

Радикулярные боли: ВОЗМОЖНОСТИ консервативной терапии (клинический разбор)

О.В.Воробьева
Первый МГМУ им. И.М.Сеченова

Радикулопатия проявляется болевым синдромом в области поясницы с иррадиацией в ногу. Боль, ассоциированная с радикулопатией, может хронизироваться и привести к стойкой утрате трудоспособности. Своевременная диагностика и корректное с патогенетических позиций обезболивание позволяет предотвратить персистирование боли. В статье представлен клинический случай успешного консервативного лечения пациента, страдающего радикулярной болью.

Ключевые слова: радикулопатия, болевой синдром, лечение.

Radicular pain: benefits of conservative therapy (case report)

O.V.Vorobyova
I.M.Sechenov FMSMU

Radiculopathy is a type of low back pain syndrome with radiating to the leg. This pain might become chronic and cause permanent disability. Early diagnostics and pain relief according to pathogenesis are considered to prevent pain persistence. The article reports the case of successful conservative treatment of radicular pain.

Keywords: radiculopathy, pain, treatment.

При составлении плана лечения клиницисту полезно стратифицировать больных с мышечно-скелетной болью в спине на группы: с и без иррадиации боли в ногу, поскольку боли, иррадиирующие в конечность, характеризуются большей тяжестью и тенденцией к хроническому течению и, соответственно, требуют более агрессивной терапии [1]. Боли в области поясницы, иррадиирующие в ногу составляют 25–57% от всех болей локализованных в поясничной области. Именно в этой группе следует проводить дифференциальный диагноз с радикулярной болью. Радикулопатия – один из важнейших предикторов хронизации боли в спине. Боль, ассоциированная с радикулопатией, может приводить к стойкой утрате трудоспособности. Хотя в ряду причин хронической боли в спине компрессия корешка грыжей диска составляет менее 15%, эта категория больных должна постоянно находиться в фокусе внимания врача. Своевременная диагностика и корректное с патогенетических позиций обезболивание позво-

ляют предотвратить персистирование боли. Основными причинами компрессии нервных корешков являются: грыжа межпозвонкового диска, остеофиты, гипертрофированная желтая связка, стеноз позвоночного канала. У большинства пациентов с радикулопатией консервативное лечение оказывается высокоэффективным. Только у 2% пациентов имеются абсолютные показания (прогрессирование чувствительных и моторных нарушений, синдром конского хвоста) к хирургическому лечению [2]. Однако в реальной клинической практике оперативное лечение радикулярной боли практикуется значительно чаще. Большинство источников в литературе свидетельствуют о более ранней редукции боли и возможно более раннем восстановлении двигательной функции после оперативного вмешательства по относительным показаниям, но долговременные (наблюдение более 6–12 мес) результаты подтверждают идентичную эффективность обоих методов лечения [3, 4]. В целом можно констатировать, что консервативная тактика ведения пациентов с радикулярной болью оказывается благоприятной и высокоэффективной в большинстве случаев [5].

Целью представления данного клинического случая является демонстрация успешности консервативного ведения пациента, страдающего радикулярной болью.

Наблюдали 38-летнего мужчину (пациент М.), офисного работника, предъявляющего жалобы на боль в области поясницы с левой стороны, распространяющуюся на левую ягодицу и далее по задней поверхности до середины голени левой ноги. Со слов пациента боли возникли у него две недели назад после интенсивных занятий спортом в тренажерном зале. Боль появилась внезапно во время тренировки и была такой интенсивности, что больной был вынужден провести последующие три дня в постели, использовал анальгетики. Через неделю снизилась интенсивность боли, и пациент начал передвигаться, преодолевая боль. В момент первичного осмотра пациент оценивал интенсивность боли в 4 балла по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) в покое и 7–8 баллов при ходьбе (где 0 баллов – боль отсутствует и 10 баллов – нестерпимая боль). Согласно отчету пациента, за все время болезни ощущение боли в ягодице и ноге «не прекращается ни на минуту», но может варьировать по интенсивности. Характер боли обычно тупой, но периодически он испытывает ощущение острой пронзающей боли («как удар током»). Из-за постоянного ощущения боли и тугоподвижности позвоночника снизились двигательные возможности пациента. Пациент передвигается только на машине, использует лифт даже для преодоления одного лестничного пролета.

