известны в России еще в 17 веке. В биологический состав шиповника входят витамины К, Е, А, Р, группы В. Богат он микроэлементами: кальцием, калием, железом, магнием, натрием, марганцем, медью, хромом и так далее. Сахара, пектины, дубильные вещества, органические кислоты, эфирные масла, которые входят в состав шиповника, тоже важны для нормальной жизнедеятельности человека. Шиповник оказывает полезные свойства в лечении органов пищеварения, почек, различных воспалительных процессов. Применяется растение как средство уничтожения болезнетворных бактерий.

Корни растения оказывают вяжущее действие, а полученное из семян масло шиповника применяется в качестве заживляющего и противовоспалительного средства (его наносят на раны, язвы, экземы, гнойники и т.п.).

Условно виды шиповника разделены на две секции: высоковитаминных (коричневых) с содержанием аскорбиновой кислоты в плодах от 2 до 17% и низковитаминных (собачьих) с содержанием аскорбиновой кислоты 0,5–1,2%. Благодаря высокому содержанию аскорбиновой кислоты (витамин С) шиповник в разных видах (отвар или чай из шиповника) применяется для общего укрепления, повышения иммунитета, профилактики ОРВИ в холодное время года, лечения атеросклероза. Довольно успешно используется шиповник и в лечении повышенного давления, проблем с сосудами, а также расстройств мочеполовой системы. Медицина рекомендует шиповник как желчегонное и мочегонное средство. Он улучшает обмен веществ, помогает при малокровии, холецистите, желчнокаменной болезни.

По материалам: <http://www.rasteniya-lecarstvennie.ru>; <http://atdiet.ru>



Министерство здравоохранения Российской Федерации
Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования
**ПЕРВЫЙ МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ имени И.М. СЕЧЕНОВА**

ПЛАН НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ И СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫХ ВЫСТАВОК НА 2013 год

24 января	Научно-практическая конференция с международным участием «Рахмановским чтениям XXX лет: достижения и перспективы в дерматовенерологии» и специализированная выставка «Дерматовенерология: диагностика и лекарственная терапия» <i>Адрес и место проведения:</i> 119034, Москва, Дом Ученых, ул. Пречистенка д.16
14 марта	Ежегодная научно-практическая конференция «Фармакотерапия болезней уха, горла и носа с позиций доказательной медицины» и специализированная выставка «Лекарственные средства для лечения болезней уха, горла и носа» <i>Адрес и место проведения:</i> 119034, Москва, Дом Ученых, ул. Пречистенка д.16
14-17 марта	Школа профессоров с международным участием «Актуальные проблемы аффективной патологии и психосоматических расстройств» <i>Адрес и место проведения:</i> Россия, Московская область, Отель «Ариал», 15 км. МКАД
28-29 марта	Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Актуальные вопросы профилактики, диагностики и лечения туберкулеза у детей и подростков» (Совместно с Советом профильной комиссии по специальности «Фтизиатрия» при главном внештатном детском специалисте фтизиатре) <i>Адрес и место проведения:</i> Научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, 127994, г. Москва, ул. Достоевского, д. 4, НИИ фтизиопульмонологии
15-18 апреля	Российский мастер-класс с международным участием «Современная функциональная ринохирургия» и специализированная выставка «Медицинская продукция и лекарственные средства для лечения болезней уха, горла и носа» <i>Адрес и место проведения:</i> ЦКК, Первая Университетская клиническая больница № 1 Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, 119991, г. Москва, ул. Б. Пироговская, д. 6, стр.1
11 июня	Научно-практическая конференция «Боль в спине» и специализированная выставка «Боль в спине – междисциплинарная проблема» <i>Адрес и место проведения:</i> 119991, г. Москва, ул. Трубецкая, д. 8, НИЦ, Выставочный конгресс-центр
27-29 июня	X Конгресс российского общества ринологов и специализированная выставка «Медицинская продукция и лекарственные средства для лечения болезней уха, горла и носа» <i>Адрес и место проведения:</i> Гостиничный комплекс «Измайлово», корпус «Альфа», Измайловское шоссе, 71, корп.1А
26-28 сентября	Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Стратегия персонифицированной диагностики и лечения во фтизиопульмонологии» <i>Адрес и место проведения:</i> Научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, 127994, г. Москва, ул. Достоевского, д. 4, НИИ фтизиопульмонологии
17-18 октября	IX Научно-практическая конференция с международным участием и специализированная выставка «Лучевая диагностика и научно-технический прогресс в кардиологии и сердечно – сосудистой хирургии» <i>Адрес и место проведения:</i> 119991, г. Москва, ул. Трубецкая, д. 8, НИЦ, Выставочный конгресс-центр
24-25 октября	III Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием и специализированная выставка «Остеосинтез лицевого черепа» <i>Адрес и место проведения:</i> 119991, г. Москва, ул. Трубецкая, д. 8, НИЦ, Выставочный конгресс-центр
26-27 октября	Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Общество и здоровье: современное состояние и тенденции развития» <i>Адрес и место проведения:</i> 119991, г. Москва, ул. Трубецкая, д. 8, НИЦ, Выставочный конгресс-центр
28-29 октября	Научно-практическая конференция с международным участием «Особенности оценки безопасности лекарственных средств для педиатрии» <i>Адрес и место проведения:</i> 119991, г. Москва, ул. Трубецкая, д. 8, НИЦ, Выставочный конгресс-центр
Октябрь-ноябрь	Российская научно-практическая конференция с международным участием и специализированная выставка «Головная боль – 2013» <i>Адрес и место проведения:</i> 119991, г. Москва, ул. Трубецкая, д. 8, НИЦ, Выставочный конгресс-центр
20-21 ноября	V Всероссийский съезд (Национальный конгресс) по медицинскому праву <i>Адрес и место проведения:</i> 119991, г. Москва, ул. Трубецкая, д. 8, НИЦ, Выставочный конгресс-центр
21-22 ноября	Научно-практическая конференция «Совершенствование педиатрической практики. От простого к сложному» Специализированная выставка «Новые лекарственные препараты в педиатрии, питание и средства ухода за малышом» <i>Адрес и место проведения:</i> 119991, г. Москва, ул. Трубецкая, д. 8, НИЦ, Выставочный конгресс-центр
28 ноября	Научно-практическая (on-line) конференция «Мониторинг качества лабораторных исследований в клинико-диагностических лабораториях. Итоги 2012 года» <i>Адрес и место проведения:</i> 119991, г. Москва, ул. Трубецкая, д. 8, НИЦ, Выставочный конгресс-центр, аудитория № 265
Ноябрь	Научно-практическая конференция «Психосоматическая медицина» и специализированная выставка «Психофармакотерапия психосоматических расстройств» <i>Адрес и место проведения:</i> 119991, г. Москва, ул. Трубецкая, д. 8, НИЦ, Выставочный конгресс-центр
04 декабря	Научно-практическая конференция с международным участием и специализированная выставка «Экология мозга» <i>Адрес и место проведения:</i> 119991, г. Москва, ул. Трубецкая, д. 8, НИЦ, Выставочный конгресс-центр

ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России
Тел: (499) 248-50-16; (495) 609-14-00 доб. 30-56, 30-58; факс: (495) 609-14-00 доб. 30-59;
<http://www.mma.ru>

Егорова Тамара Александровна, тел.: +7 (906) 069 66 29;
e-mail: ta.egorova@mma.ru