

**РЕДАКЦИОННАЯ
КОЛЛЕГИЯ:**

Г.Г.Пискунов
(главный редактор),
А.В.Глазунов,
Ю.С.Голов,
В.И.Маколкин,
А.И.Мартынов,
Л.К.Мошетова,
Л.И.Ольбинская,
А.И.Синопальников
(зам. главного редактора),
Н.И.Фролов,
А.И.Хазанов
(научный редактор),
И.Л.Халиф,
Э.Г.Щербакова

Учредитель:

ООО «Издательский дом «М-Вести»

Издатель:

ООО «Издательский дом «М-Вести»

Тираж 2500 экз.

Журнал зарегистрирован
Комитетом РФ по печати 20.03.1996 г.
(№ 014612)

Подписные индексы:

71842 – для индивидуальных подписчиков
38039 – для предприятий и организаций
(по объединенному каталогу
«Подписка-2004», том 1)

Адрес редакции:

Москва, ул. Поликарпова, д.10
Тел./факс: (095)946-0716

Для корреспонденции:

125284, г. Москва, а/я 74,
журнал «Российские
медицинские вести»

E-mail: rm-vesti@mtu-net.ru
info@m-vesti.ru

«Russian Medical News»
Address of Editorial Office:
Polikarpova, 10,
Moscow, Russia.

Электронная версия журнала
находится в Интернете на веб-сайте
<http://www.m-vesti.ru>

Перепечатка материалов только с разрешения
главного редактора и издателя.

Ответственность за достоверность рекламных
публикаций несут рекламодатели

© «Российские медицинские вести»

РОССИЙСКИЕ МЕДИЦИНСКИЕ

Вести

В номере:

Задачи высших медицинских учебных заведений,
органов управления здравоохранением Центрального
федерального округа по реализации концепции кадровой
политики в здравоохранении Российской Федерации

Проблемы паллиативного лечения больных
с распространенными формами злокачественных
новообразований основных локализаций

Возможности комплексного исследования
системы кровообращения у населения методом
объемной компрессионной осциллометрии

Возможности лучевых методов в диагностике
диабетической остеопатии

Тиклин в профилактике и лечении сердечно-сосудистых
заболеваний

Скрининг заболеваний щитовидной железы
у детского и взрослого населения России

Интервенционная радиология в онкологии

Календарный план проведения форумов, конгрессов,
съездов, конференций, симпозиумов и других научных
мероприятий по медицинским проблемам РАМН
на 2004 год

Календарный план циклов последипломного образования
в Российской медицинской академии последипломного
образования на 2004 год

СОДЕРЖАНИЕ № 4, 2003

Лекции, обзоры

Стуколова Т.И., Шевченко С.Б., Дробышев А.Ю., Юдина Л.Ю., Бедринец А.И.
Задачи высших медицинских учебных заведений, органов управления здравоохранением
Центрального федерального округа по реализации концепции кадровой политики
в здравоохранении Российской Федерации 4

Соловьев В.И.
Проблемы паллиативного лечения больных с распространенными формами
злокачественных новообразований основных локализаций 10

Исследования

Дегтярев В.А. (тел. 978-79-58)
Возможности комплексного исследования системы кровообращения у населения
методом объемной компрессионной осциллометрии 18

Вартанян К.Ф.
Возможности лучевых методов в диагностике диабетической остеопатии 29

Водилова О.В., Мазанкова Л.Н., Халиф И.Л.
Клинико-диагностические параллели при осложненных и неосложненных формах
болезни Крона у детей 35

Шилов А.М., Мельник М.В.
Тиклин в профилактике и лечении сердечно-сосудистых заболеваний 42

В президиуме РАМН

Паршин В.С., Цыб А.Ф.
Скрининг заболеваний щитовидной железы у детского
и взрослого населения России 48

Долгушин Б.И., Давыдов М.И.
Интервенционная радиология в онкологии 51

Информация

Календарный план проведения форумов, конгрессов, съездов, конференций,
симпозиумов и других научных мероприятий по медицинским
проблемам РАМН на 2004 год 57

Календарный план циклов последипломного образования
в Российской медицинской академии последипломного образования на 2004 год 73

Объявление о конкурсе на замещение вакантных должностей 80

CONTENTS № 4, 2003

Lectures, reviews

- Stukolova T.I., Shevchenko S.B., Drobyshev A.Yu., Yudina L.Yu., Bedrinets A.I.*
The tasks of the higher medical educational institutions and health care administration of the Central federal region on implementation of the concept of personnel selection in Russian Federation public health services 4
- Soloviev V.I.*
Problems of palliative treatment of the patients with the disseminated malignant neoplasms of basic locations 10

Investigations

- Degtyarev V.A.*
The opportunities of circulatory system complex investigation of the population by volumetric compression oscillometry 18
- Vartanyan K.F.*
Opportunities of radiological methods in diagnostics of diabetic osteopathy 29
- Vodilova O.V., Mazankova L.N., Khalif I.L.*
Clinical and diagnostic parallels in the complicated and noncomplicated forms of Crohn's disease in children 35
- Shilov A.M., Mel'nik M.V.*
Tikleen in prophylaxis and treatment of cardio-vascular diseases 42

In the Presidium of the RAMS

- Parshin V.S., Cib A.F.*
Screening of diseases of a thyroid gland at children's and adult population of Russia 48
- Dolgushin B.I., Davidov M.I.*
Intervention actinology in an oncology 51

Information

- The calendar shedule of forums, congresses, conferences, workshops and others scientific medical meeting of the RAMS of the year 2004 57
- The calendar shedule of post-graduate courses in the Russian Medical Academy of Post-Graduate Training of the year 2004 73
- The announcement of competition on replacement of vacant posts 80

Задачи высших медицинских учебных заведений, органов управления здравоохранением Центрального федерального округа по реализации концепции кадровой политики в здравоохранении Российской Федерации

Т.И.Стуколова, С.Б.Шевченко, А.Ю.Дробышев, Л.Ю.Юдина, А.И.Бедринец

(Министерство здравоохранения Российской Федерации)

Концепцией кадровой политики в здравоохранении Российской Федерации, утвержденной приказом Минздрава России от 03.07.2002 г. № 210, определена ее главная цель – развитие системы управления кадровым потенциалом отрасли, в основу которой положены рациональное планирование подготовки и трудоустройства кадров, использование современных образовательных технологий и эффективных мотивационных механизмов для обеспечения органов управления и учреждения здравоохранения персоналом, способным на высоком профессиональном уровне решать задачи повышения качества медицинской и лекарственной помощи населению.

Совершенствование планирования численности и структуры кадров здравоохранения обеспечивается как разработкой критериев оценки состояния кадрового потенциала и научно обоснованных подходов к определению потребности в специалистах различной квалификации, так и дальнейшим развитием номенклатуры специальностей работников здравоохранения.

В состав Центрального федерального округа входят 18 субъектов Российской Федерации, в которых работает 168 402 врача (27,7 % от общей численности врачебного персонала).

Обеспеченность врачами на 10 тыс. населения составляет 46,2 (по России – 42,5), из них врачами клинических специальностей – 31,5 (по России – 28,6). Обеспеченность на 10 тыс. населения врачами отдельных специальностей в Центральном федеральном округе отличается от показателей в целом по России. Так, отоларингологами, врачами-травматологами-ортопедами, врачами скорой медицинской

помощи обеспеченность выше, а терапевтами, врачами общей практики, фтизиатрами – ниже.

В пределах округа также имеются различия, порой значительные. Например, обеспеченность врачами скорой помощи на 10 тыс. населения – от 0,22 (Брянская область) до 1,78 (Ярославская область) при среднем показателе 1,16, врачами-травматологами-ортопедами – от 0,5 (Тамбовская область) до 1,03 (Москва) при среднем показателе по округу 0,89; врачами-анестезиологами-реаниматологами – от 1,04 (Тамбовская и Московская области) до 3,26 (Москва) при среднем показателе по округу 1,82.

В 10 территориях округа из 18 обеспеченность врачами (в том числе врачами клинических специальностей) значительно ниже среднего показателя по округу. В целом укомплектованность штатных врачебных должностей составляет 91,2% (по России – 93,2): самая низкая – в Москве (86,3%), самая высокая – в Белгородской области (98%). Только в 6 из 18 субъектов, расположенных в округе, отмечается незначительное увеличение укомплектованности штатных должностей – (Ивановская, Калужская, Липецкая, Московская, Орловская и Тверская области).

В структуре врачебных кадров Центрального федерального округа удельный вес врачей первичного звена (участковых терапевтов, врачей общей практики и участковых педиатров) составляет 8,9% (по России – 8,8%). Доля участковых терапевтов среди врачей-терапевтов – 54,9%, участковых педиатров среди врачей-педиатров – 48,7%.

Положениями «Концепции развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации» на 2001–2005 гг. и на период до 2010 гг. особая

роль в реформировании отрасли отводится поэтапному развитию института врача общей (семейной) практики. Вместе с тем в 10 территориях (Брянская, Владимирская, Ивановская, Костромская, Курская, Орловская, Рязанская, Смоленская, Тамбовская и Ярославская области) общая врачебная практика не получила развития. В оставшихся 8 территориях практикуют от 10 до 42 врачей общей практики. Соотношение врач общей практики: участковый терапевт в этих территориях составляет: Тульская область – 1:3; Тверская и Калужская области – 1:9; Липецкая область – 1:15; Белгородская область – 1:22; Воронежская область – 1:24; Москва – 1:81; Московская область – 1: 86.

Таким образом, подавляющее число амбулаторно-поликлинических учреждений продолжают оказывать первичную медико-санитарную помощь силами участковых врачей-терапевтов и узких специалистов. Наряду с этим подготовленные врачи общей практики не используются в учреждениях здравоохранения по специальности. Так, в Брянской области из 30 подготовленных врачей работают только 2, в Липецкой области – 14 из 32; в Москве – 31 из 70. Врачи, подготовленные для общепрактической деятельности (семейная медицина), продолжают работать участковыми терапевтами и участковыми педиатрами.

Создание рабочих мест для врачей общей практики требует немалых затрат, однако нерациональное использование подготовленных специалистов также не может быть оправдано.

В Центральном федеральном округе должности врачей-хирургов, анестезиологов-реаниматологов, травматологов-ортопедов, терапевтов, педиатров, фтизиатров и психиатров на $\frac{1}{3}$ и более укомплектованы за счет совместителей. При этом укомплектованность штатных должностей врачей-фтизиатров и психиатров даже при значительном использовании труда совместителей не достигает средних показателей по России, что может свидетельствовать о потребности в этих специалистах при условии, что штатно-должностная структура в учреждениях здравоохранения оптимальна и соответствует потребностям практики.

Таким образом, основными проблемами органов управления и учреждений здравоохранения Центрального федерального округа являются:

- низкая обеспеченность врачами клинических специальностей в 10 территориях (от 19,3 в Калужской области до 24,7 % в Белгородской);

- ниже, чем в целом по России, укомплектованность штатных врачебных должностей (91,2%, по России – 93,2%), в том числе первичного звена здравоохранения (удельный вес вакантных должностей участковых терапевтов 4,4%, по России – 3,9%, участковых педиатров – 2,7 %, по России – 2,1 %, врачей общей практики 6,0%, по России – 5,1 %);

- отсутствие института общей врачебной практики в 10 территориях округа;

- сохранение выраженной диспропорции в обеспечении врачебными кадрами субъектов округа, особенно в районах с недостаточным числом специалистов разного профиля и в сельской местности.

Воспроизводство и развитие кадровых ресурсов здравоохранения Центрального округа преимущественно обеспечиваются существующей системой образовательных учреждений, находящихся в округе, которая включает 10 вузов и 1 учреждение дополнительного профессионального образования Минздрава России. Особенностью Центрального федерального округа является наличие не только крупнейших вузов – лидеров системы высшего медицинского образования, таких как ММА им.И.М.Сеченова, РГМУ, МГМСУ, но и мощных научно-исследовательских центров.

В целом в образовательных учреждениях и НИУ округа представлен весь спектр специальностей, по которым осуществляется подготовка специалистов здравоохранения, – от программ высшего и послевузовского медицинского образования до самых различных форм повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов.

В течение последних нескольких лет прием специалистов в указанные учреждения за счет средств федерального бюджета составляет ежегодно по программам высшего профессионального образования 5640 человек, в интернатуре – 1590, в ординатуре – 1332, в аспирантуре – 769, по программам дополнительного профессионального образования – 72 853 человека. В то же время изменяется структура приема специалистов: увеличилось количество обучающихся по специальности «сестринское дело» в вузе, развиваются факультеты социальной работы, на послевузовском этапе увеличились объемы подготовки врачей общей практики, фтизиатров и онкологов, что является составляющей частью происходящих реформ в здравоохранении.

Объемы подготовки специалистов формируются на основании заявок субъектов Российской Федерации. Анализ представляемых заявок, в том числе по Центральному федеральному округу, свидетельствует зачастую о поверхностном подходе к их составлению, отсутствию планомерной работы по прогнозированию потребности в конкретных специалистах, что является одной из причин недостаточного кадрового обеспечения системы здравоохранения субъектов округа, в том числе:

- снижения числа лиц, оказывающих первичную медико-санитарную помощь;

- концентрации медицинских работников в городах, в первую очередь в крупных областных центрах, при низкой укомплектованности лечебно-профилактических учреждений в сельской местности;

тических учреждений отдаленных районов и сельской местности;

- устойчивого роста среди медицинских работников числа лиц предпенсионного и пенсионного возраста и др.

Правительством Российской Федерации с 2003 г. введен механизм конкурсного размещения государственного задания по подготовке специалистов. Пока это коснулось системы высшего профессионального образования. Одним из критериев, которому придается большой вес Минздравом России при размещении государственного задания, является работа по целевой подготовке специалистов. Юридической основой для указанной деятельности служит заключение договоров между тремя сторонами: вузом – студентом – органом государственной или муниципальной власти (управлением здравоохранения субъекта округа).

Количественно цифры целевого приема нарастают, однако более глубокий анализ, проведенный в текущем году, показал, что лишь в единичных случаях управление здравоохранением субъекта действительно работает с «целевыми абитуриентами».

Несмотря на достаточно высокий конкурс (от 2,0 на фармацевтических факультетах до 4,4 – на стоматологических), «целевые» места, предоставляемые государством, заполняются не в полной мере. Количество незанятых «целевых» мест по отдельным вузам составляет от 4,7% на лечебных и педиатрических факультетах до 14,3% на медико-профилактических, что свидетельствует о слабой подготовке абитуриентов и недостаточной работе территорий по профориентации учащихся общеобразовательных школ.

Приоритетное право на зачисление целевого абитуриента должно подкрепляться заинтересованностью территории в его подготовке, в том числе до поступления в вуз.

Мы считаем, что образовательные учреждения реализуют свои обязательства по целевым договорам в полной мере, однако органам управления здравоохранением необходимо более ответственно относиться к обеспечению своих обязательств, особенно это касается выделения дополнительных средств и закрепления их в договорах.

По нашему мнению, ссылки на недостаточную эффективность целевого приема необоснованны и отражают недоработку территорий в этом отношении. Развитие данной формы деятельности крайне важно, так как в ближайшее время принципы целевого приема планируется распространить и на послеузовские формы обучения – интернатуру, ординатуру, аспирантуру.

В качестве положительных примеров можно упомянуть ряд субъектов округа, предусматривающих определенные социальные гарантии для специали-

стов, завершивших обучение в медицинских вузах по целевому приему. Так, в Липецкой, Рязанской областях предусмотрена доплата к стипендии студентам, обучающимся по целевому набору; в Тульской области приняты дополнения в закон «О здравоохранении в Тульской области», согласно которому молодому специалисту при трудоустройстве в государственное или муниципальное учреждение здравоохранения выплачивается единовременное пособие в размере 5 должностных окладов за счёт средств бюджета области.

Введение договорных отношений на послеузовском этапе подготовки позволит повысить ответственность субъектов Российской Федерации за подготовку специалистов по конкретным специальностям за счет средств федерального бюджета, что в дальнейшем в определенной мере решит проблему, с одной стороны, избытка врачей акушеров-гинекологов, дерматовенерологов, стоматологов и др., а с другой – недостатка врачей-анестезиологов и реаниматологов, врачей клинической лабораторной диагностики, скорой медицинской помощи, фтизиатров, рентгенологов, педиатров, терапевтов.

По нашему мнению, при существующей нормативной правовой базе договорная подготовка специалистов на всех этапах непрерывного медицинского и фармацевтического образования является наиболее приемлемой системой обеспечения занятости медицинских кадров и требует дальнейшего совершенствования и развития.

Повышение квалификации и профессиональная переподготовка специалистов здравоохранения Центрального федерального округа в настоящее время осуществляются в основном в Российской медицинской академии последипломого образования, а также на 14 факультетах повышения квалификации специалистов, организованных в структуре государственных высших медицинских учебных заведений округа и на базе Московского областного НИ клинического института им. М.Ф.Владимирского. Кроме того, около 1,2 тыс. работников отрасли ежегодно проходят подготовку в Институте повышения квалификации Федерального управления медико-биологических и экстремальных проблем при Минздраве России.

Как уже отмечалось, в органах управления и учреждениях здравоохранения Центрального федерального округа число врачей (кроме зубных) на конец 2002 г. составило 168,4 тыс.

В целом образовательные учреждения (подразделения) системы повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов Центрального федерального округа подготавливают врачей, провизоров, других работников здравоохранения по всем имеющимся специальностям с периодичностью, определяемой работодателем.

Подготовка специалистов округа на различных циклах повышения квалификации и профессиональной переподготовки осуществляется по заявкам органов управления, которые удовлетворяются в полном объеме.

Вместе с тем в деятельности образовательных учреждений (подразделений вузов) повышения квалификации и профессиональной переподготовки кадров Центрального федерального округа имеются недостатки и нерешенные вопросы.

Прежде всего требует совершенствования и дальнейшего развития нормативно-правовое обеспечение системы дополнительного профессионального образования.

Необходима правовая основа управления качеством последиplomного образования, включая вопросы образовательных стандартов.

Научное и учебно-методическое обеспечение системы последиplomного образования специалистов отрасли должно способствовать совершенствованию содержания и повышению качества подготовки специалистов.

Существующий уровень решения информационных проблем в системе послевузовского и дополнительного профессионального образования явно недостаточен для реализации возможностей получения работниками отрасли востребованного качественного профессионального образования в течение всей трудовой жизни.

Для качественного функционирования системы последиplomного образования необходимо решать задачи формирования и развития кадрового потенциала системы, методик оценки качества профессиональной деятельности работников учреждений и структурных подразделений послевузовского и дополнительного профессионального образования. Профессорско-преподавательскому составу наряду с основными задачами рекомендуется выполнять функции специалистов по методологии и консультантов.

Решение указанных проблем позволит обеспечить подготовку высококвалифицированных специалистов, что является одним из условий реализации отраслевой программы «Управление качеством в здравоохранении на 2003–2007 годы» утвержденной решением коллегии Минздрава России от 18–21 марта 2003 г., протокол № 5.

На кадровые ресурсы здравоохранения оказывают влияние многие составляющие: условия труда, адекватность материального вознаграждения за сложные и опасные условия работы, управленческие технологии, доступность высшего и среднего профессионального образования, возможности повышения квалификации и переподготовки.

Среди многих составляющих, которые определяют формирование качественного состава медицин-

ских специалистов, номенклатура специальностей врачей и провизоров занимает основное место. Наличие оптимальной номенклатуры (классификатора) оказывает решающее влияние не только на основы кадровой политики (анализ обеспеченности кадрами и прогнозирование, подготовка и профессиональная переподготовка, повышение квалификации, аттестация), но и непосредственно на уровень организационной и практической деятельности учреждений здравоохранения, государственной санитарно-эпидемиологической службы, санаторно-курортных организаций и аптечных учреждений.

Впервые номенклатура врачебных специальностей и номенклатура врачебных должностей была утверждена приказом Минздрава СССР от 04.05.1970 г. № 280, которая включала 51 специальность и 75 должностей. Очередная номенклатура врачебных и провизорских специальностей в учреждении здравоохранения Российской Федерации введена в действие приказом Минздрава России от 16.02.1995 г. № 33 и насчитывала 83 специальности.

Вопрос о номенклатуре специальностей рассматривался на заседаниях коллегий Минздрава России 03.12.1997 г. и 06.04.1999 г., неоднократно обсуждался на заседаниях Совета по кадровой политике при министре здравоохранения Российской Федерации.

Для выполнения решения коллегии Министерства здравоохранения Российской Федерации от 6 апреля 1999 г. (протокол № 7 «О номенклатуре специальностей врачей и провизоров в системе здравоохранения Российской Федерации») приказом Минздрава России от 27.08.1999 г. № 337 от 01.10.1999 г. введена в действие номенклатура (классификатор) специальностей для лиц с высшим медицинским и фармацевтическим образованием в учреждениях здравоохранения Российской Федерации. Введен также перечень соответствия врачебных и провизорских специальностей должностям специалистов.

В настоящее время номенклатура насчитывает свыше 100 специальностей, в том числе 9 специальностей высшего профессионального образования, 50 основных и 47 – требующих углубленной подготовки. Вместе с тем в большинстве стран мира подготовка на этапе высшего образования осуществляется по трём направлениям: лечебное дело, стоматология, фармация. Сравнительный анализ показывает, что последиplomная подготовка врачей и провизоров в Германии проводится по 32 специальностям, в Великобритании – по 24, в США – по 49.

В нашей стране только за последние 2 года в номенклатуру введены специальности: судебно-психиатрическая экспертиза, клиническая микология, лабораторная микология, детская урология-андрология, восстановительная медицина.

Введение новых специальностей зачастую не всегда оправдано и научно обосновано, что связано прежде всего с недостаточно чётким понятием о специальности и специализации. Так, в 1997 г. была введена специальность «рефлексотерапия», которая приказом Минздрава России от 28.09.1999 г. № 337 определена как специальность, требующая углубленной подготовки. Однако необходимо определить: является ли на самом деле «рефлексотерапия» специальностью? Вероятнее всего – нет, поскольку по каждому методу специальность создавать неправомерно, поэтому рефлексотерапию следует рассматривать в качестве метода оказания медицинской помощи, который может освоить врач любой специальности, а не только невропатолог. В то же время метод, даже самый универсальный, не может стать основанием для того, чтобы под него вводить специальность.

Специальность должна рассматриваться как понятие устойчивое, редко меняющееся. Если появляется возможность освоения новых методов (базы, кадры), необходимо пройти соответствующую подготовку в рамках тематического усовершенствования.

Действующая номенклатура специальностей в учреждениях здравоохранения Российской Федерации предусматривает этапность подготовки специалистов с сохранением преемственности в приобретении конкретных специальностей. Первый этап – обучение в вузе, получение специальности высшего профессионального образования и квалификации по диплому. Второй этап – обучение в интернатуре, ординатуре, т.е. получение основной специальности. Третий этап – обучение в ординатуре, аспирантуре по программам профессиональной переподготовки, т.е. получение специальности, требующей углубленной подготовки.

Обладая определенными достоинствами, действующая номенклатура представляет в значительной мере перечень специальностей, сформированный по разнородным классификационным признакам. При построении номенклатуры не предусмотрена периодичность повышения квалификации специалистов. Несовершенство действующей номенклатуры специальностей (классификатора) заключается также в препятствии получению в ряде случаев новых специальностей и несоответствии с номенклатурой должностей специалистов в учреждениях здравоохранения, что затрудняет проведение сертификации и аттестации на квалификационные категории.

Чрезмерное дробление существующих специальностей и постоянные предложения о введении новых, основанные в определенной мере на субъективных заключениях, ограничивают доступность получения квалифицированной медицинской помощи населению.

Существенным недостатком действующей номенклатуры является предоставление возможности выпускникам вузов получения основной специальности после годичного обучения в интернатуре. Перечень специальностей, по которым разрешается подготовка в интернатуре, определен письмом Минздрава России от 21.01.2001 г. № 2510/584-32. В то же время существуют ограничения в получении специальностей, требующих углубленной подготовки, в основе которых предусмотрен способ или метод диагностики или лечения различных заболеваний.

Большой перечень основных специальностей не позволяет в полной мере обеспечить потребность учреждений здравоохранения в специалистах первичного звена, так как значительная часть специалистов по завершении обучения в интернатуре, ординатуре, аспирантуре трудоустраиваются в крупные лечебно-профилактические учреждения, научные медицинские центры.

Действующим приказом Минздрава СССР от 13.07.1989 г. № 418 определено, что врачи, завершившие обучение в медицинском вузе на лечебном и педиатрическом факультетах, получившие специальность «лечебное дело» и «педиатрия», могут занимать врачебные должности всех наименований после соответствующей подготовки в системе послевузовского и дополнительного профессионального образования. Однако действующей номенклатурой не учитывается равноценность дипломов по специальности «лечебное дело» и «педиатрия», что соответственно ограничивает возможность последипломной подготовки специалистов.

Таким образом, обозначенные проблемы действующей номенклатуры требуют дальнейшего ее совершенствования.

Задача Минздрава России состоит в том, чтобы с учетом отечественного и зарубежного опыта создать классификатор врачебных и провизорских специальностей, который включал бы не только соответствующий их перечень, термины и понятия, но и подробное описание каждой специальности, порядка ее получения, описание профессиональных стандартов и требований в виде знаний, умений и практических навыков, этапность подготовки врачей и провизоров в системе непрерывного профессионального образования.

Номенклатурой должно быть предусмотрено расширение перечня специальностей, востребованных первичным звеном здравоохранения, особенно в интернатуре, а также перевод ряда основных специальностей в специальности, требующие углубленной подготовки. Представляется также целесообразным введение дополнительных специальностей педиатрического профиля, приведение их в соответствие с должностями врачей педиатрического профиля в лечебно-профилактических учреждениях.

С целью дальнейшего совершенствования и развития системы контроля качества специалистов отрасли, по нашему мнению, требуют первоочередного решения следующие вопросы:

- разработка новой модели взаимоотношений, регламентирующих рациональное использование специалистов отрасли, подготовленных как за счет средств федерального бюджета, так и на контрактной основе;

- разработка учебно-производственных планов в соответствии с запросами практического здравоохранения. Проведение новых, приоритетных циклов; конкурентоспособность государственной системы повышения квалификации специалистов отрасли с различными коммерческими образовательными структурами;

- изучение и обеспечение потребности органов управления и учреждений здравоохранения в подготовке врачей общей практики (семейного врача), фтизиатров, рентгенологов, онкологов, диабетологов, токсикологов, инфекционистов;

- разработка образовательными учреждениями системы последиplomной подготовки кадров отрасли научных и методологических основ повышения квалификации врачей. Внедрение в практику через учебный процесс достижений медицинской науки и техники, новых методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации;

- решение проблем, связанных с упорядочением номенклатуры специальностей в учреждениях здравоохранения; разработка нового поколения квалифицированных характеристик специалистов; совершенствование системы аттестации медицинских кадров и их допуска к практической деятельности. Завершение разработки и утверждение государственных стандартов подготовки специалистов в интернатуре.

Органам управления здравоохранением Цент-

рального федерального округа необходимо расширить практику создания специализированных медицинских классов, лицеев с привлечением преподавательского состава медицинских образовательных учреждений к процессу преподавания профилирующих дисциплин.

Следует решить вопрос о преимущественном направлении на обучение в медицинские образовательные учреждения по целевому приему лиц, проживающих в сельской местности, с обязательным заключением договоров, предусматривающих предоставления места работы и обеспечение социальных гарантий.

Представляется целесообразным рассмотреть вопрос о создании в субъектах округа подразделений, осуществляющих анализ кадровой ситуации, оценку потребности в специалистах и формирование целевого приема в медицинские образовательные учреждения.

При формировании заявок на подготовку специалистов в системе послезузовского и дополнительного профессионального образования в первую очередь направлять на обучение врачей по вопросам диагностики и лечения инфекционных, онкологических заболеваний, заболеваний передаваемых половым путем, туберкулеза, болезней крови, токсикологии, а также повышение квалификации врачей первичного звена здравоохранения.

Перечень вопросов, требующих решения, может быть продолжен. Они общеизвестны. И от того, насколько активна будет работа образовательных учреждений зависит сохранение, дальнейшее развитие сложившейся системы подготовки и повышения квалификации специалистов здравоохранения, призванной внести надлежащий вклад в дело охраны здоровья граждан, совершенствование медицинской помощи населению, восстановление её доступности, повышение качества.

Проблемы паллиативного лечения больных с распространенными формами злокачественных новообразований основных локализаций

В.И.Соловьев

Областной онкологический клинический диспансер (Смоленск)

Двадцатый век ознаменовался увеличением различных недугов, поражающих население планеты. Только в 2000 г. в России погибло 2,2 млн человек. Причиной смерти большинства из них явились болезни системы кровообращения (55,3%), несчастные случаи (14,3%), новообразования (13,4%) [5].

Из общего числа лет, не дожитых населением России до 70-летнего возраста, около $\frac{1}{3}$ обусловлено онкологическими заболеваниями [6], в связи с чем трудоспособное население страны только в 1996 г. потеряло 4,5 млн человеко-лет жизни. Наибольший урон обществу наносят рак легких (808,2 тыс. человеко-лет), желудка (642,9 тыс.), молочной железы (367,0 тыс.) и гемобластозы (287,5 тыс. человеко-лет).

Экономические потери связаны с высокой стоимостью как лечения, так и профилактических и реабилитационных мероприятий, с длительной, часто необратимой утратой работоспособности, значительными затратами на социальное обеспечение и страхование. В 1996 г. условные экономические потери от рака легкого составили 3,9 млрд руб., от рака желудка – 544,8 и от гемобластозов – 308,1 млн руб. [18].

В 1998 г. в мире под наблюдением находилось более 57 млн больных с неоплазиями, а число вновь выявленных за год случаев составило 9 240 000. По прогнозу экспертов ВОЗ, к 2020 г. число вновь выявленных больных со злокачественными новообразованиями достигнет 16 млн [31].

Не менее угрожающими остаются данные, касающиеся России: общее число наблюдаемых пациентов превысило 2 млн (в 2001 г. 2 164 770 больных), и ежегодно это число вырастает еще на 400–455 тыс. больных [24].

Специалистов, однако, тревожат не только факт все увеличивающегося количества больных, но и несвоевременное выявление заболевания. В нашей

стране онкологическая патология почти в $\frac{2}{3}$ случаев диагностируется в распространенных (III–IV) стадиях, т.е. эффективные методы радикального лечения (хирургический, лучевой) могут быть применены не более чем у $\frac{1}{3}$ больных, причем с сомнительным прогнозом. В России в 2001 г. пятилетняя выживаемость лиц, страдающих злокачественными новообразованиями, составила 49,3%, что значительно ниже, чем в США, где этот показатель в 1989–1995 гг. был равен 59%. Отмечено существенное отличие показателей выживаемости в зависимости от пола: мужчины, перенесшие специальное лечение, переживают пятилетний рубеж в 24% случаев, тогда как женщины – в 46%.

Анализ и оценка тенденций показателей заболеваемости, смертности, а также их производных в значительной степени зависят и от локализации опухолей. В России, как и во всем мире, в структуре смертности и заболеваемости злокачественными новообразованиями среди мужчин на первом месте стоит рак легкого (РЛ) – этот показатель остается одним из самых высоких в мире (69 на 100 000) и не имеет тенденции к снижению. В структуре смертности женщин РЛ занимает лишь восьмое место (7 на 100 000), и за последние 20 лет эти цифры не изменились. По данным американских авторов, выживаемость больных РЛ за тот же период осталась стабильной, однако в США пятилетняя выживаемость выше, чем в Европе, составляя для всей популяции 14%. В России этот показатель в 1999 г. был равен 6% среди мужчин и 12% среди женщин [7].

Объективные трудности в диагностике, свойства данной нозологии, приводят к тому, что более чем у 70% больных с немелкоклеточным раком легкого диагностируются местно-распространенные опухоли или развиваются отдаленные метастазы [19].

Выбор адекватного метода лечения больных распространенным немелкоклеточным раком легкого (НМРЛ) представляет глобальную клиническую и

научную проблему. Важным звеном в ее решении являются оценка существующих и поиск новых методов лечения. Для больных с отдаленными метастазами оперативное вмешательство невозможно, а основным методом лечения, по мнению ряда авторов, становится химиотерапия. Малая чувствительность НМРЛ к цитостатикам до недавнего времени также определяла скромную роль химиотерапии в лечении этой патологии, однако внедрение в клиническую практику препаратов платины, этопозиды, таксанов, гемцитабина изменило возможности лекарственного воздействия при паллиативном лечении распространенного НМРЛ [15, 21].

В настоящее время при помощи новых химиотерапевтических средств достигнуто плато в лечении распространенного НМРЛ [2], что на более длительный срок предупреждает прогрессирование болезни без ухудшения качества жизни пациентов и дает основания для дальнейшего изучения различных комбинаций химиопрепаратов при паллиативном лечении данной патологии.

Считается, что паллиативная химиотерапия должна сопровождаться лучевой, которая хотя и не приводит к значительному регрессу опухоли, но обеспечивает достаточно продолжительный лечебный эффект у 5–10% больных. Кроме того, целесообразность облучения обусловлена тем, что оно, как правило, сопровождается паллиативным эффектом, выражающимся в облегчении мучительных симптомов и профилактике осложнений, значительно улучшая качество жизни больных [2, 27].

Не менее актуальной остается проблема мелко-клеточного рака легкого (МРЛ), который характеризуется быстрым развитием, интенсивным ранним лимфогенным и гематогенным метастазированием и плохим прогнозом, что создает предпосылки для определения оптимального арсенала методов паллиативного лечения [2, 32].

Химиолучевая терапия распространенного МРЛ – трудная задача, при решении которой облучение выполняет роль непосредственного и быстрого разрушения первичного очага и метастазов, а химиотерапия, ограничивая распространение опухолевых клеток по организму, усиливает общее терапевтическое воздействие. Все вышесказанное подтверждает актуальность разработки методологических подходов к определению показаний и выбору методов паллиативного лечения данной категории больных [2, 27].

На втором месте в структуре заболеваемости и смертности в России стоит рак желудка (РЖ). В 2001 г. зарегистрировано 44 868 больных РЖ, из них I–II стадии – у 19,8%, III стадия – у 31,6%, IV – у 41,6%. В среднем в России больные, отнесенные к IV стадии РЖ, составляют 42,6%, а показатель односторонней летальности достигает 56%, оставаясь практически стабильным на протяжении 90-х годов

[18,24]. Аналогичные данные приводят и американские авторы: в 1886–1992 гг. в США больные с локализованными формами РЖ составили всего 18%, с переходом на регионарные зоны – 31%, с отдаленными метастазами – 36% [28], что не может не оказать влияния на эффективность лечения.

По показателям смертности от РЖ как среди мужчин (36,9 на 100 000), так и среди женщин (15 на 100 000) Россия занимает первое место в мире.

Пятилетняя выживаемость больных РЖ невысокая. Средний показатель для Европы среди мужчин равен 14% (в РФ – 7%), среди женщин – 36% (в РФ – 12%). Агрессивное течение РЖ, ранняя диссеминация требуют разработки адекватных методов лечения этого заболевания. Хирургия – пока единственный метод, способный излечить больных РЖ, но лишь в I–II стадиях болезни. При распространенных формах РЖ паллиативные операции включают три вида вмешательств: гастростомию при проксимальных опухолях, гастроэнтероанастомозы – при дистальных и паллиативные резекции или экстирпации желудка [19]. Цель перечисленных хирургических операций – ликвидация осложнений, вызванных опухолью (высокая непроходимость, кровотечение, перфорация). В последнее десятилетие целью оперативного вмешательства все чаще считают не ликвидацию осложнений, а удаление опухоли, что является единственно надежным и эффективным методом лечения и важным прогностическим фактором в обеспечении качества жизни больных.

Продолжает дискутироваться вопрос об адекватном объеме операций. По данным некоторых авторов, резекция поджелудочной железы и селезенки при отсутствии прорастания в них опухоли не улучшает показатель выживаемости и связана с частыми осложнениями, поэтому ее надо избегать [19]. Другие авторы считают, что при распространенных формах РЖ следует всегда выполнять спленэктомию и резекцию хвоста поджелудочной железы из-за высокой частоты выявления метастазов в лимфатические узлы ворот (примерно в 9,8%) и паренхиму селезенки, а резекция хвоста поджелудочной железы дает возможность производить широкую лимфодиссекцию. Кроме того, высказывается мнение, что при канцероматозе брюшины у больных РЖ после максимального полного удаления опухоли и метастазов целесообразна перитонэктомиа с последующей интраоперационной химиотерапией [30].

Лучевая терапия в данном случае имеет подсобное значение. Прогресс лекарственной терапии РЖ пока весьма скромный. Обусловленные химиотерапией ремиссии длятся 3–4 мес, а полное излечение регистрируется редко.

Этап диссеминации РЖ – самый трудный для больных. Часть онкологов считает, что химиопрепараты в этой фазе заболевания бесполезны [5]. Меж-

ду тем в нескольких кооперированных исследованиях проведено сравнение качества жизни и ее продолжительности при современной поддерживающей терапии и химиотерапии. Поддерживающее лечение включало парентеральное питание, обезболивание, уход и т. д. Медиана выживаемости в этой группе составила 4–5 мес, а в группах больных, получавших химиотерапевтическое лечение (фторурацил, лейковорин, митомицин), она была вдвое больше.

В последнее десятилетие особое внимание привлекает к себе колоректальный рак. Ежегодно в мире регистрируется около 800 000 больных с этой патологией и 440 000 смертей от нее. В структуре онкозаболеваемости колоректальный рак во всех экономически развитых странах Европы и Америки составляет от 9 до 14% [29].

В России в 2001 г. выявлено более 45 000 новых случаев колоректального рака, что на 22% превысило число заболевших за 10 лет до этого.

Несмотря на возросшие возможности ранней диагностики рака прямой и ободочной кишок, значительный процент больных выявляется в инкурабельном состоянии. В нашей стране около 70% вновь зарегистрированных пациентов имеют III–IV стадии заболевания [18]. В США этот показатель равен 56%.

Рост смертности от колоректального рака отмечается не только в России, но и в большинстве стран Восточной Европы и Азии, в то время как в странах Западной Европы и Северной Америки этот показатель снижается как среди мужчин, так и среди женщин.

По данным программы SEER, показатель пятилетней выживаемости в группе больных колоректальным раком в США составил 60%, средний показатель по странам Западной Европы находится на уровне 41%, а в Восточной Европе и России – 30% [29].

За последнее десятилетие изменились не только статистические показатели, касающиеся колоректального рака, но и подходы к лечению таких больных.

Проблемы лечения запущенных форм колоректального рака широко обсуждаются в литературе, причем особое внимание уделяется целесообразности выполнения паллиативных резекций. Полученные авторами данные доказывают, что удаление опухолей толстой кишки с паллиативной целью не только снижает интенсивность болевого синдрома, избавляет от профузных кровотечений и мучительных страданий, но и продлевает жизнь больному, что свидетельствует о целесообразности выполнения данного вмешательства, особенно у лиц трудоспособного возраста [9]. При этом отдаленные результаты лечения после обходных анастомозов сравнимы с таковыми у больных, перенесших операции, закончившиеся наложением колостом, и значительно уступают результатам паллиативных резекций.

Усовершенствование хирургической техники, оперативное лечение больных с метастазами в печень и легкие, использование химиолучевой терапии способствовали улучшению результатов лечения больных распространенными формами колоректального рака, которым ранее проводилась лишь симптоматическая терапия [3,17]. Подтверждением этому служит медиана выживаемости данной группы пациентов, которая при чисто симптоматической терапии составляла лишь 8 мес, при химиотерапии с использованием комбинации 5-фторурацил/лейковорин увеличилась до 12 мес, а при последовательном применении комбинаций кампто/оксалиплатин возросла до 20 мес. Все это говорит о необходимости продолжения интенсивных исследований, направленных на усовершенствование методов лечения больных с распространенными формами колоректального рака [34].

Одной из основных причин смертности мужчин в РФ являются злокачественные опухоли пищевода. В 2001 г. диагноз рака пищевода был установлен у 7088 больных, из них мужчины составили 75,3%. На долю пациентов с I–II стадией процесса пришлось всего 20,3%, с III стадией – 41,5% и с IV стадией – 29,9%. Смертность от рака пищевода в России – одна из самых высоких по сравнению с другими странами [24].

Лечение рака пищевода – наиболее трудная и нерешенная проблема онкологии. Хирургическое и комбинированное лечение возможно лишь у 10–20% больных с впервые установленным диагнозом. Во время операции у 40–60% из них выявляется метастатическое поражение надключичных и медиастинальных лимфатических узлов при ограниченном процессе в пищеводе, поэтому лучевая терапия при раке данной локализации остается методом выбора, особенно у больных с III–IV стадией процесса.

Рак пищевода – болезнь в основном лиц преклонного возраста, часто страдающих хронической легочной и сердечно-сосудистой недостаточностью, поэтому оперативное вмешательство сопряжено с высоким риском послеоперационных осложнений и летальностью [11]. Все это влияет на показатель пятилетней выживаемости, который остается очень низким: в Европе он составляет 5%, в США – 12%, а в России – 1%.

В настоящее время во врачебном арсенале имеется широкий выбор паллиативных методов и средств борьбы со злокачественной дисфагией. Лечебную тактику определяют индивидуально с учетом не только общего состояния пациента и локального статуса опухолевого поражения, но и возможностей медицинского учреждения. Наиболее оптимальным, по мнению авторов, является комбинированное лечение, в большинстве случаев обеспечивающее полную или частичную ликвидацию дисфагии и поддер-

жание перорального питания при минимизации возможных осложнений [26].

Рак молочной железы (РМЖ) остается одной из основных проблем онкологии и здравоохранения в целом. В ряде индустриально развитых стран Европы, Северной Америки и в Новой Зеландии регистрируются самые высокие показатели заболеваемости – 60–100 на 100 000 женщин. Эта опухоль может развиваться в течение жизни у 8–9% женщин. Ежегодно в Европе регистрируется более 250 000 новых случаев данной патологии, в США – около 175 000 случаев, причем заболеваемость неуклонно растет. РМЖ – вторая по частоте причина онкологической смертности среди женщин Европы и США [33].

В России РМЖ занимает первое место в структуре заболеваемости и смертности женщин. Самая высокая пятилетняя выживаемость больных РМЖ отмечена в США – 85%. В Европе средний показатель пятилетней выживаемости равен 67%, в России – 55%.

Несовершенство диагностики, недостаточная онкологическая настороженность врачей общелечебной сети и низкая пропаганда знаний среди населения обуславливают тот факт, что около 40% женщин, больных РМЖ, начинают лечение в III и IV стадиях заболевания, которые считаются первично-неоперабельными. Генерализация опухолевого процесса может наступить в любые сроки после окончания лечения первичной опухоли, что увеличивает число больных распространенными формами злокачественных новообразований. Кроме того, около 50% всех пациенток, получающих терапию, уже имеют региональные и отдаленные метастазы [4].

При значительном местном распространении опухолей, их распаде, инфицировании и склонности к кровотечениям консервативное лечение может быть противопоказано, а методом выбора в данном случае становятся паллиативные операции, на долю которых в хирургии РМЖ приходится около 11%.