Со слов пациента, у него не было травм позвоночника, хирургических вмешательств, каких-либо хронических соматических заболеваний. В то же время ранее его периодически беспокоили транзиторные боли средней интенсивности в пояснице без иррадиации в ногу, которые проходили самостоятельно. Соматический статус без патологических отклонений.

При осмотре пациента обращает на себя внимание анталгическая поза, ограничение подвижности поясничного отдела позвоночного столба при флексии (на 75%), при наклонах в сторону (на 50%) и при экстензии (на 35–40%). При пальпации определяется

Сведения об авторе:

Воробьева Ольга Владимировна – д.м.н., профессор кафедры нервных болезней Факультета последипломного профессионального образования врачей Первого МГМУ им. И.М.Сеченова

билатеральное напряжение прямых мышц спины и квадратной мышцы поясницы, а также напряжение с левой стороны ягодичных и грушевидной мышц. Прямой симптом Ласега – позитивный (30%), перекрестный симптом Ласега – негативный. Рефлекторная сфера без патологии. Имеется отчетливая гипестезия по латеральной поверхности голени с захватом большого пальца левой ноги. Походка затруднена из-за усиления боли в вертикальной позе, но сила в мышцах левой стопы сохранена.

Рабочий диагноз: левосторонняя задне-латеральная грыжа/пролапс диска со сдавлением корешка L5. Дифференциальный диагноз включал механические боли в спине и синдром грушевидной мышцы. Характеристики болевого синдрома у наблюдаемого пациента позволили клинически верифицировать у него радикулярную боль (таблица).

Сочетание невропатического болевого синдрома с расстройством чувствительности в дерматоме, иннервируемом корешком L5, позволило клинически диагностировать у больного радикулопатию L5.

Наблюдаемого пациента можно отнести к целевой группе лиц с повышенным риском формирования симптоматических грыж. Эпидемиологические исследования свидетельствуют, что мужчины несколько чаще страдают от радикулопатии, чем женщины. Кроме того, пик заболеваемости у мужчин опережает приблизительно на 10 лет пик заболеваемости в женской популяции. У 15% пациентов удается установить в анамнезе чрезмерные физические занятия или травму. Грыжа диска обычно возникает у мужчин относительно молодого или среднего возраста [6, 7]. Именно в этом возрасте внутридисковое давление еще довольно высокое, что облегчает проникновение пульпозного ядра между поврежденными волокнами фиброзного кольца. Чаще всего грыжа диска локализуется на уровнях L4–L5 и L5–S1, что приводит к радикулопатии L5 (60%) и S1 (30%). Наиболее часто (от 35 до 75%) фрагменты люмбальных грыж перемещаются в вентральное и антелатеральное пространство [8]. Напротив, у пожилых людей радикулопатия вызвана чаще всего сдавлением корешка остеофитом, гипертрофированными суставными фасетками, желтой связкой, спинальным стенозом. При компрессии остеофитами у пожилых людей нередко радикулопатии L4 и L3.

Грыжи межпозвонковых дисков развиваются в континууме дегенеративного процесса в позвоночном столбе, который включает дистрофические и функциональные изменения в тканях опорно-двигательного аппарата (дугоотростчатые суставы, межпозвонковые диски, фасции, мышцы, сухожилия, связки) с возможным вовлечением смежных структур. Поэтому возникновению радикулярной боли, как правило, предшествуют эпизоды транзиторной мышечно-скелетной (неспецифической) боли. Наблюдаемого нами пациента также до развития настоящего болевого эпизода беспокоили транзиторные боли, локализованные в поясничной области.

Таким образом, характер боли в сочетании с сопутствующими симптомами, темп развития болезни, возраст пациента позволили предполагать у него наличие компрессии корешка L5 грыжей диска. Истинная распространенность симптоматических грыж диска остается спорной, поскольку нет единого взгляда на определение симптоматической грыжи. Например, можно ли классифицировать грыжу диска как симптоматическую, если у пациента имеется МРТ-верифицированная грыжа диска, сопровождающаяся компрессией корешка и боль в по-

Дексалгин®

Декскетопрофена трометамол



Скорая помощь при острой боли

- **Быстрое начало действия**
- **Выраженный обезболивающий эффект**
- **Оптимальный профиль безопасности**



Рег. уд. ЛСР-002674/08 10.04.2008,
П N 015044/01-2003 22.07.2008



**БЕРЛИН-ХЕМИ
МЕНАРИНИ**

123317, Москва, Пресненская набережная, д. 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 ПО ПРИМЕНЕНИЮ**

Клинические признаки радикулярной боли у пациента М.	
Клинические признаки радикулярной боли	Наличие признака у пациента М. ДА/НЕТ
Внезапное или острое или подострое начало	ДА
Провоцирующие факторы: резкое неподготовленное движение, подъем тяжести, падение	ДА – интенсивная физическая нагрузка (тренировка в фитнес клубе)
Унилатеральная локализация боли	ДА
Распространение боли на конечность («длинная» боль)	ДА
Боль в ноге выражена больше, чем боль в спине	ДА
Высокая интенсивность боли (7 баллов и выше по ВАШ)	ДА
Стреляющий, пронизывающий характер боли	ДА – боль как «удар током»
Позитивный прямой тест Ласега (сенситивность – 90%, специфичность – 26%)	ДА
Позитивный перекрестный тест Ласега (сенситивность – 29%, специфичность – 88%)	НЕТ
Симптомы выпадения функций корешка:	Выпадение только сенсорных функций: гипестезия по латеральной поверхности голени с захватом большого пальца левой ноги
• сенсорные	
• слабость, гипотрофия в «индикаторных» мышцах	
• выпадение рефлексов	

ясничной области, но которая не соответствует характеристикам радикулопатии? На этот счет имеются различные взгляды экспертов. Более того, даже болевой синдром, отвечающий всем характеристикам радикулярной боли, не всегда коррелирует с МРТ-находками. Тщательно спланированные исследования показали, что более чем у двух третей пациентов с унилатеральным люмбалным радикулярным болевым синдромом не обнаруживается соответствия между клиническим уровнем поражения и МРТ-находками. Помимо этого, на клинически асимптомной стороне были обнаружены МРТ-изменения у 33% пациентов, а 23% имели асимптомную компрессию корешка [9]. Эти расхождения чрезвычайно затрудняют решение в отношении тактики лечения и в частности необходимости оперативного

вмешательства. В связи с частой диссоциацией между клиническими характеристиками болевого синдрома и МРТ-находками начали проводить обезболивание пациента, опираясь на клинические характеристики болевого синдрома, до верифицирования диагноза с помощью нейровизуализации.

Основное терапевтическое направление в острый период радикулярной боли включает избегание постельного режима и поддержание «посильной» активности. Быстрая активизация способствует регрессу симптоматики и уменьшает риск хронизации боли. Необходимо информировать пациента о благоприятном прогнозе заболевания и высокой вероятности полного регресса острого болевого эпизода. Пациент должен знать, что возвращение к нормальной активности должно начинаться так ско-

Информация о препарате

ДЕКСАЛГИН® 25 (Берлин-Хеми АГ/Менарини Групп, Германия)

Декскетопрофен
Таблетки п.о. 25 мг

ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА

Фармакодинамика

Декскетопрофена трометамол – действующее вещество препарата Дексалгин® 25 – нестероидный противовоспалительный препарат, оказывающий анальгезирующее, противовоспалительное и жаропонижающее действия. Механизм действия связан с ингибированием синтеза простагландинов на уровне циклооксигеназ (ЦОГ-1 и ЦОГ-2).