Анализ публикаций свидетельствует о том, что паллиативные операции выполняют с целью уменьшения массы опухолевой ткани, предотвращения кровотечения из распадающейся опухоли, а также для повышения эффективности лекарственной терапии. В этих условиях особое значение приобретают качество жизни больных в процессе лечения и как можно большее число активных терапевтических режимов, не обладающих перекрестной устойчивостью, которые можно было бы использовать в качестве второй и третьей линий терапии.

В основе всех методов гормонотерапии распространенного РМЖ лежит попытка воспрепятствовать воздействию стероидных гормонов (эстрогенов) на клетки опухоли. Ответ на гормонотерапию отмечается приблизительно у $1/3$ больных, причем его продолжительность составляет обычно 8–14 мес. Существовавшее до недавнего времени пред-

ставление, что в случае неэффективности первой линии гормонотерапии больные не подлежат дальнейшему гормональному лечению, также пересматривается [35].

Выбор химиотерапевтического режима для терапии распространенного РМЖ имеет принципиальное значение, так как именно ее результат, по мнению ряда авторов, является важнейшим прогностическим фактором, определяющим эффективность лечения.

По данным литературы, наиболее перспективным направлением в клинической химиотерапии метастатического РМЖ является комбинированная химиотерапия с включением в состав лекарственных схем новых препаратов, обладающих выраженной противоопухолевой активностью. На первом месте при этом стоят таксаны. Высокая противоопухолевая активность таксола и таксотера послужила основанием для разработки множества режимов комбинированной химиотерапии с использованием этих препаратов, обладающих эффективностью при данной локализации у 35–45% больных, а среди женщин, ранее не получавших химиотерапию, – у 32–62% [4].

Несомненно, дальнейшее клиническое изучение возможностей использования лекарственной терапии при данной локализации должно уточнить показания к ее применению.

Кроме того, отличительной чертой РМЖ является его частое метастазирование в кости: именно он дает 70% всех костных метастазов [Galaska, 1986].

Болевой синдром, патологические переломы, нарушение двигательной функции – вот удел больных раком молочной железы с метастазами в костях. Успехи современной онкологии, широкое использование комбинированного и комплексного методов лечения, активное внедрение новых подходов к лучевой и лекарственной терапии позволяют добиваться успеха у больных, которые совсем недавно относились к разряду полностью безнадежных. Все чаще появляются сообщения о системной лучевой терапии, о сочетании локорегионального и системного лучевого воздействия на метастатический процесс [13]. Таким образом, возможности паллиативного лечения распространенного РМЖ, хотя и значительно продвинулись вперед, остаются далекими от разрешения и требуют дальнейшего изучения.

Нельзя оставить без внимания и рак яичников (РЯ), так как общая тенденция к увеличению заболеваемости и смертности при данной патологии прослеживается на всех континентах земного шара. Ежегодно в мире раком яичников заболевает около 166 000 женщин, из них 101 000 погибает от прогрессирования процесса. В США в 2000 г. были зарегистрированы 23 100 больных раком яичников, 14 000 из которых умерли. В нашей стране эта пато-

логия является причиной смерти 57% больных [8,25].

Неутешительны и отдаленные результаты лечения: пятилетняя выживаемость при IIIВ стадии заболевания составляет 20%, при IV стадии – только 5–8%. Ждать улучшения результатов лечения в ближайшее время не приходится, так как у 60–80% всех заболевших женщин ко времени установления диагноза отмечаются III–IV стадии распространенности процесса и обширное метастатическое поражение. Кроме того, если ведение больных с I–II стадиями заболевания не имеет особых разногласий, то при лечении запущенных форм остается еще много нерешенных проблем, что обусловлено низким процентом излеченности: пятилетняя выживаемость не превышает 10%, а десятилетняя – не более 5% [23].

По мнению Е.Г. Новиковой, лечение распространенного РЯ должно быть комбинированным или комплексным и достаточно длительным, а ведущим, хотя и не самостоятельным, методом лечения должен оставаться хирургический [14]. При этом оперативное вмешательство выполняют с целью удаления максимального объема опухолевых масс. Имеют смысл большие комбинированные хирургические вмешательства с резекцией вовлеченных в опухолевый процесс органов, так как четко установлена зависимость между размером остаточной опухоли и эффективностью лечения, а в конечном счете – показателем выживаемости пациенток.

Статистически достоверным является увеличение продолжительности жизни больных с метастатическим РЯ при сочетании хирургического вмешательства с лекарственной терапией. Так, если в конце 80-х – начале 90-х годов она составляла 18–24 мес, то в большинстве современных исследований этот показатель увеличился до 30–38 мес.

Для лечения больных распространенным РЯ имеется целый ряд эффективных препаратов и режимов. Но еще остаются спорными вопросы об оптимальной продолжительности химиотерапии первой линии и о выборе препаратов для химиотерапии второй линии, а также о том, как поступать с пациентками после окончания всех этапов комбинированного или комплексного лечения. Однозначного ответа на эти вопросы пока не существует [23].

Роль лучевой терапии в различные периоды формирования комбинированного и комплексного методов лечения больных метастатическим РЯ также неоднократно менялась – от широкого применения при малой эффективности монокимиотерапии алкилирующими препаратами до почти полного отказа от ее использования на фоне получающего широкое признание в последние годы лекарственного лечения. Появляются сообщения о благоприятной роли лучевой терапии в комплексном лечении распространенного РЯ. Таким образом, в современной онко-

логии еще окончательно не сформулирована единая концепция, касающаяся ведения этой сложной категории больных. Но стало очевидным, что химиолучевое лечение позволяет добиваться значительной регрессии опухолевого процесса, не только улучшая тем самым качество жизни, но и увеличивая ее продолжительность.

Рак предстательной железы (РПЖ) – одна из наиболее часто встречающихся форм злокачественных опухолей у мужчин. Ежегодно в Европе регистрируется не менее 80 000 новых случаев этого заболевания. В США РПЖ является самой распространенной опухолью у мужчин: в год регистрируется 317 000 новых заболеваний, а смертность составляет 41 400 случаев ежегодно [33].

В России определяется явная тенденция к увеличению как заболеваемости, так и смертности от РПЖ. Если в 1989 г. заболеваемость раком простаты составляла 8,4 на 100 000 населения, то в 1996 г. этот показатель достиг 11,3, а смертность в эти годы соответственно равнялась 6,5 и 7,7 на 100 000 населения. Таким образом, прирост заболеваемости в период 1989–1996 гг. составил 34,5%, а смертности – 18,5%. По величине прироста заболеваемости РПЖ стоит на втором месте среди онкологических заболеваний, уступая лишь меланоме кожи и оставляя далеко за собой такие заболевания, как рак желудка (12 е место) и рак легкого (9 е место) [20].

В связи с особенностями клинического течения РПЖ и несовершенством ранней диагностики у 60–80% больных при первичном обращении уже обнаруживаются метастазы. Выбор методов лечения и их последовательность зависят от стадии заболевания, общего состояния пациента и чувствительности опухоли к тому или иному лечебному воздействию. Суть лечебных мероприятий состоит в максимальном снижении продукции эндогенного тестостерона – так называемой максимальной андрогенной блокады (МАБ).

Основными видами гормонотерапии генерализованного РПЖ на сегодняшний день являются:

- хирургическая кастрация (двусторонняя орхидэктомия);
- медикаментозная кастрация;
- максимальная андрогенная блокада;
- монотерапия антиандрогенами;
- эстрогенотерапия.

По мнению ряда авторов, гормональная чувствительность опухолевых клеток дает возможность проводить достаточно эффективное паллиативное и симптоматическое лечение, что может существенно повысить выживаемость и улучшить качество жизни больных. Именно эти параметры оценивают в первую очередь при сравнении эффективности различных методов эндокринной терапии. Совокупность получаемых данных позволяет определить длитель-

ность ремиссии опухолевого процесса, которая при диссеминированном РПЖ может продолжаться от нескольких недель до многих лет, но обычно составляет 6–18 мес.

Хирургическая кастрация, которая применяется в клинической практике с конца XIX в., до сих пор является одним из наиболее признанных и распространенных методов гормонального лечения при РПЖ. В то же время она имеет ряд серьезных недостатков, существенно ограничивающих ее применение в клинике. К ним относятся значительное количество осложнений, необратимый характер гормонального воздействия, недостаточная эффективность. Поэтому альтернативой двусторонней орхидэктомии является «химическая кастрация» – лечение агонистами ЛГРГ, которое, по данным многочисленных рандомизированных исследований, по эффективности не уступает хирургической кастрации и эстрогенотерапии. Частичная регрессия и стабилизация опухолевого процесса в группе больных, перенесших МАБ, составили 78% по сравнению с 64% в группе лиц, подвергнутых хирургической кастрации, а медиана выживаемости была равна 37 и 30 мес соответственно [16].

Кроме того, наметился новый подход к лечению распространенного РПЖ: с учетом того, что в опухолевой ткани существуют популяции клеток, не чувствительных к гормонам, лечение предполагается начинать с сочетанного применения гормонов и химиопрепаратов. Например, эффективность доксорубицина установлена у 84% больных. Б.П. Матвеев предлагает применять комбинации эстрамустина с винбластином, этопозидом, таксоллом и др. [10].

Несмотря на то что рак почки (РП) в структуре онкологических заболеваний составляет 2–3%, в мире отмечается тенденция к увеличению заболеваемости раком этой локализации. В РФ в 1998 г. было зарегистрировано 12 748 больных. Грубый показатель заболеваемости составил 8,7, что значительно (на 91,2%) выше уровня 1989 г. По частоте распространенности РП среди других опухолей мочеполовой системы эта патология в нашей стране находится на первом месте. В США ежегодно регистрируется около 28 000 новых случаев заболевания, которое каждый год уносит почти 12 000 человеческих жизней [25,33].

У 20% больных РП диагностируется уже в диссеминированной стадии, и у 25% опухолевый процесс имеет местно-распространенный характер. Поскольку у $1/3$ больных отдаленные метастазы развиваются в различные сроки после радикальной нефрэктомии, то диссеминированный процесс в итоге встречается у 50% заболевших.

При распространении опухоли за пределы почки и поражении других органов процесс носит генерализованный характер. Лечение таких пациентов – наиболее сложная задача, требующая усилий целого

коллектива специалистов. При этом иммунотерапия является основным методом, позволяющим достичь стабилизации у 2 – 39% больных диссеминированным РП.

Отношение к хирургическому лечению диссеминированного РП неоднозначно. Общеизвестно, что выполнение паллиативной нефрэктомии при распространенных формах РП не приводит к излечению, и причиной смерти больных, как правило, является не наличие и рост первичной опухоли, а прогрессирующее течение метастатического процесса. Поэтому целесообразность выполнения нефрэктомии на этапе диссеминации может рассматриваться только с позиции возможного увеличения продолжительности и улучшения качества жизни.

Существует ряд аргументов, которые, с одной стороны, оправдывают проведение паллиативной нефрэктомии при метастатическом РП, а с другой – указывают на ее возможные слабые стороны.

Предполагается, что нефрэктомия приводит к уменьшению опухолевой массы, являющейся потенциальным источником метастазирования. В дополнение к этому после удаления первичного очага не исключается возможность спонтанной регрессии отдаленных метастазов. Этот феномен может наблюдаться приблизительно в 0,7% случаев, однако хирургическое вмешательство сопряжено с определенным риском развития послеоперационных осложнений и летальностью (1–5%). Кроме того, спонтанные регрессии метастазов возможны и у больных с неудаленной первичной опухолью [12].

К сожалению, хирургический подход без системного лечения можно использовать в очень редких случаях, поскольку чаще приходится наблюдать множественные метастатические поражения органов и тканей. В основном при диссеминированном почечно-клеточном раке используются следующие подходы:

- только нефрэктомия и/или метастазэктомия;
- циторедуктивная операция с последующей иммунотерапией;
- иммунотерапия и в случае эффекта – паллиативная нефрэктомия;
- только иммунотерапия.

Показатели безрецидивного течения и общей выживаемости говорят в пользу комбинированного подхода, при котором медиана выживаемости достигает 17 мес, тогда как при иммунотерапии она составляет всего 7 мес.

Единого подхода к лечению распространенного рака почки, который малочувствителен к цитостатикам и лучевой терапии, не существует, поэтому становится очевидной необходимость разработки адекватного арсенала методов паллиативного лечения указанного контингента больных [12].

Как показывает анализ многочисленных публикаций, меланома кожи, относящаяся к наиболее не-

предсказуемым опухолям, характеризуется быстрым метастазированием и диссеминацией процесса, причем заболеваемость населения некоторых стран удваивается каждые 10–20 лет. Сегодня в мире возникновение меланомы кожи ежегодно увеличивается на 5%. Не является исключением и Российская Федерация, где за последние 10 лет показатели заболеваемости меланомой кожи выросли на 53,2%.

В 2001 г. в нашей стране меланома кожи была диагностирована у 6335 пациентов. Более 60% новообразований выявлены в I – II стадии, 22,5% – в III и 9,5% – в IV стадии [24], однако лечение меланомы не дает пока удовлетворительных результатов: независимо от применяемых видов лечения пятилетняя выживаемость колеблется в пределах 15–30%.

К сожалению, ничто не внушает практикующему врачу-онкологу такого пессимизма и бессилия, как диагностирование у пациента отдаленных метастазов меланомы. Средняя продолжительность жизни больных, страдающих этим недугом, колеблется от 6 до 9 мес, а пятилетняя выживаемость составляет менее 5% [1].

Результаты исследований активности отдельных препаратов продолжают разочаровывать. Эффективность монотерапии, как правило, не превышает 20%, и ни один из используемых в онкологической практике цитостатиков пока не доказал своего превосходства. Средняя продолжительность ремиссий, достигнутых с помощью однокомпонентных режимов, составляет, по данным разных авторов, 5–7 мес.

Отсутствие единого мнения о том, какой режим и/или комбинацию следует считать стандартными при лечении диссеминированной меланомы, предопределило разработку новых лекарственных подходов – иммуно- и иммунохимиотерапии.

Обобщая сказанное, следует с сожалением отметить, что достигнуть излечения диссеминированных форм злокачественных новообразований (ЗНО) пока не удалось. Существующую систему организации помощи больным с распространенными формами ЗНО нельзя назвать совершенной, так как в ней до сих пор не определены роль и место паллиативного лечения, а все публикации, касающиеся данной проблемы, носят разрозненный и эпизодический характер. Существующие хосписы и отделения паллиативной помощи работают чаще всего в отрыве от онкологической службы и специалистов-онкологов. Разве можно считать полноценной медицинскую помощь в этих учреждениях, если там нельзя провести паллиативную химио- или лучевую терапию?

Больной, у которого есть перспектива успешного лечения, лечится в онкологическом учреждении

под руководством онколога, но если он становится бесперспективным, его путь лежит в клинику паллиативной медицины или хоспис, которые способны принять единицы страждущих, либо домой для ухода силами родных и близких. Этот переход является дополнительной тяжелой психологической травмой, подтверждением безнадежности лечения и безысходности. Потеря докторов и ставшего привычным онкологического стационара заставляет больного и его родственников искать лечащего врача и больницу. В этих условиях даже простейшие медицинские манипуляции, такие, как лапароцентез и плевральная пункция, становятся трудноразрешимой задачей, особенно для жителей сельской местности.

Решением этой проблемы должна стать организация региональных систем паллиативной помощи, в которых определены роль и место такой помощи, а также лечение больных на базе существующих онкологических институтов, больниц и диспансеров. В этом случае удалось бы сохранить преемственность оказания медицинской помощи онкологическому больному на всех этапах болезни.

Создание подобных систем позволило бы объединить врачей различных специальностей, работающих в области паллиативной медицины: специалиста по обезболиванию, диетолога, психотерапевта и т.д. Обязательная стажировка в подобной структуре молодых онкологов и медицинских сестер поможет им овладеть основами паллиативной онкологии и осознать ее роль как важнейшей составляющей части онкологии. Специалисты паллиативной медицины могли бы принимать активное участие в контроле многочисленных симптомов заболевания или лечении осложнений у больных после оперативного вмешательства, лучевой или лекарственной терапии. В этой системе должна быть налажена эффективная амбулаторная и стационарная помощь больным распространенными формами ЗНО [22]. Подобные системы создали бы условия для разработки, научного обоснования и внедрения в практику методологических подходов при организации паллиативного лечения, определении оптимального арсенала средств и методов, улучшающих качество жизни больных, при оценке эффективности этих средств. Необходима интеграция паллиативной помощи и лечения в онкологическую практику, подкрепленная организационно и методологически. Только так можно сохранить преемственность в оказании медицинской помощи онкологическому больному от момента постановки диагноза до смерти, которая, увы, пока неотвратима для определенной части наших пациентов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Акимов М.А.* Возможности повышения эффективности стандартных режимов химиотерапии с помощью производных нитрозомочевины у больных с диссеминированной меланомой кожи // *Матер. V Всероссийск. съезда онкологов.* – Казань, 2000. – Т. 3. – С. 290–292.
2. *Бойко А.В.* и др. Современная химиотерапия распространенного немелкоклеточного рака легкого. – СПб, 1998. – С. – 3–7.
3. *Воробьев Г.И.* Одномоментные циторедуктивные операции при метастазах рака ободочной кишки в печень // *Росс. онкол. журн.* – 2003. – № 3. – С. 4–7.
4. *Гарин А.М.* Прогресс в лекарственном лечении диссеминированного рака молочной железы // *ESMO, 2001.* – С. 67–69.
5. *Гарин А.М.* и др. Обзор возможностей химиотерапии рака желудка // *Рус. мед. журн.* – 2001. – Т. 9, № 22 (141). – С. 989–991.
6. *Давыдов М.И., Аксель Е.М.* Злокачественные новообразования в России и странах СНГ в 2000 г. – М., 2002. – С. 3.
7. *Заридзе Д.Г., Мень Т.Х.* Приоритетные направления противораковой борьбы в России // *Росс. онкол. журн.* – 2001. – № 5. – С. 5–6.
8. *Здравоохранение мира в 1996 г.* // Изд. ВОЗ, Женева, 1997.
9. *Куликов Е.П.* и др. Выживаемость больных раком толстой кишки 4 стадии после паллиативных резекций // *Матер. конференции.* – Бодрум, 2001. – С. 23.
10. *Матвеев Б.П.* Лечение диссеминированного рака предстательной железы: опыт онкологического научного центра РАМН // *Современные подходы к лечению онкоурологических заболеваний: Тезисы докладов.* – С. 5–7.
11. *Мирошников Б.И.* и др. Резекция пищевода при раке Т4 // *Паллиативная помощь в онкологии: Сб. науч. работ V Всерос. конф.* – Бодрум, 2001. – С. 34–35.
12. *Михич Г.* Роль хирургических методов лечения диссеминированного рака почки // *Матер. V ежегодной рос. онкол. конф.* – М. – С. 61 – 62.
13. *Модников О.П.* и др. Костные метастазы рака молочной железы. М., 2001. – С. 5.
14. *Новикова Е.Г.* и др. Новый взгляд на проблему лечения распространенного рака яичников // *Матер. V Всерос. съезда онкологов.* – Казань, 2000. – С. 411–413.
15. *Редди Т.Г.* и др. Паллиативная лучевая терапия НМРЛ // *Паллиативная помощь в онкологии: Сб. науч. работ V Всерос. конф.* – Бодрум, 2001. – С. 52.
16. *Русаков И.Г.* и др. Гормонотерапия генерализованного рака предстательной железы // *Совр. онкол.* – 2000. – Т. 2, №3. – С. 92–94.
17. *Сагайдак И.В.* Хирургическое лечение больных с метастазами колоректального рака в печени и перспективны адыювантной химиотерапии // *Росс. онкол. журн.* – 2003. – № 3. – С. 8–10.
18. *Старинский В.В.* и др. Анализ заболеваемости ЗНО и смертности от них населения России // *Матер. V Всерос. съезда онкологов.* – Казань, 2000. – С. 86 – 88.
19. *Тарасов В.А.* и др. Хирургическое лечение распространенных форм рака желудка // *Практич. онкол.* 2001. – №3 (7), сентябрь. – С. 52–58.
20. *Трапезников Н.Н., Аксель Е.М.* Заболеваемость и смертность от злокачественных новообразований населения стран СНГ в 1996 г. – М., 1997. – С. 302.
21. *Трахтенберг А.Х.* Рак легкого // *Избранные лекции по клинической онкологии.* – М., 2000. – С. 320 – 331.
22. *Тюляндин С.А.* Интеграция паллиативной помощи в онкологическую практику // *Практич. онкол.* 2001. – №1 (5). – С. 4.
23. *Тюляндин С.А.* Лечение больных распространенным раком яичников // *Матер. V ежегодной рос. онкол. конф.* – М., 2001. – С. 18–20.
24. *Чиссов В.И.* и др. Злокачественные новообразования в России. – М., 1999. – С. 288.
25. *Чиссов В.И.* и др. Состояние онкологической помощи населению России в 2001 г. – М., 2002. – С. 4–5.
26. *Щербков А.М.* и др. Современные тенденции паллиативного лечения больных раком пищевода // *Практич. онкол.* 2003. – Т. 4, №2. – С. 95.
27. *Brett G.Z.* The value of lung cancer detection by six-monthly chest radiographs // *Thorax.* – 1968. – Vol. 23. – P. 414–420.
28. *Cancer Yncidence in Five Continent. YARC Sci. Pub. №143 / Eds D.M. Paskin et al.* – Lyon, 1997.
29. *Chu K., Tarone R.* et al. Temporal patherns in colorectal cancer incidence, survival and mostality from 1950 to 1990 // *J. Nat. Cancer.* – 1999. – Vol. 86 (13). – P. 997–1006.
30. *Komatsu Y* et al. Phase I/II clinical frial on the combination chemotherapy with CPT-11 and the new oral anti-cancer drug S-1 for advanced gastric cancer (AGC) // *EYC, 2001.* – S 288.
31. *O'Neil B., Fallon M.* ABC of Palliative care. Principles of palliative care and pain control // *BMJ Books, 1998.* – P. 2.
32. *Osols R.F.* Ovarian cancer: Cursent status and future directions // *Progress in anticancer chemotherapy / Ed. by P. Khayat, G. Hostobage.* – 2000. – P. 135–144.
33. *Parkin D.* et al. Global Cancer Statistics // *CA. Cancer. J. Clin.* – 1999. – Vol. 49. – P. 33–64.
34. *Pazdur R., Douillard I.-Y., Skillings I.R.* et al. Multi-centes phase III study of 5-FU or UFT in combination with leucovasin (LV) in patients with metastatic colorectal cancer // *Proc. 34. Am. Soc. Clin. Oncol.* – 1999. – Vol. 18. – P. 263a.
35. *Perez E.A.* Current management of metastatic breast cancer // *Semia Oncol.* – 1999. – Vol. 26:26 (Suppl. 12). – P. 1–10.

УДК 616.12-07

Возможности комплексного исследования системы кровообращения у населения методом объемной компрессионной осциллометрии

В.А.Дегтярев

(ЗАО «Технологические решения», Москва, тел. 978-79-58)

РЕЗЮМЕ

В свете данных о высокой смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в России рассматривается возможность комплексного исследования кровообращения у населения в рамках Федеральных целевых программ на основе объемной компрессионной осциллометрии. Метод и аппаратура, отличающиеся простотой и доступностью всем звеньям здравоохранения, относятся к высоким технологиям. Позволяют одновременно неинвазивно определять все основные показатели гемодинамики, включая венозное давление, как у взрослых, так и у детей с первых часов их рождения. Обеспечивается создание банков данных по состоянию кровообращения на региональных и федеральном уровнях, обследование в отдаленных поселках и зонах катастроф с передачей данных по телеметрии.

Ключевые слова: сердечно-сосудистые заболевания, артериальное и венозное кровообращение, объемная компрессионная осциллометрия.

Тяжелая демографическая ситуация в значительной мере связана с высокой смертностью населения от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) [14,16]. В 2002 г. они стали причиной смерти 1308,1 тыс. человек (56% от общего числа умерших) [15,30]. Отличительной особенностью ССЗ в РФ являются низкая обращаемость населения в лечебно-профилактические учреждения (ЛПУ) и высокая заболеваемость лиц трудоспособного возраста, смертность которых, по данным Р.Г. Оганова и соавт., во второй половине 90-х годов была почти в 3,5 раза выше, чем в Англии, Финляндии, Германии [18]. Результаты выборочных исследований [21] показали, что в России количество больных артериальной гипертензией (АГ) в возрасте 15 лет и старше достигает 41,6 млн человек, что значительно больше, чем в любой другой индустриально развитой стране [18]. Экономический ущерб, на-

носимый стране в связи с преждевременной смертью, временной или стойкой утратой трудоспособности, только от АГ и ее осложнений (ИБС и инсульт) в 1999 г. составил 29,3 млрд рублей [22].

Если положение дел в области предупреждения, ранней диагностики и адекватной терапии больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями не изменится, а оно, по нашим данным, имеет тенденцию к ухудшению, то в ближайшие 20–30 лет Россия потеряет от этих болезней десятки миллионов человек. Экономический ущерб, не считая морального, будет исчисляться сотнями миллиардов рублей. В свете изложенного только немедленно принятые чрезвычайные меры на федеральном уровне способны остановить эти негативные процессы. Примеры снижения уровня заболеваемости ССЗ и смертности от их осложнений на 30–40 и даже 60% известны [3,18]. В США, Канаде, Финляндии это произо-

шло, как только вопрос вышел на национальный уровень, а профилактическое направление в системе здравоохранения стало преобладающим.

По инициативе Минздрава РФ, Российской академии медицинских наук, ведущих кардиологов и педиатров страны в России предпринимаются первые масштабные шаги по борьбе с ССЗ и детской заболеваемостью. В рамках концепции национальной безопасности Президента Российской Федерации в 2001 г. приняты Федеральные целевые программы: «Профилактика и лечение артериальной гипертензии в Российской Федерации» [21] и «Дети России» [13], включающая в себя подпрограмму «Здоровый ребенок».

Минздрав РФ и РАМН вышли с инициативой, имеющей стратегическое значение – реформирование системы здравоохранения в нашей стране на основе новейших технологических и научных достижений в области телемедицины. В совместном приказе [17] четко определено, что прогресс в организации телекоммуникационных технологий создает базу для принципиально нового направления в организации и оказании медицинской помощи населению.

В настоящее время телемедицина развивается во всех европейских странах и США. Многочисленные телемедицинские проекты разрабатываются в ряде международных организаций. ВОЗ выдвинул идею создания глобальной телекоммуникационной системы [15]. Мы полностью разделяем мнение ведущих специалистов, что для России телемедицина нужна в значительно большей мере, чем западным странам. Использование телемедицины позволит значительно и быстро улучшить положение дел в здравоохранении, наладить оперативную связь ЛПУ периферии и центра и тем самым обеспечить оказание специалистами региональных и федеральных кардиологических центров высококвалифицированной медицинской помощи населению отдаленных поселков.

Телеметрические медицинские центры созданы в НИИ хирургии им. А.В.Вишневого РАМН, Научном центре сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева РАМН, Московском НИИ педиатрии и детской хирургии Минздрава РФ и примерно в 40 регионах и федеральных округах, в том числе Приволжском федеральном округе, Республиках Мордовия, Карелия, Якутия, Воронежской, Иркутской, Самарской областях.

Потенциал ведущих кардиологических центров страны вполне сопоставим с возможностями крупнейших клиник индустриально развитых стран. Об этом свидетельствуют результаты научных исследований российских ученых, представленные в научной периодике и в докладах на республиканских и международных съездах, симпозиумах, конференциях, тематика которых затрагивает основные и наиболее важные направления современной кардиологии [2, 7, 8, 12, 20, 24, 31].

Кардиологические и педиатрические центры Москвы, Санкт-Петербурга, большого числа других крупных городов достаточно подготовлены к реформе здравоохранения на основе развития медицинских телекоммуникаций.

Намного сложнее обстоит вопрос с ЛПУ, особенно сельской местности, которые необходимо обеспечить компьютерами с подключением в Интернет, а также доступной им кардиологической аппаратурой, позволяющей осуществлять широкий спектр исследований состояния сердечно-сосудистой системы. Для этой цели импортная аппаратура вряд ли подойдет, так как она дорога в обслуживании и требует специальной подготовки медицинского персонала. Кроме того, высокая стоимость такой аппаратуры не позволяет использовать ее в масштабе всей страны.

Телемедицинское обеспечение учреждений здравоохранения безусловно требует разработки Федеральной целевой программы и принятия решений на Правительственном уровне с выделением федеральных и региональных бюджетных средств, платежей из фондов обязательного и добровольного медицинского страхования, а также привлечения отечественных и зарубежных инвестиций. Определенные суммы могли бы быть получены в виде платежей населения за консультации ведущих специалистов по заболеваниям сердечно-сосудистой системы.

Оснащение ЛПУ амбулаторно-поликлинического звена, кабинетов врачей общей практики, учреждений терапевтической и кардиологических служб современной медицинской аппаратурой может быть осуществлено за счет разработок отечественных предприятий, которым также необходима поддержка на государственном уровне. При этом приоритет, на наш взгляд, должен быть отдан малому и среднему бизнесу, предприятия которого способны к быстрой переориентации и привлечению необходимых кадров. Особое место здесь занимают организации, специалисты которых трудились ранее на предприятиях военно-промышленного комплекса, имеющих заделы в области создания медицинской техники.

Примером аппаратуры комплексного исследования системы кровообращения, которая при поддержке Минздрава России, РАМН и при совместной работе с ведущими кардиологическими и педиатрическими организациями могла бы внести существенный вклад в решение вопросов Федеральных целевых программ «Профилактика и лечение артериальной гипертензии в Российской Федерации» и «Дети России», может быть АПКО-8-РИЦ, разработанная специалистами ЗАО «Технологические решения». Имея многолетний опыт разработки бортовой аппаратуры углубленных обследований членов экипажей ОС «Салют» и «Мир» [4,5], авторы для комплексного исследования системы кровообращения в условиях практического здравоохранения предложили метод

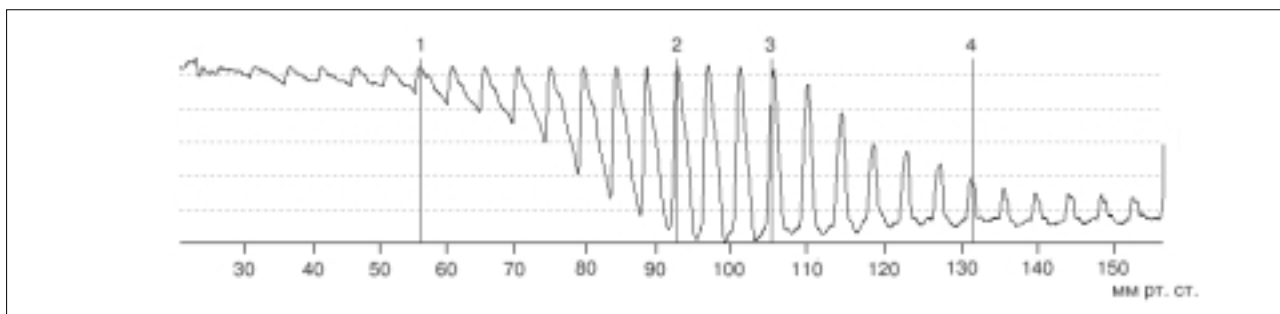


Рис. 1. Объемная компрессионная осциллограмма плечевой артерии

объемной компрессионной осциллометрии (ОКО), защищенный Российскими, Евразийскими и зарубежными патентами [22, 23, 24, 25, 37].

Несмотря на предельную простоту в эксплуатации, АПКО-8-РИЦ, основанная на регистрации ОКО, относится к высоким технологиям. Она не имеет аналогов как в отечественном, так и зарубежном приборостроении применительно к поставленной в федеральных программах задаче аппаратурного оснащения первичного звена медицины, ЛПУ, терапевтических, кардиологических, реанимационных, детских учреждений, перинатальных центров, женских консультаций, а также подразделений МЧС.

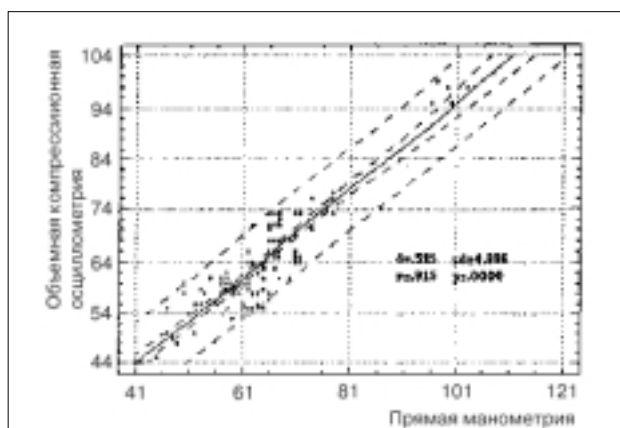
Принципиальным отличием ОКО от других осциллометрических методов является сохранение низкочастотных составляющих пульсовой кривой. Она позволяет (рис.1), наряду с другими показателями, измерять *артериальное давление диастолическое (АДд), среднее (АДср), систолическое (АДс) и конечное систолическое (АДкс)* [3, 27, 29]. Поскольку стенки артерии после компрессии и кратковременной ишемии дистального участка конечности изменяют свои характеристики, регистрация ОКО проводится в режиме набора давления в манжете.

При регистрации ОКО плечевой артерии АДд (точка 1) совпадает с началом отклонения кривой вниз и отражает начало сужения просвета артерии в диастоле под влиянием нарастающего давления в манжете, АДср соответствует началу полного пережатия просвета артерии в конце диастолы. В точке 3, совпадающей с АДс, просвет артерии в систоле начинает уменьшаться под влиянием давления в манжете. АДкс (точка 4) является признаком полного пережатия плечевой артерии не только в диастоле, но и в систоле.

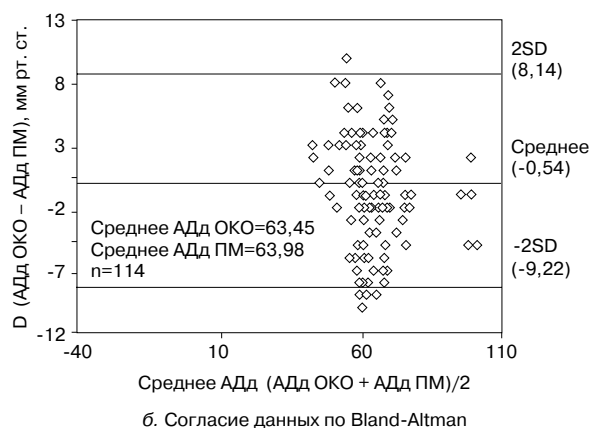
Сопоставление данных измерения АД по ОКО и прямой манометрии при расположении катетера на 2 см выше проксимального края пережимной манжеты, выполненное с участием сотрудников НИИ трансплантологии и искусственных органов Минздрава РФ (рис. 2, 3, 4), показало высокую сходи-

мость результатов по АДд, АДср, АДс. Признаков АДкс на пульсовой кривой, зарегистрированной прямым методом, не обнаружено.

Так как большинство врачей в повседневной практике пользуются методом определения АД по тонам Короткова и стандарты, по которым больные относятся к разным категориям тяжести гипертензии, также основываются на данном методе [1, 33,



а. Уравнение регрессии



б. Согласие данных по Bland-Altman

Рис. 2. Результаты одновременного измерения АДд методами объемной компрессионной осциллометрии и прямой манометрии, мм рт. ст.

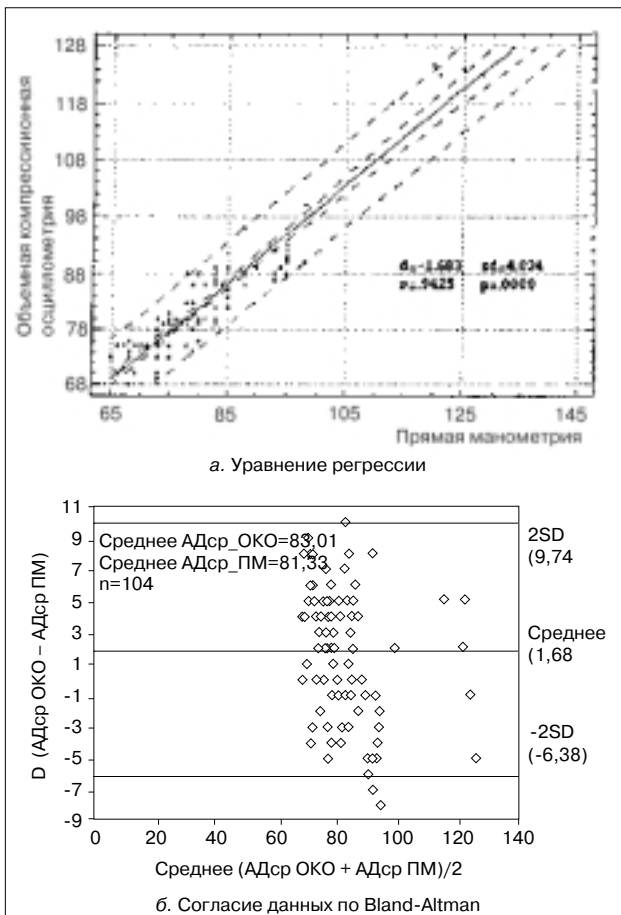


Рис. 3. Результаты одновременного измерения АДср методами объемной компрессионной осциллометрии и прямой манометрии, мм рт. ст.

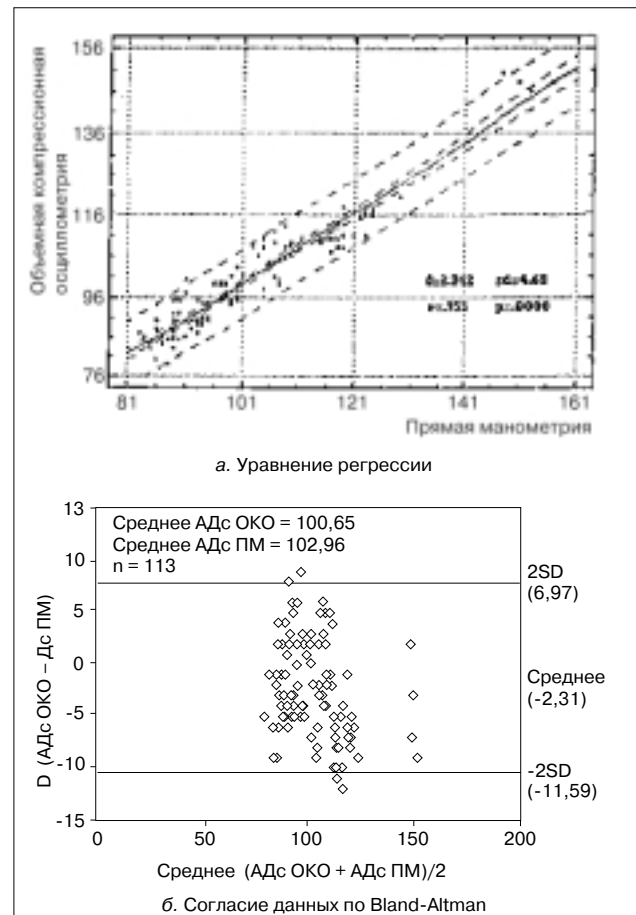


Рис. 4. Результаты одновременного измерения АДс методами объемной компрессионной осциллометрии и прямой манометрии, мм рт. ст.

35], в программе аппаратуры АПКО-8-РИЦ предусмотрено наряду с измерением АД по ОКО также его определение, совпадающее с данными аускультативного метода. Таким образом, в приборе совмещены два способа определения АД: по ОКО и аускультативному методу.

В настоящее время большое внимание при обследовании больных с ССЗ уделяется состоянию функции эндотелия [3, 33, 36]. Обычно исследования ведутся с применением дорогостоящей ультразвуковой аппаратуры с высокими разрешающими возможностями. По имеющимся у нас предварительным данным, для этих целей может быть использована ОКО, позволяющая одновременно определять основные показатели гемодинамики (табл.1), в том числе величину просвета артерии в систолу и диастолу, линейный и объемный кровоток, податливость стенок артериальных сосудов, давление в них.

Представленные на рис. 5 данные ОКО, зарегистрированные до (а) и в первые 15–20 с после прекращения ишемии (б), создаваемой 5-минутным пере-

жатием артерий предплечья, показывают четкое увеличение амплитуды пульсации плечевой артерии на участке кривой до Адд, то есть «ненагруженном» давлением плечевой манжеты. Следовательно, ОКО перспективна для таких исследований и через некоторое время, необходимое для завершения сравнительных исследований с другими методами, впервые можно будет проводить оценку эндотелиальной функции даже в первичном звене здравоохранения.

Еще в 50-е годы Г.Ф.Ланг отмечал, что изменение венозного кровообращения недостаточно изучено, тогда как оно представляет существенный интерес для понимания изменений гемодинамики [10]. Позже на важность изучения венозного кровообращения указывали многие авторы [3, 6, 19, 27, 35], однако эта задача до сегодняшнего дня оставалась невыполнимой, так как не было простых неинвазивных методов его регистрации.

Сохранение низкочастотной составляющей пульсовой кривой в ОКО позволило не только резко уменьшить погрешность неинвазивного измерения

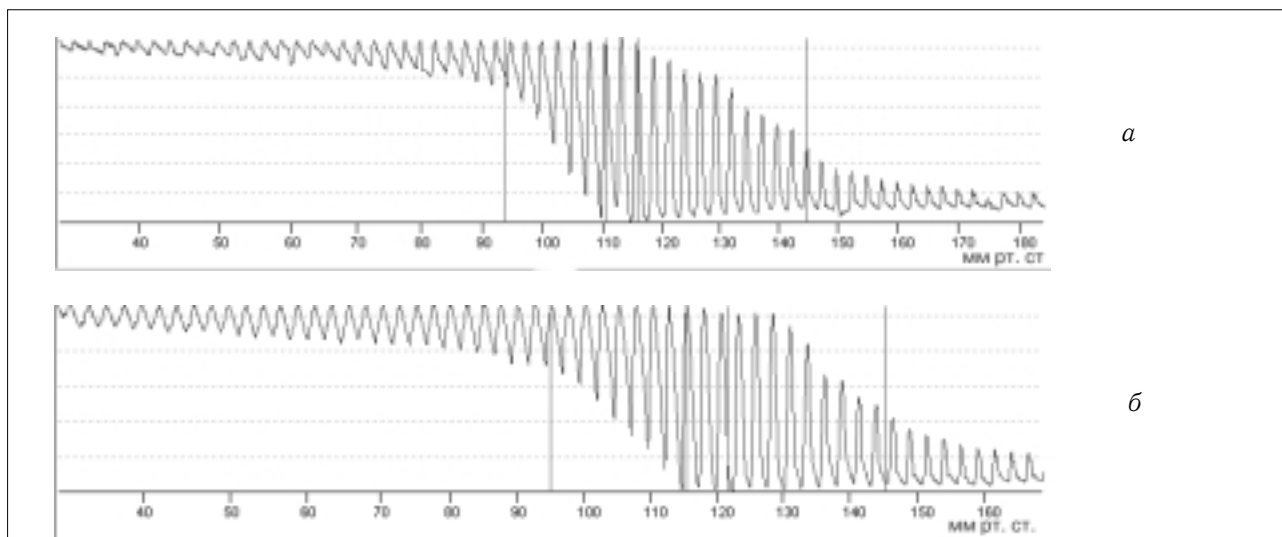


Рис. 5. Объемные компрессионные осциллограммы плечевой артерии, зарегистрированные до (а) и после (б) ишемической пробы с 5-минутным пережатием артерий предплечья.