Анальгезирующий эффект наступает через 30 мин после перорального приема, продолжительность терапевтического действия достигает 4–6 ч. При комбинированной терапии с анальгетиками опиоидного ряда декскетопрофена трометамол значительно (до 30–45%) снижает потребность в опиоидах.

Фармакокинетика

Всасывание. Максимальная концентрация в сыворотке после перорального приема декскетопрофена трометамола достигается в среднем через 30 мин (15–60 мин). Одновременный прием пищи замедляет всасывание препарата. Площади под кривой «концентрация–время» после однократного и повторного приемов сходны, что указывает на отсутствие кумуляции препарата.

Распределение. Для декскетопрофена трометамола характерен высокий уровень связывания с белками плазмы крови (99%). Среднее значение объема распределения составляет менее 0,25 л/кг, период полураспределения составляет около 0,35 ч.

Выведение. Главным путем выведения декскетопрофена является конъюгация его с глюкуроновой кислотой с последующим выведением почками. Период полувыведения декскетопрофена трометамола составляет 1,65 ч. У лиц пожилого возраста наблюдается удлинение периода полувыведения в среднем до 48% и снижение общего клиренса препарата.

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

- купирование болевого синдрома различного генеза (в том числе послеоперационные боли, боль при метастазах в кости, посттравматические боли, боль при почечной колике, альгодисменорея, ишиалгия, радикулит, невралгии, зубная боль и др.);
 - симптоматическое лечение острых и хронических воспалительных, воспалительно-дегенеративных и метаболических заболеваний опорно-двигательного аппарата (в том числе ревматоидный артрит, спондилоартрит, остеоартроз, остеохондроз).
- Препарат предназначен для симптоматической терапии, уменьшения боли и воспаления на момент применения.

СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ И ДОЗЫ

Дексалгин® 25 принимают внутрь во время еды. В зависимости от интенсивности болевого синдрома рекомендуемая доза для взрослых составляет 12,5 мг (1/2 таблетки) каждые 4–6 ч или 25 мг (1 таблетка) каждые 8 ч.

Максимальная суточная доза – 75 мг.

У пациентов пожилого возраста и пациентов с нарушением функции печени и/или почек терапию препаратом Дексалгин® 25 следует начинать с более низких доз. Максимальная суточная доза составляет 50 мг. Дексалгин® 25 не предусмотрен для длительной терапии, курс лечения препаратом не должен превышать 3–5 дней.

Разделы: Противопоказания, С осторожностью, Применение при беременности и лактации, Лекарственное взаимодействие, Побочные эффекты, Передозировка. – см. в инструкции по медицинскому применению препарата.

ро, как только это возможно. Ориентиром в наращивании ежедневной двигательной активности служит интенсивность болевого синдрома. Расширение двигательных возможностей пациента не должно усугублять болевой синдром. Следовательно, для поддержания двигательной активности необходимо быстрое и качественное обезболивание пациента.

С практической точки зрения целесообразно рассмотреть стратегии обезболивания в зависимости от патофизиологии боли и мишеней действия лекарственных препаратов. Радикулярная боль является результатом проникновения дискового материала в спинальный канал и/или давления на спинномозговой корешок. Боль, ассоциированная с люмбажной радикулопатией, появляется в результате комбинации ишемии и воспаления. Воспаление является результатом локального давления и выделения биологических воспалительных агентов (норадреналин, брадикинин, гистамин, серотонин, простагландины, лейкотриены, нейропептиды, цитокинины, невральные факторы роста и другие) из поврежденного диска. В условиях «алкогольного коктейля» формируется повышенная чувствительность низкочастотных ноцицепторов в месте повреждения и активация высокочастотных ноцицепторов. Сенсибилизированные ноцицепторы характеризуются спонтанной активностью, снижением порога возбуждения и повышенной чувствительностью к подпороговым раздражениям. Дополнительно компоненты «алкогольного коктейля» воздействуют на нервные волокна корешков, сенсибилизируя их к давлению. В результате этого могут возникать сильные болевые ощущения даже при минимальных движениях. В формировании радикулярной боли помимо ноцицептивных механизмов участвуют механизмы, обусловленные повреждением сенсорных нервных волокон корешка (невропатический компонент). Нервное волокно в месте повреждения начинает генерировать эктопические сигналы, которые усиливают болевую циркуляцию в периферической нервной системе. Этот механизм включает изменение распределения Na^{+} каналов, а также патологический ответ на болевые стимулы в виде продукции цитокинов, в том числе фактора некроза опухоли-альфа. Функциональные изменения, связанные с локальным повреждением нервного волокна, имеют тенденцию к распространению в первичных и вторичных афферентных нейронах. Кроме того, радикулярная боль часто сопровождается формированием вторичного миофасциального синдрома, который, как правило, играет довольно значимую самостоятельную роль в поддержании болевого синдрома и его модификации.

Исходя из механизмов формирования радикулярной боли, основным терапевтическим подходом является ограничение поступления ноцицептивной импульсации из зоны повреждения в ЦНС. Одним из основных путей достижения этой цели является подавление синтеза и секреции альгогенов. Анальгетический эффект нестероидных противовоспалительных средств (НПВС) реализуется благодаря подавлению синтеза провоспалительных простагландинов (основного компонента «алкогольного коктейля»). Таким образом, НПВС полностью отвечают патогенетическим механизмам радикулярной боли. Большинство экспертов рассматривают НПВС в качестве препаратов первого выбора, которые должны применяться с первых часов развития заболевания. Безусловно сложные

механизмы, формирующие радикулярную боль, требуют мультимодального обезболивания. Для воздействия на невропатический компонент радикулярной боли могут быть использованы некоторые препараты из группы антиконвульсантов (карбамазепин, габапентин, прегабалин, ламотриджин) и антидепрессанты. Антидепрессанты особенно показаны пациентам с длительностью болевого синдрома более 6–7 нед.

План курирования пациента М. включал обезболивание мощным, быстродействующим анальгетиком с последующей оценкой эффективности анальгетического эффекта и возможной коррекцией терапии, проведение МРТ поясничного отдела позвоночника для верификации клинического диагноза, формирование реабилитационной программы. В качестве основного обезболивающего препарата пациенту был назначен Дексалгин®, 50 мг (2 мл) в/м каждые 6–8 ч в течение 2 сут. На фоне применения препарата Дексалгин® боль при ходьбе снизилась до 5–4 баллов, что позволило расширить двигательную активность пациента. Проведенное МРТ поясничного отдела позвоночника выявило протрузию диска на уровне L4–L5 слева без воздействия на корешок.

Значимый регресс болевого синдрома на фоне приема НПВС, отсутствие моторного дефицита и данные МРТ исследования явились показанием для дальнейшего консервативного ведения пациента. Через двое суток от начала терапии пациент М. был переведен на таблетированный прием препарата Дексалгин® 25, по 1 таблетке 3 раза в день. С учетом невропатических характеристик болевого синдрома в комплексное обезболивание был включен габапентин, 1800 мг/сут. Дополнительно пациенту проводилась мануальная терапия. Через три недели пациент смог вернуться к привычной дневной активности, полный регресс боли наступил у пациента через шесть недель.

Пациент был информирован о возможности рецидива боли. В качестве профилактики рецидива боли пациенту было рекомендовано: избегание антифизиологических поз, рациональное оборудование рабочего места, прекращение курения, контроль массы тела, регулярные дозированные занятия фитнесом, ежегодные курсы массажа.