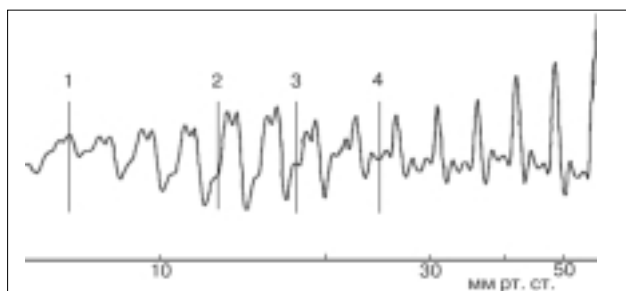


Рис.6. Объемная компрессионная осциллограмма плечевых вен.

1 – минимальное ВД, 2 – среднее ВД, 3 – боковое ВД, 4 – максимальное ВД.

АД, но и создало возможность неинвазивной регистрации *венозного давления* (ВД) по передаточной пульсации вен (рис.6) практически у всех обследуемых.

Наличие прибора, позволяющего с высокой точностью двумя неинвазивными методами измерять АД и также неинвазивным методом измерять ВД, открывает новые, недоступные ранее не только для периферических ЛПУ, но и для крупных кардиологических центров возможности исследования сердечно-сосудистой системы.

Известно, что венозная система кумулирует порядка 70% крови, активно вбрасывая или забирая ее из системы кровообращения за счет изменения тонуса вен, выполняющих роль депо крови [27]. Реактивность венозной системы столь высока, что прослеживается буквально со второго удара сердца, например при благополучном исходе стрессовых воздейст-

вий на человека. При этом реакция венозной системы является определяющей. Вначале происходит практически немедленное расширение венозного резервуара, сопровождающееся уменьшением притока крови к сердцу, и уже в результате этого снижается *ударный объем крови* (УО) и постепенно нормализуются увеличенные до этого ЧСС, АД, СВ и другие показатели кровообращения.

Мы наблюдали венозные кризы у людей, которых считали практически здоровыми, причем давление в венах плеча увеличивалось в 2–3 раза. Располагая существенно большим материалом (свыше 1000 измерений ВД), Г.М. Покалев [19] пришел к важному и не в полной мере оцененному большинством кардиологов заключению, что венозная гипертензия встречается так же часто, как и артериальная.

Так как в повседневной практике ВД не измеряется, то такой показатель как венозная гипертензия и ее влияние на уровень смертности населения, развития инсультов и инфарктов остается неизвестной. Только совместные исследования с клиницистами помогут ответить на этот вопрос, а также существенно расширить возможности исследования состояния кровообращения у населения России.

Применительно к задаче оснащения амбулаторно-поликлинических учреждений, кабинетов врачей терапевтических и кардиологических служб современным медицинским оборудованием и аппаратурой заслуживает внимания возможность на основе ОКО, помимо измерения АД и ВД, определять практически все основные показатели центральной и периферической гемодинамики (рис.7, табл. 2).

Приведенная для примера ОКО больного А., 67 лет, страдающего тяжелой формой гипертонии, су-

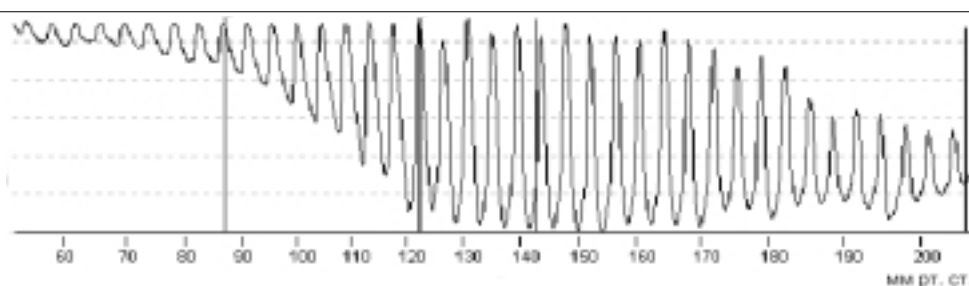


Рис. 7. Объемная компрессионная осциллограмма больного А.

Таблица 1

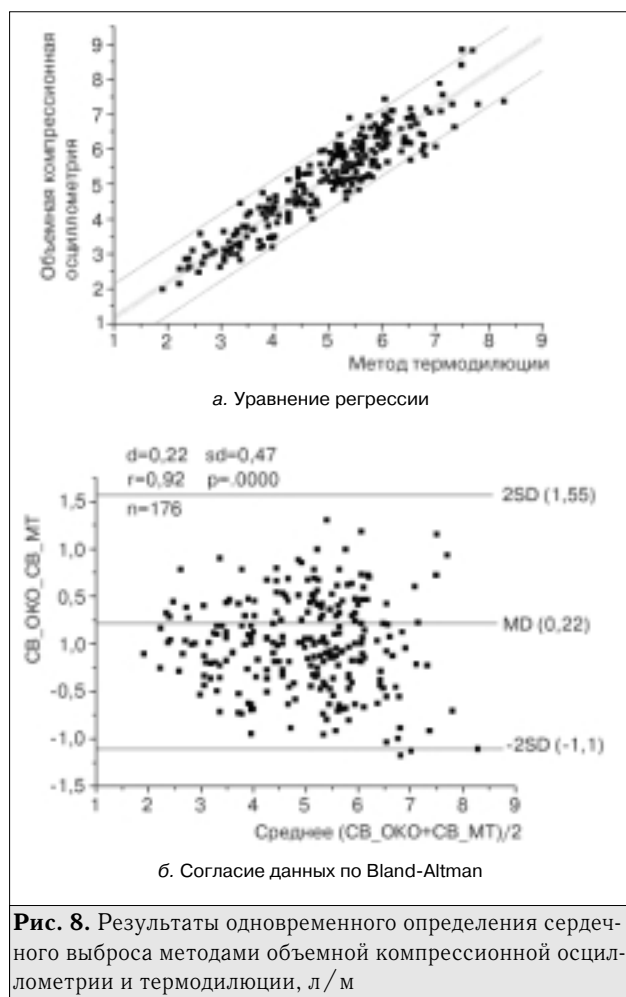
Результаты комплексного исследования кровообращения больного А.

Наименование показателей	Единицы измерения	Значения
Артериальное давление		
Диастолическое	мм рт. ст.	86
Среднее	«	121
Систолическое	«	142
Конечное систолическое	«	204
Пульсовое	«	56
Ударное	«	62
Диастолическое (по Короткову)	«	99
Систолическое (по Короткову)	«	188
Сердечная деятельность		
Частота сердечных сокращений	уд/мин	77
Сердечный выброс	л/мин	7,26
Сердечный индекс	л/(мин·м ²)	3,82
Ударный объем крови	мл	94
Ударный индекс	мл/м ²	50
Сосудистые показатели		
Диаметр артерии	см	0,49
Податливость артерии	мл/мм рт. ст.	0,04
Линейная скорость кровотока	см/с	138
Скорость пульсовой волны	«	834
Податливость сосудистой системы	мл/мм рт. ст.	1,68
Общее периферическое сопротивление сосудов	дин·см ⁵ ·с	1333
Удельное периферическое сопротивление фактическое (УПСф)	усл. ед	32
Удельное периферическое сопротивление рабочее (УПСр)	«	24
УПСф/УПСр	%	133

шественно отличается от ОКО здорового человека (рис.1). Обращает на себя внимание широкий ряд высоких по амплитуде осцилляций, маскирующий признак систолического давления, определяемого теперь по изменению скорости нарастания и спада осцилляций [24, 26]. Такой тип кривой характерен для лиц с высоким АД и, по-видимому, связан с наложением на основные осцилляции больших по амплитуде отраженных от периферии волн, образующихся в результате значительного увеличения перифери-

ческого сопротивления и жесткости артериальных сосудов.

При анализе показателей кровообращения, представленных в табл. 2, обращают на себя внимание выраженное несоответствие между фактическим и должным значениями *общего периферического сопротивления сосудов* (ОПСС), относительно высокие величины *УО* и *сердечного выброса* (СВ). Высокое *артериальное давление ударное* (Ауд), малая податливость плечевой артерии и артериальной сис-



темы в целом свидетельствуют о ригидности стенок крупных артерий в связи с высоким АД и, возможно, склерозировании стенок артерий, а также повышенном наполнении сосудов «котла» артериальной кровью. Значительные величины *артериального давления пульсового* (Адп) и АДуд являются показателями сохранения сократительной функции левого желудочка, однако условия его работы (малая растяжимость аорты и крупных артерий, высокое периферическое сопротивление) крайне неблагоприятны, так как они создают высокую нагрузку на сердце.

В представленном случае АПКО-8-РИЦ отразил практически классическую картину изменения гемодинамики при тяжелой *гипертонической болезни* (ГБ). Важно то, что эти изменения зарегистрированы, определены «слабые места» (значительное увеличение ОПСС, высокий СВ), которые в первую очередь требуют корректировки. Повторные исследования, которые занимают минимальное время, позволяют оценить эффективность как дозы, так и перечня медикаментозных средств, а также дифференцировать функциональные изменения в подат-

ливости сосудов от органических, обусловленных их склерозированием. В последнем случае показатели податливости и величины АДуд изменятся незначительно при снижении или нормализации системного АД.

При этом аппаратно-программный комплекс, разработанный на основе ОКО, обеспечивает автоматическую расшифровку и расчет указанных в таблице показателей в режиме набора давления в манжете (в среднем 40 с), их хранение, статистическую обработку, цифровое или графическое отображение и, в случае необходимости, передачу в консультативные центры по любым каналам связи.

Результаты работы, выполненной совместно с сотрудниками Главного военного клинического госпиталя им. Н.Н.Бурденко, по сравнению величин сердечного выброса, определенных по ОКО и методом термодилуции, представлены на рис. 8. Как и в случае с сопоставлением методов измерения АД по ОКО и прямой манометрии, получены вполне удовлетворительные результаты.

Метод ОКО хорошо зарекомендовал себя при обследовании больных с острым инфарктом миокарда в реанимационном отделении Московской городской клинической больницы № 59. Как видно из табл. 2, результаты определения СВ методами ОКО и термодилуции у этих больных были достаточно близки, в том числе при развитии кардиогенного шока.

В клинике нефрологии, внутренних и профессиональных болезней Московской медицинской академии им. И.М.Сеченова при комплексном исследовании сердечно-сосудистой системы у больных волчаночным нефритом [30] было показано, что сочетание высоких АДср и ОПСС при низком УО и стойкой тахикардии всегда прогностически неблагоприятно: $\frac{3}{4}$ таких больных погибали в течение года от сердечно-сосудистых осложнений. В конечную регрессионную модель, с высокой достоверностью предсказывающую неблагоприятный прогноз, вошли только АДср и ОПСС. Добавление к полученной модели клинических, анамнестических и лабораторных данных не повышало степень прогноза. По результатам исследования на АПКО-8-РИЦ определялись группы больных с высоким риском гибели от сердечной недостаточности и нуждающихся в переводе в отделение интенсивной терапии и лечения мощными периферическими вазодилататорами, а также устранения анемии, как фактора, усугубляющего расстройство центральной гемодинамики.

Эти данные, по-видимому, заинтересуют врачей ЛПУ, особенно расположенных на периферии, так как позволяют с высокой надежностью разработать грамотную программу оказания медицинской помощи больным волчаночным нефритом до их перевода в стационар, даже в тех случаях, когда не имеется возможности проведения лабораторных исследований.

Таблица 2

Результаты одновременного определения сердечного выброса методами объемной компрессионной осциллометрии и термодилуции у больных острым инфарктом миокарда, л/мин

Номер измерения	Метод		Номер измерения	Метод		Номер измерения	Метод	
	ОКО	термодилуции		ОКО	термодилуции		ОКО	термодилуции
1	4,92	5,36	25	4,41	4,41	49	5,19	5,03
2	3,61	3,71	26	4,05	3,89	50	4,38	4,58
3	2,34	2,85	27	4,49	4,49	51	4,46	4,63
4	2,4	2,87	28	4,38	4,47	52	4,26	4,51
5	2,37	2,57	29	4,66	4,21	53	4,53	4,97
6	2,41	2,64	30	5,14	5,00	54	5,5	6,21
7	3,09	3,08	31	4,71	4,01	55	5,61	5,09
8	2,23	2,58	32	4,56	4,47	56	5,62	5,58
9	6,8	6,1	33	5,32	5,81	57	5,33	4,78
10	6,78	6,41	34	6,43	6,33	58	5,62	6,21
11	6,72	6,45	35	6,6	6,86	59	5,57	4,84
12	6,42	6,23	36	6,08	6,16	60	5,45	5,00
13	6,54	7,15	37	6,11	5,63	61	3,18	3,16
14	6,84	7,15	38	3,41	3,79	62	3,88	3,8
15	5,88	6,36	39	3,54	4,19	63	6,58	8,79
16	6,08	6,33	40	3,24	3,54	64	6,58	8,07
17	5,67	5,77	41	3,05	3,64	65	7,08	7,87
18	6,12	6,45	42	2,98	2,63	66	7,5	8,84
19	5,88	5,66	43	3,15	3,35	67	7,49	8,4
20	6,12	6,16	44	3,27	3,26	68	7,7	8,82
21	5,24	6,1	45	2,58	2,48	69	2,65	2,73
22	5,08	5,7	46	2,76	3,22	70	2,47	3,1
23	4,66	5,3	47	2,22	2,15			
24	2,72	3,29	48	2,61	3,58			

СВср. методом ОКО = 4.76 л/мин
 СВср. методом термодилуции = 4.98 л/мин
 Коэффициент корреляции = 0.92

Средняя разница (MD) = -0.222
 Стандартное отклонение (SD) = 0.48
 Число измерений (N) = 70

АПКО-8-РИЦ может найти широкое применение при выполнении Федеральной целевой программы «Дети России», включая не только центральные и региональные перинатальные и неонатальные центры, но и роддома, женские медицинские консультации.

На рис. 9 показана ОКО, зарегистрированная на 7-е сутки после рождения недоношенного ребенка (36–37 недель беременности), находившегося в реанимационном отделении с диагнозом: острая дыхательная недостаточность, церебральная ишемия 2 степени, врожденный порок сердца?, отечный синдром 2 степени, острая почечная недостаточность, олигурия, легочное кровотечение, неонатальные судороги. Аппаратура и программа были адаптированы к регистрации ничтожных по амплитуде пульсаций сосудов как на плече, так и на бедре и голени ребенка. Зарегистрированная ОКО практически не отличается от ОКО взрослого человека. Величины же показателей гемодинамики (табл. 3), ориентирован-

ные на литературные данные, соответствуют возрасту и тяжести состояния ребенка. В левой части кривой на рис. 9 видны венозные пульсации, по которым определяется ВД. В данном случае у ребенка с множественной тяжелой патологией наряду с артериальной регистрируются венозная гипертензия, резкое увеличение фактического периферического сопротивления над его должными величинами.

Нам неизвестны аналоги детскому варианту аппаратуры, которая позволяет за 15–20 с неинвазивно определять все основные показатели гемодинамики, даже в тех случаях, если исследование потребуется проводить в первые минуты после рождения ребенка.

На наш взгляд, этот пример является ярким доказательством возможности использования ОКО при исследовании гемодинамики в любых реанимационных отделениях, как бы низко ни упало АД пострадавших, и даже в тех случаях, когда измерение АД аускультативным методом или ультразвуковое обследование оказываются невозможными.

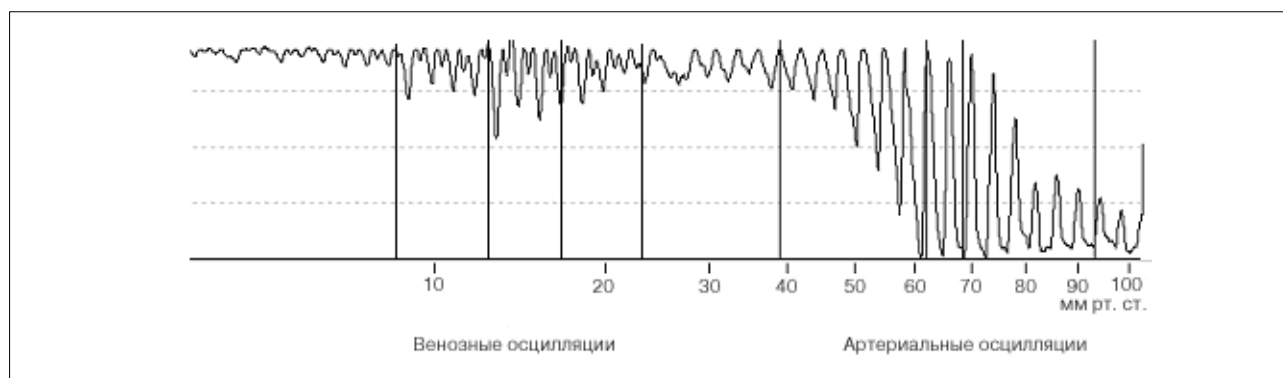


Рис. 9. Объемная компрессионная осциллограмма сосудов плеча новорожденной М. (36–37 недель беременности)

Таблица 3

Результаты комплексного исследования кровообращения новорожденной М.

Наименование показателей	Единицы измерения	Значения
Артериальное давление		
Диастолическое	мм рт. ст.	38
Среднее	«	61
Систолическое	«	67
Конечное систолическое	«	92
Пульсовое	«	29
Ударное	«	25
Диастолическое (по Короткову)	«	54
Систолическое (по Короткову)	«	85
Сердечная деятельность		
Частота сердечных сокращений	уд/мин	157
Сердечный выброс	л/мин	0,555
Сердечный выброс/кг	л/мин/кг	0,315
Сердечный индекс	л/(мин·м ²)	4,19
Ударный объем крови	мл	3,53
Ударный объем крови/кг	мл/кг	2,01
Ударный индекс	мл/м ²	26,70
Сосудистые показатели		
Диаметр артерии	см	0,209
Податливость артерии	мл/мм рт. ст.	0,490
Линейная скорость кровотока	см/с	93
Скорость пульсовой волны	«	568
Податливость сосудистой системы	мл/мм рт. ст.	0,12
Общее периферическое сопротивление сосудов	дин·см ⁻⁵ ·с	8795
Удельное периферическое сопротивление фактическое (УПСф)	усл. ед	15
Удельное периферическое сопротивление рабочее (УПСр)	«	9
УПСф/УПСр	%	167

Применительно к задачам, стоящим перед первичным звеном здравоохранения, должно быть интересно, что в Перинатальном центре г. Набережные Челны при исследовании гемодинамики фактически отказались от использования ультразвуковой аппаратуры.

Обследование с помощью АПКО-8-РИЦ успешно проводилось дежурными медицинскими сестрами.

Комплексное исследование гемодинамики [28] показало, что ведущее значение в адаптации системы кровообращения к новым условиям функциони-

рования при физиологически протекающей беременности имеет прогрессирующее увеличение податливости стенок артериальных сосудов. Это подтверждалось достоверным увеличением модуля объемной упругости сосудов и снижением скорости распространения пульсовой волны. Снижается также периферическое сопротивление сосудов. Предельно простой метод, по мнению перинатологов, оказался достаточно информативным, чтобы увидеть признаки увеличения нагрузки на сердечно-сосудистую систему плода в последние недели беременности и ее подготовки к самостоятельному функционированию. Это отражалось на относительном увеличении периферического сопротивления, по-видимому, за счет сужения сосудов, питающих плаценту, при дальнейшем нарастании податливости артериальных сосудов матери.

Таким образом, изложенные данные свидетельствуют о наличии новых возможностей комплексного исследования сердечно-сосудистой системы населения России и оснащения практически всех лечебно-

профилактических учреждений простой и высокоинформативной аппаратурой для неинвазивной регистрации основных показателей кровообращения. Это обеспечит проведение в короткие сроки массовых обследований населения с целью раннего выявления больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы или склонных к такой патологии людей, в первую очередь с повышенным АД и ВД.

Фактически создаются беспрецедентные условия создания банка данных по всем основным показателям кровообращения у населения как на региональном, так и федеральном уровнях при минимальных ошибках измерения. Аппаратура, основанная на регистрации ОКО и передаче данных по телеметрическим каналам связи, создает принципиально новые возможности углубленного исследования сердечно-сосудистой системы и оказания медицинской помощи людям, живущим вдали от крупных городов, в сельской местности, отдаленных поселках, а также в местах техногенных катастроф.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Артериальная гипертензия. Рекомендации Всемирной организации здравоохранения и Международного общества гипертонии. М., 1999. – С.18.
2. Беленков Ю.Н., Акчурина Р.С., Савченко А.Н. и др. Результаты вторичной эндоваскулярной реваскуляризации с применением стентов у больных, перенесших операцию коронарного шунтирования / Тезисы докладов на Российском национальном конгрессе кардиологов «От исследований к стандартам лечения». М., 2003. – С.30–31.
3. Гогин Е.Е. Гипертоническая болезнь, М., 1997. – 399 с.
4. Дегтярев В.А. Вопросы адаптации человека к невесомости и пути дальнейшего совершенствования системы медицинских исследований в условиях полета // В кн.: Аппаратуры и методы медицинского контроля. – Л., 1982. – С. 76–78.
5. Дегтярев В.А., Хаятин В.М. Состояние сердечно-сосудистой системы человека в условиях длительных космических полетов // В кн.: Человек в космосе. – М., Наука, 1974. – С.163–173.
6. Запскалов И.В. Роль венозных сосудов в регуляции периферического кровообращения. – Томск, 1994. – С.159.
7. Карпов Р.С., Лишманов Ю.Б. Состояние и перспективы развития научных исследований по кардиологии в Сибири // Рос. мед. вест. – 2003. – Т.8, №3. – С.14–21.
8. Кобалава Ж.Д. Основные положения современных рекомендаций по артериальной гипертензии. – М., 2003. – С.128.
9. Концепция развития телемедицинских технологий в Российской Федерации. М., 2001. – С.1–15.
10. Ланг Г.Ф. Гипертоническая болезнь. Л.: Медгиз. – 1950. – С. 495.
11. Маколкин В.И. Нейроциркуляторная дистония // Тер. арх. – №6. – 1995. – С.66–70.
12. Мареев В.Ю., Беленков Ю.Н. Должны ли измениться взгляды российских врачей на принципы лечения артериальной гипертензии в свете результатов исследования ALLHAT. // Сердце. – Т.2, №1. – С.2–7.
13. О разработке проекта федеральной целевой программы «Дети России» на 2003–2006 г. // Распоряжение правительства РФ. – 2002. – №292 р.
14. О состоянии здоровья населения Российской Федерации в 2002 г., Государственный доклад МЗ РФ и РАМН. 2003. – 97 с.
15. О телемедицине и информационной политике в области охраны здоровья граждан Российской Федерации // Материалы Парламентских слушаний 20 мая 2002 г. – М., 2002. – 161 с.
16. Об итогах работы органов и учреждений здравоохранения в 2001 году и задачах по совершенствованию медицинской помощи населению в соответствии с программой социально-экономического развития Российской Федерации на среднесрочную перспективу (2002–2004 годы) // Доклад Министерства здравоохранения Российской Федерации. М., – 2002. – 176 с.
17. Об утверждении концепции развития телемедицинских технологий в Российской Федерации и плана ее реализации, Приказ МЗ и РАМН от 27.08.2001 г. №344/76
18. Оганов Р.Г., Масленникова Г.Я. Смертность от сердечно-сосудистых заболеваний // Специализированная газета для врачей «Близко к сердцу». 2003. – Вып. 2. – С.2.
19. Покалев Г.М. Головная боль в клинике внутренних болезней // Нижегородский мед. журн. – 2001. – №1. – С. 70–83.
20. Покровский А.В. Возможности сосудистой хирургии в предотвращении ишемического инсульта мозга // Рос. мед. вестн. – 2003. – Т.8, №3. – С.13.
21. Профилактика и лечение артериальной гипертензии в Российской Федерации (2002–2008г.) // Федеральная целевая программа. – 2001. – С.2–30.
22. Раозин В.Н. Способ регистрации объемной артери-

- альной осциллограммы // Патент РФ, №2090134 от 20.09.1997.
23. Рагозин В.Н., Дегтярев В.А. Способ измерения артериального давления // Патент РФ, №2088140 от 27.08.1997.
 24. Рагозин В.Н., Дегтярев В.А., Андрияко Л.Я., Кириллова З.А. Способ компрессионной объемной осциллометрии для определения показателей системы кровообращения // Евразийский патент №003497, 2003.
 25. Рагозин В.Н., Кириллова З.А. Способ измерения давления в глубокой вене плеча и измерительная система для его реализации // Патент РФ, №2107456 от 27.03.1998.
 26. Савицкий Н.Н. Биофизические основы кровообращения и клинические методы изучения гемодинамики. – Л., Медицина. – 1974. – С. 311.
 27. Ткаченко Б.И. Венозное кровообращение. – Л., Медицина. – 1979. – 222 с.
 28. Хамидуллина Ф.Н. Центральная и периферическая гемодинамика при физиологически протекающей беременности: Автореф. дисс.... канд. мед. наук. – Набережные Челны, 2002. – 19 с.
 29. Чазов Е.И. Реальность и надежды кардиологии // Рос. мед. вести. – 2003. – Т.8, №3. – С.8.
 30. Швецов М.Ю. Особенности синдрома гипертонии у больных волчаночным нефритом: Автореф. дисс.... канд. мед. наук. – М., 1978. – 27 с.
 31. Шевченко Ю.Л., Борисов И.Л., Баеткин Л.Н., Горюхатский Ю.И. Функция миокарда после резекции постинфарктной аневризмы левого желудочка // Тез. докл. на Рос. нац. конгр. кардиол. «От исследований к стандартам лечения». – М. – С. 354–355.
 32. Chalmers J. et al. WHO-ISH Hypertension Guidelines Committee. 1999 World Health Organization-International Society of Hypertension Guidelines for the Management // Hypertension. J. Hypertens. – 1999. – N17. – P.151–185.
 33. Cuchcroft J.R Chowienszyk R.J., Benjamin N., Ritter J.M. Preserved endothelium-dependent vasodilatation in patients with essential hypertension // N. Engl.J. – 1994. – N30. – P.1936–1940.
 34. JNC-V Joint National Committee on detection, evaluation an treatment of high blood pressure // Arch. Intern. Med. – 1993. – N153. P.154–183.
 35. Matisone D. Skards J, Dzerve V., Skorde J. Increased tone of resistance and capacitance vessels in hypertensives // Europ. Heart. J. – 1994 – N15. – P.595.
 36. Palmer R.M.Y., Ferrige A.G., Moncade S. Nitric oxide release accounts for the biological activity of endothelium-derived relaxing factor // Nature. – 1987. – N327. – P.524–526.
 37. Ragosin V.N., Degtiarev V.A. Oscillometric method for determining hemodynamic parameters of the arterial portion of patient's circulatory system and a measuring system for rrs realization // Patent USA, №5, 687, 731, Nov, 18, 1997.
 38. Recklinghausen H. Blutdruckmessung und Kreislauf in den Arterien des Menschen, Dresden, Leipzig. – 1940. 455 p.

SUMMARY

The opportunities of circulatory system complex investigation of the population by volumetric compression oscillometry

V.A.Degtyarev

The opportunities of the complex population study of circulatory system by volumetric compression oscillometry is discussed with respect to the high mortality of cardio-vascular diseases in Russia. This method is based on high technology equipment and is distinguished by its simplicity and availability to all levels of public health service. It allows to determine simultaneously all main features of hemodynamics, including venous pressure, both in adult and pediatric population including the newborn babies. The system allows the storage of the data banks of circulatory system parameters, that may be used at regional and federal levels as well as the assessment of remote settlements and catastrophe locations with data transfer by the means of telemetry.

Key words: cardio-vascular diseases, arterial and venous circulation, volumetric compression oscillometry.

Возможности лучевых методов в диагностике диабетической остеопатии

К.Ф.Вартанян

Министерство здравоохранения Российской Федерации, Российская медицинская академия последиplomного образования, кафедра эндокринологии и диабетологии (Москва)

РЕЗЮМЕ

Одним из осложнений сахарного диабета является диабетическая остеопатия, вызывающая деформацию стопы. Известна взаимосвязь сахарного диабета и остеопороза даже при отсутствии тяжелых осложнений сахарного диабета. Это предположение обуславливает другую проблему: как и каким способом выявить патологию костной ткани на доклинической стадии. Полученные результаты свидетельствуют о том, что радионуклидное исследование наряду с рентгеностеоденситометрией является чувствительным методом и может применяться в целях оптимизации диагностики патологического процесса в костной системе у пациентов с сахарным диабетом.

Ключевые слова: сахарный диабет, диабетическая стопа, радионуклидная скintiграфия, рентгенография, двухэнергетическая абсорбциометрия.

По прогнозам Всемирной организации здравоохранения распространенность сахарного диабета (СД) к 2025 г. в развитых странах возрастет на 41 % – с 51 до 72 млн человек [7]. Одним из самых грозных осложнений СД является поражение стопы (диабетическая стопа), что подтверждается данными о том, что 40–70 % всех ампутаций нижних конечностей связано с СД [2]. Причины и механизмы возникновения такого рода остеопатии до настоящего времени мало изучены, а результаты клинического применения различных методов визуализации для оценки характера и распространенности патологического процесса, в том числе радионуклидных [1,2,4,3,5,9,10,11], отрывочны и несистематизированны. Проблема распознавания СД на ранних стадиях приобретает первостепенное значение для выбора и проведения адекватной профилактики и терапии.

Отдавая должное успехам современной клинкорентгенологической диагностики патологии опорно-двигательного аппарата, следует отметить, что процент диагностических ошибок остается достаточно высоким. Их число обратно пропорционально стадии развития патологического процесса, что связано в основном с чувствительностью рентгенологического

метода. Как известно, рентгенологически могут быть выявлены лишь те изменения в скелете, которые характеризуются 25–30% деминерализацией костной ткани [2], что существенно ограничивает возможности их раннего выявления. В этой связи применение более совершенных методов диагностики патологии костной ткани ввиду их высокой чувствительности представляется вполне оправданным у больных СД типов 1 и 2.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В настоящем сообщении приведены результаты комплексных, часто пролонгированных радиометрических, гамма-сцинтиграфических и рентгенологических исследований у больных с диабетической остеопатией. Было обследовано 134 пациента в возрасте от 20 до 69 лет, госпитализированных в эндокринологические отделения ЦКБ МПС в течение 1998–2002 гг.: 59 мужчин и 75 женщин. Средний возраст больных составил $47,7 \pm 2,8$ лет. У 76 пациентов был диагностирован СД типа 1, у 58 – типа 2. В группе больных СД типа 1 мужчин было 32 (42%), женщины – 44 (58%), среди больных СД типа 2 – 27 (47%) и 31 (53%) соответственно. К моменту вклю-

чения в исследование средняя длительность заболевания в группе больных СД типа 1 составила $12,9 \pm 2,1$ лет, в группе больных СД типа 2 – $12,0 \pm 1,4$ лет.

Данные инструментальных методов диагностики сравнивали с собственными результатами, полученными в контрольной группе, которую составили 40 здоровых людей без сахарного диабета, заболеваний костно-суставной системы, щитовидной и паращитовидных желез, почек, онкологических и других хронических заболеваний, которые амбулаторно обращались к специалистам кафедр медицинской радиологии, эндокринологии и диабетологии РМАПО с жалобами на боли в различных областях костно-суставной системы. В контрольную группу включены 24 женщины (9 – до 50 лет и 15 – старше 50 лет) и 16 мужчин (7 – до 50 лет и 9 – старше 50 лет). Средний возраст обследованных составил $51,6 \pm 3,15$ лет, что соответствовало среднему значению возраста пациентов с СД ($47,7 \pm 2,8$ лет, $p > 0,05$).

Рентгенологическое исследование костей и суставов стоп, поясничного отдела позвоночника L₁–L₄ и тазобедренного сустава проводили на аппарате фирмы «Siemens» – TUR 800 в переднезадних и боковых проекциях.

Двухэнергетическую рентгеновскую абсорбциометрию (ДРА) в настоящем исследовании выполняли с использованием рентгеновского денситометра Prodigy фирмы «Lunar» (США). Методом сбора данных служил рентгеновский двухмерный пучок с механическими перемещениями во время исследования. Определяли минеральную плотность костной ткани (МПКТ) поясничного отдела позвоночника и проксимального отдела одной из бедренных костей.

Исследовательская группа ВОЗ предложила следующие критерии диагностической оценки результатов измерений состояния костной ткани по критерию T, которые были разработаны для двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии (рентгеновской денситометрии) и ультразвуковой денситометрии:

- остеопороз с переломами: минеральная плотность костной ткани (МПКТ) ниже среднего уровня пика костной массы у молодых здоровых женщин более чем $-2,5$ среднего квадратичного отклонения (SD);
- остеопороз без переломов: МПКТ по T-критерию $< -2,5$ (SD);
- преклинический остеопороз (или остеопения). МПКТ ниже среднего уровня пика костной массы у молодых здоровых женщин на величину от T-1 до T-2,5 (SD);
- норма: показатель МПКТ по сравнению со средним уровнем пика костной массы по T-критерию от +1 до $-1,0$ (SD).

Остеосцинтиграфию осуществляли на эмиссион-

ном томографе SPECT фирмы «Toshiba» в планарном режиме. У всех больных исследовали стопы обеих ног в трех проекциях (переднезадней и двух боковых – латеральной и медиальной). Результаты исследований протоколировали и хранили на магнитном носителе информации для последующей количественной обработки. В ходе обработки выделяли симметричные по локализации и одинаковые по площади области интереса и вычисляли ряд показателей: общее значение, представляющее собой суммарный счет в импульсах области интереса, максимальное значение – максимальный счет пикселей в области интереса, среднее расчетное значение – отношение общего значения к пикселю. Эти параметры позволяют количественно охарактеризовать наличие, распространенность и выраженность патологических изменений в пораженных участках, особенно при оценке результатов исследований у больных, наблюдаемых в динамике.

Радиофармпрепарат ^{99m}Tc -технифор готовили непосредственно перед исследованием, для чего использовали стерильный лиофилизированный раствор пирофосфата отечественного производства, к которому добавляли элюат ^{99m}Tc -пертехнетата. Получаемый комплекс представлял собой бесцветный прозрачный раствор, рН которого был в пределах 6,0–6,5, а содержание свободного технеция ($^{99m}\text{Tc}4\text{O}$) – не более 5%. Радиофармпрепарат вводили внутривенно. Уровни вводимой активности составляли 5–7,4 МБк/кг массы тела. Исследование выполняли в период оптимального соотношения накопления РФП в костях и мягких тканях – через 2–3 ч после введения препарата.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

При проведении рентгенографии остеопения выявлена у 22 пациентов (27%), из которых женщины составили 68% (15 человек) и мужчины – 32% (7 человек). При СД типа 1 у женщин и мужчин снижение МПКТ отмечено соответственно в 60 и 40% случаев. При СД типа 2 остеопения в стопе обнаружена у 1 мужчины, что подтверждает мнение многих исследователей о преимущественном поражении костной системы у женщин, страдающих сахарным диабетом, особенно пожилых, как и в общей популяции.

При обследовании пациентов выявлено снижение костной плотности в различных отделах костной системы. Изменения стоп обнаружены в 19,5% случаев (16 пациентов), изменения в позвоночнике – в 13% (11 человек), поражение тазобедренного сустава – в 10% случаев (8 больных). Таким образом, максимальное количество рентгенологических находок было отмечено в стопах пациентов, минимальное – в костях тазобедренных суставов. У 41% обследованных установлено сочетанное снижение

МПКТ в двух или трех зонах, у 59% – изолированное поражение того или иного отдела скелета.

Поскольку рентгенологический метод предусматривает субъективную оценку результатов, нами была предпринята попытка получить количественные критерии с использованием системы баллов, основанной на классификации рентгенологических признаков остеопороза, предложенной Kruse (табл. 1) [8].

На основании предложенной классификации пограничные изменения или легкий остеопороз (остеопения) оценивались 1 баллом, изменения, соответствующие умеренному или выраженному остеопорозу, – 2 баллами.

При подсчете результатов было установлено, что большинство случаев остеопении и остеопороза выявлено в стопах пациентов. В позвоночнике остеопению диагностировали почти в 3 раза чаще, чем остеопороз; в области тазобедренного сустава лишь в 1 случае выявлен остеопороз и в остальных 7 случаях – остеопения.

Во всех стопах отмечено повышение прозрачности рентгенологической тени, что свидетельствовало о снижении костной плотности различной степени выраженности. Изменение поперечных трабекул выявлено у 12 и вертикальных трабекул – у 13 боль-

случаях была снижена плотность бедренной кости. На 6 рентгенограммах выявлено редуцирование поперечных трабекул, на 5 – грубая исчерченность вертикальных трабекул.

Достоверные рентгенологические изменения по сравнению с группой контроля получены лишь в стопах обследованных пациентов с СД как типа 1, так и типа 2 ($p < 0,05$). Это свидетельствует о том, что первые признаки остеопатии и соответственно наиболее выраженные изменения у больных СД встречаются в дистальных отделах скелета – стопах, чему способствует также нарушение кровоснабжения и иннервации периферических отделов нижних конечностей. Изменения, выявленные в позвоночнике и тазобедренных суставах, были сравнимы с таковыми в группе контроля ($p > 0,05$). Это свидетельствует о том, что изменения в костной ткани позвонков и тазобедренного сустава при СД являются более поздними и соответственно менее выраженными; вероятно, это связано с невысокой чувствительностью метода рентгенографии.

С целью изучения состояния минеральной плотности костной ткани у пациентов с СД проводили денситометрическое исследование с помощью двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии.

Таблица 1

Рентгенологические признаки остеопороза по Kruse (1978)

0 баллов	Патологические изменения отсутствуют в исследуемой области
1 балл – остеопения	<i>I степень – пограничные изменения:</i> подозрение на уменьшение костной плотности; редуцирование поперечных трабекул. <i>II степень – легкий остеопороз:</i> снижение костной плотности (повышение прозрачности рентгенологической тени); грубая исчерченность вертикальных трабекул
2 балла – остеопороз	<i>III степень – умеренный остеопороз:</i> выраженное снижение костной плотности; продавленность опорных площадок тел позвонков (двояковогнутость); клиновидная деформация одного позвонка. <i>IV степень – тяжелый остеопороз:</i> резкое повышение прозрачности («стеклянные позвонки»); «рыбьи позвонки»; клиновидная деформация позвонков

ных. В позвонках 11 пациентов была снижена костная плотность при повышении прозрачности рентгенологической тени, у 13 больных определены изменения в поперечных и вертикальных трабекулах. Продавленность опорных площадок тел позвонков выявлена на 3 и клиновидная деформация позвонков – на 2 рентгенограммах. У 2 пациентов обнаружены «рыбьи позвонки» (значительно уменьшен объем тела позвонков). В области тазобедренного сустава в 8

Определяли минеральную плотность костной ткани в поясничном сегменте L₁–L₄ и проксимальном отделе бедренной кости (область тазобедренного сустава). Данный метод применен у 134 пациентов. Как показало исследование обеих локализаций, при СД типов 1 и 2 минеральная плотность костной ткани (МПКТ) снижена, что достоверно отличается от значений в группе контроля. Так, при СД типа 1 в позвоночнике и в бедренной кости обнаружено снижение

МПКТ. Аналогичные изменения выявлены и при СД типа 2. Среднее значение критерия Т в области тазобедренного сустава при СД типа 1 почти в 3 раза превышало среднее значение в группе контроля. Этот же показатель при СД типа 2 отличался от нормы более чем в 3 раза. Изменения в позвоночном столбе также были достоверно значительнее, чем у пациентов без СД. При СД типов 1 и 2 среднее значение критерия Т было примерно одинаковым: $-1,06 \pm 0,11$ и $-1,11 \pm 0,12$ соответственно.

При проведении ДРА изменения выявлены у 72 (54%) из 134 пациентов. Мужчин с изменениями костной ткани было 25 (35%), женщин – 47 (65%). Из них СД типа 1 страдали 38 человек и СД типа 2 – 34.

При СД типов 1 и 2 изменения в позвоночнике были приблизительно одинаковыми. Аналогичная ситуация наблюдалась и в области тазобедренного сустава, где различия в плотности костной ткани у больных обеих групп не были достоверными.

Для оценки сочетанности поражений двух локализаций или изолированности этого патологического процесса была прослежена частота одного или двух участков поражения, определенных методом ДРА. Изолированное изменение плотности костной ткани выявлено у 65% из 72 больных, при этом изменения локализовались либо в позвонках, либо в бедренной кости. Соответственно в 35% случаев были поражены 2 участка костной системы. У мужчин и женщин позвоночник оказался поврежденным примерно в одинаковом проценте случаев (45 и 55% соответственно). Поражение тазобедренного сустава значительно чаще отмечалось у женщин – у 72% (среди мужчин – у 28%). Оба участка также в большем проценте случаев были изменены у женщин.

При СД типа 1 выявлена несколько иная картина. Процент повреждения позвоночника у мужчин и женщин оставался приблизительно одинаковым, однако все же несколько чаще страдали мужчины (56%). В области тазобедренного сустава МПКТ у женщин была изменена, но не так часто, как в общей группе больных СД: у 60% женщин и у 40% мужчин. Снижение МПКТ в обоих участках у мужчин выявлялось в 2 раза чаще, чем у женщин.

При СД типа 2 изменения в позвоночнике чаще встречались у женщин при изолированном поражении (69% случаев). Снижение плотности в области тазобедренного сустава у женщин отмечалось в 7 раз чаще, чем у мужчин. Одновременное поражение позвоночника и бедренной кости выявлено у 23% мужчин и у 77% женщин.

С учетом рекомендаций ВОЗ, касающихся оценки выраженности изменения плотности костной ткани на основании критерия Т, было выделено 2 группы больных – с остеопенией и с остеопорозом в исследуемых областях. Полученные результаты свидетельствуют о том, что в позвоночнике частота

выявления остеопении и остеопороза была почти одинаковой – у 28 и 26 больных соответственно. В бедренной кости значительно чаще диагностировали остеопению, чем остеопороз, – в 35 и 8 случаях соответственно.

Методом остеосцинтиграфии с использованием ^{99m}Tc -технифора обследовано 134 пациента с СД. Для описания сцинтиграмм применена система признаков, характеризующих полученное изображение. В зависимости от типа СД в опытных группах результаты исследования представлены в виде средних расчетных величин накопления РФП в патологических очагах костей стопы. Результаты сравнивали с аналогичными показателями в группе контроля.