Представленный клинический случай демонстрирует успешность консервативного ведения радикулярного болевого синдрома при раннем начале обезболивания. Выбор декскетопрофена трометамола (Дексалгин®) в качестве основного обезболивающего препарата был обусловлен соотношением эффективности и профиля безопасности этого лекарственного средства. Характерная особенность декскетопрофена состоит в максимальной анальгетической активности, сопоставимой с трамадолом (наркотическим анальгетиком антагонистом опиоидных рецепторов). Декскетопрофена трометамол является S-изомером, производным пропионовой кислоты, имеет улучшенные физико-химические свойства, степень очистки (от R(-)-кетопрофена) составляет 99,9%. Результаты фармакокинетических исследований свидетельствуют, что декскетопрофена трометамол быстро и полностью абсорбируется после приема внутрь. Максимальная концентрация в плазме крови декскетопрофена достигается через 15–60 мин. Анальгезирующее действие наступает через 30 мин после парентерального введения. Использование активного изомера, короткий период полувыведения и быстрая элиминация снижают риск развития серьез-

ных побочных явлений. Сходные после однократного и повторного введения фармакокинетические параметры свидетельствуют об отсутствии кумуляции препарата, что также обеспечивает его высокий профиль безопасности. Продолжительность анальгезирующего эффекта после введения в дозе 50 мг составляет 4–8 ч. Это позволяет рассматривать данное лекарство как средство первой линии в купировании острого радикулярного болевого синдрома. Не рекомендуется использовать инъекционную форму более двух суток. Через сутки или двое следует перейти на таблетированную форму препарата.

Литература

1. Selim A.J., Ren X.S., Fincke G., Deyo R.A., Rogers W., Miller D. et al. The importance of radiating leg pain in assessing health outcomes among patients with low back pain. Results from the Veterans Health Study. *Spine*. 1998; 23 (4): 470–474.
2. Temraz K. The use of cold laser in conjunction with traction and lumbar extension exercises for treatment of lumbar disc herniation: case report. *Orthop Phys Ther Pract*. 2011; 23 (1): 33–38.

3. Anderson P.A., McCormick P.C., Angevine P.D. Randomized controlled trials of the treatment of lumbar disk herniation: 1983–2007. *J Am Acad Orthop Surg*. 2008; 16: 566–573.

4. Atlas S.J., Keller R.B., Wu Y.A., Deyo R.A., Singer D.E. Long-term outcomes of surgical and nonsurgical management of sciatica secondary to a lumbar disc herniation: 10 year results from the Maine Lumbar Spine Study. *Spine*. 2005; 30: 927–935.

5. Greathouse J.E. Conservative management of a patient with lumbar disc disease: averting lumbar disc surgery. *J Chiro Med*. 2005; 4 (3): 162–176.

6. Bono C.M., Wisneski R., Garfin S.R. Lumbar disc herniations. In: Herkowitz HN, Garfin SR, Eismont FJ, Bell GR, Balderston RA, editors. *The Spine*. 5th ed. Philadelphia, PA: Saunders; 2006.

7. Anderson P.A., McCormick P.C., Angevine P.D. Randomized controlled trials of the treatment of lumbar disk herniation: 1983–2007. *J Am Acad Orthop Surg*. 2008; 16: 566–573.

8. Kuzeyli K., Cakir E., Usul H. et al. Posterior epidural migration of lumbar disk fragments: report of three cases. *Spine*. 2003; 28 (3): E64–E67.

9. Van Rijn J.C., Klemetso N., Reitsma J.B. et al. Symptomatic and asymptomatic abnormalities in patients with lumbosacral radicular syndrome: Clinical examination compared with MRI. *Clin Neurol Neurosurg*. 2006 Sep; 108 (6): 553–7.



XVII Съезд педиатров России «Актуальные проблемы педиатрии» Москва, 14 – 17 февраля 2013 года

К 250-летию создания государственной системы
охраны здоровья детей в России



Уважаемые коллеги!