У 72% больных СД наблюдали повышенное накопление РФП в костях стоп. Отличия этих показателей от показателей у пациентов без СД были статистически достоверными. В 40% случаев выявлено повышенное накопление РФП одновременно в области голеностопного сустава, пяточной кости и кости предплюсны. В 20% случаев РФП накапливался только в области голеностопного сустава, в 15% – только в области пяточной кости, в 10% – в области проекции плюсны и предплюсны, в 5% случаев – в области пяточной кости и в области проекции предплюсны.

Из 97 пациентов с повышенным накоплением РФП, выявленным методом остеосцинтиграфии (поражение обеих стоп), у 70% установлено сочетанное поражение обеих стоп. В основном это были женщины (68%); мужчины с поражением обеих стоп составили 32%. У значительно меньшего числа пациентов отмечено патологическое накопление РФП в одной стопе. В этой группе было примерно одинаковое количество лиц обоего пола (48% мужчин и 52% женщин).

Среди больных СД типа 1 пациенты с поражением обеих стоп встречались значительно чаще (73%), чем с поражением одной стопы (27%). Мужчин с изменениями в обеих стопах было 16 (40%), женщин – 24 (60%). С поражением одной стопы мужчин было в 2 раза больше (10 : 5).

При СД типа 2 повышенное накопление РФП в обеих стопах отмечалось в 2 раза чаще, чем с изменениями в одной стопе. У мужчин гиперфиксация РФП в обеих стопах наблюдалась почти в 4 раза реже, чем у женщин (21 и 79% соответственно). Повышенное накопление РФП в одной стопе выявлено у 29% мужчин и 71% женщин, т.е. у женщин оно встречалось почти в 2,5 раза чаще.

Таким образом, при СД типов 1 и 2 повышенное накопление РФП в обеих стопах было выявлено примерно в одинаковом проценте случаев (73 и 67% соответственно). У женщин изменение накопления РФП в обеих стопах отмечалось чаще, чем у мужчин, как при СД типа 1, так и при СД типа 2 (почти в

Таблица 2

Гиперфиксация РФП различной локализации у пациентов с СД типов 1 и 2 (средние расчетные значения накопления РФП $M \pm m$)

Локализация	СД типа 1 (n=55)	СД типа 2 (n=42)
Обе стопы	44,31±2,17	40,15±2,04
Правая стопа	50,79±2,14	46,39±2,07
Левая стопа	45,14±2,19	45,36±2,05

Таблица 3

Сравнительный анализ показателей тестов, использованных в настоящем исследовании, %

Метод	Точность	Чувствительность	Специфичность
Рентгенография	49,0	27,0	95,0
ДРА	61,5	54,0	87,5
Остеосцинтиграфия	73,0	72,0	75,0

4 раза). При СД типа 1 поражение одной стопы чаще встречалось у мужчин, в то время как при СД типа 2 данное изменение чаще (почти в 2,5 раза) выявлялось у женщин.

При оценке средних значений остеосцинтиграфии, отражающих степень повышенного накопления РФП в костях стопы, были получены результаты, представленные в табл. 2. Расчет среднего значения выполнен среди пациентов с выявленными изменениями.

Повышенное накопление РФП при обследовании обеих стоп было примерно одинаковым при СД типов 1 и 2 ($p > 0,05$). Таким образом, интенсивность накопления РФП в стопах при обоих типах СД принципиально не различается.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ПАТОЛОГИИ КОСТНОЙ ТКАНИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

Инструментальные методы диагностики (рентгенография позвоночника, области тазобедренного сустава и стоп, рентгеновская остеоденситометрия позвонков поясничного отдела и бедренной кости, радиоизотопная остеосцинтиграфия стоп), использованные в настоящем исследовании, обладают различной диагностической значимостью, поэтому была предпринята попытка проанализировать это положение.

Среди пациентов, обследованных при помощи рентгенографии, изменения обнаружены у 22 человек (27%). Патологические изменения в стопах выявлены у 19% больных (16), в позвоночнике – у 13% (11), в тазобедренном суставе – у 10% пациентов (8).

С применением метода ДРА снижение костной плотности отмечено у 54% пациентов (72 человека). В позвоночнике МПКТ оказалась сниженной у 40% больных (54 человека), в бедренной кости – у 32% (43 человека). Следовательно, метод ДРА более чем в 3 раза чаще, чем рентгенография, позволял регистрировать патологические изменения в позвонках и костях тазобедренного сустава, т. е. изменения, просматриваемые на рентгенограмме, могут быть обнаружены методом ДРА.

Как известно, диабетическая остеоопатия чаще всего дебютирует в проксимальных отделах нижних конечностей – в стопах. Наибольшее количество изменений было обнаружено у пациентов, обследованных методом остеосцинтиграфии стоп. При этом необходимо учитывать специфику изменений костной тка-

ни у пациентов с СД, которая заключается в том, что патологический процесс начинается преимущественно в нижних конечностях и часто осложняется таким грозным диагнозом, как диабетическая стопа.

Сравнение возможности выявления изменений в стопах методом рентгенографии и остеосцинтиграфии (19 и 72% находок) показало низкую информативность рентгенографии. В 32% случаев удалось визуализировать повышенное включение радиомаркера в клинически здоровых конечностях у пациентов с СД типов 1 и 2, осложненным односторонним синдромом диабетической стопы.

Применяя различные методы исследования в диагностике нарушений костного метаболизма и архитектоники кости, специалисты правомочно задают вопрос об использовании наиболее точных и чувствительных методик, которые можно было бы применить в практической деятельности. Для оценки диагностической значимости тестов требуется проводить сравнение диагностического решения с истинным состоянием больного. В настоящее время интерпретация медицинских изображений (сцинтифограмм, рентгенограмм) в большинстве случаев основана на визуальном анализе. При таком способе оценки для суждения о наличии или отсутствии конкретного заболевания требуется определить порог между нормой и патологией.

Учитывая применение в данном исследовании нескольких методик, мы сочли необходимым определить показатели, которые позволили бы сравнить использованные методы диагностики, а именно – рентгенографию, остеосцинтиграфию и рентгеноденситометрию. Были определены такие показатели,

как точность метода, его чувствительность и специфичность (табл. 3).

Наиболее высокоточным и чувствительным методом диагностики в настоящем исследовании явился метод сцинтиграфии. Метод ДРА имеет также высокую чувствительность и специфичность, что особенно важно при выборе тактики терапии и возможных профилактических мероприятий у пациентов со сниженной МПКТ. Наименее точным и соответственно наименее чувствительным представляется широко распространенный метод рентгенографии различных участков скелета.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Обнаруженные изменения могут стать предпосылкой для более раннего назначения лечебно-про-

филактических мероприятий на доклинической стадии диабетической остеопатии. Своевременное обследование пациентов позволит выявлять категорию больных, нуждающихся в назначении патогенетической терапии остеопатии как можно раньше. Это приведет к уменьшению продолжительности лечения, снижению затрат на медикаментозные средства и хирургическое лечение, повышению качества жизни, снижению инвалидизации, количества ампутаций и как следствие – снижению смертности. Очевидно, что такого рода находки имеют большое значение для правильной оценки состояния и выбора соответствующего лечения у данного контингента больных.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Балаболкин М.И., Хасанова Э.Р., Мкртумян А.М. О патогенезе диабетической остеопатии // Клин. мед. – 1988. – №3. – С. 86–88
2. Дедов И.И., Марова Е.И., Рожинская Л.Я. Остеопороз: патогенез, диагностика, принципы профилактики и лечения: Методическое пособие для врачей. – М., 1999. – 63 с.
3. Дедов И.И., Чернова Т.О., Григорян О.Р., Игнатков В.Я. Костная денситометрия в диагностике и мониторинге остеопатий // Остеопороз и остеопатии. – 2000. – №3. – С.16–19
4. Zubovskiy G.A., Turayev P.N., Filipchukhina и др. Сцинтиграфия скелета с использованием пирофосфата ^{99m}Tc // Мед. радиол. – 1978. – Т. 23. – №2. – С. 32–37.
5. Игнатов А., Дянков Л., Величков Л. и др. Радионуклидная диагностика изменений костей стопы при диабете // Мед. радиол. – 1979. – Т.24. – № 6. – С. 34 – 38
6. Касаткин Ю.Н., Пурижанский И.И., Сурвила З.П. и др. Применение пирофосфата ^{99m}Tc в диагностике злокачественных опухолей костей // Мед. радиол. – 1976. – Т.21, № 10. – С. 59–65
7. Мкртумян А.М. Оценка состояния костной ткани у больных сахарным диабетом // Остеопороз и остеопатии. – 2000. – №1. – С.27–30.
8. Мылов Н.М. Рентгенологическая диагностика остеопороза // Остеопороз и остеопатии – 1998. – №3. – С. 7–8.
9. Unal S.N., Baktiroglu S., Cantez S. Comparison of Tc-99m methylen diphosphonate, Tc-99m human immune globulin and Tc-99m-labeled white blood cell scintigraphy in the diabetic foot. – Clin. Nucl. Med. – 2001. – Vol.26 (12). – P.1016–1021.
10. Vesco L, Boulahdour H, Hamissa S. et al. The value of combined radionuclide and magnetic resonance imaging in the diagnosis and conservative management of minimal or localized osteomyelitis of the foot in diabetic patients // Metabolism. – 1999, Jul. – Vol.48 (7). – P. 922–927.
11. Young M.J., Selby P.L., Marshall A. et al. Does osteoporosis increase the risk of Charcot neuroarthropathy? // Diabet Med. – 1994. – Vol.11 (suppl 1). – P..30

SUMMARY

Opportunities of radiological methods in diagnostics of diabetic osteopathy

K.F. Vartanyan

Diabetic osteopathy causing deformity of the foot is the one of diabetes mellitus complications. The interrelation of diabetes mellitus and osteoporosis is known even at the absence of severe diabetes mellitus complications. This supposition causes another problem: in what way and by what method to reveal pathology of an osteal tissue at the preclinical stage. The obtained results prove that the radionuclide investigation, combined to X-ray absorptiometry is a sensitive method and can be applied to optimize the diagnostics of the osteal pathology in the patients with diabetes mellitus.

Key words: diabetes mellitus, diabetic foot, radionuclide scintigraphy, roentgenography, dual photon absorptiometry.

Клинико-диагностические параллели при осложненных и неосложненных формах болезни Крона у детей

О.В. Водилова, Л.Н. Мазанкова, И.Л. Халиф

(Кафедра детских инфекционных болезней Российской медицинской академии последипломого образования, ГНЦ колопроктологии МЗ РФ, Москва)

РЕЗЮМЕ

Выявлены особенности клинического течения и развития осложнений при болезни Крона (БК), начавшейся в детском возрасте у 150 детей. Осложненное течение БК отмечено у 34% обследуемых детей, причем наибольшее число осложнений появилось в первые 2 года заболевания. Частота и характер осложнений БК во многом зависели от длительности заболевания, локализации воспалительного процесса (78% осложнений отмечены при поражении толстой кишки), пола ребенка (у девочек осложнения отмечались в 1,4 раза чаще).

Ключевые слова: болезнь Крона, осложнения, дети.

Болезнь Крона (БК) – хроническое воспалительное заболевание желудочно-кишечного тракта, характеризующееся сегментарным поражением с образованием инфильтратов и глубоких продольных язв в кишечнике, развитием внекишечных проявлений и осложнений, непрерывным течением.

Этиология и патогенез заболевания до конца не изучены, многие вопросы ранней диагностики и лечения остаются открытыми. Среди существующих этиологических теорий развития заболевания одной из наиболее обсуждаемых является инфекционная, согласно которой возможным триггером болезни Крона может стать инфекционный фактор [7]. Актуальность проблемы БК объясняется длительным упорным течением заболевания с частыми обострениями, сопровождающимися развитием жизненно опасных осложнений, требующих хирургического вмешательства.

С середины 80-х годов наблюдается тенденция к росту заболеваемости БК среди детей различных возрастных групп, включая грудной возраст [7, 10], что вызвало возрастающий интерес как отечественных, так и зарубежных ученых к данной проблеме детского возраста [1, 2, 5], и все же с педиатрических позиций БК изучена крайне мало.

Первое описание БК у ребенка принадлежит В. Сгоhn, который наблюдал в 1934 г. 14-летнего мальчика с БК. В своей монографии (1949) В. Сгоhn

упоминает о девочке 13 лет, описание которой представил Abercrombie в 1828 г. как вероятный случай БК. В. Сгоhn сообщил о 6 детях моложе 10 лет с БК в качестве своего персонального наблюдения. Несмотря на увеличение числа сообщений о БК у детей, это заболевание длительное время считалось прерогативой взрослых. Moseley и соавт. (1960), рассматривая 28 случаев БК у детей, отметили, что более половины из них не были диагностированы в течение ряда лет из-за недостаточного внимания врачей к проблеме БК у детей [10]. В 1986 г. в результате изучения эпидемиологии БК среди детей Великобритании был установлен уровень заболеваемости, равный 10 на 100 000 детского населения [9]. Brahmé и соавт. (1975) сообщили о частоте первичной заболеваемости у детей, составившей 2,5 случая на 100 000 детского населения в год за период с 1958 по 1973 г. [8]. Это говорит о том, что тенденция к росту заболеваемости БК среди взрослого населения, отмечавшаяся после Второй мировой войны, характерна также и для детей.

В РФ эпидемиологические исследования, касающиеся распространенности БК среди детского населения, не проводились. Сведения о БК у детей представлены в единичных публикациях и в основном являются описанием клинических случаев заболевания. В 1997 г. опубликованы результаты исследования, проведенного И.В. Никулиной с соавт. среди взрослого населения, согласно которому заболевае-

мость БК в Москве и Московской области составила 3,4 на 100 000 населения. При этом ежегодно регистрируется 7–9 впервые выявленных больных [4]. По данным мировой литературы, заболеваемость БК среди детей составляет в среднем 14% от заболеваемости взрослых.

Зарубежные авторы сообщают о том, что среди детей с БК большинство (60%) – подростки, средний возраст которых не превышает 12 лет. Гораздо реже заболевание встречается в возрасте до 7 лет [3]. Известны единичные описания БК у детей в возрасте до 1 года.

Данные о половом составе больных детей противоречивы. Согласно одним публикациям число заболевших среди обоих полов относительно эквивалентно (соотношение мальчиков к девочкам 1:1,1) [3], по данным других авторов, мальчики заболевают БК вдвое чаще [5].

Из-за обилия форм и клинических проявлений БК до настоящего времени нет единого подхода к классификации БК у детей. Наиболее распространенной является принятая в 1999 г. Венская классификация, которая включает три параметра: возраст больного, локализацию поражения и форму течения заболевания (стриктурирующая, пенетрирующая и нестриктурирующая, непенетрирующая).

Несмотря на диагностические возможности современной медицины, в том числе широкое использование у детей эндоскопических исследований желудочно-кишечного тракта с прицельной биопсией слизистой оболочки для гистологического исследования, диагностика БК у детей все еще остается трудной задачей. Это объясняется многообразием клинических проявлений заболевания с последовательной сменой симптомов и синдромов, как кишечных, так и внекишечных (так называемых «масок» БК), которые могут длительно доминировать в клинической картине и вызывать дополнительные диагностические трудности. Кроме того, БК протекает волнообразно с чередованием фаз воспалительной активности и ремиссии. До настоящего времени не существует четких критериев, которые позволили бы разграничить фазы обострения и ремиссии БК [2]. Это связано с возрастными аспектами пациентов, страдающих БК, и неоднородностью их контингента, включающего как подростков, так и детей младшего возраста и даже грудных детей, у которых локализация, протяженность и глубина поражений желудочно-кишечного тракта различны. Кроме того, клинические, эндоскопические и гистологические показатели активности БК плохо коррелируют между собой [2]. Согласно существующим данным стихание клинических проявлений при БК сопровождается восстановлением слизистой оболочки толстой кишки лишь у $1/3$ больных, но в тонкой кишке полного заживления не происходит. В связи с этим ха-

рактер течения БК принято определять в основном с учетом клинической оценки всех данных, а целью лечения рассматривать лишь достижение клинической ремиссии независимо от результатов эндоскопического исследования. Существующие в настоящее время индексы активности БК, разработанные для взрослых, не всегда могут быть применены к детям. Наиболее известный и распространенный индекс CDAI (Crohn's disease activity index), называемый также индексом Беста (приложение 1), позволяет оценить степень тяжести заболевания, главным образом основываясь на субъективных симптомах, а также жалобах пациента и их оценке, что предполагает активное сотрудничество больного с лечащим врачом. Некоторые авторы рекомендуют применять индекс Беста для определения степени тяжести БК у детей [1], но в клинической практике использование этого индекса затруднительно, а у детей младшего и грудного возрастов невозможно. Унифицированных критериев оценки тяжести заболевания при БК в детском возрасте пока не разработано [10].

То или иное осложнение БК у ребенка становится доминирующим в клинической картине заболевания и определяет его тяжесть даже при отсутствии признаков активности процесса.

Выделение осложнений при БК у детей также достаточно условно, так как далеко не всегда представляется возможным решить, имеется ли осложнение БК или это проявление одной из форм данного заболевания. Так, выделяемые некоторыми авторами в качестве осложнений БК свищи (наружные или внутренние) или стриктуры скорее всего следует рассматривать как различные формы течения заболевания – пенетрирующую и стенозирующую. Осложнениями следует считать явления, причиной которых служит текущий патологический процесс в стенке кишки: кровотечение, перфорация, токсическая дилатация, формирование инфильтрата или абсцесса брюшной полости, кишечная непроходимость вследствие стриктуры кишки, развитие рака на фоне хронического воспаления кишки, септическое состояние, обусловленное выраженным воспалительным процессом в стенке кишки с нарушением ее проницаемости.

Показатели смертности от осложнений БК наиболее высоки в первый год заболевания, затем они снижаются и вновь возрастают через 5–9 лет [7]. Наиболее распространенные осложнения БК у детей – нарушение кишечной проходимости из-за образования стриктур, перфорация стенки кишки и кишечные кровотечения, причем у детей стриктуры встречаются чаще и возникают на более ранних стадиях развития болезни, чем у взрослых, что объясняется меньшим диаметром кишки. По данным зарубежных авторов, стриктуры выявлены у 30% детей с БК [3]. По сообщению некоторых исследователей, возмож-

Таблица 1

Распределение больных по возрасту к началу заболевания

Возраст больных к началу заболевания	Количество больных	
	абс.	%
До 1 года	4	2,7
1–3 года	6	4
3–7 лет	7	4,7
7–10 лет	17	11,3
10–15 лет	69	46
15–17 лет	47	31,3
Всего ...	150	

Таблица 2

Распределение больных по полу в различных возрастных группах

Возраст больных к началу заболевания	Мальчики		Девочки	
	абс.	%	абс.	%
До 1 года	3	75	1	25
1–3 года	3	50	3	50
3–7 лет	5	71	2	29
7–10 лет	9	53	8	47
10–15 лет	39	57	30	43
15–17 лет	29	62	18	38
Всего ...	88	59	62	41

на инвагинации пораженной подвздошной кишки у детей с терминальным илеитом.

Кишечные кровотечения наблюдаются у 30% больных детей, однако они редко бывают массивными [3]. Чаше кишечные кровотечения отмечаются при поражении поперечной ободочной кишки. Иногда кровотечение рассматривается как первый симптом БК у ребенка.

Получены данные о существенном увеличении риска появления карциномы при БК, развившейся в детском возрасте. Установлена корреляционная связь между риском развития злокачественной опухоли кишечника и возрастом на момент развития БК: чем моложе возраст, тем выше степень риска [6].

Цель данной работы – выявление особенностей эпидемиологии, течения и развития осложнений БК среди детей различных возрастных групп.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проведен ретроспективный анализ историй болезни 150 пациентов с БК, находившихся на лечении в ГНЦ колопроктологии МЗ РФ и ДГКБ № 9 им. Г.Н. Сперанского (Москва) за период с 1982 по

2003 г. У всех больных дебют БК приходился на детский возраст. В начале заболевания возраст детей составлял от 3 мес до 17 лет.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Наиболее часто дебют БК отмечался в старших возрастных группах – 10–15 лет (46%) и 15–17 лет (31,3%). Среди детей грудного возраста (2,7%) заболевание развивалось в возрасте 3 мес (2 ребенка), 7 и 10 мес (по 1 ребенку) (табл. 1).

Среди больных детей большинство (59%) приходилось на долю мальчиков. Тенденция к преобладанию среди детей с БК мальчиков сохранялась и при изучении полового состава больных в различных возрастных группах: они составляли большинство среди заболевших в возрасте до 1 года (75%), от 3 до 7 лет (71%) и в возрастных группах от 7 до 10 лет (53%), от 10 до 15 лет (57%) и от 15 до 17 лет (62%) (табл. 2).

В проведенном нами исследовании инфекционный фактор в дебюте болезни Крона прослеживался у 20 больных (13%). Из них у 13 детей заболевание развивалось после перенесенной кишечной инфекции (у 9 детей – после дизентерии, у 4 – после иерсиниоза), у 3 детей – после респираторного вирусного заболевания, у 2 – после фолликулярной ангины. У 2 детей прослеживалась связь между началом заболевания и проведением плановой вакцинации против кори.

При первом медицинском обследовании 150 заболевших детей диагноз «болезнь Крона» был поставлен лишь у 15 (10%). У остальных детей с БК период от момента появления первых клинических симптомов до окончательной постановки диагноза в среднем составил 4,8 года. Сроки верификации диагноза БК значительно различались среди детей различных возрастных групп: наиболее длительный период установления диагноза отмечен у детей, заболевших в возрасте от 3 до 7 лет: в среднем он составил 12,8 года и лишь немного меньше (10,7 года) – у детей возрастной группы от 1 года до 3 лет. Наиболее короткий путь к установлению диагноза БК был в старшей возрастной группе (15–17 лет) – 2,9 года (рис. 1).

35 детям с БК (26%) в течение длительного времени (у некоторых – на протяжении многих лет) ставили диагноз «неспецифический язвенный колит» (табл. 3), что можно объяснить сложностями

Таблица 3

Первичные диагнозы у детей с болезнью Крона

Диагноз	Количество детей	
	абс. (n=135)	%
Неспецифический язвенный колит	35	26
Энтероколит	18	13,3
Хронический гастроуденит	6	4,4
Лихорадка неясной этиологии	6	4,4
Ревматоидный артрит, коллагеноз	6	4,4
Анемия неясной этиологии	3	2,2
Сепсис	3	2,2
Дисбактериоз кишечника	4	3
Геморрой	3	2,2
Анальная трещина	3	2,2
Перианальные кондиломы	2	1,6
Бластома прямой кишки	1	0,7
Полипоз кишечника	1	0,7
Нейрогенная анорексия	1	0,7
Диагноз не установлен (отмечено увеличение СОЭ до 40–60 мм/ч в течение 1–2 лет без другой клинической симптоматики)	4	3
Острый аппендицит	15	11,1
Острый парапроктит	10	7,4
Кишечное кровотечение	5	3,7
Аппендикулярный инфильтрат	4	3
Спаечная кишечная непроходимость	2	1,6
Перитонит	1	0,7
Инвагинация кишечника	2	1,5

дифференциальной диагностики этих двух воспалительных заболеваний кишечника, особенно при изолированном поражении толстой кишки, которое отмечалось у 25 (71%) детей из этой группы. Изменение диагноза на «болезнь Крона» в этих случаях было обосновано на результатах дополнительного обследования: эндоскопического – ЭГДС, повторной колоноскопии для динамического наблюдения за особенностями течения воспалительного процесса в кишечнике, на гистологических исследованиях биоптатов или послеоперационного материала. 13,3% заболевших детей неоднократно госпитализировались в инфекционные стационары с диагнозом «острая кишечная инфекция (энтероколит)», что привело к проведению длительной и неэффективной антибактериальной терапии. В ряде случаев диагноз в начальном периоде заболевания не был установлен в связи с отсутствием в клинической картине симптомов поражения кишечника: у 3% больных в течение 1,5–2 лет единственным симптомом заболевания было увеличение СОЭ до 40–60 мм/ч; 4,4% больных неоднократно обследовались по поводу «лихорадки неясной этиологии», а 2,2% – по поводу «анемии неясной этиологии».

В нашем исследовании перианальные поражения отмечены у 33% детей с БК, у 12% детей они явились первым симптомом заболевания, что также приводило к диагностическим ошибкам. Эти дети длительно и неэффективно лечились по поводу парапроктита (7,4% больных), анальной трещины (2,2%), геморроя (2,2%), перианальных кондилом (1,6%).

4,4% детей с БК длительное время находились в профильных стационарах по поводу ревматоидного артрита или коллагеноза. У больных этой группы первыми симптомами заболевания были внекишечные проявления, которые внесли дополнительные диагностические трудности в раннюю диагностику заболевания, особенно при минимально выраженной кишечной симптоматике или при ее отсутствии. По нашим данным, внекишечные проявления отмечались у 35% детей с БК, при этом в разных возрастных группах они встречались с разной частотой (рис. 2). Наибольшая распространенность внекишечных проявлений БК отмечена у детей в возрасте от 3 до 7 лет (71%), в возрасте от 7 до 10 лет (52%) и от 1 года до 3 лет

(50%), т. е. среди возрастных групп с наиболее длительными сроками верификации диагноза БК (12,7; 7,2 и 10,7 года соответственно).

У большой группы детей (16,2%) БК на начальном этапе пришлось дифференцировать от острой хирургической патологии: острого аппендицита (11,1%), аппендикулярного инфильтрата (3%), спаечной кишечной непроходимости (1,6%), инвагинации кишечника (1,5%). Более половины (56%) из этих детей были прооперированы (аппендэктомия).

Наиболее частой (40% больных) локализацией патологического процесса явилось сочетанное поражение толстой и терминального отдела тонкой кишки (илеоколит). БК толстой кишки отмечен у 38,6% детей, из них у 2,6% была поражена только прямая кишка. Терминальный илеит выявлен у 19% детей с БК. Среди других локализаций встречались единичные случаи БК полости рта, пищевода, тощей кишки и червеобразного отростка (по 0,6%).

Стриктуры обнаружены у 10,6% детей с БК, свищи – у 32%, при этом чаще (в 73% случаев) преобладали наружные свищи. У 10,6% больных выявлены и свищи, и стриктуры, что делало невозможным применение к ним Венской классификации БК.

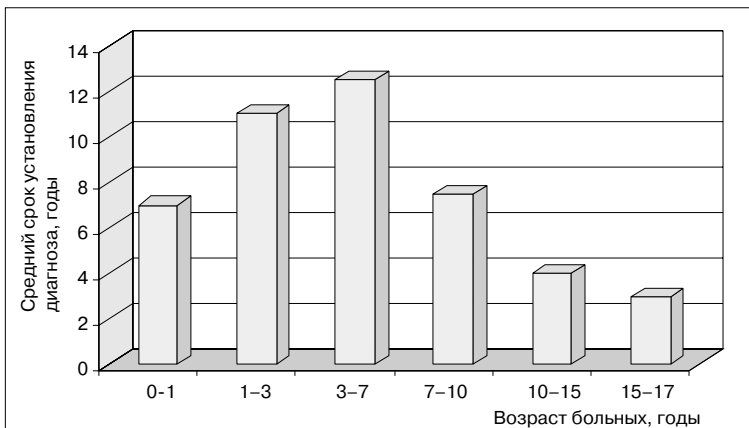


Рис. 1. Средний срок установления диагноза «болезнь Крона» в разных возрастных группах

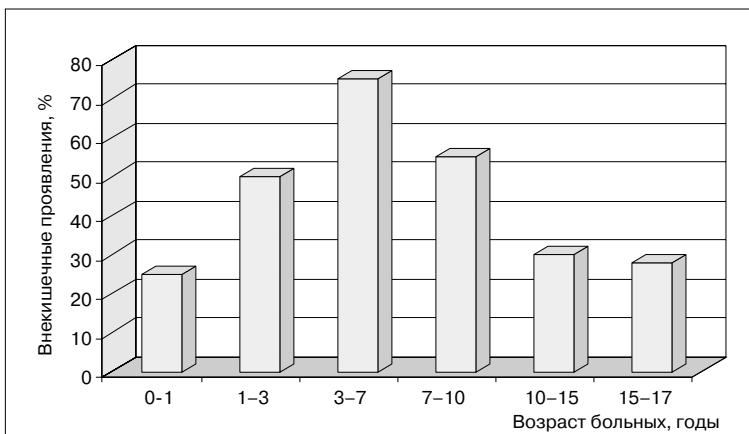


Рис. 2. Частота внекишечных проявлений болезни Крона в разных возрастных группах

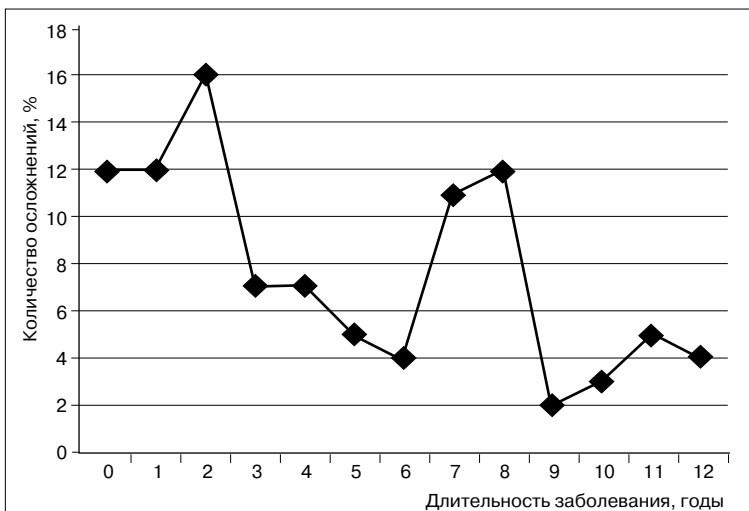


Рис. 3. Длительность заболевания ко времени развития осложнения.

В нашем исследовании осложненное течение заболевания отмечено у 51 ребенка (34%). Из них 59% составляли девочки. У 11% детей появилось несколько осложнений БК. Наибольшее их число возникало в течение первых 2 лет заболевания. У 12% детей дебют БК сопровождался развитием осложнения (рис. 3).

Наиболее часто осложнения БК проявлялись при локализации воспалительного процесса в толстой кишке: 43% осложнений встречались у детей с илеоколитом, 35% – у детей с колитом (рис. 4).

Самыми частыми осложнениями БК у детей явились кишечное кровотечение (27% всех осложнений), образование инфильтрата брюшной полости (25%) и кишечная непроходимость (21%). Перфорация стенки кишки произошла у 14% детей с осложненным течением БК. Реже встречались абсцессы брюшной полости (8%), токсическая дилатация толстой кишки (6%) и сепсис (6%). Единичными были случаи развития амилоидоза почек при длительности заболевания около 8 лет и рака толстой кишки (по 2%).

Частота возникновения осложнений БК непостоянна и варьирует в зависимости от длительности течения заболевания (рис. 5). Так, кишечное кровотечение занимает первое место в структуре осложнений БК в первые 3 года (43%). По мере увеличения сроков заболевания данное осложнение встречалось реже: в 25% случаев при длительности заболевания от 4 до 6 лет и в 11% – от 7 до 9 лет. Частота случаев кишечной непроходимости, наоборот, нарастала по мере увеличения сроков заболевания – с 4% в первые 3 года до 57% у детей с анамнезом заболевания более 10 лет. Максимальное число больных с инфильтратом брюшной полости выявлено в срок заболевания от 4 до 6 лет (33%). Количество кишечных перфораций было относительно постоянным на протяжении длительного периода БК (13% – в первые 3 года, 11% – при длительности заболевания более 7 лет). Амилоидоз почек развился у больного с анамнезом заболевания 8 лет, рак толстой кишки – более 10 лет.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Дети и подростки составляют важную группу пациентов с БК. Заболевание встречается среди детей всех возрастных групп,

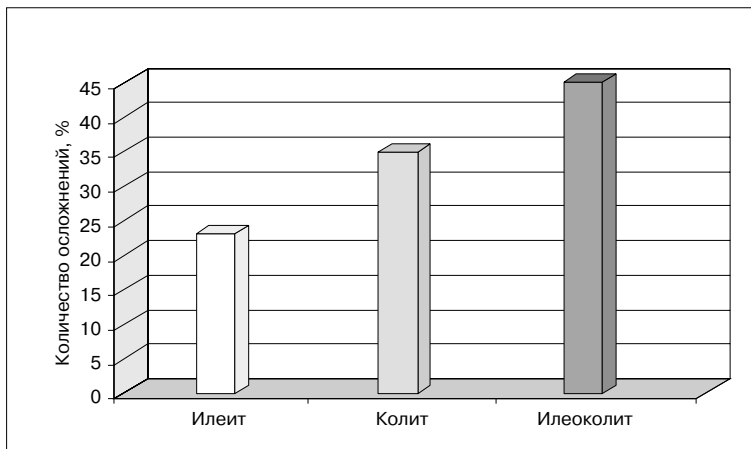


Рис. 4. Частота развития осложнений болезни Крона при различных локализациях поражения

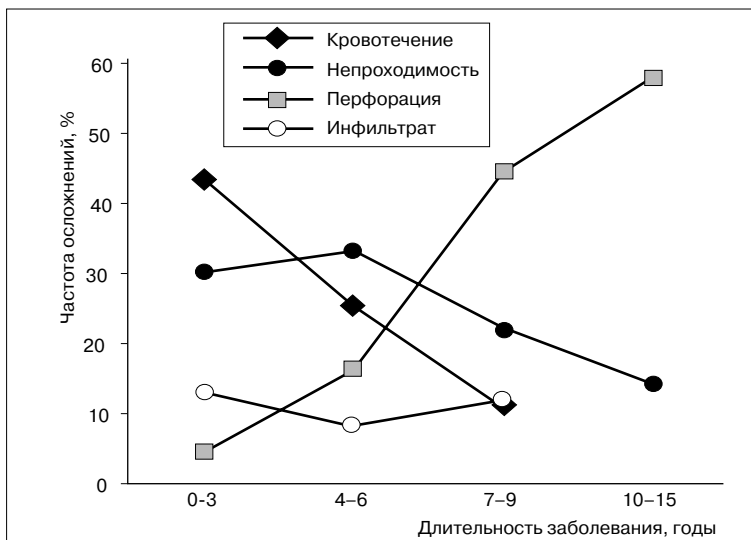


Рис. 5. Частота осложнений болезни Крона в зависимости от срока течения заболевания

однако возраст большинства пациентов составил от 10 до 15 лет (69%), что совпадает с возрастным пиком заболевания, наблюдавшимся другими авторами [3]. Как показали полученные нами данные, среди заболевших детей большинство (59%) составили мальчики (соотношение мальчиков к девочкам 1,4:1).

Средний срок постановки диагноза БК в нашем исследовании – 4,8 года. Наиболее длительный период от момента начала заболевания до верификации диагноза БК отмечался в возрастной группе от 7 до 10 лет. Поздняя диагностика, по-видимому, объясняется атипичной симптоматикой заболевания с большой частотой (71%) внекишечных проявлений, доминирование которых в клинической картине заболевания может быть причиной запоздалой диагно-

стики БК. Наименьший срок верификации диагноза установлен в возрастной группе от 15 до 17 лет – 2,9 года. Это, по-видимому, связано с тем, что клиническая симптоматика заболевания у данных пациентов более типична. Внекишечные проявления у больных этой группы наблюдались гораздо реже (27%).

Судить о распространенности БК среди детского населения сложно, так как длительные сроки установления диагноза вносят коррективы в данные статистики. Очевидно, что частота выявления БК среди детей не соответствует возможностям ее ранней диагностики и превышает имеющиеся сведения о частоте возникновения этого заболевания у детей. Начавшись в детском или подростковом возрасте, заболевание часто диагностируется уже у взрослого человека, что вносит определенную погрешность в статистические показатели распространенности БК у детей.

В нашем исследовании осложненное течение БК отмечено у $1/3$ детей (34%), при этом наибольшее число осложнений появилось в первые 2 года заболевания, затем их количество снизилось и вновь возросло в срок заболевания 7–8 лет, что полностью совпадает с данными зарубежных авторов [7]. Структура осложнений на разных этапах течения болезни различна. Так, в первые 3 года наибольшую угрозу для жизни больного представляло кишечное кровотечение, которое было основным осложнением в этот срок заболевания. По мере роста продолжительности заболевания на первое место выходила кишечная непроходимость, составлявшая к 10-му году 57% всех осложнений этого периода заболевания. На количество и характер осложнений БК

оказывают влияние длительность заболевания и локализация воспалительного процесса (78% всех осложнений отмечены при поражении толстой кишки). Определенный фактор риска составляет также пол ребенка, так как у девочек осложнения развивались в 1,4 раза чаще.

Проведенная работа показала, что Венская классификация БК не отражает в полной мере особенности течения заболевания у детей и не всегда может быть использована в модификации диагноза. Это ставит дополнительную задачу по разработке классификации БК, которая была бы применима именно к детскому возрасту и учитывала бы все динамические изменения, связанные с ростом и развитием ребенка, а также особенности течения БК у детей.

Приложение

Индекс активности болезни Крона (ИАБК) по Бесту (Best et al., 1976)

Дни	1	2	3	4	5	6	7	Сумма	Фактор	Всего
1. Частота жидкого или кашицеобразного стула в течение последней недели	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	-2	=
2. Боли в животе: 0 – отсутствуют 1 – слабые 2 – умеренные 3 – сильные	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	-5	=
3. Общее самочувствие: 0 – хорошее, 1 – относительно удовлетворительное, 2 – плохое, 3 – очень плохое, 4 – невыносимое	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	-7	=
4. Связь с другими симптомами: артрит и артралгии ирит и увеит узловатая эритема, гангренозная пиодермия и афтозный стоматит анальные поражения (трещины, свищи, абсцессы) другие свищи лихорадка свыше 37,5°C в течение последней недели Каждый пункт								<input type="checkbox"/>	-20	=
5. Применение симптоматических антидиарейных препаратов, если да								<input type="checkbox"/>	-30	=
6. Резистентность мышечной стенки живота: 0 – отсутствует, 2 – сомнительная, 5 – отчетливая								<input type="checkbox"/>	-10	=
7. 47 минус показатели гематокрита (для мужчин) 42 минус показатели гематокрита (для женщин) (обращать внимание на знак вычитания)								_____	-6	=
8. Масса тела, кг Нормальная масса тела, кг (1 – масса тела/нормальная масса тела) (избыточную массу тела необходимо вычесть, недостаточную массу тела – прибавить)									-100	=
Индекс активности										
Оценка:										
меньше 150 пунктов: неактивное заболевание										
больше 150 пунктов: активное течение заболевания										
больше 450 пунктов: очень тяжелое течение заболевания										
Сумма:								_____		

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Копейкин В.Н. и др. Современные вопросы диагностики, классификации и лечения хронических воспалительных заболеваний толстой кишки у детей: Пособие для врачей. – Н.Новгород, 2001. – С. 6–13.
2. Михайлова Т.Л., Румянцев В.Г., Киркин Б.В. и др. // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. – 1999. – № 4. – С. 52–55.
3. Менахем И., Вайцман Ц., Лукер Х. // Междунар. мед. журн. – 1999. – № 1–2. – С. 97–99.
4. Никулина И.В., Златкина А.Р., Белоусова Е.А. Оценка клинико-эпидемиологических показателей воспалительных заболеваний кишечника по МО // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол. колопроктол. – 1996. – № 3. – С. 74–77.
5. Пономарев А.А. // Вопр. охр. мат. и дет. – 1982. – № 3. – С. 38–44.
6. Штерман А., Леви Н. // Междунар. мед. журн. – 1998. – № 6. – С. 549–551.
7. Bender S.W. Crohn's disease in children: initial symptomatology // Acta Paediatr. Belg. – 1977. – Vol. 30. – P. 193.
8. Brahm F., Lindstrom C., Wenckert A. Chron's disease in a defined population/ An epidemiological study of incidence, prevalence, mortality and secular trends in the city of Malmö, Sweden // Gastroenterology. – 1975. – Vol. 69. – P. 342–351.

9. Ferguson A., Rifking E. A., Doig C.M. Prevalence of chronic inflammatory bowel disease in British children. In: R. McConnell, P. Rozen, M. Langman, T. Gilat. Front. Gastrointest. Research. – 1986. – Vol. 11. – P. 68–73.
10. Moseley J.E., Marshak R.H., Wolf B.S. Regional enteritis in children // Amer. J. Roengenol. – 1960. – Vol. 84. – P. 532–539.

SUMMARY

Clinical and diagnostic parallels in the complicated and noncomplicated forms of Crohn's disease in children

Vodilova O.V., Mazankova L.N., Khalif I.L.

The features of clinical course and complications developments were assessed at Crohn's disease (CD) that has started at the young age in 150 children. The complicated course of CD was detected in 34% of inspected children, and greatest number of complications has developed during the first 2 years of disease. Frequency and the type of CD complications in many respects were related to duration of disease, locations of the inflammatory process (in 78% of complicated cases lesion of large intestine was diagnosed), gender of the child (in girls complication were 1,4 times more often).

Key words: Crohn's disease, complication, children.

УДК 616.12-085.22

Тиклин в профилактике и лечении сердечно-сосудистых заболеваний

А.М. Шилов, М.В. Мельник

(Кафедра «Неотложные состояния в клинике внутренних болезней» ФГПО, ММА им И.М. Сеченова)

РЕЗЮМЕ

Современная терапия сердечно-сосудистых заболеваний и профилактика осложнений невозможна без участия антиагрегантов, в частности тиенопиридинов. Тиклин является одним из представителей этой группы препаратов. Представлен полугодовой опыт лечения тиклином больных ИБС (23 пациента) с обструктивным поражением периферических артерий (11 пациентов). Тиклин в дозе 500 мг/сут в сочетании с аспирином 100 мг/сут оказывает положительное влияние на результаты лечения. Нежелательных побочных реакций не обнаружено.

Ключевые слова: сердечно-сосудистые заболевания, антиагреганты, тиклин.

Роль тромбообразования в развитии сердечно-сосудистых осложнений очевидна. В патогенезе ишемической болезни сердца (ИБС), мозгового инсульта, гангрены конечностей и других нарушений кровоснабжения органов и тканей значительное место занимают атеросклеротические поражения сосудов с нарушением целостности интимы, дисбаланс свертывающей и противосвертывающей систем крови и изменение реологических свойств крови. Эти процессы тесно взаимосвязаны в регуляции гемостаза. При повреждении эндотелия формируется тромб и вследствие этого

наступает критическое сужение просвета сосуда или его полное закрытие. В нарушениях реологических свойств крови определяющую роль играет агрегационное состояние тромбоцитов и эритроцитов.

При атеросклеротическом поражении сосудов различной локализации отмечены локальные и системные изменения в сторону гиперкоагуляции за счет повышения агрегационной и адгезивной активности тромбоцитов и эритроцитов, увеличения плазменных коагуляционных показателей (уровень фибриногена, фибринстабилизирующий фактор, появление фиб-

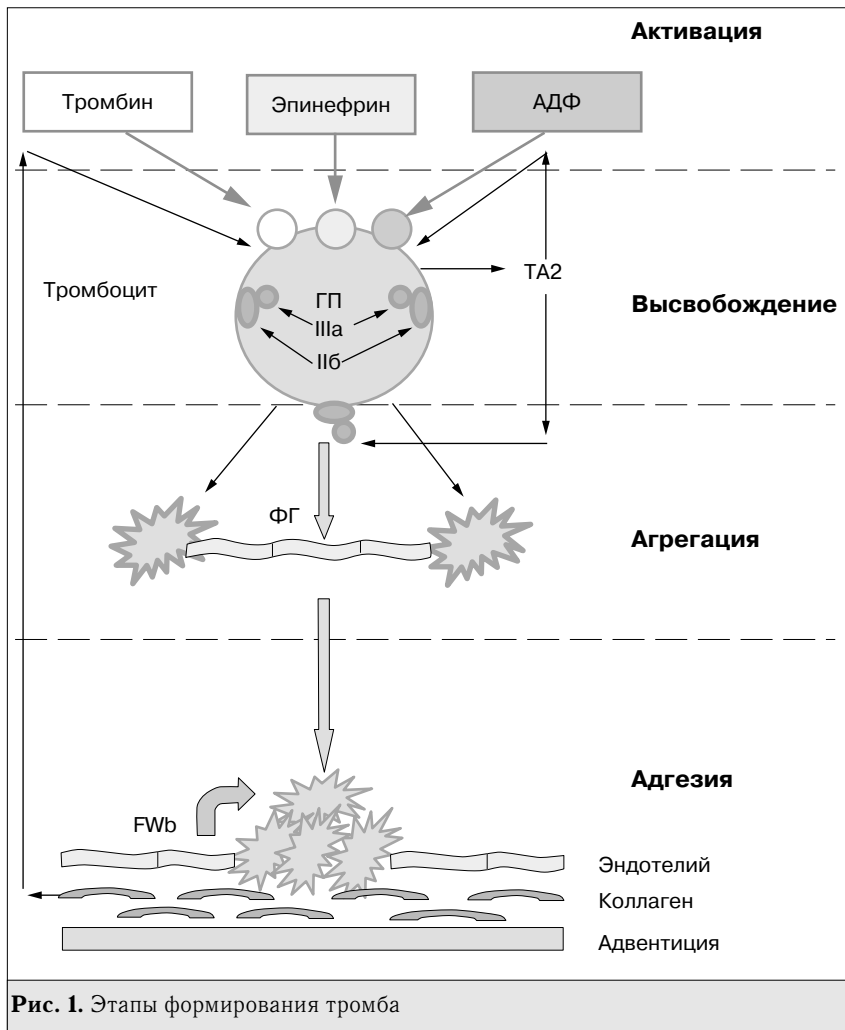


Рис. 1. Этапы формирования тромба

ринмономерных комплексов), что ведет к истощению активности антикоагулянтных компонентов крови и угнетению фибринолиза.

Современное лечение и профилактика сердечно-сосудистых осложнений невозможны без четкого представления о механизмах тромбообразования, материальным субстратом которого являются тромбоциты, эритроциты, фибриноген. В процессе тромбообразования тромбоцит проходит четыре стадии: активации, высвобождения активных биологических веществ (тромбоксаны, АДФ, серотонин, гликопротеидные рецепторы – IIIa/IIb), агрегации и адгезии (рис. 1).

Активация тромбоцитов осуществляется катехоламинами, тромбином, АДФ, серотонином, коллагеном, тромбоксаном А2 (ТА2 – продуктом метаболизма арахидоновой кислоты). В результате активации тромбоцитов из них высвобождаются биологически активные вещества (АДФ, ТА2, серотонин) и происходит лабильная мембрана тромбоцита с образованием ГП-рецепторов IIIa/IIb под действием АДФ и ТА2.

Агрегация тромбоцитов – появление тромбоцитарных конгломератов в плазме крови – объясняется действием ГП-рецепторов IIIa/IIb в результате возникновения фибриновых мостиков между тромбоцитами. Адгезия – прилипание тромбоцитарных конгломератов к поврежденной интиме сосудов – контролируется фактором Виллебранда (FWb).

Таким образом, активация тромбоцитов – ключевой момент в патогенезе сердечно-сосудистых осложнений, во многом определяющий выраженность нарушений кровоснабжения органов и тканей (сердце, головной мозг, периферические сосуды), поэтому антитромбоцитарная терапия является патогенетически обоснованной.

В настоящее время выделяют две группы антитромбоцитарных препаратов, в основе деления которых лежат принципы доказательной медицины, использующие понятия эффективности, и наличие побочных эффектов. К 1-й группе антитромбоцитарных препаратов, применение которых не рекомендуется в практической кардиологии вследствие отсутствия доказательной основы преимуществ перед аспирином, неэффективности и потенциальной опасности относятся: сульфинпиразол, дипиридамо, простациклин, блокаторы ТА2, антагонисты рецепторов ТА2, ингибиторы IIIa/IIb рецепторов тромбоцитов для приема внутрь. Препараты 2-й группы составляют основу современной антитромбоцитарной терапии: это аспирин, тиенопиридины (клопидогрель – плавикс, тиклопидин – тиклин) и блокаторы ГП-рецепторов IIIa/IIb для внутривенного применения (абциксимаб, эптифибатил, тирофибан) [3, 9].

Более 100 лет используется в медицинской практике ацетилсалициловая кислота. Начиная с 80-х годов этот препарат активно вошел в практику при лечении *острого коронарного синдрома* (ОКС). Проведенные значительные исследования (VA, RISC, ISIS-2) убедительно продемонстрировали способность аспирина снизить риск развития *острого инфаркта миокарда* (ОИМ) и *острой коронарной смерти* на 41–70% [1, 2, 7]. Однако в ряде независимых исследований ОКС без подъема сегмента ST ЭКГ (ESSENCE, PRISM PLUS) было установлено, что ближайший прогноз зависит от предшествующего приема аспирина до развития обостре-

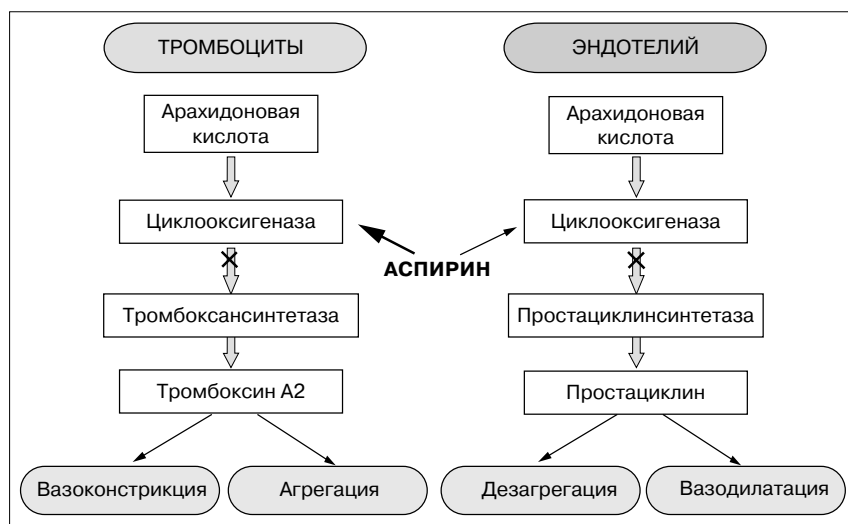


Рис. 2. Механизм действия ацетилсалициловой кислоты

ния ИБС. Так, в исследовании PRISM PLUS при применении аспирина частота ИМ, рефрактерной стенокардии и внезапной смерти к 7-му дню наблюдения составила 12,1% среди больных, не принимавших ранее аспирин, и 23,5% – среди лиц, принимавших аспирин до развития обострения. Этот факт получил образное название *аспиринный парадокс*, что послужило поводом для D.L. Bhatt и E.J. Topol (2003) отнести аспирин к *субоптимальным анти-тромбоцитарным средствам* [3, 6].

Механизм действия ацетилсалициловой кислоты представлен на рис. 2. Аспирин ингибирует циклооксигеназу тромбоцитов и эндотелия сосудов, принимающую участие в метаболизме арахидоновой кислоты при образовании ТА2 (агрегант тромбоцитов и вазоконстриктор) и простаглицина (дезагрегант и вазодилататор) [4].

Наиболее перспективным в профилактике и лечении тромбозов явилось использование тиенопиридинов в сочетании с ацетилсалициловой кислотой, что и является предметом обсуждения данной работы.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Было обследовано 23 пациента в возрасте $56,7 \pm 5,4$ лет (все мужчины), которые составили две группы: 1-я группа – 12 больных ИБС в возрасте

$57,2 \pm 6,2$ лет; 2-я группа – 11 больных с *обструктивным поражением периферических артерий (ОБПА)* в возрасте $54,7 \pm 3,7$ лет. В 1-й группе было 5 больных с ОКС без подъема сегмента ST и без зубца Q на ЭКГ и 7 больных, страдающих *стабильной стенокардией (ССК)*, во 2-й группе – 6 больных облитерирующим эндартериитом нижних конечностей и 5 больных сахарным диабетом типа 2 с диабетической ангиопатией. Стадии заболевания при ОБПА определяли согласно существующей классификации: I стадия: асимптомная стадия или перемежающаяся хромота при ходьбе более 1000 м; IIa стадия: боли при нагрузках или перемежающаяся хромота при ходьбе на расстояние от 200 до

1000 м; IIб стадия: перемежающаяся хромота при прохождении менее 200 м; III стадия: боли в покое; IV стадия: стадия трофических нарушений.

У всех больных исследовали реологические параметры крови до и после лечения: *агрегацию тромбоцитов (АТр)* и *электрофоретическую подвижность эритроцитов (ЭФПЭ)*.

Лечение: первоначальная доза тиклина (фирма «Ipsa») – 500 мг, затем по 250 мг 2 раза в сутки; аспирин – 100 мг один раз в сутки. Длительность наблюдения за больными – 6 мес.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ И ОБСУЖДЕНИЕ

Клинические результаты лечения больных ИБС оценивали как хорошие, удовлетворительные и неудовлетворительные с учетом исчезновения приступов стенокардии и отсутствия осложнений, в частности развитие ИМ (табл. 1).

В подгруппе больных ОКС хорошие результаты отмечены в 80% наблюдений, удовлетворительные в 20%: к концу 2-х суток у 4 пациентов боли удалось купировать с помощью описанной выше методики без добавления дополнительных антиангинальных препаратов и без отрицательной динамики на ЭКГ. У одного больного, получавшего тиклин и аспирин, на

Таблица 1

Клинические результаты лечения больных ИБС, абс. число (%)

Заболевание	Хорошие	Удовлетворительные	Неудовлетворительные
Стабильная стенокардия ($n = 7$)	5 (71,4)	2 (28,6)	0
Острый коронарный синдром ($n = 5$)	4 (80)	1 (20)	0

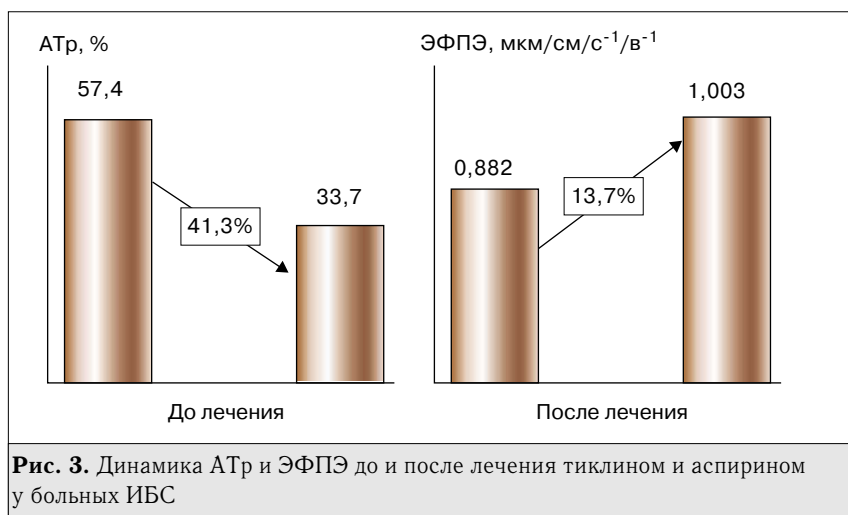


Рис. 3. Динамика АТр и ЭФПЭ до и после лечения тиклином и аспирином у больных ИБС

фоне интенсивных болей в первые сутки заболевания была добавлена внутривенная инфузия нитроглицерина. Ни в одном случае в течение 6 мес наблюдения не было выявлено эпизодов нестабильной стенокардии или летальных исходов.

В подгруппе больных со стабильной стенокардией, относящихся к III функциональному классу (Канадская классификация), хорошие результаты получены у 5 из 7 больных (71,4%), удовлетворительные – у 2 пациентов (28,6%), у которых в течение 6 мес наблюдения отмечались эпизоды обострения ишемической болезни, потребовавшие дополнительного приема нитроглицерина и антикальциевых препаратов (дилзем).

При исследовании АТр и ЭФПЭ у больных ИБС суммарно на 2-й день наблюдения выявлена значительная положительная динамика в снижении агрегационного состояния тромбоцитов и эритроцитов (рис. 3): агрегационная активность тромбоцитов

снизилась на 41,3% (с $57,4 \pm 5,2$ до $33,7 \pm 2,5\%$; $p < 0,001$); ЭФПЭ возросла на 13,7% (с $0,882 \pm 0,018$ до $1,003 \pm 0,007$ мкм/см/с⁻¹/в⁻¹, $p < 0,001$).

Клинические результаты лечения среди больных с ОБПА оценивали с учетом перемещения стадий заболевания, т.е. по увеличению толерантности к физической нагрузке (длительность расстояния при ходьбе). Результаты лечения представлены в табл. 2.

Обращает на себя внимание более тяжелое течение недостаточности кровообращения в нижних конечностях у больных диабетической ангиопатией: у 2 из них были

начальные признаки гангрены пальцев стопы (IV стадия заболевания), у остальных – II–III стадии заболевания. После проведенного лечения в подгруппе больных СД типа 2 за 6 мес наблюдения прогрессирования трофических расстройств не наступило и отмечен переход заболевания в более легкие стадии (II стадия у 3 больных – 60%).

Среди больных облитерирующим эндартериитом выявлена значительная положительная динамика – увеличение толерантности к физической нагрузке, что позволило отнести их к группе с более легкой стадией заболевания: 4 из 6 больных к концу 6-го месяца лечения имели I–IIa стадии (66,7%).

Динамика агрегационного состояния тромбоцитов и эритроцитов к концу 2-х суток лечения в группе больных с ОБПА суммарно представлена на рис. 4: АТр снизилась на 38% (с $58,2 \pm 4,7$ до $36,1 \pm 3,1\%$; $p < 0,001$); ЭФПЭ возросла на 27,4% (с $0,793 \pm 0,013$ до $1,01 \pm 0,008$ мкм/см/с⁻¹/в⁻¹; $p < 0,001$).

Таблица 2

Клинические результаты лечения больных с ОБПА

Заболевание	Стадия заболевания	Количество пациентов	
		до лечения	после лечения
Эндартериит (n = 6)	I	–	1
	IIa	2	3
	IIb	3	2
	III	1	–
	IV	–	–
Сахарный диабет типа 2 (n = 5)	I	–	–
	IIa	–	2
	IIb	1	1
	III	2	1
	IV	2	–

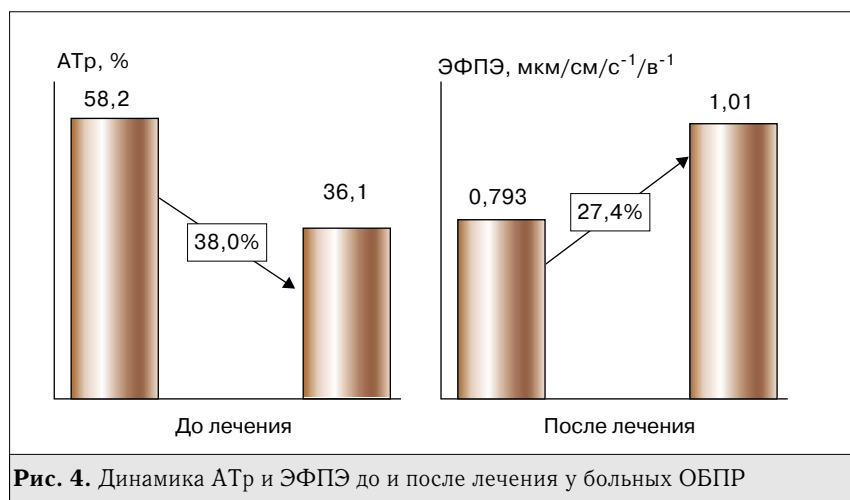


Рис. 4. Динамика АТр и ЭФПЭ до и после лечения у больных ОБПР

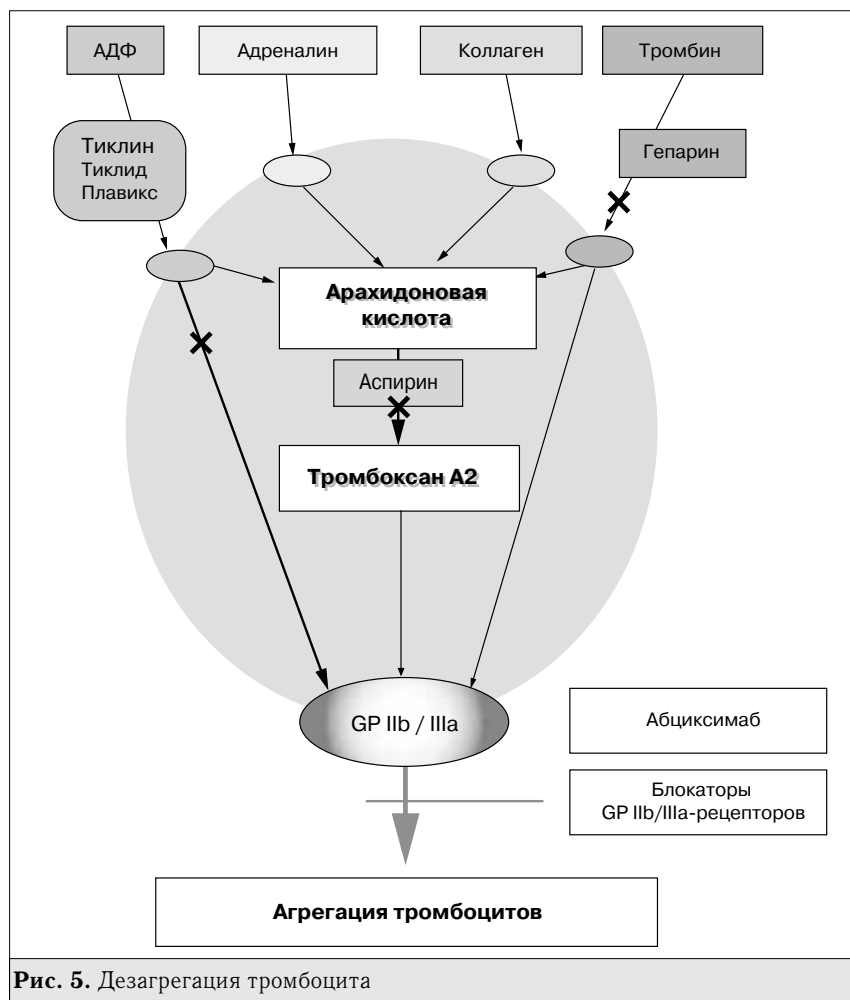


Рис. 5. Дезагрегация тромбоцита

Среди больных, получавших тиклин, ни в одном случае не возникло побочных эффектов (диарея, сыпь, нейтропения), что, возможно, объясняется малым числом пациентов и краткостью сроков наблюдения.

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

Ацетилсалициловая кислота, дипиридамо́л, сульфипиразон обладают рядом побочных эффектов, которые снижают их терапевтический эффект, поэтому в настоящее время интерес для практической медицины представляют тенопиридины [5, 6, 9]. Тиклин относится к группе тиклопидинов, обладает наиболее полноценным антитромботическим действием, его влияние заметно уже с 2–4-го часа от начала лечения, а максимальное действие отмечается к концу 2–3-го дня терапии.

Экспериментальные исследования механизмов действия тиклопидинов показали, что препарат высокоэффективен только *in vivo* [4]. В отличие от ацетилсалициловой кислоты, которая ингибирует только вторую фазу агрегации тромбоцитов, индуцированную АДФ, тиклопидин ингибирует обе фазы – агрегацию и адгезию. Он также тормозит активацию тромбоцитов, вызванную коллагеном, адреналином, тромбином и серотонином. При этом он не затрагивает (в отличие от ацетилсалициловой кислоты) метаболизм арахидоновой кислоты и, следовательно, не влияет на синтез простагланцинов эндотелием сосудов. Ацетилсалициловая кислота и другие нестероидные противовоспалительные препараты (индометацин) действуют на уровне метаболизма арахидоновой кислоты, одновременно блокируя синтез простагланцинов, косвенно поддерживая агрегационное состояние тромбоцитов (рис. 5).

Тиклопидин, кроме того, повышает пластичность (деформируемость) эритроцитов, что способствует улучшению реологических свойств крови и микроциркуляции. Это подтверждено в наших исследованиях – отмечено увеличение ЭФПЭ. Одновременно препарат уменьшает вязкость крови путем снижения концентрации фибриногена плазмы [1, 4].

В настоящее время накоплен значительный клинический опыт применения тиклопидина при различных сердечно-сосудистых патологиях: ОКС, ин-

сульте головного мозга, облитерирующем атеросклерозе сосудов нижних конечностей и диабетической ангиопатии.

Наилучшие результаты получены при комбинированном лечении тиенопиридинами в сочетании с аспирином, что позволило уменьшить терапевтические дозы указанных препаратов, снизить количество побочных эффектов и удешевить лечение [7].

В исследованиях CATS (Canadian-American Ticlopidin Study), куда были включены результаты лечения 1053 пациентов, недавно (в последние 4 мес) перенесших тромбоэмболические инсульты, продемонстрировано уменьшение риска развития ИМ, повторного инсульта и сосудистой смерти на 30,2% [5].

Сходные результаты представлены французскими исследователями Y.C. Aisan с сотр. (1989) и шведскими учеными в многоцентровом исследовании STIM. Французские авторы наблюдали 169 пациентов, в исследование STIM было включено 687 человек с перемежающейся хромотой. Тиклопидин назначали по стандартной методике – 250 мг/сут с добавлением аспирина – 75–100 мг/сут. В обеих группах количество сосудистых осложнений снизи-

лось на 38–40% с одновременным улучшением периферического кровотока [4].

По данным исследования TASS (Ticlopidine Aspirine Stroke Study), выполненного с целью сравнения профилактической активности тиклопидина (500 мг/сут) и ацетилсалициловой кислоты (1300 мг/сут) у больных с ИБС, эффективность тиклопидина была значительно выше при меньшем количестве побочных эффектов: риск развития инсультов в группе больных, принимавших тиклопидин, в первый год наблюдения был на 24% меньше, чем в группе пациентов, получавших аспирин [3, 5, 8].

Таким образом, наиболее предпочтительным с точки зрения эффективности и стоимости препаратов является использование тиенопиридинов (в частности, тиклина, фирма «Ирса») в виде монотерапии или в сочетании с аспирином (100 мг/сут), так как они являются мощными ингибиторами агрегации и адгезии тромбоцитов и эритроцитов и, следовательно, эффективными антитромботическими средствами, применяемыми в кардиологической практике.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Остроумова О.Д.* Ацетилсалициловая кислота – препарат номер один для лечения сердечно-сосудистых заболеваний. Основные показания к применению, клинические преимущества, эффективные дозы и пути повышения переносимости // Русский мед. журнал. – 2003. – Т. 11, № 5. – С. 253.
2. *Панченко Е.П.* Антитромботическая терапия острых коронарных синдромов без подъема сегмента ST // Consilium Medicum. – 2001. – Т. 3, № 10. – 472 с.
3. *Шалаев С.В.* Антитромбоцитарные средства в лечении острых коронарных синдромов // Фарматека. – 2003. – № 312. – С. 94.
4. *Шилов А.М., Святлов И.С., Санодзе И.Д.* Антиагреганты – современное состояние вопроса // Русский мед. журнал. – 2003. – Т. 11, № 9. – С. 552.
5. Antitrobotic Rrialists, Collaboration, Collaborative meta-analysis of randomized trials of antiplatelet therapy for prevention of death, myocardial infaction and stroke in high risk patients // В.М.Ж. – 2002. –N 324. – P. 71.
6. *Bhatt D.L., Topol E.J.* Scientific and therapeutic advances in antiplatelet therapy // Nature Reviews. 2003. – Vol. 2. – P. 15.
7. Clopidogrel in Unstable angina to prevent Recurrent Events trial (CURE) investigators. Effects of dopidogrel in addition to aspirin in patients with acute coronary syndromes without ST-segment elevation. New. Engl. J. Med. – 2001. – Vol. 345. – P. 494.
8. *Mehta S., Yusuf S., Peters R.* et al. Effects of pretreatment with clopidogrel and aspirin followed by long-term therapy in patients undergoing percutaneous coronary intervention: the PCI-CURE study // Lancet. – 2001. – Vol. 358. – P. 527.
9. The Assessment of the Safety and Efficacy of a New Thrombolytic Regimen. (ASSENT) – 3 investigators. Efficacy and safety of tenecteplase in combination with enoxaparine, aboximab or unfractionated heparin: the ASSENT – 3 randomised trial in acute myocardial infarction // Lancet. – 2001. – Vol. 358. – P. 605.

SUMMARY

Tikleen in prophylaxis and treatment of cardio-vascular diseases

Shilov A.M., Mel'nik M.V.

The modern cardio-vascular diseases therapy and complications prophylaxis is unfeasible without antiplatelet drugs, in particular thienopyridines. The tikleen is one of antiplatelet drugs. The semi-annual experience of tikleen treatment of IHD patients (23) and patients with obstruction of peripheral arteries (11 patients) is presented. The tikleen in a daily dose of 500 mg in combination to aspirin 100 mg gave positive effect. Undesirable effects were not revealed.

Key words: cardio-vascular diseases, antiplatelet drugs, tikleen.

Скрининг заболеваний щитовидной железы у детского и взрослого населения России

Профессор **В.С.Паршин** – руководитель отдела методов лучевой диагностики МРНЦ РАМН;
академик РАМН, профессор **А.Ф.Цыб** – директор ГУ МРНЦ РАМН

Авария в Чернобыле сопровождалась выбросом радиоактивного йода в атмосферу, вследствие чего возник дополнительный техногенный фактор отрицательного воздействия на человека, особенно на щитовидную железу (ЩЖ). Медицинский радиологический научный центр РАМН приступил к новой для него деятельности – проведению массового обследования населения, проживающего на загрязненных радионуклидами территориях.

Удалось разработать и активно использовать технологию ультразвукового скрининга, направленного на инструментальное выявление заболеваний ЩЖ. Обследовано около 250 тыс. человек. В работе представлены результаты систематизированных исследований, выполненных по единой технологии у 104,875 человек, проживающих в Европейской части России (Орловская, Тульская, Калужская, Брянская, Тамбовская, Смоленская и другие области). Регионы, в которых выполнялся ультразвуковой скрининг, эндемичны по зобу.

В 1986 г. мы располагали всего одним портативным ультразвуковым прибором для проведения скрининга. Система специализированной диспансеризации включала традиционную схему, по которой первично тиреоидный статус оценивал врач-эндокринолог. Больного только при необходимости направляли на ультразвуковое исследование. В настоящее время оборудование для скрининга вывозится на 3 транспортных средствах, в одном из которых смонтирован ультразвуковой поперечный томограф, специально

построенный в Японии для скрининга ЩЖ.

Методология ультразвукового скрининга. Мы изменили традиционную схему профилактических осмотров. Наша скрининговая программа складывается из двух разделов – медицинского и информационного.

Медицинский раздел – это совокупность медицинских мероприятий, выполняемых в процессе скрининга (трехэтапное ультразвуковое обследование ЩЖ; выполнение процедур уточняющей диагностики; консультации специалистов), с целью выявления заболеваний ЩЖ с максимальной скоростью скрининга и высоким качеством диагностики, а также назначение адекватного лечения.

Информационный раздел – совокупность программных и технических средств, составляющих компьютерную систему информационного сопровождения скрининга, которая обеспечивает электронную регистрацию всей скрининговой информации. Эта система работает в интерактивном режиме и в реальном времени, принимая, обрабатывая и выдавая необходимую информацию в процессе выполнения всех этапов медицинского раздела, с которыми она организационно взаимосвязана.

Связующим звеном медицинского и информационного разделов служит «Карта ультразвукового скрининга» – многофункциональный документ, способствующий решению комплекса задач.

1. «Карта» представляет собой формализованное изложение диагностического алгоритма ультразвукового обследования ЩЖ в условиях скрининговой программы.

2. Структурно ультразвуковые диагностические признаки размещены и оформлены таким образом, чтобы медицинский работник, заполняющий «Карту», лишь отмечал нужную цифру с минимальной затратой времени, отведенного на регистрацию результатов обследования.

3. При выявлении патологических изменений в ЩЖ на этапе дифференциальной диагностики оформляют приложения к «Карте», в которых фиксируют дополнительные ультразвуковые диагностические признаки выявленного патологического процесса.

4. «Карта» способствует оптимизации и ускорению ввода информации в электронную базу данных. «Карту» выдают на этапе регистрации всем без исключения пациентам после того, как регистратор оформит паспортную часть «Карты», т.е. зафиксирует фамилию, имя, отчество, дату рождения, адрес, место работы/учебы. «Карта» сопровождает пациента на всех этапах скрининга; ее сдают в компьютерную группу на том этапе, на котором завершается скрининг для данного конкретного пациента.

Технология проведения скрининговой программы. Пациентов, прибывших на скрининг, первоначально направляют к регистратору, который заполняет и выдает каждому пациенту «Карту ультразвукового скрининга». На данном этапе происходит первичная, предскрининговая регистрация абсолютно всех лиц, прибывших на скрининг.

Собственно медицинский раздел включает 4 этапа в соответствии с предложенной схемой ультразвукового скрининга.

Первый этап – первичное ультразвуковое обследование щитовидной железы – выполняется в реальном времени и продолжается не более 3 мин. На этом этапе врач ультразвуковой диагностики оценивает анатомию ЩЖ, ее расположение, крово-

снабжение, размеры, экзогенность, экоструктуру согласно диагностическому алгоритму, изложенному в «Карте ультразвукового скрининга». В связи с тем что электронная база данных создана в полном соответствии со структурой «Карты», все пункты, указанные в ней, должны быть учтены при ультразвуковом исследовании, а их выполнение зафиксировано.

Цель первичного обследования – распределение потока пациентов на лиц с нормальной ЩЖ и лиц, ЩЖ которых имеет отклонения от нормы. Для лиц с нормальной щитовидной железой скрининг завершается.

Второй этап – дифференциальная диагностика. На второй этап направляют пациентов с изменениями размеров, экзогенности и экоструктуры ЩЖ, выявленными при первичном обследовании. На этом этапе врачи-эксперты выполняют подробный анализ выявленных изменений согласно алгоритму, изложенному в приложениях к «Карте ультразвукового скрининга». Приложения к «Карте» имеют цветовую маркировку, что позволяет быстро сортировать бланки с патологией.

В результате проведенной дифференциальной диагностики пациентов второго этапа делят на три группы:

- 1-я группа – лица с незначительными изменениями в ЩЖ. Эти пациенты не нуждаются в лечении, а обнаруженные у них изменения требуют динамического ультразвукового контроля-мониторинга. На этом скрининг для больных завершается;

- 2-я группа – больные, которым на основании проведенной дифференциальной диагностики устанавливают ясный диагноз. Они поступают на консультацию к эндокринологу, минуя третий этап скрининга;

- 3-я группа – больные, которым для выполнения дифференциальной диагностики необходимо

провести дополнительные диагностические процедуры. Их направляют на третий этап скрининга.

Третий этап – тонкоигольная аспирационная пункция щитовидной железы под контролем УЗИ. Биопсию проводят в специальном помещении при участии медицинской сестры. Больной укладывается на кушетку. Переднюю поверхность шеи обрабатывают спиртом и под ультразвуковым контролем свободной рукой выполняют пункцию. Аспирационный материал направляют для анализа в клиничко-морфологический отдел МРНЦ РАМН. Для направления на биопсию и внесения информации о предполагаемой диагнозе, о месте пункции щитовидной железы и для последующего внесения результатов цитологического исследования из базы данных выводят специально разработанный бланк, который избавляет от необходимости некорректного оформления направления на биопсию.

Больных, которым выполняют биопсию, к эндокринологу не направляют. Рекомендации по лечению выдают только после анализа ультразвуковых и цитологических данных.

Клинический этап уточнения диагнозов и лечения больных с опухолями ЩЖ подразумевает дообследование и лечение пациентов в клинике МРНЦ РАМН.

Четвертый этап – осмотр больных эндокринологом. Больных с ясным диагнозом направляют на последний этап скрининга – на консультацию к эндокринологу. Предварительно больных регистрируют в группе информационного сопровождения, где информацию на заполненной на предыдущих этапах «Карте ультразвукового скрининга» оперативно вносят в электронную базу данных. Пациенту выдают распечатанный из базы данных полнотекстовый документ «Протокол ультразвукового исследования щитовидной железы», с которым он поступает к эндокринологу. Эндокринолог опре-

деляет лечебную тактику. Часть больных направляют в стационар, часть – для амбулаторного лечения. После этого скрининг считается завершенным.

Таким образом, прохождение пациентами необходимых этапов медицинского раздела скрининга построено так, что на каждом этапе осуществляется последовательный отбор лиц для направления на дополнительные диагностические процедуры и/или на прием к эндокринологу.

Возможности ультразвукового скрининга можно сравнить с ловом рыбы. Представим себе, что в небольшой водоем запустили миллион мальков рыбы, которых в течение года усиленно откармливали. Мы точно знаем, что в водоеме за год выросла рыба. Теперь берем сети с метровыми ячейками и пытаемся выловить эту рыбу. Очень крупную рыбу мы поймаем, но остальную – нет. Оценка состояния пациентов только с использованием физикальных методов – это «лов рыбы» сетями с метровыми ячейками и как результат – запоздалая диагностика поражений ЩЖ, а ультразвуковой скрининг – «лов рыбы» сетью с размером ячеек 3 мм, что обеспечивает беспрецедентную выявляемость узловых патологий, в том числе рака ЩЖ.

Ранее мы обследовали по аналогичной методике 67 тыс. человек. Было выявлено 7057 узлов; 84% объемных образований до 15 мм при пальпации и осмотре были пропущены.

Йодный дефицит и ультразвуковой скрининг заболевания щитовидной железы. По рекомендации Всемирной организации здравоохранения для оценки степени тяжести дефицита йода в организме целесообразно знать как минимум два параметра – распространенность диффузного зоба по данным пальпации или ультразвукового исследования и концентрацию йода в моче.

Различают три степени тяжести йоддефицитных состояний –

легкую, средней степени тяжести и тяжелую.

Приведенные рекомендации были четко соблюдены при ультразвуковом скрининге, выполненном в Орловской области. В результате исследования была выделена группа из 10 628 лиц обоего пола в возрасте от 5 до 19 лет. Частота развития диффузного зоба проанализирована в трех возрастных группах – 5–9, 10–14 и 15–19 лет, концентрация йода в моче определена у 2 530 человек из этих же возрастных групп. Работа проведена в Волховском, Урицком, Мценском и Колпнянском районах Орловской области. В Волховском районе выполнен анализ 710 проб, в Колпнянском – 1023, Урицком – 495, Мценском – 279 проб.

По частоте обнаружения диффузного зоба Орловская область может быть отнесена к региону с легкой степенью йоддефицита, так как среди обследованных 10 628 детей и подростков в возрасте от 5 до 19 лет распространенность зоба достигла 11,7%. С возрастом частота выявления диффузного зоба увеличилась с 8,3 до 14,3%.

По медианному значению концентрации йода в моче (52 мкг/л) Орловская область также относится к региону с легкой степенью йоддефицита. Эта же закономерность установлена для лиц мужского и женского пола: среди мужского населения частота выявления диффузного зоба достигает 8,2% и медианное значение концентрации йода в моче – 50 мкг/л, у женщин – соответственно 14% и 53 мкг/л.

Аналогичные показатели частоты выявления зоба получены и при скрининге, выполненном в Калужской, Брянской и Тульской областях.

Среди 104 875 обследованных лиц установлена следующая тиреоидная патология: диффузный зоб – 6% (мужчины – 4,6%, женщины – 7%); узловой и многоузловой зоб – 5,7% (2 и 8,3% соответственно); кисты ЩЖ – 1,5% (0,9%

и 1,9%); аутоиммунный тиреоидит (АИТ) – 2,1% (0,5 и 3,2%); состояние после оперативного лечения – 0,7% (0,1 и 1,2% соответственно). Среди женщин заболевания ЩЖ наблюдались значительно чаще, чем среди мужчин.

Размеры узловых образований (коллоидных узлов, аденом, кист) составили: до 1 см – у 68,3% обследованных, от 1,1 до 2 см – у 25,2%, от 2,1 до 3,0 см – у 4%, более 3 см – у 2,4% пациентов.

Пик выявления диффузного зоба приходится на возрастную группу 20–29 лет. Распространенность узлового зоба (монодозного и полидозного) с возрастом увеличивается. Аналогичная ситуация прослеживается с аутоиммунным тиреоидитом. Наибольшее число больных с кистами выявляется в возрасте 20–29 лет. Основные оперативные вмешательства выполнены при узловом зобе.

Таким образом, ультразвуковой скрининг в младших возрастных группах позволил выявить заболевания ЩЖ у 6–8,7% и в старших – у 43–60% обследованных.

Йодный дефицит и рак щитовидной железы. Сложившаяся в России система учета онкологической заболеваемости свидетельствует о том, что в 2001 г. в России было зафиксировано 451 299 первичных больных злокачественными заболеваниями по всем локализациям. Грубый показатель заболеваемости составил 313,9 на 100 тыс. населения. Первичный рак щитовидной железы (РЩЖ) зарегистрирован в 2001 г. у 8118 россиян. Грубый показатель для России был равен 5,6 на 100 тыс. За 10 лет прирост составил 108,4%.

В Орловской области в 1996–1999 гг. фиксировалось самое большое в России число больных раком ЩЖ. В 1998 г. в области было выявлено 148 больных. Грубый показатель на 100 тыс. населения достиг по области 16,9 вместо 4,4 по сравнению с общероссийским, т.е. число больных

стало в 4 раза больше. Это самый высокий показатель по России.

В 2002 г. в Орловской области в течение месяца был выполнен ультразвуковой скрининг ЩЖ у 30 268 человек. Возраст обследуемых – от 4 до 60 лет и более. На каждую из 10 возрастных групп приходилось 8–15% всех обследованных лиц.

С учетом приведенных выше грубых показателей можно было предположить, что среди 30 тыс. обследованных в Орловской области число больных РЩЖ при грубом показателе 5,6 должно было составить 2 человека, при грубом показателе 16,97 (самом высоком в России за период 1992–2001 гг.) – 5 человек.

В результате скрининга в Орловской области выявлено 42 больных РЩЖ, который был подтвержден гистологически после оперативного лечения. Грубый показатель составил 138,7 на 100 тыс. населения, т.е. по сравнению с российским он был в 24,7 раза выше.

Клиническая характеристика больных РЩЖ по Орловской области. Число мужчин – 8, женщин – 32; соотношение 1:4,2, по России – 1:5,9. Возраст – от 15 до 65 лет, по России – от 4 до 85 лет. Средний возраст по Орловской области для мужчин $46,6 \pm 9,4$, для России – 53,7; для женщин – $44,88 \pm 10,4$ и 52,2 соответственно. В период скрининга в Орловской области выявлен только папиллярный и фолликулярный рак. Удельный вес папиллярного рака 83%, фолликулярного – 16%; для России это соотношение составляло 25–81,35 и 13–40%. В нашем материале рак на фоне неизменной ЩЖ выявлен в 71,4% случаев (30 больных) и на фоне многоузлового зоба – 28,5% (12 человек). Данные о частоте рака на фоне неизменной и зобно-трансформированной ЩЖ по России весьма неоднородны. Колебания частоты нормальной ткани могут составлять 50–81%, на фоне узлового зоба – 18–25%.

Заболевание в стадии T1–T2 по Орловской области выявлено у 83,3% больных, по России – у 39,1%; в стадии T3–T4 – у 26,3 и 61,9% обследованных соответственно. Среди больных Орловской области отдаленных метастазов не зафиксировано, в то время как по России при дифференцированных раках они выявляются у 2,7–15% больных. В Орловской области у 32 пациентов (76,2%) метастазов в лимфатические узлы не было, а по России количество первичных больных, поступающих в клинику с метастазами, колеблется от 17 до 70%. В Орловской области регионарные метастазы при опухолях до 10 мм выявлены у 15% больных, до 20 мм – у 40%, до 30 мм и более – у 100% обследованных; средний размер опухолей составил $15,6 \pm 8,5$ мм.

Если для лиц обоего пола грубый показатель был превышен в 25 раз, то в различных возрастных группах, по данным скрининга, его превышение колебалось от 0

до 95 раз, среди женщин – от 12 до 48 раз.

Сравнение частоты выявления рака наиболее распространенных локализаций среди мужчин – рака трахеи, бронхов и легкого показало, что общее число таких больных в России составляло в 1992 г. 58 936 при грубом показателе 78,1. В 2001 г. их число снизилось до 51 962 тыс., но по прогнозу, основанному на скрининге, число больных должно составить 59 103 тыс., т.е. оно может превысить частоту самого распространенного рака среди мужского населения.

Если сравнить частоту наиболее распространенного рака среди женщин – рака молочной железы, то общее их число в России в 1992 г. составляло 34 339 при грубом показателе 32,1. В 2001 г. количество больных выросло до 45 тыс., но по прогнозу, основанному на скрининге, это число должно составить 182 тыс., т.е. на 140 тыс. больше.

В России в 2001 г. было выявле-

но 8118 больных раком ЩЖ, а общее число всех больных составило 450 тыс. По прогнозу, основанному на результатах скрининга, только число больных раком ЩЖ должно быть равно 200 тыс., т.е. их число может составить половину всех выявляемых больных.

Таким образом, в регионах центрального федерального округа, включенных в исследование, имеется легкий или средний дефицит йода, частота заболевания ЩЖ достигает 30–60% в старших возрастных группах. Истинное число больных раком ЩЖ в Тульской и Орловской областях оказалось в 10–25 раз больше по сравнению с Российской статистикой. Методология скрининга обеспечивает раннюю диагностику не только основных заболеваний ЩЖ – зоба, узлового зоба, хронического аутоиммунного тиреоидита, но и рака. Внедрение и использование данной технологии может значительно улучшить диагностику большинства злокачественных опухолей.

Интервенционная радиология в онкологии

Профессор **Б.И. Долгушин** – заместитель директора НИИ РОНЦ им. Н.Н.Блохина РАМН, заведующий отделением лучевой диагностики; профессор **М.И. Давыдов** – директор ГУ РОНЦ им. Н.Н.Блохина РАМН

Интервенционная радиология (ИР) – молодая и быстро развивающаяся специальность, в том числе и в онкологии. Она расширяет возможности обычных диагностических методик до активного выполнения терапевтических процедур под контролем одного из видов лучевой интраскопии. Первые ИР-вмешательства были выполнены в начале 70-х годов.