Союз педиатров России приглашает Вас принять участие в работе **XVII Съезда педиатров России «Актуальные проблемы педиатрии», II Евразийского форума по редким болезням и III Форума детских медицинских сестер**. Программа Съезда включает вопросы модернизации педиатрической службы, реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» в педиатрии, педиатрического образования, неонатологии, комплексной реабилитации в педиатрической практике, охраны репродуктивного здоровья детей и подростков, питания здорового и больного ребенка, вакцинопрофилактики, высокотехнологичных методов диагностики и лечения болезней детского возраста, школьной медицины, детской хирургии и другие актуальные проблемы, а также организационные вопросы деятельности Союза педиатров России.

В рамках послевузовского профессионального образования педиатров будут проведены Школы специалистов (повышения квалификации) с выдачей сертификатов.

На церемонии Торжественного открытия Съезда — 14 февраля 2013 года в 18:00 в Зале Церковных Соборов Храма Христа Спасителя (г. Москва, ул. Волхонка, 15) — будут подведены итоги:

- конкурса «Детский врач 2012 года» (к участию приглашаются детские врачи всех звеньев системы медицинской помощи детям);

- конкурса «Детская медицинская сестра 2012 года» (к участию приглашаются медицинские сестры и фельдшера, оказывающие медицинскую помощь детям).

На церемонии закрытия Съезда — 17 февраля 2013 года в Центре международной торговли (г. Москва, Краснопресненская наб., 12) будут подведены итоги конкурса научных работ молодых ученых.

Заявки на доклады и симпозиумы принимаются до 6 декабря 2012 г., тезисы для публикации — до 14 декабря 2012 г., заявки на участие в конкурсах «Детский врач 2012 года» и «Детская медицинская сестра 2012 года» — до 15 декабря 2012 г., работы на конкурс научных работ молодых ученых — до 11 января 2013 г., регистрация участников школ — до 20 января 2013 г.

Дополнительную информацию по вопросам участия в Съезде, Форумах, выставке, школах специалистов и публикации тезисов можно получить по телефонам в Москве:
8 (499) 134-13-08, 134-30-83, 783-27-93
8 (495) 967-15-66, 8 (495) 681-76-65

и на веб-сайтах: www.pediatr-russia.ru, www.nczd.ru

Адрес оргкомитета Съезда:

119991, г. Москва, Ломоносовский проспект, 2, стр. 1, Научный центр здоровья детей РАМН
e-mail: orgkomitet@nczd.ru

20-я МЕЖДУНАРОДНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ВЫСТАВКА «ЗДОРОВЬЕ МАТЕРИ И РЕБЕНКА — 2013»

15 – 17 февраля 2013 года
г. Москва, Краснопресненская набережная, 12,
Центр международной торговли

Параллельно с XVII Съездом педиатров России «Актуальные проблемы педиатрии», II Евразийским форумом по редким болезням и III Форумом детских медицинских сестер пройдет 20-я Международная медицинская выставка «Здоровье матери и ребенка – 2013», на стендах которой будут представлены свыше 100 ведущих отечественных и зарубежных компаний из 30 стран. Ежегодно выставку посещают свыше 8000 человек.

Основные разделы выставки:

Лекарственные средства, медицинское оборудование, медтехника, лабораторное оборудование и приборы, медицинские инструменты, медицинская мебель и оборудование для оснащения родильных домов, детских больниц, поликлиник, гинекологических кабинетов, витамин, детское питание, средства по уходу за детьми, средства гигиены для женщин, контрацептивы, специализированные издания и литература.

Дополнительную информацию по вопросам участия в Съезде и выставке можно получить по телефонам:
8 (495) 631-14-12, 8 (495) 681-76-65
e-mail: zmir@sumail.ru

Заложен фундамент новой российской пульмонологии

2 ноября 2012 г. в Москве состоялась торжественная закладка первого камня в фундамент нового здания НИИ Пульмонологии.