Одну из ведущих ролей в становлении ИР сыграл технический прогресс, который обусловил появление радиологических вмешательств, в том числе рентгенотелевидения, ангиографии по мето-

дике Сельдингера, ультразвукового исследования (УЗИ), рентгенокомпьютерной томографии (РКТ), а также создание индивидуальных медицинских инструментов типа дистанционно управляемого катетера, баллонного катетера и тонкой иглы.

В пользу ухода от большой хирургии и общей анестезии в сторону ИР говорят уменьшение количества осложнений, времени пребывания в стационаре, снижение стоимости лечения. По сравнению с большой хирургией ИР имеет дополнительное преимущество – легкую повторяемость процедур без дополнительного риска.

Интервенционные радиологические методики предпочтительны у тяжелых и ослабленных больных из-за невозможности выполнения общей анестезии и полноценного хирургического вмешательства. Они также могут использоваться для стабилизации состояния пациентов и улучшения метаболических и функциональных показателей перед предстоящей радикальной операцией. Следовательно, ИР обладает бесспорной привлекательностью как самостоятельный метод лечения и как способ расширения лечебных возможностей у ранее инкурабельных больных.

В онкологии из всех интервенционных радиологических процедур находят применение следующие:

- биопсия (аспирационная и щипцовая);

- дренирование патологических и физиологических жидкостей (затеки, гематомы, абсцессы, желчные протоки, мочевые пути);

- расширение просвета (дилатация стриктур пищеварительных, дыхательных и мочевых путей);

- протезирование трубчатых структур (желчные протоки, трахея, мочеточники, пищеварительная трубка);

- окклюзия патологических соустьев;

- эмболизация или эмболотерапия (ишемическое и химическое воздействие на опухолевую ткань с целью ее разрушения);

- анастомозирование (магнитные и пункционные соустья для создания условий пассажа физиологических и патологических субстанций);

- установка кава-фильтров для профилактики эмболии во время и после обширных операций у тяжелых онкологических больных;

- извлечение инородных тел (оторвавшиеся катетеры в сосудах);

- гемостаз (транскатетерная эмболизация кровоточащих сосудов и сосудистых фистул распадающихся опухолей, а также после операций и ИР-манипуляций);

- укрепление тел позвонков специальным цементом (вертебропластика) при их литическом поражении опухолью;

- радиотермоабляция – прицельное термическое разрушение опухолей электродом под лучевым контролем.

ИР-процедуры выполняют под флюороскопическим, ультразвуковым или РКТ-контролем либо при комбинации этих методов. Обычно выбирают ту технику, которая позволяет лучше визуализировать патологический процесс и обеспечивает доступ к нему.

Биопсия. Лечение онкологических больных сегодня немыслимо без предварительного морфологического подтверждения опухолевого процесса. Существуют многочисленные способы получения

материала: мазки, цитологическое изучение физиологических и патологических жидкостей, операционный, эндоскопический и пункционный материал. Последний способ относится к ИР-процедурам, так как большая часть пункций производится под лучевым наведением (УЗИ, КТ, флюороскопия). Эффективность биопсии – около 85%.

Дренирование патологических полостей, содержащих жидкость. Гнойно-септические осложнения в абдоминальной онкологии встречаются довольно часто. При раке желудка они могут достигать 16%. Абдоминальные абсцессы развиваются у 6% больных после операций на органах брюшной полости. Летальность при хирургическом лечении одиночных абсцессов печени может достигать 29%, а при множественных – 98%. Наличие абсцесса требует активной хирургической тактики, при помощи которой пока не удается снизить летальность менее 20%.

В последнее десятилетие в связи с развитием ИР и широким внедрением в клиническую практику флюороскопии, ультразвуковой и рентгеновской компьютерной томографии появилась реальная возможность точной визуализации абсцессов и контролируемого их чрескожного дренирования. За последние 3 года в РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН чрескожное дренирование и лечение получили 355 больных.

Показаниями к чрескожному дренированию под лучевым наведением и контролем являются внутрибрюшные абсцессы и жидкостные ограниченные образования. Противопоказанием могут явиться неуправляемая коагулопатия или отсутствие безопасного пункционного маршрута.

Осложнения, связанные с чрескожным дренированием абсцессов у онкологических больных, отмечены у 12,2% из них, тогда как при традиционном хирургическом

лечении они развивались в 2,5 раза чаще (до 30%). Чрескожное дренирование как способ лечения внутрибрюшных послеоперационных абсцессов у онкологических больных является методом выбора, так как при тех же результатах летальность при данном виде вмешательства составляет около 1% в отличие от традиционного хирургического лечения (летальность от 15 до 60%).

На основании накопленного в РОНЦ опыта можно утверждать, что у онкологических больных 85–90% абсцессов могут быть успешно дренированы под лучевым контролем чрескожным путем без традиционной операции и наркоза. При этом среднее пребывание в стационаре уменьшилось до 16 дней против 28 дней при традиционном оперативном лечении.

Оперативное лечение при опухолях билиопанкреатодуоденальной зоны на высоте желтухи приводит к 20–40% послеоперационной летальности. Поэтому в настоящее время в РОНЦ, как и в большинстве крупных клиник, всех больных с механической желтухой предварительно подвергают чрескожному чреспеченочному дренированию желчных протоков под лучевым контролем для последующей декомпрессии и восстановления естественного тока желчи, что снижает послеоперационную летальность до 1%. Наш опыт интервенционного лечения – более 500 онкологических больных с механической желтухой. Тяжелые осложнения после процедуры чрескожного дренирования желчных протоков возникают у 11,4% онкологических больных, а летальность равна 3,5%.

Чрескожный чреспеченочный эндобилиарный доступ с возможностью манипулирования в протоках под контролем флюороскопии создал предпосылки для принципиально нового подхода к диагностике и лечению опухолей билиопанкреатодуоденальной области.

Он включает:

- возможность контролируемой декомпрессии механической желтухи;

- лечение холангита, которым часто сопровождается нарушение желчеоттока;

- точное определение места и протяженности опухолевой стриктуры;

- взятие биопсии в месте блока;
- бужирование и восстановление естественного тока желчи в двенадцатиперстную кишку;

- возможность точного позиционирования и проведения интрапротоковой лучевой терапии;

- протезирование протоков;

- послеоперационный мониторинг и профилактику недостаточности энтеробилиарных анастомозов;

- наложение магнитных холедоходуоденоанастомозов;

- наложение пункционных гепатогастроанастомозов;

- улучшение качества жизни при невозможности специального противоопухолевого лечения.

Особую проблему ИР составляют больные с механическим нарушением оттока мочи по верхним мочевым путям. Это больные с блокадой мочеточников опухолями мочевого пузыря, матки, яичников, кишечника и неорганическими злокачественными новообразованиями. Другую категорию больных с нарушением пассажа мочи представляют больные с осложнениями противоопухолевого лечения. В первую очередь это осложнения лучевой терапии, реже – интраоперационные осложнения и ещё реже – рубцовые изменения на месте опухолей после эффективного медикаментозного лечения. Эти больные остро нуждаются в отведении мочи. В последние годы в РОНЦ всем таким больным (более 450 человек) отведение мочи осуществляют пункционным методом, чрескожно, под контролем флюороскопии и УЗИ. Процедура практически всегда успешна. По сравнению с хи-

рургическим наложением пункционная технология нефростомии под лучевым наведением в 1,5 раза короче, не требует общей анестезии, в 4 раза дешевле; летальность при этом уменьшается в 30 раз.

Регионарная внутриартериальная химиотерапия опухолей.

В отличие от системной (внутривенной) химиотерапии регионарная (внутриартериальная) позволяет доставить к пораженному органу противоопухолевый агент более высокой концентрации. Наиболее благоприятны для проведения регионарной химиотерапии опухоли, расположенные в органах и тканях с одним источником кровоснабжения. В первую очередь к ним относятся опухоли костей и мягких тканей конечностей. Указанная методика широко применяется в РОНЦ, и мы имеем опыт наблюдения 1000 больных, которым в схему лечения включена внутриартериальная химиотерапия. Достаточно сказать, что пятилетняя выживаемость пациентов, леченных с использованием регионарного подвода препарата, увеличивается с 36 до 68%.

Эмболизация и эмболизация. В поисках эффективного лечения неоперабельных опухолевых процессов интервенционные радиологи предложили использовать технические возможности селективной катетеризации артериальных сосудов, питающих опухоль, для прицельного введения противоопухолевых препаратов и эмболов для ишемизации новообразований. Отсюда возникло сразу три направления:

- внутриартериальная регионарная химиотерапия;

- ишемическая эмболизация артериальных сосудов, питающих опухоль;

- химиоэмболизация, использующая эффект временного замедления кровотока в сосудистой сети, при помощи масляных эмболов, для пролонгированного воздействия на опухоль растворен-

ных в них противоопухолевых препаратов.

Показаниями к проведению химиоэмболизации печени являются: злокачественные неоперабельные опухоли (билобарное поражение), снижение уровня васкуляризации и уменьшение размеров опухоли при комбинированном лечении перед резекцией органа.

Многолетний опыт химиоэмболизации печени больным с различными злокачественными опухолями этого органа свидетельствует о том, что наилучшие результаты лечения получены в группе пациентов с опухолями высокой степени васкуляризации (гепатобластома, гепатоцеллюлярный рак, карциноид) и при метастазах в печень рака молочной железы.

При первичном раке печени частичная регрессия опухоли отмечена у 15%, а стабилизация опухолевого процесса – у 35% больных. При лечении метастазов рака молочной железы частичный эффект получен у 10%, а стабилизация опухолевого процесса достигнута у 40% больных. При этом медиана выживаемости больных этих групп увеличилась в 2 раза. Химиоэмболизацию печеночных артерий можно выполнять много раз для достижения длительного эффекта.

В практике интервенционного радиолога возможны ситуации, когда по той или иной причине необходимо перекрыть кровоток в артериальном сосуде. Это может быть осложнение пункции печени или дренирования желчных протоков, связанное с созданием патологического соустья между артериями и желчными протоками, могут быть кровотокающие опухоли почки, мочевого пузыря, матки и других органов у резко ослабленных больных. Остановка таких кровотечений хирургическим путем переходит в сложнейшую операцию с плохо прогнозируемыми последствиями. Поэтому методом выбора лечения таких больных является селективная эмболизация

поврежденного сосуда. Операцию выполняют под местным обезболиванием; при рецидиве кровотечения ее можно повторить.

Селективная эмболизация внутрипеченочных артерий, выполненная 14 больным для остановки кровотечения, была эффективной в 100% и не потребовала общего обезболивания. Она может служить этапом подготовки хирургического вмешательства для уменьшения последующего интраоперационного кровотечения при гигантских и глубоко расположенных опухолях различной локализации. Этот вид вмешательства нами успешно выполнен 12 больным.

Установка кава-фильтра для профилактики легочной эмболии. В последнее десятилетие в хирургической практике для профилактики эмболии легочной артерии используют специальные сетчатые устройства. Они разработаны для улавливания оторвавшихся тромбов из крупных венозных стволов нижних конечностей и таза. Это особенно актуально в онкологической практике. У пожилых больных при длительном постельном режиме создаются предпосылки для формирования венозных тромбов. Неблагоприятно влияют на гемодинамику и могут способствовать тромбообразованию опухоли тазовых органов. При обширных операциях или в послеоперационном периоде возможен отрыв тромботических масс с соответствующими последствиями. Для профилактики этих тяжелых и часто смертельных осложнений используют специальные кава-фильтры, свободно пропускающие кровь и задерживающие эмболы. Устанавливают эти устройства под рентгенотелевизионным контролем через подключичную или яремную вену под местным обезболиванием. За последние 3 года в РОНЦ для профилактики эмболии легочной артерии успешно установлено 47 кава-фильтров.

Расширение стриктур. После резекции прямой кишки и пи-

щевода в месте анастомоза могут возникать рубцовые стриктуры, которые иногда протекают весьма тяжело, плохо поддаются эндоскопическому воздействию и рецидивируют. В этих случаях можно использовать баллонную дилатацию рубцового сужения. Операцию выполняют под местным обезболиванием при флюороскопическом контроле. Для установки расширительного специального баллона применяют методику, разработанную Seldinger. Баллон раздувают рентгеноконтрастной жидкостью, что позволяет легко дозировать степень воздействия на стриктуру. В отличие от эндоскопического бужирования при баллонизации слизистая оболочка не повреждается, и увеличение просвета происходит за счет расширения подслизистых слоев. Пациенты удовлетворительно переносят операцию, ее легко повторить и при подготовке она требует лишь очистительных клизм накануне. Процедура выполнена 17 больным, и во всех случаях удалось ликвидировать стриктуру. Осложнений не было.

Аналогично производят расширение стриктур мочеточников, вызванных хирургическими операциями или лучевой терапией. Появился первый обнадеживающий опыт многоэтапного баллонного расширения постлучевых стриктур бронхов. Хотя исследования находятся в самом начале клинического внедрения, уже есть обнадеживающие данные о перспективности этого направления.

Металлические сетчатые протезы в лечении стриктур. Рак пищевода и кардиального отдела желудка вызывает прогрессирующую дисфагию, которая в отсутствие лечения приводит к голодной смерти. Радикальная операция с восстановлением естественного пассажа пищи — оптимальное решение. Но даже после хирургической резекции приблизительно у 20% пациентов остаются явления дисфагии и может

повторно возникнуть стриктура на участке анастомоза. Лучевая терапия эффективна у 60–80% пациентов, но очевидное уменьшение симптомов дисфагии наступает только через 4–6 нед от начала лечения. Кроме того, лучевая терапия может вызывать рубцовую дисфагию у 25% больных. Использование лазерной деструкции ограничено недоступностью подслизистых или внешних структур. Протезирование пищевода металлическими сетчатыми стендами — привлекательный, простой и быстрый метод снятия дисфагии, вызванной злокачественными опухолями.

Показанием к стентированию пищевода является также наличие патологического соустья между пищеводом и трахеей. Сетчатые протезы, покрытые специальной пластиковой пленкой, создают препятствие для попадания пищи из пищевода в трахею, предотвращая тем самым постоянное инфицирование легких. РОНЦ имеет положительный опыт стентирования пищевода у 26 больных с дисфагией III–IV степени. После установки протеза дисфагия I степени отмечена у 40% больных. Остальные пациенты перестали определять дисфагию.

В последнее время металлические сетчатые протезы стали использоваться для восстановления проходимости и других отделов пищеварительной трубки. Перспективно применение стентов при опухолях для восстановления проходимости левых отделов толстой кишки. Металлические сетчатые протезы также можно устанавливать для купирования опухолевых и рубцовых стриктур, а также в других достижимых для имплантации отделах кишечника (желудок, двенадцатиперстная кишка и желудочно-кишечные анастомозы).

Уже ни у кого не вызывает сомнения целесообразность стентирования опухолевых стриктур желчных протоков у неоперабель-

ных больных. Указанная методика восстанавливает естественный пассаж желчи и обеспечивает хорошее качество жизни.

Современное комплексное лечение опухолей внутри- и внепеченочных протоков с использованием хирургического и лучевого (дистанционная плюс интрапроточная) методов дает обнадеживающие отдаленные результаты. Появилась группа больных с излеченными опухолями желчных протоков, но уже с рубцовыми стриктурами, которые хорошо поддаются стентированию.

Высокие возможности ИР сегодня позволяют не только накладывать соустья между отдельными протоками, но и соединять проток с просветом желудка, что дает пациентам удовлетворительное качество жизни и возможность социальной адаптации. Однако стенки указанных вновь созданных соустьев надо «укреплять» для профилактики последующей облитерации. Для этих целей с успехом применяют сетчатые металлические протезы. В РОНЦ 38 пациентам в желчные протоки успешно установлены 52 стента. Рецидив желтухи возник только в 30% случаев. Получены первые результаты стентирования трахеи и мочеточников.

Имплантиция саморасширяющихся стальных и нитиноловых стентов отечественного и импортного производства является эффективной и безопасной процедурой, устраняющей обтурацию различных тубулярных органов, позволяющей реабилитировать и значительно улучшить качество жизни онкологических больных. Отечественные нитиноловые стенты не уступают по своей эффективности импортным аналогам и могут быть изготовлены индивидуально с учетом необходимых параметров.

Магнитные анастомозы в лечении опухолевых и неопухолевых стриктур желчных протоков. Новый подход к восста-

новлению внутреннего желчеотведения в комплексном паллиативном лечении механической желтухи опухолевой этиологии с уровнем окклюзии не выше устья пузырного протока реализован за счет рентгеноэндоскопических компрессионных билиодигестивных анастомозов (РЭКБДА) с использованием специально сконструированных магнитных элементов. У больных с нерезектабельными окклюзиями терминального отдела холедоха и высокой степени операционного риска можно выполнить такие операции, как холецистогастро-, холецистодуодено-, холедоходуодено-, гепатикодуодено- и гепатикоеюномагнитные анастомозы. Суть метода заключается во введении в анастомозируемые органы двух магнитов и обеспечении их взаимодействия. Постоянная компрессия способствует образованию пролежня анастомоза, при этом магниты либо извлекают, либо они отходят естественным путем.

Предлагаемый метод восстановления внутреннего желчеотведения сочетает в себе преимущества хирургического способа (большой диаметр билиодигестивного соустья) при существенно низкой травматичности, сравнимой с эндопротезированием. Отсутствие швов при идеальном сопоставлении слоев соединяемых органов снижает риск рубцевания анастомоза. Предлагаемые способы восстановления внутреннего желчеотведения могут быть включены в арсенал методов паллиативного лечения у лиц с высокой степенью операционного риска.

Вертебропластика при литическом опухолевом поражении тел позвонков. Метастатические опухоли скелета встречаются в 2–4 раза чаще, чем первичные, и занимают 3-е место по частоте распространения после опухолей легких и печени. Наиболее частая локализация метастазов — позвоночник (до 70%). У больных с метастатическими очагами в

скелете развивается наибольшее количество осложнений со стороны опорно-двигательного аппарата в процессе лечения.

Болевой синдром является первым клиническим признаком поражения костной системы у 75% больных, хотя патологические переломы длинных трубчатых костей и позвоночника возникают у 5–10% из них [Dijkstra P.D.S., 2001]. Примерно у 1/3 больных с метастатическим поражением костей скелета появляются различные осложнения: патологические переломы, гиперкальциемия, компрессия спинного мозга [Coleman R., 2001].

Для лечения литических поражений позвоночника стали широко применять чрескожную вертебропластику. Эта малоинвазивная интервенционная методика, существующая около 20 лет, впервые была предложена французским врачом H. Deramond в 1984 г. Вертебропластика означает укрепление тела позвонка и заключается в чрескожном введении в измененные позвонки костного цемента на основе полиметилметакрилата.

Основным контингентом больных, которым выполняют вертебропластику, являются пациенты с гемангиомами и метастатическим поражением позвоночника, наиболее часто сопровождающимися снижением плотности костной ткани, что значительно увеличивает степень риска и частоту возникновения патологических переломов.

Показанием к выполнению вертебропластики служит болевой синдром при патологическом переломе или его угрозе вследствие деструктивного остеолитического опухолевого поражения позвоночника.

Процедуру выполняют под контролем компьютерной томографии с одновременным флюороскопическим контролем в реальном масштабе времени при введении костного цемента. После прекращения введения цемента через

одну иглу выполняют КТ-контроль области заполнения. Далее при необходимости область поражения заполняют через вторую иглу. Доза введенного цемента – 2–10 мл в зависимости от уровня и объема поражения позвонка.

Полное или значительное уменьшение болей отмечено у 20 из 22 больных. Наступление аналгетического эффекта наблюдалось в течение первых 48 ч. Все пациенты были активизированы на следующие сутки.

Таким образом, использование новой ИР-процедуры – вертебропластики – как самостоятельного метода при доброкачественных образованиях, так и в комбинированном лечении больных со злокачественными и метастатическими опухолями позвоночника позволяет в короткие сроки значительно улучшить качество жизни пациентов и избежать значительных осложнений.

Радиочастотная термоабляция опухолей печени. В связи с техническими достижениями в последние годы интервенционная радиология, или малоинвазивная хирургия под лучевым контролем, стала использоваться и в лечении онкологических заболеваний паренхиматозных органов, мягких тканей и костей.

До 80% больных первичным раком печени и до 60% – с ее метастатическими поражениями радикально неоперабельны. В остальных случаях частота послеоперационных осложнений составляет 19–43%, а послеоперационная летальность колеблется от 4 до 7% [Федоров В.Д., 2003]. Минимально-инвазивные, паллиативные с позиций хирургического радикализма способы лечения создают новые возможности продления жизни больным и улучшения качества их жизни на ближайшие годы.

Среди способов чрескожных абляционных воздействий на опухоли все большее значение приобретает радиочастотный (РЧ) ме-

тод, суть которого состоит в разогреве опухоли под воздействием радиочастотных электрических токов. Под лучевым наведением (УЗ, КТ или МРТ) в опухоль вводят специальный электрод, излучающий вокруг себя РЧ-токи. Радиочастотное воздействие вызывает колебания с той же частотой электрически заряженных внутриклеточных структур (ионов). Выделяемое при этом тепло разогревает и коагулирует клетки. Отличием ионного разогрева тканей от привычного в электрохирургии импедансного получения тепла является гораздо больший объем коагулята. Например, в монополярной электрохирургии температура уменьшается обратно пропорционально квадрату расстояния, поэтому на расстоянии уже 3–5 мм от электрода обнаруживается температура тела больного, а при РЧ-абляции могут коагулироваться очаги диаметром до 2,5–3 см. Наиболее мощные в настоящее время генераторы применяют при опухолях диаметром до 5–7 см. Чрескожную РЧ-абляцию проводят под местной анестезией с внутривенной седацией сознания.

Показания к РЧ-абляции: наличие в печени не более 4–5 опухолевых узлов, диаметр одного узла не более 5 см, расположение узлов не ближе 1 см от воротной либо печеночной вены. Противопоказаниями к проведению РЧ-абляции мы считали наличие внепеченочных проявлений заболеваний, некоррируемую коагулопатию, выраженную астению, сепсис.

У большинства больных лечение проводили чрескожно под местной, внутривенной, эпидуральной или спинномозговой анестезией. Все манипуляции контролировали в реальном времени под УЗ.

Среднее время одного воздействия – 13 мин. Количество аппликаций зависит от размеров очага. Среднее количество воздействий на очаг диаметром 3 см составляет 3 сеанса. За год в

РОНЦ находились на лечении 18 больных, которым оказано радиотермовоздействие на 21 узел в печени за 48 сеансов; лишь в одном случае процедура осложнилась кровотечением, потребовавшим лапаротомии.

Непосредственные результаты лечения свидетельствуют о том, что метод радиочастотной абляции может оказывать реальное деструктивное воздействие на узловые опухолевые образования в печени. Его дальнейшее развитие может оказать действенную помощь значительной части больных с метастатическими поражениями печени, неоперабельных к моменту обследования.

РЧ-генератор можно использовать для абляции не только метастазов в печень, но и небольших первичных гепатокарцином, а также опухолей почек, легких, костей, щитовидной и парашитовидных желез, надпочечников. Имеются сообщения о его применении при лечении злокачественных новообразований молочной железы. Среди методов интерстициальной терапии РЧ-абляция занимает в настоящее время одно из ведущих мест.

В заключение следует сказать, что ИР, сочетающая в себе точное лучевое наведение и ювелирные хирургические возможности, имеет большое будущее в онкологии. Интервенционные процедуры легче переносятся больными, сопровождаются меньшим числом осложнений, легко повторимы и гораздо дешевле традиционных хирургических операций.

По мере развития технического прогресса ИР будет осваивать все новые и новые области применения.

В связи с широким внедрением ИР в онкологическую практику возникла необходимость в решении множества задач, которые могут быть адекватно преодолены только совместными усилиями Минздрава РФ и РАМН.

Календарный план проведения форумов, конгрессов, съездов, конференций, симпозиумов и других научных мероприятий по медицинским проблемам РАМН на 2004 год

Часть I (мероприятия НИУ РАМН и при поддержке РАМН)

Январь

Форум

6-й Всероссийский научный форум «Кардиология-2004. Ключи к диагностике и лечению заболеваний сердца и сосудов»*

г. Москва

Центр международной торговли (ЦМТ) РАМН, ЗАО «МЕДИ Экспо» 119415, г. Москва, пр-т Вернадского, 37/2

Тел./ факс: 938-92-11,-12

E-mail: expo@mediexpo.ru

Сессия

Итоговая (ежегодная) научная сессия ГУ НИИНФ им. П.К. Анохина РАМН «Механизмы системной организации физиологических функций»

г. Москва

ГУ НИИ нормальной физиологии им. П.К. Анохина РАМН

125009, г. Москва, ул. Моховая, 11, стр.4

Тел.: 203-66-70

Факс: 203-54-32

Конференция

Международная конференция «Лейкозы и лимфомы. Терапия и фундаментальные исследования»*

г. Москва

ГУ ГНЦ РАМН,

125167, г. Москва, Новый Зыковский

пр-д, 4а

Тел.: 212-43-13

Методы исследования регионарного кровообращения и микроциркуляции в клинике

г. Санкт-Петербург

СЗО РАМН, СПбГМУ им. акад.

И.П. Павлова Минздрава России,

197022, филиал № 1,

г. Санкт-Петербург,

ул. Льва Толстого, 6\8

Тел.: (812) 238-70-35

Январь-май (еженедельно)

Конференция, школа-семинар

Цикл научных конференций, очередно с проведением школы-семинара «Актуальные вопросы неврологии»

г. Москва

ГУ НИИ неврологии РАМН

125367, г. Москва, Волоколамское ш., 80.

Тел.: 490-20-43, 490-21-04

Школа-семинар

Региональная школа-семинар

«Проблемы профилактики и

лечения болезней органов дыхания»

г. Владивосток

НИИ медицинской климатологии и

восстановительного лечения -

Владивостокский филиал ГУ ДНЦ

ФПД СО РАМН

690105, г. Владивосток,

ул. Русская, 73-г

Тел.: (4232) 40-67-28;

Тел./ факс: (4232) 34-55-02;

E-mail: imkvl_nch@mailprimorye.ru

Февраль

Форум

2-й Всероссийский научный форум «Медицинские компьютерные технологии-2004»

г. Москва,

ЦМТ РАМН, ММА им. И.М. Сечено-

ва Минздрава России, ЗАО «МЕДИ

Экспо»

119415, г. Москва, пр-т Вернадского, 37/2

Тел./ факс: 938-92-11, 938-92-12

E-mail: expo@mediexpo.ru

Конгресс

Конгресс педиатров России «Актуальные проблемы педиатрии»*

г. Москва, РАН

Ленинский пр-т, 32а

НЦЗД РАМН

117983, г. Москва, Ломоносовский

пр-т, 2/62

Тел.: 134-13-08

Съезд

7-й Съезд Российской Ассоциации эндоскопических хирургов

г. Москва

ГУ Ин-т хирургии им. А.В. Вишнев-

ского РАМН

115033, г. Москва, Б. Серпуховская, 27

Тел.: 236-65-65

Симпозиумы

Краткосрочная психотерапия (история, методология, формы)

г. Санкт-Петербург

СЗО РАМН, СПб МАПО Минздрава

России,

193015, г. Санкт-Петербург, ул. Ки-

рочная, 41

* – с участием иностранных специалистов (в т.ч. из стран СНГ)

Тел.: (812) 445-16-07, доб. 116
E-mail: phsy@maps.spb.ru

Симпозиум для руководителей ЛПУ Псковской области «Фармакоэкономика артериальной гипертензии»

г. Псков
СЗО РАМН, СПб МАПО Минздрава России
Тел.: (812)275-19-29
Псковская обл. больница,
Кафедра ПОВ Псковской обл.
Тел.: (8112) 44-95-76

Семинар-симпозиум

Всероссийский научно-методологический семинар-симпозиум «Междисциплинарные проблемы системологии»

г. Великий Новгород
ГУ НИИ нормальной физиологии им. П.К.Анохина РАМН,
Новгородский НЦ СЗО РАМН, Новгородский НЦ Минобразования России
173020, г. Великий Новгород,
ул. Б. Санкт-Петербургская, 41
Тел.: (8162) 22-72-44
Факс: (8162) 22-40-10
E-mail: tel@novsu.ac.ru

Конференции

Ежегодная отчетная конференция хирургов «Острые тромбозы и эмболии»

г. Петрозаводск
ПетрГУ, Карельский НМЦ СЗО РАМН
186640, г. Петрозаводск, пр-т Ленина, 33
Тел.: (8142) 78-46-80
E-mail: dudanov@karelia.ru

Синдром иммунной недостаточности у детей

г. Санкт-Петербург
СЗО РАМН,
СПб МАПО Минздрава России,
193015, г. Санкт-Петербург, ул. Кирочная, 41
Тел.: (812) 301-44-07

Межрегиональная научно-практическая конференция «Антибактериальная терапия при критических состояниях»

г. Кемерово
ГУ НИИ общей реаниматологии РАМН
654057, г. Новокузнецк, ул. Бардина, 28
Тел.: (3843) 46-41-21
E-mail: Fior@nvkz.kuzbass.net

Новые идеи в иммунопрофилактике болезней*

(к 85-летию ГУ НИИВС им. И.И. Мечникова РАМН)
г. Москва, Дом Ученых
ул. Пречистенка, 16
ГУ НИИ вакцин и сывороток им. И.И. Мечникова РАМН
РАМН
105064, г. Москва, М. Казенный пер., 5а
Тел.: 917-49-00

«Проблемы липосакции» в рамках 3-его Международного конгресса «Cosmetik international»*

г. Москва, Конгресс-центр
Торгово-промышленной палаты РФ,
ул. Ильинка, 6
РНЦХ РАМН, Об-во пластических, реконструктивных и эстетических хирургов России. (ОПРЭХ)
119992, г. Москва, Абрикосовский пер. 2
Тел./факс 248-12-66; 248-60-77
E-mail: milanov@med.ru
ММА им. И.М. Сеченова Минздрава России
119435, г. Москва, Б. Пироговская, 2/6

Медицинская профессура Российской империи

г. Москва
НПО «Медицинская энциклопедия» РАМН
101990, г. Москва, Петроверигский пер., 6/8
Тел.: 924-16-46

Семинар

Научно-практический семинар «Медико-социальные проблемы детей подросткового возраста»

г. Москва
НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков ГУ НЦЗД РАМН
103064, г. Москва, М. Казенный пер., 5
Тел.: 917-48-31, 917-90-45

Школа

Европейская школа онкологов (ЕШО)*. 2-я Российская конференция по онкогематологии «Злокачественные лимфомы»

г. Москва
ГУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН
115478, г. Москва, Каширское ш., 24
Тел.: 324-15-00

Март

Форум

4-й Всероссийский научный форум «Реа-СпоМед-2004. Медицина. Спорт. Здоровье. Олимпиада»*

г. Москва, ЦМТ
РАМН, Российская ассоциация по спортивной медицине и реабилитации больных и инвалидов, РГМУ Минздрава России, ЗАО «МЕДИ Экспо»
119415, г. Москва, пр-т Вернадского, 37/2
Тел./факс: 938-92-11, 938-92-12
e-mail: expo@mediexpo.ru

Конференции

Новые технологии в лечении и реабилитации больных с патологией суставов*

г. Курган
ЮУНЦ РАМН, Курганский филиал ЮУНЦ РАМН, РНЦ «Восстановительная травматология и ортопедия им. акад. И.А. Илизарова» Минздрава России
640014, г. Курган, ул. М. Ульяновой, 6
Тел.: (3522) 53-17-32
Факс: (3522) 53-60-46
E-mail: gip@rncvto.kurgan.ru; naucaalex@mail.ru
Internet: www.ilizarov.ru

3-я Всероссийская научно-практическая конференция «Отечественные противоопухолевые препараты»*

Пос. Московский, Ленинский р-н, МО
ГУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН,
115478, г. Москва, Каширское ш., 24
Тел.: 324-22-74, 111-85-02

Проблемные ситуации в пластической, реконструктивной и эстетической хирургии и микрохирургии» (в рамках Международного форума по пластической хирургии и дерматокосметологии)*

г. Москва, Экспоцентр, Краснопресненская наб.
РНЦХ РАМН, ОПРЭХ
119992, г. Москва, Абрикосовский пер., 2
Тел./факс: 248-12-66; 248-60-77
E-mail: milanov@med.ru
ММА им. И.М. Сеченова Минздрав России
119435, г. Москва, Б. Пироговская, 2/6

9-я Российская конференция «Гепатология сегодня»*

г. Москва, гостиница «Космос», пр-т Мира, 150

ОНУЦ «Гастроэнтерология (терапия)» РАМН, ММА им. И.М. Сеченова Минздрава России, НС по терапии РАМН, ПК «Фундаментальные исследования в гастроэнтерологии и гепатологии» секции клинической физиологии НС РАН по физиологическим наукам, Российская гастроэнтерологическая ассоциация, Российское общество по изучению печени
119992, г. Москва, ул. Погодинская, 1
Тел.: 248-75-15, 248-38-44
Факс: 248-36-10, 248-38-44

Целиакия у детей
г. Санкт-Петербург
СЗО РАМН, СПб МАПО
Минздрава России,
193015, г. Санкт-Петербург,
ул. Кировная, 41
Тел.: (812) 301-44-07

8-я Северо-Западная конференция «Актуальные проблемы клинической фармакологии и фармакотерапии»
г. Санкт-Петербург, Дом кино
СЗО РАМН, СПбГМА им. И.И. Мечникова Минздрава России
195067, г. Санкт-Петербург, Пискаревский пр-т, 47
Тел.: (812) 543-95-38

Конференция молодых ученых и студентов «Новое в реконструктивной хирургии» посвященная Дню образования РНЦХ РАМН
г. Москва
РНЦХ РАМН
119874, г. Москва, Абрикосовский пер., 2
Тел.: 248-16-15, 248-92-92
Факс: 246-89-88

Семинар

Семинар для бактериологов Санкт-Петербурга «Диагностика патогенных стрептококков»
г. Санкт-Петербург
НИИЭМ РАМН
197376, г. Санкт-Петербург,
ул. Академика Павлова, 12
Тел.: (812) 234-68-68
Факс: (812) 234-94-77

Школа

Выездная школа-семинар «Гепатология сегодня»
г. Новосибирск
ГУ НИИ терапии СО РАМН.
630118, г. Новосибирск, ул. Б. Богаткова, 175/1
Тел./факс: (3832) 11-75-03, 11-74-09
E-mail: rootnii@online.nsk.su

ЕШО: Семинар «на Красной площади «Рак щитовидной железы»*
г. Москва
ГУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН
115478, г. Москва, Каширское ш., 24
Тел.: 324-19-30, 324-15-04

Школа / сессия

Сессия Национальной школы гастроэнтерологов, гепатологов*
г. Москва, Центральный клинический корпус ММА им. И.М. Сеченова Минздрава России, ул. Б. Пироговская, 6/1
ОНУЦ «Гастроэнтерология (терапия)» РАМН, ММА им. И.М. Сеченова Минздрава России, НС по терапии РАМН, ПК «Фундаментальные исследования в гастроэнтерологии и гепатологии» секции клинической физиологии НС РАН по физиологическим наукам, Российская гастроэнтерологическая ассоциация, Российское общество по изучению печени
119992, г. Москва, ул. Погодинская, 1
Тел.: 248-56-16, 248-38-44
Факс: 248-38-44, 248-56-16

Апрель

Конгрессы

Конгресс акушеров-гинекологов «Патология шейки матки и генитальные инфекции»*
г. Москва
ГУН НЦАГиП РАМН
117997, г. Москва, ул. акад. Опарина, 4
Тел.: 438-69-34; 438-85-07
Омская ГМА Минздрава России

Актуальные вопросы вспомогательных репродуктивных технологий (проблемы и решение)*
г. Москва,
ГУН НЦАГиП РАМН
117997, г. Москва, ул. акад. Опарина, 4
Тел.: 438-18-00, 438-76-77

11-й Российский национальный конгресс «Человек и лекарство»
г. Москва, Росакадемия госслужбы при Президенте Российской Федерации, пр-т Вернадского, 84
Минпромнауки России, РАМН,
Минздрав России, Российский общественный Фонд «Здоровье человека» Оргкомитет:
117465, а/я 36, г. Москва, Н.Сусальный пер., 5
Тел./факс: 267-50-04, 261-22-09

8-й Московский международный конгресс по эндоскопической хирургии*
г. Москва
РНЦХ РАМН
119992, г. Москва, Абрикосовский пер., 2;
Тел./факс: 248-13-75, 246-89-88

Съезд

Учредительный съезд ассоциации патологоанатомов России «Научно-практические вопросы патологической анатомии»
г. Москва
ГУ НИИ морфологии человека РАМН
117418, ул. Цюрупы, 3
Тел./факс: 120-80-65, тел.: 120-00-41

Конференции

2-я Международная конференция «Креативная кардиология. Новые технологии в диагностике и лечении заболеваний сердца»*
г. Москва
НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН
121552, г. Москва, Рублевское ш., 135
Тел.: 414-77-34, 414-76-38
Факс: 414-76-68

Международная конференция «Альтернативные методы реваскуляризации миокарда»*
г. Москва
НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН
121552, г. Москва, Рублевское ш., 135
Тел.: 414-77-34
Факс: 414-76-68

1-я Всероссийская конференция молодых ученых «Актуальные проблемы современной эндокринологии» (60-летию РАМН)*
г. Москва
ГУ ЭНЦ РАМН
117036, г. Москва, ул. Дм. Ульянова, 11
Тел.: 124-62-03, 129-01-24

4-я Всероссийская конференция по проблемам нарушения мочеиспускания у женщин*
г. Москва
ГУН НЦАГиП РАМН
117997, г. Москва, ул. акад. Опарина, 4
Тел.: 438-85-40, 438-85-07

«Современные подходы к лечению метастатических опухолей печени» (В рамках российско-американского Альянса по онкологии)*
г. Москва
ГУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН
115478, г. Москва, Каширское ш., 24
Тел.: 324-17-90, 324-15-04

Научно-практическая конференция «Новое в гематологии и клинической трансфузиологии»

г. Москва
 ГУ ГНЦ РАМН,
 125167, Москва, Новый Зыковский пр-д, 4а,
 Тел.: 212-12-02, 212-76-32

Актуальные проблемы внутренних болезней

г. Санкт-Петербург,
 СЗО РАМН, СПбГМА им. И.И. Мечникова Минздрава России
 195067, г. Санкт-Петербург, Пискаревский пр-т, 47
 Тел.: (812) 543-05-90

Здоровье населения, политика и технологии развития здравоохранения

г. Москва
 ГУ Национальный НИИ общественного здоровья РАМН**
 105064, г. Москва, ул. Воронцово поле, 12
 Тел.: 917-12-60, 917-81-42

Актуальные проблемы патофизиологии*

г. Санкт-Петербург
 СЗО РАМН, СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова Минздрава России
 197089, г. Санкт-Петербург, ул. Л. Толстого, 6/8
 Тел.: (812) 233-45-88
 СПбГМА им. И.И. Мечникова Минздрава России
 195067, г. Санкт-Петербург, Пискаревский пр-т, 47
 Тел.: (812) 543-19-31

Молекулярные основы иммунорегуляции, иммунодиагностики и иммунотерапии

г. Санкт-Петербург
 СЗО РАМН, СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова Минздрава России
 197022, филиал № 1, г. Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, 6/8,
 Тел.: (812) 238-71-94

Научные патологоанатомические школы РАМН

г. Москва
 НПО «Медицинская энциклопедия» РАМН
 101990, г. Москва, Петроверигский пер. 6/8
 Тел.: 921-12-62

ММА им. И.М. Сеченова Минздрава России
 119992, г. Москва, ул. Б. Пироговская, 2
 Тел.: 248-54-06, 248-05-53
 Факс: 248-01-81

7-я Научная конференция «Дни иммунологии в Санкт-Петербурге»*

г. Санкт-Петербург
 НИИЭМ РАМН
 197376, г. Санкт-Петербург., ул. Академика Павлова, 12
 Тел.: (812) 234-29-29, 238-71-94, 344-11-34
 E-mail: immun.@immun.iem.ras.spb.ru

Актуальные проблемы репродуктивного здоровья в условиях антропогенного влияния на популяцию

г. Магнитогорск
 ЮУНЦ РАМН
 455038, г. Магнитогорск, пр-т Ленина, 114
 Тел.: (3519) 35-69-38

Семинар

Региональный семинар Северо-Западного Федерального округа «Актуальные вопросы гинекологической эндокринологии»
 г. Санкт-Петербург
 НИИ акушерства и гинекологии им. Д. О. Отта РАМН
 199034, г. Санкт-Петербург, Менделеевская линия, 3
 Тел.: (812) 328-98-33

Совещание

Межрегиональный Сибирский семинар-совещание «Актуальные проблемы медицины труда на современном этапе»
 г. Ангарск
 НИИ медицины труда и экологии человека – Ангарский филиал ГУ НЦМЭ ВСНЦ СО РАМН
 665827, г. Ангарск, а/я 1170
 Тел.: (3951) 55-90-70, 55-40-90, 55-75-55
 Факс: (3951) 55-40-77
 E-mail: imt@angask.ru

Декадник

Всероссийский декадник «Новое в гематологии, трансфузиологии и лучевой патологии»
 г. Москва
 ГУ ГНЦ РАМН
 Кафедра гематологии и интенсивной терапии РМАПО Минздрава России
 125167, Москва, Новый Зыковский пр-д, 4а,
 Тел.: 257-39-02

Школа**5-я Международная школа по телемедицине***

г. Москва
 НИСССХ им. А.Н. Бакулева РАМН
 121552, г. Москва, Рублевское ш., 135
 Тел.: 414-79-34, 414-77-34
 Факс: 414-76-68

Май**Форумы****5-й Всероссийский научный форум «Радиология-2004. Достижения и перспективы современной лучевой диагностики и радиологии»**

г. Москва, ЦМТ
 РАМН, РНЦР Минздрава России, ЗАО «МЕДИ Экспо»
 119415, г. Москва, пр-т Вернадского, 37/2
 Тел./факс: 938-92-11, 938-92-12
 E-mail: expo@mediexpo.ru

6-й Славяно-Балтийский гастрофорум*

г. Санкт-Петербург, клуб ВМА, СЗО РАМН, ВМА
 194175, г. Санкт-Петербург, ул. Лебедева, 6
 Тел.: (812) 248-32-73
 195067, г. Санкт-Петербург, СПбГМА им. И.И. Мечникова Минздрава России, Пискаревский пр-т, 47
 Тел.: (812) 543-05-90
 193015, г. Санкт-Петербург, МАПО Минздрава России, ул. Кирочная, 41
 Тел.: (812) 273-19-29

Конгрессы**1-й конгресс «Реаниматология. Ее роль в современной медицине»***

г. Москва
 ГУ НИИ общей реаниматологии РАМН,
 107031, ул. Петровка, 25, стр.2
 Тел.: 209-96-77
 E-mail: niioramn@mediann.ru

5-й Конгресс Европейского общества по менопаузе*

г. Санкт-Петербург
 НИИ акушерства и гинекологии им. Д.О. Отта РАМН
 199034, г. Санкт-Петербург, Менделеевская линия, 3
 Тел.: (812) 328-98-33

1-й Евразийский конгресс «События года в гинекологии и акушерстве»*

г. Санкт-Петербург

** 6. НИИ им. Н.А. Семашко РАМН

НИИ акушерства и гинекологии
им. Д.О. Отта РАМН
199034, г. Санкт-Петербург., Менделеевская линия, 3
Тел.: (812) 328-98-33

3-й Всероссийский диabetологический конгресс, посвященный 60-летию РАМН*

г. Москва
ГУ ЭНЦ РАМН
117036, г. Москва, ул. Дм. Ульянова, 11
Тел.: 124-62-03, 129-01-24

36-й Международный конгресс Общества по патофизиологии беременности и организации гестоза «Беременность высокого риска»*

г. Москва
ГУН НЦАГиП РАМН, Российское общество акушеров-гинекологов, Российская ассоциация гестоза
117997, Москва, ул. акад. Опарина, 4
Тел.: 438-06-74, 438-07-88

Съезды

3-й Съезд онкологов стран СНГ*

г. Минск, Республика Беларусь
ГУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН
115478, г. Москва, Каширское ш., 24
Тел.: 324-61-22
ГУ «НИИ онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н. Александрова» Республика Беларусь,
223040, п/о Лесной-2, Минский р-н
Тел./факс: (81037517) 202-28-60

1-й Съезд биомедицинских и клинических антропологов Сибири и Дальнего Востока «Научные достижения и опыт клинических исследований в психиатрии»*

г. Томск
ГУ НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН.
634014, г. Томск, пос. Сосновый Бор
Тел.: (3822) 72-43-79, 72-43-97
Факс: (3822) 72-44-25
E-mail: redo@mail.tomsknet.ru
Сибирская ассоциация интегративной психиатрии
E-mail: korn@mail.tomsknet.ru

Симпозиум

3-й Всероссийский симпозиум «Колебательные процессы гемодинамики. Пульсация и флюктуация сердечно-сосудистой системы»

г. Челябинск
ЮУНЦ РАМН, Проблемная НИЛ

медленно-волновых процессов гемодинамики ЮУНЦ РАМН
454021, г. Челябинск, пр-т Победы, 287
Тел./факс: (3522) 41-33-22

Сессия

8-я Ежегодная научная сессия Научного Центра сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева с Всероссийской конференцией молодых ученых*

г. Москва
НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН
121552, г. Москва, Рублевское ш., 135
Тел.: 414-77-34
Факс: 414-76-68

Конференции

9-я Конференция челюстно-лицевых хирургов и стоматологов*

г. Санкт-Петербург
СЗО РАМН,
СПб МАПО Минздрава России,
193015, г. Санкт-Петербург, ул. Кирочная, 41
Тел.: (812) 273-88-69

Актуальные проблемы остеопороза

г. Санкт-Петербург
СЗО РАМН, СПб МАПО Минздрава России, 193015, г. Санкт-Петербург, ул. Кирочная, 41
Тел.: (812) 273-93-98

Всероссийская конференция «Методология измерения психического здоровья в современных условиях»

г. Великий Новгород
Новгородский НЦ СЗО РАМН
173008, г. Великий Новгород,
ул. Б. Санкт-Петербургская, 96/2
Тел.: (8162) 132-297, 641-669
Факс: 272-434, 643-891
E-mail: smeuz@novsu.ac.ru
г. Великий Новгород, НовГУ им. Я. Мудрого Минобразования России,
173020, г. Великий Новгород,
ул. Б. Санкт-Петербургская, 41
Тел.: (8162) 22-72-44
Факс: (8162) 22-40-10
E-mail: tel@novsu.ac.ru

4-я Восточно-Сибирская гастроэнтерологическая конференция «Клинико-эпидемиологические и этно-экологические проблемы заболеваний органов пищеварения»*

г. Красноярск
ГУ НИИ медицинских проблем Севера СО РАМН
660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, 3-г

Тел.: (3912) 22-01-84
Тел./факс: (3912) 23-19-63
E-mail: gimprn@scn.ru
Красноярская ГМА Минздрава России
660022, г. Красноярск,
ул. Партизана Железняка, 1
Тел.: (3912)27-49-24

Научно-практическая конференция «Современные подходы в диагностике, коррекции и профилактике эссенциальной гипертензии»

г. Иркутск
НИИ педиатрии и репродукции человека ГУ НЦМЭ ВСНЦ СО РАМН
664003, г. Иркутск, ул. Тимирязева, 16
Тел./факс: (3952) 20-76-36, 24-68-21

29-я Межрегиональная научно-практическая конференция «Гигиена, организация здравоохранения и профпатология»

г. Новокузнецк
ГУ НИИ комплексных проблем гигиены и профессиональных заболеваний СО РАМН
654041, г. Новокузнецк,
ул. Кутузова, 23
Тел./факс: (3843) 79-69-79
E-mail: zacharenkov@nvkz.kuzbss.net

Конференция фармакологов Сибири и Дальнего Востока «Проблемы фармакологии 2001–2004 гг.» (К 20-летию ГУ НИИФ ТНЦ СО РАМН)

г. Томск
ГУ НИИ фармакологии ТНЦ СО РАМН
634028, г. Томск, пр-т Ленина, 3
Тел./факс: (3822)41-83-79

Региональная научно-практическая конференция «Вопросы неотложной кардиологии»

г. Тюмень
Тюменский филиал ГУ НИИ кардиологии ТНЦ СО РАМН.
625026, г. Тюмень, ул. Мельникайте, 111
Тел.: (3452)22-76-08, 33-58-17,
22-22-24; факс: (3452)22-53-49
E-mail: cardio@tmn.ru

Этиология, диагностика, лечение и профилактика гепатита В (к 40-летию открытия австралийского антигена)

г. Москва
ГУ НИИЭМ им. Н.Ф. Гамалеи РАМН
123098, г. Москва, ул. Гамалеи, 18
Тел.: 190-57-12; 193-71-31
Центр новейших медицинских и специальных технологий и систем РАМН,

г. Москва, Каширское ш., 21
Тел.: 320-94-82

4-я Международная конференция «Актуальные проблемы экстракорпорального очищения крови в интенсивной терапии»*

г. Москва
НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН
121552, г. Москва, Рублевское ш., 135
Тел.: 414-77-34, 414-75-68
Факс: 414-76-68

Современные достижения клинической психиатрии (к 100-летию академика АМН СССР А.В. Снежневского)*

г. Москва
НЦПЗ РАМН,
115522, г. Москва, Каширское ш., 34
Тел.: 117-70-01

Роль общественных организаций в современной системе психиатрической помощи*

г. Москва
НЦПЗ РАМН,
115522, г. Москва, Каширское ш., 34
Тел.: 117-70-01

Научно-практическая конференция «Социальные аспекты ревматических заболеваний»*

г. Москва – М.О. ГУ ИР РАМН
115522 г. Москва, Каширское ш., 34а
Тел.: 114-44-90, 114-14-86
Факс: 114-44-86

Международная конференция «Радиоволновая хирургия на современном этапе»

г. Москва, Здание Правительства Москвы, Новый Арбат, 36
г. Москва, РАМН
109801, г. Москва, ул. Солянка, 14
Тел.: 298-21-37

2-я Научно-практическая конференция «Торакальная онкология»*

Пос. Ольгинка, Краснодарский край
ГУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН
115478, г. Москва, Каширское ш., 24
Тел.: 324-98-44

Редкие наблюдения и ошибки лучевой и функциональной диагностики*

г. Москва
РНЦХ РАМН
119992, г. Москва, Абрикосовский пер., 2
Тел./факс: 248-16-00, 248-15-54,
246-89-88

12-я Международная конференция общества гемафереза*

г. Москва
ГУ ГНЦ РАМН,
125167, Москва, Новый Зыковский пр-д, 4а
Тел.: 214-99-02

Всероссийская конференция «Восстановительная медицина и традиционные методы профилактики и лечения в акушерстве, гинекологии и перинатологии»*

г. Москва
ГУН НЦАГиП РАМН
117997, г. Москва, ул. акад. Опарина, 4
Тел.: 438-07-88
г. Волгоград
Волгоградский ГМУ Минздрава России, Комитет здравоохранения АВО
400066, г. Волгоград, пл. Павших борцов, 1
Тел.: (8442) 33-99-32

Международная научно-практическая конференция «Медико-социальные экономические проблемы здоровья и образования»*

г. Париж, Франция
ГУ ПНЦ РАМН и АПО
614900 г Пермь,
ул. Большевикская, 85
Тел./факс 7(3422) 33-79-12
ГОУ ВПО «ПГМА МЗ РФ»
614900 г. Пермь, ул. Куйбышева, 39
Тел.: 7(3422) 33-49-47
Факс: 7(4322) 34-49-47
Пермский Благотворительный общественный фонд (ПБОФ) «Солнечный дом»
614900 г Пермь, ул. Большевикская, 85

Всероссийская конференция «Экономика, менеджмент, бухгалтер и аудит в стоматологии»*

г. Пермь
ГУ ПНЦ РАМН и АПО
614900 г. Пермь, ул. Большевикская, 85
Тел./факс 7(3422) 33-79-12
ГОУ ВПО «ПГМА МЗ РФ»
614000 г. Пермь, ул. Куйбышева, 39
Тел./факс: 7(3422) 34-49-47

Приволжский и Уральский федеральные округа: «Репродуктивное здоровье девочек-подростков»*

г. Пермь
ГУ ПНЦ РАМН и АПО
614900 г Пермь,
ул. Большевикская, 85
Тел./факс 7(3422) 33-79-12
ГОУ ВПО «ПГМА МЗ РФ»
614000, г. Пермь, ул. Куйбышева, 39
Тел./факс: 7(3422) 34-49-47

Всероссийская конференция «Социология медицины – реформе здравоохранения»*

г. Волгоград
ГУ Волгоградский НЦ РАМН и АВО,
ВГМУ Минздрава России
400066, г. Волгоград, пл. Павших Борцов, 1
Тел.: (8442)33-69-81, 36-45-74

Итоговая научная конференция ГУ НИИ МЧ РАМН «Актуальные вопросы морфогенеза в норме и патологии»

г. Москва,
ГУ НИИ морфологии человека РАМН
117418, г. Москва, ул. Цюрупы, 3
Тел.: 120-00-41, тел./факс: 20-80-65

Оптимизация использования лабораторных животных в соответствии с новыми правилами лабораторной практики

Пос. Светлые горы Моск. обл.
ГУ НЦ биомедицинских технологий РАМН
125064, г. Москва,
М. Казенный пер., 5, стр. 1
Тел.: 917-32-17, 917-82-98
Факс: 917-35-14

Физиологические школы Российской академии медицинских наук

г. Москва
ОМБН РАМН, ГУ НИИ нормальной физиологии им. П.К. Анохина РАМН
109240, г. Москва, ул. Солянка, 14
Тел.: 298-21-18
103009, г. Москва, ул. Б. Никитская, 6
Тел.: 203-66-70
НПО «Медицинская энциклопедия» РАМН
101990, г. Москва, Петроверигский пер., 6/8
Тел.: 921-12-62
ММА им. И.М. Сеченова Минздрава России
119992, г. Москва, ул. Б. Пироговская, 2
Тел.: 248-54-06, 248-05-53
Факс: 248-01-81

4-я Научно-практическая конференция «Инженеринг в медицине»

г. Челябинск
ЮУНЦ РАМН, Проблемная НИЛ медленно-волновых процессов гемодинамики ЮУНЦ РАМН
454021, г. Челябинск, пр-т Победы, 287
Тел. /факс: (3522) 41-33-22

Вопросы инфекционной патологии Урала

г. Тюмень
ЮУНЦ РАМН, Тюменский отдел
ЮУНЦ РАМН, Тюменская ГМА Минздрава России
625023, г. Тюмень, ул. Одесская, 54
Тел.: (3452) 22-21-91

Семинар**Международный семинар по лапароскопии***

г. Санкт-Петербург
НИИ акушерства и гинекологии
им. Д.О. Отта РАМН
199034, г. Санкт-Петербург, Менделеевская линия, 3
Тел.: (812) 328-98-33

Школы-семинары**Региональная школа-семинар молодых специалистов имени В.В. Пекарского «Современные методы интервенционной аритмологии» (май-июнь)**

г. Томск
ГУ НИИ кардиологии ТНЦ СО РАМН
634012, г. Томск, ул. Киевская, 111а
Тел.: (3822) 55-83-96, 55-84-01
Факс: (3822) 55-50-57
E-mail: pav@cardio.tau.ru

Коррекция транспозиции магистральных артерий у новорожденных и младенцев*

г. Москва
НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН
121552, г. Москва Рублевское ш., 135
Тел.: 414-77-34, 414-79-28
Факс: 414-76-68

Школа**4-я Радиобиологическая школа г. Обнинск, Калужская обл. Б/о «Галактика»**

МРНЦ РАМН
249036 г. Обнинск ул. Королева, 4
Тел.: (08439) 7-47-43

Школа молодых ревматологов России с конференцией молодых ученых «Актуальные вопросы практической и теоретической ревматологии»

г. Москва – М.О.
ГУ ИР РАМН
115522, г. Москва, Каширское ш., 34а
Тел.: 114-44-90, 114-14-86
Факс: 114-44-86

Курсы**6-й Международный интенсивный курс по пластической хирур-****гии и микрохирургии***

г. Москва
РНЦХ РАМН, ОПРЭХ
119992, г. Москва, Абрикосовский пер., 2
Тел./факс: 248-12-66, 246-60-77
E-mail: milanov@med.ru
ММА им. И.М. Сеченова Минздрава России 119435, г. Москва, Б. Пироговская, 2/6

Июнь**Конгрессы****Современные технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний***

г. Москва
ГУН НЦАГиП РАМН
117997, г. Москва, ул. акад. Опарина, 4
Тел./факс: 438-34-11

Международный конгресс «Профилактика нарушений репродуктивного здоровья от профессиональных и экологических факторов риска» *

г. Волгоград
ГУ НИИ МТ РАМН
105275, г. Москва, пр-т Буденного, 31
Тел.: 365-29-81
400066, г. Волгоград, ВГМУ Минздрава России, пл. Павших борцов, 1
Тел.: (8442) 36-41-74

Профилактика, диагноз и лечение дисплазии толстой кишки*

г. Москва
ОНУЦ «Гастроэнтерология (терапия)» РАМН, ММА им. И.М. Сеченова Минздрава России,
НС по терапии РАМН, Международная ассоциация по профилактике рака пищеварительной системы (IDCA), Европейская ассоциация гастроэнтерологии и эндоскопии (EAGE), Европейская ассоциация эндоскопии пищеварительной системы (ESGE), Российская гастроэнтерологическая ассоциация,
Российское об-во эндоскопии пищеварительной системы
119992, г. Москва, ул. Погодинская, 1
Тел.: 248-56-16, 248-38-00
Факс: 248-36-10

Съезд***3-й Съезд детских онкологов России***

г. Москва
ГУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН
НИИ детской онкологии

115478, г. Москва, Каширское ш., 24
Тел.: 324-42-79

Симпозиум**6-й Международный симпозиум «Применение современных методов анализа в изучении структуры и функции клетки»***

г. Архангельск,
Северный НЦ СЗО РАМН
163000, г. Архангельск,
Троицкий пр-т, 51
Тел.: (8182) 64-76-12

Конференции**Тромбоз, гемостаз, патология сосудов**

г. Санкт-Петербург
СЗО РАМН, СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова Минздрава России
197022, филиал № 1, г. Санкт-Петербург., ул. Льва Толстого, 6/8,
Тел.: (812) 233-97-26

Всероссийская научно-практическая конференция «Критические состояния в акушерстве, гинекологии и неонатологии»

г. Петрозаводск
СЗО РАМН, Минздрав Республики Карелия, Республиканский перинатальный центр
185000, г. Петрозаводск, ул. Кирова, 40
Тел.: (8142) 78-30-24
E-mail: elenagum@karelia.ru

Русско-американская конференция по проблемам спинальной хирургии и хирургии основания черепа*

г. Санкт-Петербург
СЗО РАМН, СПб МАПО Минздрава России
193015, г. Санкт-Петербург, ул. Кирочная, 41
Тел.: (812) 272-34-89
ГМПБ № 2
Тел.: (812) 510-94-07

15-я Международная конференция Российского общества ангиологов и сосудистых хирургов*

Кондопога-Петрозаводск
Карельский НМЦ СЗО РАМН, Петргу, Российское общество ангиологов и сосудистых хирургов
186640, г. Петрозаводск,
пр-т Ленина, 33
Тел.: (8142) 784-680.
E-mail: dudanov@karelia.ru

Проблемы лимфологии и интерстициального массопереноса*

г. Новосибирск
 ГУ НИИ клинической и экспериментальной лимфологии СО РАМН
 630117, г. Новосибирск, ул. акад. Тимакова, 2
 Тел./факс: (3832) 32-45-52, 32-95-31

Межрегиональная конференция «Психотерапия аддиктивных состояний и шизофрении»*

г. Новосибирск
 ГУ НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН
 634014, г. Томск, пос. Сосновый Бор
 Тел.: (3822) 72-43-79, 72-43-97
 Факс: (3822) 72-44-25
 E-mail: redo@mail.tomsknet.ru
 Сибирский межведомственный центр психического здоровья (г. Новосибирск)
 Тел.: (3832) 20-48-30

Межрегиональная научно-практическая конференция «Хирургия корня аорты»*

г. Кемерово
 ГУ Научно-производственная проблемная лаборатория реконструктивной хирургии сердца и сосудов СО РАМН, НИИ ПК им. Е.Н. Мешалкина Минздрава России
 650002, г. Кемерово, Сосновый б-р, 6
 Тел.: (3842) 64-33-08, 64-16-53;
 Факс: (3842) 64-33-08;
 E-mail: bio@kem.ru

Международная конференция «Лейкозы и лимфомы. Терапия и фундаментальные исследования»*

г. Москва
 ГУ ГНЦ РАМН
 125167, г. Москва, Новый Зыковский пр-д, 4а
 Тел.: 212-43-13

Конференция, посвященная 10-летию Союза педиатров России*

г. Москва
 НЦЗД РАМН
 117991, г. Москва, Ломоносовский пр-т, 2/62
 Тел.: 134-13-08

Конференция молодых ученых, посвященная 100-летию академик АМН СССР А.В. Снежневского*

г. Москва
 НЦПЗ РАМН
 115522, г. Москва, Каширское ш., 34,
 Тел.: 117-70-10

19-я Международная конференция «Новые технологии в сосудистой хирургии и флебологии»*

г. Петрозаводск
 ГУ Ин-т хирургии им. А.В. Вишневского РАМН,
 Российское общество ангиологов и сосудистых хирургов, Петрозаводский ГМУ Минздрава России
 115093, г. Москва ул. Б. Серпуховская, 27
 Тел.: 236-65-65
 факс: 237-08-14

Современное состояние и перспективы развития экспериментальной и клинической онкологии (К 25-летию НИИ онкологии ТНЦ СО РАМН)

г. Томск
 ГУ НИИ онкологии ТНЦ СО РАМН
 634009, г. Томск, Кооперативный пер., 5
 Тел.: (83822) 51-10-39, 50-82-24

Семинары**Ежегодный международный нефрологический семинар***

г. Санкт-Петербург
 СЗО РАМН, обл. клиническая б-ца, СПб МАПО Минздрава России
 193015, г. Санкт-Петербург, ул. Кирочная, 41
 Тел.: (812) 312-08-62

Международный семинар «Эндопротезирование крупных суставов»*

г. Санкт-Петербург
 СЗО РАМН,
 Российский НИИ травматологии и ортопедии им. Р.Р. Вредена Минздрава России
 195427, г. Санкт-Петербург, ул. Акад. Байкова, 8
 Тел.: (812) 550-79-01
 СПбГМА им. И.И. Мечникова Минздрава России
 195067, г. Санкт-Петербург, Пискаревский пр-т, 47,
 Тел.: (812) 543-80-54

Школа**ЕШО: Семинар по организации и проведению программ по ранней диагностике рака. (В рамках российско-американского Альянса по онкологии)***

г. Санкт-Петербург
 ГУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН
 115478, г. Москва, Каширское ш., 24
 Тел.: 324-15-04

Курс**5-й Московский международный курс по эндоваскулярной хирургии врожденных и приобретенных пороков сердца, коронарной и сосудистой патологии***

г. Москва
 НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН
 121552, г. Москва, Рублевское ш., 135
 Тел.: 414-77-34, 414-75-47
 Факс: 414-76-68

Июль**Конференции****Медико-биологические и физиологические аспекты экологии человека***

г. Архангельск
 Северный НЦ СЗО РАМН
 163000, г. Архангельск,
 Троицкий пр-т, 51
 Тел.: (8182) 64-73-94

Информационное обеспечение медицины труда

г. Москва
 ГУ НИИ МТ РАМН
 105275, г. Москва, пр-т Буденного, 31
 Тел.: 365-29-81

Этические проблемы биомедицинских исследований в медицине труда*

г. Москва
 ГУ НИИ МТ РАМН
 105275, г. Москва, пр-т Буденного, 31
 Тел.: 365-59-56

2-я Международная конференция «Геномика, протеомика и биоинформатика для медицины»*

г. Москва – г. Калуга – г. Москва
 т/х «Ф. Дзержинский»
 ГУ НИИ биомедицинской химии им. В.Н. Ореховича РАМН
 119832, г. Москва, ул. Погодинская, 10
 Тел.: 246-20-71
 Факс: 245-08-57

Семинар**2-й Семинар Европейской Ассоциации неврологических обществ «Острая ишемия головного мозга. Инсульт»***

Кондопога – Петрозаводск,
 Карельский НМЦ СЗО РАМН, Петро-ГУ, Российское общество ангиологов и сосудистых хирургов, Российское общество неврологов
 186640, г. Петрозаводск, пр-т Ленина, 33
 Тел.: (8142) 78-46-80
 E-mail: dudanov@karelia.ru

Сентябрь

Форум

5-й Всероссийский научный форум «Скорая помощь-2004. «Скорая» сегодня и в перспективе»
г. Москва, ЦМТ
РАМН, Национальное научно-практическое общество скорой медицинской помощи, ЗАО «МЕДИ Экспо»
119415, г. Москва, пр-т Вернадского, 37/2,
Тел./факс: 938-92-11, 938-92-12
E-mail: expo@mediexpo.ru

Конгресс

2-й Всероссийский конгресс по менопаузе*
г. Москва
НЦАГиП РАМН
117997, г. Москва, ул. акад. Опарина, 4
Тел.: 438-8527, 438-85-40, 438-85-07

Съезд

6-й Всероссийский съезд онкологов
г. Челябинск
ЮУНЦ РАМН, ПНИЛ радиологической Онкологии и ангиологии ЮУНЦ РАМН, Челябинский областной онкодиспансер
454087, г. Челябинск, Медгородок, Челябинский областной онкодиспансер
Тел.: (3512)34-50-14

Симпозиумы

Достижения современной анестезиологии и интенсивной терапии (Российско-немецкое общество анестезиологов и реаниматологов)*
г. Нижний Новгород
РНЦХ РАМН
119992, г. Москва, Абрикосовский пер., 2
Тел.: 248-15-93
Факс: 248-07-03

Международный эмбриологический симпозиум «Югра-эмбрио-2003. Закономерности эмбриональных морфогенезов у человека и позвоночных животных»*
г. Ханты-Мансийск
ЮУНЦ РАМН, Ханты-Мансийский филиал ЮУНЦ РАМН, Департамент здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа, Ханты-Мансийский ГМИ Минздрава России
628011, г. Ханты-Мансийск, ул. Розина, 73
Тел.: (34671)2-49-68
Тел./факс: 2-45-88

Конференции

Давиденковские чтения, посвященные 110-летию кафедры невропатологии им. акад. С.Н. Давиденкова
г. Санкт-Петербург
СЗО РАМН, СПб МАПО Минздрава России
193015, г. Санкт-Петербург, ул. Кирочная, 41
Тел.: (812) 279-74-91

4-я Норвежско-Карельская конференция по респираторной медицине и пульмонологии*
г. Петрозаводск
ПетрГУ, Карельский НМЦ СЗО РАМН
186640, г. Петрозаводск, пр-т Ленина, 33
Тел.: (8142) 76-44-58
E-mail: zilber@karelia.ru

Актуальные проблемы диагностики и терапии внутренних болезней
адрес тот же

Болезни почек: патогенез, клиника, лечение (к 60-летию включения Тувинской Народной республики в состав Российской Федерации)
г. Кызыл
СЗО РАМН, СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова Минздрава России
197022, филиал № 1, г. Санкт-Петербург., ул. Льва Толстого, 6/8,
Тел.: (812) 234-01-65

Межрегиональная конференция «Актуальные вопросы психиатрии и наркологии»
г. Красноярск
ГУ НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН
634014, г. Томск, пос. Сосновый Бор
Тел.: (3822) 72-43-79, 72-43-97
Факс: (3822) 72-44-25
E-mail: redo@mail.tomsknet.ru
Красноярская ГМА Минздрава России
660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, 1
Тел.: (3912)46-29-50
E-mail: psychi@krsk.info

Всероссийская научно-практическая конференция «Метаболические механизмы иммунореактивности»*
г. Красноярск
ГУ НИИ медицинских проблем Севера СО РАМН

660022, г. Красноярск,
ул. Партизана Железняка, 3-г
Тел./факс: (3912) 23-19-63
Тел.: (3912) 23-19-39
E-mail: rimpn@scn.ru
Красноярская ГМА Минздрава России
660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, 1
Тел.: (3912) 46-29-50; 22-01-84
ГУ НИИ клинической иммунологии СО РАМН
630099, г. Новосибирск, ул. Ядринцевская, 14
Тел.: (3832) 22-66-17; 22-26-74

Региональная научно-практическая конференция «Актуальные вопросы региональной инфекционной патологии»
г. Иркутск
НИИ эпидемиологии и микробиологии НЦМЭ ВСНЦ СО РАМН
664025, г. Иркутск, ул. К. Маркса, 3
Тел.: (3952) 33-33-95
Тел./факс: (3952) 33-34-45
E-mail: niim_irkutsk@mail.ru

Комплексная оценка состояния здоровья детей и подростков в Дальневосточном регионе
г. Хабаровск
НИИ охраны материнства и детства - Хабаровский филиал ГУ ДНЦ ФПД СО РАМН
680022, г. Хабаровск, ул. Воронежская, 49, к.1
Тел./факс: (4212) 35-63-35, 35-65-91
ДГМУ Минздрава России
680000, г. Хабаровск, ул. Муравьева-Амурского, 35
Тел.: (4212) 30-53-11, 22-73-36

3-я Республиканская научно-практическая конференция «Вопросы профилактической медицины в регионах Крайнего Севера»
г. Надым
Ямало-Ненецкий автономный округ, ГУ НИИ медицинских проблем Крайнего Севера РАМН
629730, г. Надым, 107 км.
Тел.: (349-95) 3-03-20, 9-70-79
E-mail: nii mpks@nadym.ru;
nii mpks@mail.ru

Проблемы хирургического лечения заболеваний аорты и ее ветвей
г. Москва
РНЦХ РАМН
119992, г. Москва, Абрикосовский пер., 2
Тел.: 248-13-00
Факс: 246-89-88

10-я Конференция «Современные методы электрофизиологии и лучевой диагностики»*

Адрес тот же

Современные проблемы витреоретинальной хирургии*

г. Москва

ГУ НИИГБ РАМН

119021, г. Москва, ул. Россолимо, 11

Тел./факс: 248-01-25

Научно-практическая конференция «Фармакотерапия в педиатрии»*

г. Москва, ЦМТ Краснопресненская наб., 12

ГУ НЦЗД РАМН

119021, г. Москва, Ломоносовский пр-т, 2/62

Тел.: 134-13-08

Региональная научно-практическая конференция «Здоровье и образование»*

г. Пермь

ГУ ПНЦ РАМН и АПО

614900, г. Пермь, ул. Большевикская, 85

Тел./факс 7(3422) 33-79-12

ГОУ ВПО «ПГМА МЗ РФ»

614900 г. Пермь, ул. Куйбышева, 39

Тел./факс: 7(3422) 34-49-47

Семинар**Молекулярно-генетические основы патогенности микроорганизмов**

г. Москва

ГУ НИИЭМ им. Н.Ф.Гамалеи, 18

Тел.: 193-55-80

Школа**ЕШО: Форум по раку молочной железы***

г. Москва

ГУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН

115478, г. Москва, Каширское ш., 24

Тел.: 324-98-94, 324-15-04

Научные чтения**5-е Павловские чтения, посвященные 100-летию присуждения И.П. Павлову Нобелевской премии**

г. Рязань

ОМБН РАМН, ГУ НИИ нормальной физиологии им. П.К. Анохина РАМН,

Рязанский ГМУ Минздрава России,

Мемориальный музей И.П. Павлова

390000, г. Рязань, ул. Павлова, 25

Тел.: (0912) 77-62-72

Октябрь**Форум****6-й Российский форум «Мать и дитя»***

г. Москва

ГУ НЦАГиП РАМН, Российское общество акушеров и гинекологов

117997, г. Москва, ул. акад. Опарина, 4

Тел.: 438-73-10, 438-73-00

Конгресс**1-й Всероссийский конгресс по биоэтике***

г. Волгоград

ГУ Волгоградский НЦ РАМН и АВО,

ВГМУ Минздрава России

400066, г. Волгоград, пл. Павших Борцов, 1

Тел.: (88442)33-69-81, 36-45-74

Российский национальный конгресс кардиологов*

г. Томск

ГУ НИИ кардиологии ТНЦ СО РАМН

634012, г. Томск, ул. Киевская, 111а

Тел.: (3822) 55-34-49, 55-82-63

Факс: (3822) 55-84-10

Всероссийское научное общество кардиологов

101990, г. Москва, Петроверигский пер., 10.

Тел.: (095) 924-45-93

Факс: (095) 928-56-63

сайт ВНОК www.cardiosite.ruE-mail: volkova@cardio.tsu.ru**3-й Всероссийский конгресс «Профессия и здоровье»***

г. Москва

ГУ НИИ МТ РАМН

105275, г. Москва, пр-т Буденного, 31

Тел.: 365-02-09, 118-61-10

3-й Российский конгресс по патофизиологии «Дисрегуляторная патология органов и систем»*

г. Москва

ГУ НИИ общей патологии и патофизиологии РАМН

125315, г. Москва, ул. Балтийская, 8

Тел.: 151-17-56, 155-47-09, 155-47-35

E-mail: niiorp@mail.ru

ММА им. И.М. Сеченова Минздрава России

119881, г. Москва, ул. М. Трубецкая, 8

Тел.: 248-31-22

8-й Международный конгресс по парентеральному и энтеральному питанию, посвященный 60-летию РАМН*

г. Москва

ГУ ГНЦ РАМН, Ассоциация «Общество парентерального и энтерального питания»

125167, г. Москва, Новый Зыковский пр-д, 4а

Тел./факс: 212-12-69, 212-42-72

МНИИ СП им. Н.В. Склифосовского

Комитета здравоохранения г. Москвы

129010, г. Москва, Сухаревская пл., 3

Тел.: 924-37-46

10-й Российский конгресс гастроэнтерологов

г. Санкт-Петербург

ОНУЦ «Гастроэнтерология (терапия)» РАМН, ВМА Минобороны России,

ММА им. И.М. Сеченова, ИНС по терапии РАМН, ПК «Фундаментальные исследования в гастроэнтерологии и гепатологии» секции клинической физиологии НС РАН по физиологическим наукам, Российская гастроэнтерологическая ассоциация,

Российское общество по изучению печени

119992, г. Москва, ул. Погодинская, 1

Тел.: 263-58-77

Факс: 248-36-10, 263-57-74

Симпозиумы**Холодовой стресс, критерии оценки, здоровье, профилактика***

г. Москва

ГУ НИИ МТ РАМН

105275, г. Москва, пр-т Буденного, 31

Тел.: 365-02-09, 366-07-92

Роль современных методов визуализации в диагностике заболеваний сердца и сосудов*

г. Москва

НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН

121552, г. Москва, Рублевское ш., 135

Тел.: 414-77-34, 414-76-86

Факс: 414-76-88

Современные аспекты лечения грыж брюшной стенки*

г. Москва

РНЦХ РАМН

119992, г. Москва, Абрикосовский пер., 2

Тел.: 248-13-00

Факс: 246-89-88

Инфекционные осложнения в реаниматологии

г. Москва

ГУ НИИ общей реаниматологии
РАМН
107031, г. Москва, ул. Петровка, 25,
стр.2.
Тел.: 209-96-77
E-mail: niiorramn@mediann.ru

Конференции

Применение полупроводниковых лазеров в медицине

г. Санкт-Петербург
СЗО РАМН, СПбГМУ им. акад.
И.П. Павлова Минздрава России
197022, филиал № 1, г. Санкт-
Петербург., ул. Льва Толстого, 6/8,
Тел.: (812) 238-70-35

Региональная научно-практическая конференция «Инфекционная патология в Приморском крае»

г. Владивосток
ГУ НИИ эпидемиологии и микробиологии СО РАМН
690087, г. Владивосток, ул. Сельская, 1
Тел./факс: (4232) 44-14-38
E-mail: niiem_vl@mail.ru
Владивостокский ГМУ Минздрава России
690002, г. Владивосток, пр-т Острякова, 2

Морфо-функциональные аспекты регенерации и адаптационной дифференцировки структурных компонентов опорно-двигательного аппарата в условиях механических воздействий

г.Курган
ЮУНЦ РАМН, Курганский филиал
ЮУНЦ РАМН, РНЦ
«Восстановительная травматология и ортопедия им.акад.И.А.Илизарова»
Минздрава России
640014, г.Курган, ул.М.Ульяновой, 6
Тел.: (3522) 53-17-32
Факс: (3522) 53-60-46
E-mail: gip@rncvto.kurgan.ru; nau-
caalex@mail.ru
Internet: www.ilizarov.ru

Лучевая диагностика и научно-технический прогресс

г.Москва
РАМН, ММА им.И.М.Сеченова Мин-
здрава России
119992, г.Москва, ул.Б.Пироговская,
2, стр.3
Тел.: 248-75-34

4-я Международная конференция «Клинические исследования лекарственных средств»*

г. Москва

Дом ученых, г. Москва, ул. Пречис-
тенка, 16
РАМН, 109240, г.Москва, ул.Солян-
ка, 14
Тел.: 298-21-52
Департамент госконтроля качества
лекарственных средств и медицин-
ской техники Минздрава России
127994, г. Москва, Вадковский пер.,
18/20
Тел./факс: 973-18-67
Региональный общественный благо-
творительный фонд поддержки здра-
воохранения «Здоровье»
121165, г. Москва, ул.Студенче-
ская, 38
Тел.: 249-86-01, 249-45-56

6-я Дальневосточная региональная научно-практическая конференция «Новые научные технологии»

г. Владивосток
ГУ ДНЦ физиологии и патологии ды-
хания СО РАМН
675000, г. Благовещенск, ул. Калини-
на, 22
Тел.: (4162) 44-27-84;
Тел./факс: (4162) 42-12-28;
E-mail: lucenko@amug.ru
Ин-т медицинской физики
им. У.Х. Копвиллема

Итоговая (ежегодная) научно-практическая конференция ГУ НИИ медицинских проблем Севера СО РАМН «Вопросы сохранения и развития здоровья населения Севера и Сибири»

г. Красноярск
ГУ НИИ медицинских проблем Севера СО РАМН
660022, г. Красноярск, ул. Партизана
Железняк, 3-г
Тел./факс: (3912) 23-19-63
E-mail: rimpn@scn.ru

Тяжелые висцеральные гнойные инфекции*

г. Иркутск
ГУ НЦ реконструктивной и восстано-
вительной хирургии ВСНЦ СО РАМН
664079, г. Иркутск, м/р Юбилей-
ный-100
Тел./факс: (3952) 38-53-31
E-mail: arleon@rol.ru

Всероссийская научно-практическая конференция «Клинико-морфологические аспекты общепатологических процессов при социально значимых заболеваниях», посвященная памяти про-

фессоров М.Я. Субботина и Ю.Г. Целлариуса*

г. Новосибирск
ГУ НИИ региональной патологии и патоморфологии СО РАМН
630117, г. Новосибирск, ул. акад. Ти-
макова, 2
Тел.: (3832) 32-31-56
Факс: (3832) 33-48-45
E-mail: pathol@cyber.ma.nsc.ru
ГУП Институт цитологии и генетики
СО РАН
630090, г. Новосибирск, пр-т Лаврен-
тьева, 10
Тел.: (3832) 32-31-56
Факс: (3832) 33-48-45;
E-mail: rubt@bionet.nsc.ru
Новосибирская ГМА Минздрава Рос-
сии
630091, г. Новосибирск, Красный
пр-т, 52
Тел.: (3832) 22-32-04
Факс: (3832) 22-13-80
E-mail: vd_novikov@medin.nsc.ru

Научно-практическая конференция «Охрана психического здоровья»*

г. Владивосток
ГУ НИИ психического здоровья ТНЦ
СО РАМН
634014, г. Томск, пос. Сосновый Бор
Тел.: (3822) 72-43-79, 72-43-97
Факс: (3822) 72-44-25
E-mail: redo@mail.tomsknet.ru
Дальневосточный филиал ГУ НИИ ПЗ
ТНЦ СО РАМН.
Тел.: (4232) 20-32-21

«Антибиотики в XX–XXI веке» (К 50-летию ГУ НИИНА РАМН)*

г. Москва
ГУ НИИ по изысканию новых антиби-
отиков им. Г.Ф. Гаузе РАМН
119021, г. Москва, ул. Б. Пирогов-
ская, 11
Тел.: 246-99-80
Факс: 245-02-95
E-mail: instna@online.ru

Всероссийская научно-практическая конференция «Проблемы риска здоровья населения России от воздействия факторов внешней среды», посвященная 60-летию РАМН*

г. Москва
ГУ НИИ экологии человека и гигиены
окружающей среды им. А.Н. Сысина
РАМН
119992, г. Москва, ул. Погодинская
10/15, стр. 1
Тел.: 246-05-18, 246-35-94

Факс: 245-03-14, 247-04-28
 Департамент Госсанэпиднадзора
 Минздрава России
 127994, г. Москва, Вадковский пер.,
 18/20
 Тел.: 973-13-95
 Факс: 973-15-49

Механизмы канцерогенеза: клеточные, вирусные и молекулярные аспекты*

г. Москва
 ГУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН
 115478, г. Москва, Каширское ш., 24
 Тел. 324-14-70, 323-57-33
 ГУ НИИ медицинской приматологии
 РАМН
 354376, Сочи-А, Веселое-1
 Тел.: (8622) 91-92-50, 42-22-39

Современные проблемы синаптической передачи

г. Москва
 ГУ НИИ мозга РАМН
 105064, г. Москва, пер. Обуха, 5
 Тел.: 917-80-07
 Факс: 916-05-95

«Актуальные проблемы психиатрии» (юбилейная конференция, посвященная 60-летию НЦПЗ РАМН)

г. Москва,
 НЦПЗ РАМН
 115522, г. Москва, Каширское ш., 34
 Тел.: 117-70-01

Новые экспериментальные направления развития эндоваскулярной хирургии в лечении врожденной и приобретенной патологии сердца и сосудов*

г. Москва
 НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН
 121552, г. Москва, Рублевское ш., 135
 Тел.: 414-77-34
 Факс: 414-76-68

Теоретические, практические и клинические основы гемоагрегации*

г. Подольск, МО
 ООО «НИИК хирургии крови»
 142100, г. Подольск, ул. Кирова, 38
 Тел.: (827) 54-58-62
 Факс: (827) 54-58-98

Семинары

41-й Ежегодный семинар «Актуальные проблемы медицины критических состояний»

г. Петрозаводск
 ПетрГУ, Карельский НМЦ СЗО РАМН

186640, г. Петрозаводск,
 пр-т Ленина, 33
 Тел.: (8142) 76-44-58
 E-mail: zilber@karelia.ru

Современные лабораторные технологии и информативные диагностические комплексы в медицине труда

г. Москва
 ГУ НИИ МТ РАМН
 105275, г. Москва, пр-т Буденного, 31
 Тел.: 365- 59-56

Современная диагностика, лечение и профилактика различных инфекционных заболеваний

г. Москва
 ГУ НИИЭМ им. Н.Ф. Гамалеи
 РАМН
 123098, г. Москва, ул. Гамалеи, 18
 Учебный центр «Ниармедик плюс»
 Тел.: 193-43-81

Школа-семинар

6-я Всероссийская школа-семинар «Клиническая электрофизиология, интервенционная и хирургическая аритмология»*

г. Москва
 НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН
 121552, г. Москва, Рублевское ш., 135
 Тел.: 414-77-34, 414-77-84
 Факс: 414-76-68

Школа

Сессия Национальной школы гастроэнтерологов, гепатологов*

г. Санкт-Петербург
 ОНУЦ «Гастроэнтерология (терапия)»
 РАМН, ВМА Минобороны России
 ММА им. И.М. Сеченова, НС по терапии РАМН, ПК «Фундаментальные исследования в гастроэнтерологии и гепатологии» секции клинической физиологии НС РАН по физиологическим наукам, Российская гастроэнтерологическая ассоциация, Российское общество по изучению печени
 119992, г. Москва, ул. Погодинская, 1
 Тел.: 248-56-16, 248-38-44
 Факс: 248-38-44, 248-56-16

Школа для специалистов системы контроля качества лекарственных средств «Высокоэффективная жидкостная хроматография»

г. Томск
 ГУ НИИ фармакологии ТНЦ СО РАМН
 634028, г. Томск, пр-т Ленина, 3
 Тел.: (3822) 41-83-73

Конкурс

2-й Сибирский конкурс молодых ученых «Терапия и фундаментальные науки - перспективы сотрудничества в новом тысячелетии»

г. Новосибирск
 ГУ НИИ терапии СО РАМН
 630118, г. Новосибирск, ул. Б. Богаткова, 175/1
 Тел./факс: (3832) 11-75-03, 11-74-09
 E-mail: rootnii@online.nsk.su

Лекции, круглые столы, клинические конференции

Актуальные вопросы неврологии

г. Москва
 ГУ НИИ неврологии РАМН
 125367, г. Москва,
 Волоколамское ш., 80
 Тел.: 490-20-43, 490-21-04

Научные чтения

14-е Сеченовские чтения

г. Москва
 ГУ НИИ нормальной физиологии им. П.К. Анохина РАМН, кафедра нормальной физиологии ММА им. И.М. Сеченова Минздрава России
 125009, г. Москва, ул. Моховая, 11, стр. 4
 Тел.: 203-66-70
 Факс: 203-54-32

Ноябрь

Форумы

5-й Всероссийский научный форум «Хирургия-2004. Актуальные проблемы хирургических заболеваний»

г. Москва, ЦМТ
 Институт хирургии им. А.В. Вишневского РАМН, ЗАО «МЕДИ Экспо»
 119415, г. Москва,
 пр-т Вернадского, 37/2
 Тел/факс: 938-92-11, 938-92-12
 E-mail: expo@mediexpo.ru

6-й Всероссийский научный форум «Стоматология-2004. Новые аспекты диагностики и лечения стоматологических заболеваний»

г. Москва
 ЦМТ, РАМН, Федеральное управление Медбиоэкстрем Минздрава России, ЗАО «МЕДИ Экспо»
 119415, г. Москва,
 пр-т Вернадского, 37/2
 Тел/факс: 938-92-11, 938-92-12
 E-mail: expo@mediexpo.ru

Конгресс**8-й Российский онкологический конгресс***

г. Москва, Российская академия гос. службы при Президенте РФ
ГУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН
115478, г. Москва, Каширское ш., 24
Тел.: 324-44-16

3-й Всероссийский тиреоидологический конгресс*

г. Москва
ГУ ЭНЦ РАМН
117036, г. Москва, ул. Дм. Ульянова, 11
Тел.: 124-62-03, 129-01-24

Съезд**10-й Всероссийский съезд сердечно-сосудистых хирургов***

г. Москва
НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН
121552, г. Москва, Рублевское ш., 135
Тел.: 414-77-34
Факс: 414-76-68

Сессия**Итоговая (ежегодная) научная сессия СНИЦ СЗО РАМН «Современные проблемы медицины Севера»**

г. Архангельск
Северный НЦ СЗО РАМН
163000, г. Архангельск,
Троицкий пр-т, 51
Тел.: (8182) 64-74-01

Симпозиум**Создание и изучение новых лекарственных препаратов**

г. Томск
ГУ НИИ фармакологии ТНЦ СО РАМН
634028, г. Томск, пр-т Ленина, 3
Тел.: (3822)41-83-72

Конференции**Международная конференция «Актуальные вирусные инфекции – теоретические и практические аспекты»***

г. Санкт-Петербург
НИИ гриппа РАМН
197376, г. Санкт-Петербург, ул. проф. Попова, 15/17
Тел.: (812) 234-62-00

7-я Научная конференция «Генетика человека и патология»

г. Томск
ГУ НИИМГ ТНЦ СО РАМН
634050, г. Томск, Набережная реки Ушайки, 10
Тел.: (3822) 51-31-46 (доп.142)
E-mail: aksana@img.tsu.ru

Клиника, адаптация и реабилитация больных шизофренией

г. Томск
ГУ НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН
634014, г. Томск, пос. Сосновый Бор
Тел.: (3822) 72-43-79, 72-43-97, 72-31-51
Факс: (3822) 72-44-25
E-mail: redo@mail.tomsknet.ru

Региональная научно-практическая конференция «Экстрагенитальная патология и репродуктивное здоровье»

г. Томск
ГУ НИИ АгиП ТНЦ СО РАМН
634063, г. Томск, ул. Лазо, 5
Тел./факс: (3822) 67-18-20
Тел.: (3822) 66-48-90;
E-mail: roddom4@mail.tomsknet.ru

11-я (ежегодная) Научно-практическая конференция «Актуальные проблемы кардиологии»*

г. Тюмень
Тюменский филиал ГУ НИИ кардиологии ТНЦ СО РАМН
625026, г. Тюмень, ул. Мельникайте, 111
Тел.: (3452) 22-76-08, 33-58-17, 22-22-24
Факс: (3452) 22-53-49;
E-mail: cardio@tmn.ru

1-я Российская конференция «Современные достижения лекарственной терапии вирусных инфекций»*

г. Москва, Российская академия гос. службы при Президенте РФ,
пр-т Вернадского, 84
ГУ НИИ вирусологии им. Д.И. Ивановского РАМН
123098, г. Москва, ул. Гамалеи, 16
Тел.: 190-28-74
Факс: 190-28-67
ЦНИИЭ Минздрава России
111123, г. Москва, ул.Новогиреевская, 3а
Тел.: 365-30-09

Научно-практическая конференция «Проблема тромбозов в ревматологии»

г. Москва
ГУ ИР РАМН
115522, г. Москва, Каширское ш, 34а
Тел.: 114-44-90, 114-44-86
Факс: 114-44-86
E-mail: rheum.sc@mail.cnt.ru

Инфекции в онкологии

г. Москва
ГУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН
115478, г. Москва, Каширское ш., 24
Тел.: 324-18-40
Факс: 324-18-30

Итоги работы противотуберкулезной службы территорий, курируемых ГУ ЦНИИТ РАМН за 2002-2004 гг.