Главный терапевт России, директор НИИ пульмонологии, академик Александр Чучалин назвал этот день историческим не только для пульмонологической отрасли, но и для всего российского здравоохранения. Болезни органов дыхания сегодня занимают первое место среди всех заболеваний по частоте обращения к врачам. Своевременная постановка диагноза в сочетании с использованием современных методов лечения дает свои результаты: так, продолжительность жизни пациентов с муковисцидозом выросла в среднем на 20 лет. Однако идеальной ситуации с диагностикой респираторных заболеваний назвать пока нельзя. Например, хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ), являющаяся ведущей причиной смертности среди всех заболеваний органов дыхания, крайне редко диагностируется или во-

обще не определяется врачами первичного звена вследствие недостатка у специалистов знаний в данной области.

В качестве решения этой проблемы планируется, что НИИ Пульмонологии обеспечит базу для повышения уровня профессиональной квалификации врачей. По словам Гузель Улумбековой, Председателя правления Ассоциации медицинских обществ по качеству профессионального образования практикующего врача должно носить непрерывный комплексный характер. Сегодня, с широким распространением дистанционных и электронных образовательных технологий, у врачей нет необходимости отрываться от практики для обучения на курсах повышения квалификации. Однако для этого необходимы специальные программы, используя которые, врач мог бы получать самые современные научные знания и практически навыки. Улумбекова выразила уверенность, что НИИ Пульмонологии будет тем центром, который станет квинтэссенцией профессиональных знаний.

Планируется, что строительство нового здания НИИ пульмонологии завершится до конца 2015 г.



Министерство здравоохранения и социального развития 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 II полугодие 2012 года**

- | | |
|--------------------------|---|
| 22-23
ноября | <p>Научно-практическая конференция с международным участием «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: 119991, г. Москва, ул. Трубецкая, д. 8, НИЦ, Выставочный конгресс-центр</i></p> |
| 05-06
декабря | <p>Научно-практическая конференция «Стандартизация в практике клинико-диагностических лабораторий: опыт и проблемы»
 <i>(2-й день конференции в режиме on-line, аудитория № 265)</i>
 Специализированная выставка «Стандартизация в практике клинико-диагностических лабораторий»
 <i>Адрес и место проведения: 119991, г. Москва, ул. Трубецкая, д. 8, НИЦ, Выставочный конгресс-центр</i></p> |
| 5-7
декабря | <p>Научно-практическая конференция и специализированная выставка «Тромбозы, кровоточивость, ДВС-синдром: современные подходы к диагностике и лечению»
 <i>(Совместно с Всероссийской Ассоциацией Тромбозов, Геморрагий и Патологии сосудов им. А. Шмидта-Б.А. Кудряшова – 20 лет со дня основания)</i>
 <i>Адрес и место проведения: 119991, г. Москва, ул. Трубецкая, д. 8, НИЦ, Выставочный конгресс-центр</i></p> |
| 06
декабря | <p>Научно-практическая конференция с международным участием и специализированная выставка «Актуальные проблемы гастроэнтерологии. Василенковские чтения»
 <i>Адрес и место проведения: 119991, г. Москва, ул. Трубецкая, д. 8, НИЦ, Выставочный конгресс-центр</i></p> |
| 20-21
декабря | <p>Юбилейная научно-практическая конференция, посвященная 125-летию клиники психиатрии имени С.С. Корсакова «Актуальные проблемы психиатрии»
 Специализированная выставка «Современные методы лечения психических расстройств»
 <i>Адрес и место проведения: 119991, г. Москва, ул. Трубецкая, д. 8, НИЦ, Выставочный конгресс-центр</i></p> |

ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздравсоцразвития 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>; e-mail: ta.egorova@mma.ru

Егорова Тамара Александровна, тел.: +7 (906) 069 66 29