г. Москва
ГУ ЦНИИТ РАМН
107564, г. Москва, Яузская аллея, 2
Тел./факс: 963-80-00
E-mail.citramn@online.ru

Всероссийская научно-практическая конференция «Задачи гигиены детей и подростков в обеспечении стратегии устойчивого развития общества»*

г. Москва
НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков ГУ НЦЗД РАМН
103064, г. Москва, М. Казенный пер., 5
Тел.: 917-48-31, 917-90-45

Международная научно-практическая конференция «Здоровьесберегающие технологии в медицине, образовании, бизнесе»*

Таиланд
ГУ ПНЦ РАМН и АПО
614900, г. Пермь, ул. Большевикская, 85
Тел./факс: 7(3422) 33-79-12
ГОУ ВПО «ПГМА МЗ РФ»
614900, г. Пермь, ул. Куйбышева, 39
Тел.: 7(3422) 33-49-47

Окружная конференция (Приволжский и Уральский федеральные округа) «Вопросы дифференциальной диагностики и лечения рака легкого»

ГУ ПНЦ РАМН и АПО,
614900, г. Пермь, ул. Большевикская, 85
ГОУ ВПО «ПГМА МЗ РФ» 614990, г. Пермь, ул. Куйбышева, 39
Тел.: 7(3422)33-49-47

10-я Юбилейная научно-практическая конференция «Медицина и охрана здоровья - 2004»

г. Тюмень
ЮУНЦ РАМН, Тюменский отдел ЮУНЦ РАМН, Тюменская ГМА Минздрава России
Тюменская обл. больница интенсивного лечения
625023, г. Тюмень, ул. Одесская, 54
Тел.: (3452) 22-21-91

Методы и технологии экспериментальной и клинической реаниматологии *

г. Москва
 ГУ НИИ общей реаниматологии РАМН
 107031, г. Москва, ул. Петровка, 25, стр.2
 Тел.: 209-96-77
 E-mail: niioramn@mediann.ru

Клиническая морфология новообразований эндокринных желез

г. Москва
 ГУ НИИ морфологии человека РАМН
 117418, г. Москва, ул. Цюрупы, 3
 Тел.: 120-00-41
 Тел./факс: 120-80-65

Опыт интеграции научных исследований НИИ – ВУЗ – клиника

г. Москва
 ГУ НИИ нормальной физиологии им. П.К. Анохина РАМН
 125009, г. Москва, ул. Моховая, 11, стр.4
 Тел.: 203-66-70
 Факс: 203-54-32

Семинары**Методы исследования в области контроля качества и безопасности продовольственного сырья и пищевых продуктов**

г. Москва
 ГУ НИИ питания РАМН
 109240, г. Москва, Устьинский пр-д, 2/14
 Тел.: 298-18-57, 298-18-72

Региональный семинар «Клинические аспекты и методы коррекции перекисидации липидов»

г. Владивосток
 НИИ медицинской климатологии и восстановительного лечения – Владивостокский филиал ГУ ДНЦ ФПД СО РАМН
 690105, г. Владивосток, ул. Русская, 73-г
 Тел./факс: (4232)34-55-02, 40-67-28;
 E-mail: imkvl_nch@mail.primo-rye.ru, curdeal@mail.ru

Декабрь**Съезд****3-й Съезд Общества пластических, реконструктивных и эстетических хирургов России***

г. Москва, Конгресс-центр академии финансов, Ленинградский пр-т, 64
 РНЦХ РАМН, ОПРЭХ
 г. Москва
 119992, г. Москва, Абрикосовский пер., 2
 Тел.: 248-12-66
 Факс: 246-60-77
 E-mail: milanov@med.ru

ММА им. И.М. Сеченова Минздрава России
 119435, г. Москва, Б. Пироговская 2/6

Сессия

Итоговая (ежегодная) научная сессия ННЦ СЗО РАМН «Современные подходы к изучению здоровья на региональном уровне»
 г. Великий Новгород

Новгородский НЦ СЗО РАМН,
 173008, г. Великий Новгород, ул. Б. Санкт-Петербургская, 96/2
 Тел.: (8162) 132-297, 641-669
 Факс: (8162) 272-434, 643-891
 E-mail: smeuz@novsu.ac.ru

Симпозиум**Новые возможности применения современных методов ультразвуковой и лучевой диагностики заболеваний глаза и орбиты***

г. Москва
 ГУ НИИГБ РАМН
 119021, г. Москва, ул. Россолимо, 11
 Тел./факс: 248-01-25

Конференция**2-я Научно-практическая конференция «Компенсаторно-приспособительные процессы (фундаментальные и клинические аспекты)»***

г. Новосибирск
 ГУ НЦ клинической и экспериментальной медицины СО РАМН
 630117, г. Новосибирск, ул. акад. Тимакова, 2
 Тел./факс: (3832) 33-64-56;
 E-mail: sck@cyber.ma.nsc.ru

Достижения и перспективы развития микробиологической диагностики туберкулеза

г. Москва
 ГУ ЦНИИТ РАМН
 107564, г. Москва, Яузская аллея, 2
 Факс: 963-80-00
 E-mail: citramn@online.ru

Часть 2 (совместно с секцией физиологии Отделения биологических наук РАН)**Январь****Конференция****3-я Конференция молодых ученых «Фундаментальные науки и прогресс клинической медицины»***

г. Москва
 ГНЦ РФ Ин-т медико-биологических проблем РАН
 ММА им. И.М. Сеченова Минздрава России
 119992, г. Москва, ул. Б. Пироговская, 2/6
 Тел.: 248-47-77
 Факс: 248-48-93

Школа**3-я Школа по нейроэндокринной регуляции кровообращения**

г. Москва
 НС РАН по физиологическим наукам
 МГУ им. М.В. Ломоносова
 119889, Москва, Воробьевы горы, МГУ
 Тел./факс: 245-04-33

Школа по физиологии развития ребенка

г. Москва
 НС РАН по физиологическим наукам
 Ин-т возрастной физиологии РАО
 119121, Москва, ул. Погодинская, 8 к.2
 Тел./факс: 932-99-79

Февраль**Симпозиум****Проблемы и перспективы лечения аллергии и иммунопатологий***

г. Москва
 НС РАН по физиологическим наукам, ин-т иммунологии Минздрава России
 115478, г. Москва, Каширское ш., 24 к.2
 Тел.: 116-48-82
 Факс: 117-10-27

Март**Школа-семинар****9-я Всероссийская школа-семинар «Экспериментальная и кли-**

ническая физиология дыхания»*
г. Бологое, Тверской обл.
НС РАН по физиологическим наукам
Ин-т физиологии им. И.П. Павлова
РАН
199034, г. Санкт-Петербург, наб Ма-
карова, 6
Тел.: (812) 328-11-01
Факс:(812) 328-0501
Тверской ГУ Минобразования России

Симпозиум

**Молекулярные, клеточные и сис-
темные механизмы защиты от
стресса: белки теплового шока***
(март–апрель)
г. Санкт-Петербург
Ин-т эволюционной физиологии и би-
охимии им. И.М. Сеченова РАН
194223, г. Санкт-Петербург,
пр-т. М. Тореза, 44
Тел.:(812) 552- 30-24
Факс:(812) 552-30-12

Апрель

Конференция

**7-я Научно-практическая конфе-
ренция «Центральные механиз-
мы речи», посвященная памяти
проф. Н.Н.Трангоутта***
г. Санкт-Петербург
Ин-т эволюционной физиологии и би-
охимии им. И.М. Сеченова РАН
194223, г. Санкт-Петербург,
пр-т. М. Тореза, 44
Тел.:(812) 552- 30-24
Факс:(812) 552-30-12

**3-я Молодежная конференция
«Физиология человека и живот-
ных: от эксперимента к клиничес-
кой практике»**
г. Сыктывкар
Ин-т физиологии Коми НЦ УрО РАН
и Коми НМЦ СЗО РАМН
167982, г. Сыктывкар, ул. Первомай-
ская, 50
Тел./ факс:(8212) 24-00-85
E- mail: office@physiol/ komisc.ru

**Конференция молодых ученых и
специалистов, посвященная Дню
космонавтики**
г. Москва
ГНЦ РФ Ин-т медико-биологических
проблем РАН
123007, г. Москва, Хорошевское ш.,
78-а
Тел.: 195-02-23.
Факс:195-22-53

Чтения

2-е Симоновские чтения
г. Москва
Ин-т высшей нервной деятельности и
нейрофизиологии РАН
117485, г. Москва, ул. Бултерова, 5-а
Тел.: 334-70-00
Факс: 334-85-00

Май

Съезд

**3-й Съезд иммунологов* (май –
июнь)**
г. Екатеринбург
НЦ РАН по физиологическим наукам
Ин-т иммунологии и физиологии УрО
РАН
620219, г. Екатеринбург, ул.Перво-
майская, 91
Тел.: (3432) 74-00-70
Факс: (3432) 74-41-33

Конференция

**13-я Всероссийская конференция
«Нейроиммунология»* (май –
июнь)**
г. Санкт-Петербург
НС РАН по физиологическим наукам
Ин-т мозга человека РАН
197376, г. Санкт-Петербург, ул. акад
Павлова, 9
Тел.: (812) 234-13-90
Факс: (812) 234-32-47

Июнь

Конференция

**25-я Ежегодная конференция по
гравитационной физиологии***
г. Москва
ГНЦ РФ Ин-т медико-биологических
проблем РАН
123007, г. Москва, Хорошевское ш.,
78-а
Тел.:195-02-23
Факс: 195-22-53

**Эндокринная регуляция функций
дыхательных путей и легких***
г. Москва
НС РАН по физиологическим наукам,
МГУ им. М.В. Ломоносова
119889, Москва, Воробьевы горы, МГУ
Тел./ факс: 245-04-33

Симпозиум

**6-й Симпозиум по сравнитель-
ной электрокардиологии***
г. Сыктывкар
Ин-т физиологии Коми НЦ УрО РАН,

Коми НМЦ СЗО РАМН
167982, г. Сыктывкар,
ул. Первомайская, 50
Тел./ факс: (8212) 24-00-85
E-mail: office@physiol/ komisc.ru

**2-й Симпозиум «Актуальные про-
блемы экологической физиоло-
гии человека на Севере»***
адрес тот же

Июль

Конференция

**Всероссийская конференция
«Медико-биологические аспекты
экологии человека»***
г. Архангельск
НС РАН по физиологическим наукам,
НС РАН по проблемам экологии и
чрезвычайным ситуациям, ин-т физио-
логии природных адаптаций УрО РАН
163061, г. Архангельск,
пр-т Ломоносова, 249
Тел./ факс: (8182) 652-992

Август

Школа

**Школа ИБРО (Международная
организация изучения мозга)
«Сенсорная физиология»***
г. Москва
Ин-т высшей нервной деятельности и
нейрофизиологии РАН
117485, г. Москва, ул. Бултерова, 5-а
Тел.: 334-70-00
Факс: 334-85-00

Сентябрь

Съезд

**19-й Съезд физиологического об-
щества им. И.П. Павлова***
г. Екатеринбург
Физиологическое об-во им. И.П.Пав-
лова, НС РАН по физиологическим
наукам УрО РАН
629219, г. Екатеринбург, ул. Перво-
майская, 91
Тел.: (3432) 493-174
Факс: (3432) 744-133

Конференция

**19-я Всероссийская конференция
«Физиология и патология пище-
варения», посвященная 100-ле-
тию присуждения И.П.Павлову
Нобелевской премии**
г.г. Краснодар, Геленджик
НС РАН по физиологическим наукам,

Российский центр функциональной хирургической гастроэнтерологии Минздрава России
350000, г. Краснодар, ул. Седина, 4
Тел./факс: (8612) 603-531

Октябрь

Конференция

Молекулярная медицина и биобезопасность*

г. Москва
ГНЦ РФ Ин-т медико-биологических проблем РАН
ММА им.И.М.Сеченова Минздрава России
119992, г.Москва, ул.Б.Пироговская, 2/6
Тел.: 248-47-77
Факс: 248-48-93

Физиология развития ребенка

г. Москва
Ин-т возрастной физиологии РАО
119121, г. Москва ул. Погодинская, 8 к. 2
Тел./факс: 245-04-33

Симпозиум

Нейрохимия. Фундаментальные и прикладные аспекты*

г. Москва
Ин-т биоорганической химии им. М.М.Шемякина и Ю.А.Овчинникова РАН
117871, г. Москва, ул. Миклухо-Маклая, 16/10
Тел.: 335-01-00
Факс: 335-08-12

Школа

Школа по молекулярной физиологии

г. Санкт-Петербург
Ин-т эволюционной физиологии и биохимии им. И.М. Сеченова РАН
194223, г. Санкт-Петербург, пр-т. М. Тореза, 44
Тел.: (812) 552-30-24

Ноябрь

Конференция

3-я Конференция «Проблемы боевого стресса»

г. Москва
НС РАН по физиологическим наукам,

ГНИ испытательный ин-т военной медицины Минобороны России
127083, г. Москва, Петровско-Разумовская аллея, 12-а
Тел.: 212-60-01
Факс: 250-57-32-

Физиология иммунной системы*

г. Москва
НС РАН по физиологическим наукам, ин-т иммунологии Минздрава России
115478, г. Москва, Каширское ш., 24 к.2
Тел.: 116-48-82
Факс: 117-10-27

Сессия

Научная сессия, посвященная 100-летию присуждения И.П. Павлову Нобелевской премии

г. Санкт-Петербург
НС РАН по физиологическим наукам, ин-т физиологии им. И.П.Павлова
199034, г. Санкт-Петербург, наб. Макарова, 6
Тел.: (812) 328-11-01
Факс: (812) 328-05-01

Календарный план циклов последипломного образования в Российской медицинской академии последипломного образования на 2004 год

Факультет организации национального и международного здравоохранения

Кафедра тропических и паразитарных болезней (тел.: 455-90-92, 458-63-55)

Лабораторная диагностика паразитарных болезней. ТУ. 12.01-07.02; 01.09-28.09

Паразитарные и тропические болезни. ТУ. 01.04-28.04 (выезд.); 01.10-28.10 (выезд.)

Паразитология. СУ. 09.02-09.03

Клиническая паразитология. ТУ. 10.03-30.03

Эпидемиология (паразитология). СУ. 12.05-08.06

Санитарно-паразитологический надзор в системе сертификации продукции. ТУ. 04.11-18.11

Иммунитет и иммунодиагностика паразитарных болезней. ТУ. 18.11-01.12

Санитарная паразитология. ТУ. 07.12-21.12

Кафедра управления, экономики и планирования здравоохранения (тел.: 458-95-62)

Правовые и организационные аспекты деятельности работников кадровых служб здравоохранения. ТУ. 19.01-07.02; 06.09-25.09

Вопросы финансово-экономической деятельности органов и учреждений здравоохранения. ТУ. 10.02-02.03; 01.12-22.12

Организация здравоохранения и общественное здоровье. ОУ. 03.03-31.03; 11.10-06.11

Организация планово-экономической деятельности органов и учреждений здравоохранения. ТУ. 05.04-24.04

Актуальные вопросы планово-экономи-

Принятые сокращения:

ТУ – тематическое усовершенствование;

ОУ – общее усовершенствование;

ПП – профессиональная переподготовка;

СУ – сертификационное усовершенствование;

АУ – аттестационное усовершенствование;

АСУ – аттестационно-сертификационное усовершенствование.

ческой деятельности органов и учреждений здравоохранения. ТУ. 07.06-28.06

Вопросы финансовой деятельности органов и учреждений здравоохранения. ТУ. 17.05-05.06; 10.11-30.11

Кафедра медицинской статистики и информатики (тел.: 458-95-67)

Планирование и статистический анализ результатов НИР. ТУ. 19.01-14.02

Организация здравоохранения и общественное здоровье. СУ. 16.02-16.03

Анализ и оценка качества деятельности ЛПУ. ТУ. 22.03-17.04; 01.06-29.06

Основы компьютерной грамотности. ТУ. 12.05-25.05; 22.11-04.12

Медицинская статистика. СУ. 22.10-19.11

Кафедра международного здравоохранения (тел.: 458-95-66)

Организация здравоохранения и общественное здоровье. СУ. 19.01-14.02; 13.09-09.10

Основы менеджмента. ТУ. 25.02-10.03

Курс ВОЗ. Менеджмент в системе здравоохранения. ТУ. 22.03-17.04

Курс ВОЗ. Экономика здравоохранения. ТУ. 16.04-29.04

Курс ВОЗ. Технология управленческой деятельности в работе администраторов здравоохранения. ТУ. 12.05-08.06

Принципы организации и управления в здравоохранении. ТУ. 20.10-17.11

Технология управленческой деятельности в работе администраторов здравоохранения. ТУ. 24.11-22.12

Кафедра социальной гигиены и организации здравоохранения (тел.: 458-63-37)

Финансирование, экономика и управление здравоохранением. ТУ. 09.02-21.02

Организация здравоохранения и общественное здоровье. СУ. 01.03-22.03; 29.03-24.04; 12.05-08.06; 04.10-30.10; 02.11-30.11; 02.02-11.03 (выезд.); 05.04-04.05 (выезд.); 07.06-05.07 (выезд.); 06.09-02.10 (выезд.); АСУ. 15.11-11.12

Кафедра технологии последипломного обучения (тел.: 458-62-20)

Современная технология обучения в

системе среднего медицинского образования. ТУ. 19.01-14.02

Дистанционное обучение в системе последипломного образования врачей. ТУ. 18.02-03.03

Педагогика и психология высшей школы. ТУ. 22.03-17.04; 11.10-06.11

Современные образовательные технологии в медицинских учебных заведениях. ТУ. 18.05-14.06 (выезд.); 06.09-02.10 (выезд.)

Актуальные вопросы последипломного медицинского образования. ТУ. 23.11-21.12 (очн.)

Кафедра транспортной медицины (тел.: 490-42-43)

Психокоррекция и психотерапия на транспорте. ТУ. 08.01-04.02; 05.02-04.03; 05.03-02.04; 02.04-29.04; 04.10-30.10; 02.11-30.11; 01.12-29.12

Восстановительная медицина на транспорте. ТУ. 04.05-01.06; 02.06-30.06

Современная функциональная диагностика на транспорте. ТУ. 01.09-28.09

Кафедра управления и организации медико-социальной и стоматологической служб (тел.: 141-90-64, 246-61-20)

Сестринское дело. СУ. 08.01-04.02; 05.02-04.03; 01.04-28.04; 12.05-08.06; 06.09-02.10; 02.11-30.11; 30.11-28.12

Организация сестринского дела. СУ. 04.03-01.04; 04.10-30.10

Организация медико-социальной помощи. ОУ. 01.06-29.06

Терапевтический факультет

Кафедра терапии и подростковой медицины (тел.: 945-48-70, 484-94-75)

Терапия. СУ. 08.01-04.02; 12.05-08.06 (выезд.); 13.05-09.06; 06.09-02.10 (выезд.); 17.11-15.12; АСУ. 18.02-18.03; 24.03-20.04; 15.09-12.10; 20.10-17.11; 24.11-22.12

Диагностика, лечение, ВВЭ заболеваний внутренних органов у подростков. ТУ. 14.01-10.02

Функциональная диагностика. ОУ. 05.02-04.03; 06.10-02.11

Кардиология. ОУ. 17.03-13.04

Кафедра клинической фармакологии и терапии (тел.: 152-31-91)

Терапия. СУ. 14.01-10.02; 12.02-12.03; 28.10-25.11; 30.11-28.12 ОУ. 01.09-28.09 (выезд.)

Клиническая фармакология. ОУ. 29.09-26.10; ПП. 17.03-10.07

Кафедра гематологии и интенсивной терапии с курсом ревматологии (тел.: 257-39-02)

Гематология. СУ. 08.01-04.02; ОУ. 03.09-30.09; 01.12-29.12; ПП. 08.01-30.04

Трансфузиология. СУ. 06.02-05.03; 04.10-30.10; ОУ. 10.03-06.04 (выезд.); 12.05-08.06 (выезд.); 10.11-07.12 (выезд.)

Клиническая гематология и трансфузиология. ТУ. 12.04-24.04

Курс ревматологии при кафедре гематологии и интенсивной терапии (тел.: 115-93-95)

Ревматология. ПП. 12.01-05.05; ОУ. 22.04-05.06; 09.06-07.07 (выезд.); 06.09-02.10 (выезд.); 18.10-15.11

Внутри суставное введение препаратов при заболеваниях суставов. ТУ. 04.10-16.10

Дифференциальная диагностика заболеваний суставов. ТУ. 18.11-30.12

Кафедра терапии (тел.: 490-10-21)

Кардиология. ОУ. 12.01-07.02

Терапия. СУ. 12.02-26.03; 13.05-09.06; 06.09-02.10 (выезд.); 07.10-03.11; 04.10-23.12 (прерыв.); ОУ. 01.04-28.04; 14.06-10.07; 15.11-11.12

Кафедра гастроэнтерологии (тел.: 268-54-53)

Гастроэнтерология. ПП. 08.01-30.04; СУ. 18.02-01.04; 02.04-29.04; 12.05-08.06 (выезд.); 30.09-27.10; 01.12-29.12; ОУ. 01.09-28.09 (выезд.); 29.10-26.11

Кафедра питания (тел.: 113-17-72)

Диетология. ОУ. 05.02-19.03; 25.03-21.04; 13.05-09.06 (выезд.); 30.09-11.11; 16.11-28.12; ПП. 06.09-28.12

Кафедра инфекционных болезней (тел.: 945-99-58)

Инфекционные болезни. СУ. 09.01-05.02; 06.02-05.03; 25.05-22.06 (выезд.); 20.09-16.10; 19.11-17.12

Неотложные состояния и интенсивная терапия инфекционным больным. ТУ. 10.03-06.04

Вирусные гепатиты и ВИЧ-инфекция. ТУ. 09.04-08.05

Заболевания, передающиеся половым путем. ТУ. 11.05-24.05

Клиническая диагностика ВИЧ и СПИД ассоциированных заболеваний. ТУ. 28.06-10.07; 17.12-30.12

Лабораторная диагностика инфекционных заболеваний. ТУ. 03.09-16.09

Актуальные инфекционные болезни. ТУ. 19.10-16.11

Кафедра профпатологии. (тел.: 365-40-03)

Профпатология. ОУ. 08.01-04.02; 05.02-04.03; 10.03-06.04; 08.04-07.05; 27.05-24.06 (выезд.); 30.08-25.09 (выезд.); 29.09-26.10; 28.10-25.11; 01.12-29.12

Профпатология от воздействия физических факторов. ТУ. 12.05-25.05

Кафедра эндокринологии и диабетологии (тел.: 152-35-40)

Эндокринология. СУ. 12.01-07.02; 11.02-11.03; 03.06-01.07; 06.09-02.10; 24.11-22.12; ОУ. 17.03-27.04; 05.10-16.11; ПП. 16.03-09.07

Диабетология. ОУ. 12.05-01.06

Кафедра дерматовенерологии с курсом лабораторной диагностики (тел.: 964-11-52)

Инфекции, передаваемые половым путем. ТУ. 12.01-24.01; 05.04-17.04; 04.10-16.10

Дерматовенерология. СУ. 26.01-21.02; 25.02-24.03; 14.05-10.06; 14.06-10.07; 06.09-02.10; 19.10-16.11; 25.11-23.12; ПП. 01.09-23.12

Медицинская микология. ТУ. 26.04-12.05

Курс лабораторной диагностики при кафедре дерматовенерологии (тел.: 964-11-52)

Бактериологическая диагностика инфекций, передаваемых половым путем. ТУ. 14.01-27.01; 07.12-21.12

Лабораторная диагностика сифилиса. ТУ. 28.01-10.02; 12.02-26.02

Клиническая лабораторная диагностика. ОУ. 27.02-26.03; 29.03-24.04; 18.05-14.06; 16.06-13.07; 02.09-29.09

Лабораторная диагностика микозов. ТУ. 27.04-13.05

Лабораторная диагностика. СУ. 04.10-30.10; 04.11-02.12

Кафедра неврологии (тел.: 252-93-63)

Неврология. СУ. 09.01-05.02; 17.03-13.04; 16.04-17.05; 20.05-17.06; 26.08-22.09; 27.09-23.10; ОУ. 11.02-11.03; 28.10-25.11

Клиника, диагностика и лечение заболеваний нервной системы. ТУ. 30.11-28.12

Кафедра рефлексологии и мануальной терапии (тел.: 945-56-18)

Рефлексотерапия. ПП. 08.01-30.04; СУ. 05.05-02.06; ТУ. 05.05-02.06

Мануальная терапия. СУ. 03.06-01.07; ПП. 02.09-24.12

Кафедра психиатрии. (тел.: 954-90-02, доб 113)

Психиатрия. СУ. 08.01-04.02; 17.03-13.04; 05.05-02.06; 09.09-06.10; ОУ. 10.02-10.03; 03.06-01.07

Клиника, диагностика и лечение ларвированных депрессий и соматоформных расстройств. ТУ. 15.04-28.04; 09.12-23.12

Клиника, дифференциальная диагностика и лечение эндогенных аффективных психозов. ТУ. 13.10-08.12

Кафедра психотерапии, медицинской психологии и сексологии (тел.: 193-55-77, 193-96-71)

Терапия творческим самовыражением. ТУ. 08.01-21.01; 14.10-27.10; 02.11-16.11

Психотерапия. ПП. 13.01-06.05; СУ. 12.02-12.03; 04.06-02.07; 26.11-24.12

Сексология. ПП. 13.01-06.05; СУ. 13.10-10.11

Психотерапия, медицинская психология и сексология. ТУ. 14.01-10.02; 12.05-08.06; 25.11-23.12

Психотерапия в наркологии. ТУ. 17.03-13.04; 15.11-11.12

Психотерапия и фитотерапия в практике среднего медицинского персонала. ТУ. 20.04-20.05

Психотерапия, медицинская психология, психологическое консультирование. ТУ. 12.05-25.05

Вопросы сексологии в практической медицине. ТУ. 28.05-10.06; 27.09-09.10

Психотерапия и вопросы медицинской психологии. ТУ. 10.09-07.10; 27.09-23.10 (выезд.)

Кафедра физиотерапии (тел.: 270-59-08)

Физиотерапия. АСУ. 08.01-27.03 (прерыв.); СУ. 04.02-24.04 (прерыв.); 02.04-29.04; 07.05-04.06; 28.05-25.06 (выезд.); ПП. 09.09-31.12

Кафедра физической реабилитации и спортивной медицины (тел.: 193-35-78, 491-68-65)

Лечебная физкультура и спортивная медицина. СУ. 09.01-19.02; ОУ. 31.03-14.05; 19.05-30.06; 10.11-22.12

Лечебная физкультура. ОУ. 25.02-24.03; СУ. 06.10-02.11

Мануальная терапия. ПП. 22.01-17.05; СУ. 18.11-16.12

Фитотерапия. ОУ. 20.05-01.07; ТУ. 15.09-12.10

Мануальная терапия в акушерстве и гинекологии. ТУ. 14.10-11.11

Кафедра медицинской экспертизы (тел.: 264-00-02)

Экспертиза временной нетрудоспособности и медико-социальная экспертиза. ТУ. 08.01-21.01; 10.03-20.04; 09.06-07.07 (выезд.); 09.09-06.10 (выезд.); 14.10-25.11; 26.11-24.12

Экспертиза временной нетрудоспособности, медико-социальная экспертиза и контроль качества мед. помощи. ТУ. 23.01-05.03; 22.04-05.06

Кафедра фтизиопульмонологии (тел.: 490-48-00)

Рентгенодиагностика туберкулеза и других заболеваний органов дыхания. ТУ. 12.01-07.02

Фтизиатрия. СУ. 12.02-12.03; 19.04-

19.05; 26.05-23.06; 02.09-29.09; 28.10-25.11; ОУ. 30.09-27.10; 30.09-27.10

Клиника, диагностика и лечение туберкулеза органов дыхания. ТУ. 18.03-14.04

Клиника, диагностика и лечение туберкулеза органов дыхания у детей и подростков. ТУ. 18.03-14.04

Фтизиопульмонология. ТУ. 26.11-24.12

Кафедра клинической аллергологии (тел.: 196-19-54)

Методы диагностики и терапии аллергических заболеваний. ТУ. 08.01-04.02; 05.02-04.03; 05.03-02.04; 05.05-02.06; 03.06-01.07; 01.09-28.09; 03.11-01.12

Аллергология-иммунология. СУ. 02.04-29.04; 01.10-28.10

Кафедра кардиологии (тел.: 414-68-58)

Нарушения ритма и проводимости сердца. ТУ. 09.01-22.01

Кардиология. ПП. 20.01-14.05; АСУ. 28.01-25.02; 10.03-06.04; 06.05-03.06; 04.06-02.07; 30.09-27.10; 10.11-07.12

Современные вопросы кардиологии. ТУ. 14.04-27.04

Фармакотерапия в кардиологии. ТУ. 09.12-23.12

Кафедра наркологии (тел.: 350-28-75)

Психиатрия-наркология. СУ. 08.01-04.02; 02.02-01.03 (выезд.); 01.04-28.04; 01.06-29.06 (выезд.); 28.10-25.11

Профилактика и лечение ВИЧ-инфекции у больных с зависимостью от психоактивных веществ. ТУ. 11.03-24.03

Профилактика и лечение алкоголизма, наркоманий и токсикоманий в подростковом и юношеском возрасте. ТУ. 12.05-25.05

Клиника, терапия и реабилитация больных с зависимостью от психоактивных веществ. ТУ. 01.09-28.09 (выезд.)

Психотерапия и реабилитация в наркологии. ТУ. 30.09-27.10

Психотерапия и психопрофилактика в наркологии. ТУ. 30.11-28.12

Кафедра клинической токсикологии (тел.: 928-45-45)

Диагностика и неотложная помощь при острых отравлениях СДЯВ. ТУ. 08.01-21.01

Методы детоксикации организма при экзо- и эндотоксикозах. ТУ. 22.01-18.02

Токсикология. СУ. 20.02-19.03; 02.12-30.12; ОУ. 01.06-29.06 (выезд.); 01.09-28.09 (выезд.)

Реанимация и интенсивная терапия острых отравлений. ТУ. 24.03-20.04; 01.10-28.10

Диагностика и неотложная мед. помощь при острых отравлениях на догоспитальном этапе. ТУ. 22.04-22.05

Диагностика, клиника и лечение острых отравлений у детей. ТУ. 02.11-30.11

Кафедра геронтологии и гериатрии (тел.: 489-60-75)

Гериатрия. ПП. 12.01-05.05; ОУ. 22.04-

22.05; 25.05-06.07 (выезд.); 01.09-28.09 (выезд.); 01.10-28.10; 29.10-26.11; 30.11-28.12

Кафедра курортологии, терапии и физиотерапии (внебюджетная) (тел.: (8-879-33) 5-00-50)

Терапия. СУ. 08.01-04.02; 05.04-04.05; 01.09-28.09

Физиотерапия. СУ. 05.02-04.03

Актуальные вопросы курортологии. ТУ. 05.03-02.04; 05.05-02.06

Актуальные вопросы терапии (гастроэнтерология). ТУ. 03.06-01.07

Актуальные вопросы курортологии и физиотерапии. ТУ. 29.09-26.10

Актуальные вопросы терапии (кардиология). ТУ. 27.10-24.11

Кафедра лечебного дела (тел.: 141-98-25)

Лечебное дело. СУ. 14.01-10.02; 11.02-11.03; 12.04-12.05; 09.09-06.10; 04.11-02.12

Сестринское дело. СУ. 15.03-10.04; 14.05-10.06; 07.10-03.11; 03.12-31.12

Хирургический факультет

Кафедра общей, лазерной и эндоскопической хирургии (тел.: 945-98-95, 945-84-22)

Хирургия. СУ. 12.01-07.02; 13.02-13.03; 15.03-10.04; 19.04-19.05; 25.05-22.06; 13.09-09.10; 14.10-11.11 (выезд.); 19.10-16.11; 23.11-21.12

Лазерная медицина. ТУ. 12.01-24.01; 02.02-14.02; 25.02-10.03; 15.03-27.03; 05.04-17.04; 04.05-18.05; 06.09-18.09; 27.09-09.10; 25.10-06.11; 22.11-04.12

Лазерная хирургия и медицина. ТУ. 12.01-07.02; 13.09-09.10

Лазерная хирургия. ТУ. 12.05-08.06; 27.09-23.10

Лазерная пластическая хирургия. ТУ. 13.02-13.03; 26.10-23.11

Основные принципы и перспективы развития малоинвазивной хирургии. ТУ. 12.01-07.02

Диагностические и лечебные возможности эндохирургии. ТУ. 20.02-20.03

Оперативная лапароскопия при лечении заболеваний органов грудной, брюшной полости, полости малого таза. ТУ. 29.03-24.04

Диагностическая и оперативная лапароскопия, торакокопия, пельвиоскопия. ТУ. 12.05-08.06

Эндохирургия органов брюшной полости, малого таза, забрюшинного пространства. ТУ. 20.09-16.10

Эндоскопия и оперативная лапароскопия в абдоминальной хирургии. ТУ. 10.11-07.12

Кафедра хирургии (тел.: 490-10-71, 490-10-79)

Хирургия. СУ. 08.01-04.02; 06.02-05.03; 08.04-07.05; 12.05-08.06; 10.06-08.07; 06.09-02.10 (выезд.); 02.11-30.11; 01.12-29.12

Хирургическая эндокринология. ТУ. 10.03-06.04

Хирургическая гастроэнтерология. ТУ. 04.10-30.10

Кафедра нейрохирургии (тел.: 972-85-97)

Нейрохирургия. ОУ. 20.01-02.03; 10.03-20.04; СУ. 01.10-12.11

Диагностика и лечение травмы, опухолей и сосудистых заболеваний головного и спинного мозга. ТУ. 13.05-09.06 (выезд.); 02.09-29.09 (выезд.)

Актуальные вопросы патологии позвоночника, спинного мозга и периферической нервной системы. ОУ. 23.11-21.12

Кафедра урологии (тел.: 252-20-55)

Урология. СУ. 12.01-07.02; 17.05-14.06 (выезд.); 11.10-06.11; ОУ. 06.09-02.10 (выезд.); 23.11-21.12

Оперативная андрология. ТУ. 10.02-02.03; 05.04-24.04; 06.09-25.09

Урогинекология. ТУ. 16.02-16.03

Онкоурология. ТУ. 22.03-17.04

Кафедра эндоскопической урологии (тел.: 490-37-53)

Урология. СУ. 19.01-14.02; ОУ. 24.05-21.06 (выезд.)

Эндоурология и лапароскопическая урология. ТУ. 24.02-23.03; 27.09-23.10

Андрология. ТУ. 25.03-21.04

Кафедра офтальмологии с курсом детской офтальмологии (тел.: 299-07-01)

Офтальмология. СУ. 12.01-07.02; 16.02-16.03; 22.03-17.04; 17.05-14.06 (выезд.); 06.09-02.10; 04.10-30.10; 10.11-07.12

Современные аспекты патогенеза, диагностики и лечения глаукомы. ТУ. 14.06-26.06

Курс детской офтальмологии при кафедре офтальмологии. (тел.: 496-91-11)

Офтальмология (детская). СУ. 12.01-07.02; 16.02-16.03; 22.03-17.04; 06.09-02.10; 04.10-30.10

Кафедра оториноларингологии с курсом сурдологии (тел.: 490-01-08)

Оториноларингология. СУ. 12.01-07.02; 10.02-10.03; 12.03-08.04; 09.04-08.05; 12.05-08.06; 07.06-05.07 (выезд.); 04.10-30.10; 02.11-30.11

Курс сурдологии при кафедре оториноларингологии (тел.: 433-27-53, 438-65-48)

Сурдология-оториноларингология. СУ. 12.01-07.02; 15.03-10.04; 04.10-30.10

Основы аудиологии. ТУ. 17.02-02.03

Актуальные вопросы аудиологии и слухопротезирования. ТУ. 12.05-08.06

Кафедра травматологии (тел.: 375-33-41, 450-09-26)

Травматология и ортопедия. СУ. 08.01-04.02; 17.03-13.04; 14.04-14.05; 08.09-05.10; 23.11-21.12

Диагностика и лечение пострадавших с множественными и сочетанными повреждениями. ТУ. 10.02-10.03; 19.05-15.06

Лечение переломов костей и поврежденных суставов. ТУ. 11.10-06.11

Кафедра ортопедии и реабилитации (тел.: 450-28-42, 450-09-26)

Травматология и ортопедия. ОУ. 12.01-07.02; 16.02-16.03; 22.03-17.04; 12.05-08.06; 14.06-10.07; 06.09-02.10; 11.10-06.11; 15.11-11.12

Ортопедия детского возраста. ТУ. 14.06-10.07

Кафедра онкологии (тел.: 324-15-00, 324-72-58)

Онкология. СУ. 21.01-17.02; 08.06-06.07 (выезд.); 06.09-02.10 (выезд.); 20.10-17.11

Химио-гормонотерапия злокачественных опухолей. ТУ. 25.02-24.03

Актуальные вопросы онкологии и организации онкологической службы. ТУ. 05.04-17.04

Принципы диагностики и лечения злокачественных опухолей. ТУ. 24.05-05.06

Диагностика и лечение злокачественных опухолей головы и шеи. ТУ. 29.11-11.12

Кафедра сердечно-сосудистой хирургии (тел.: 236-91-57, 414-77-94, 414-75-51)

Кардиология детского возраста. ТУ. 12.01-07.02

Сердечно-сосудистая хирургия. ОУ. 16.02-16.03; 06.09-02.10 (выезд.); 04.10-30.10

Избранные вопросы клинической кардиологии, сердечно-сосудистой хирургии. ТУ. 31.03-27.04 (выезд.)

Кафедра торакальной хирургии (тел.: 963-80-46)

Сестринское дело. ОУ. 06.01-03.02; 04.06-02.07; 02.12-30.12

Хирургия рака и туберкулеза легких. ТУ. 04.02-03.03

Торакальная хирургия. СУ. 05.03-02.04; 02.04-29.04; 02.11-30.11

Неотложная торакальная хирургия. ТУ. 06.05-03.06

Хирургия туберкулеза органов дыхания. ТУ. 04.10-30.10

Кафедра анестезиологии и реаниматологии (тел.: 945-97-25, 252-19-00)

Анестезиология и реаниматология. СУ. 08.01-04.02; 05.02-04.03; 01.03-29.03 (выезд.); 12.04-12.05; 13.05-09.06; 10.06-08.07; 01.09-28.09; 04.10-30.10; 02.11-30.11

Организация анестезиолого-реанимационной помощи в многопрофильной больнице. ТУ. 29.03-10.04

Кафедра лучевой диагностики. (тел.: 252-19-19, 917-17-02)

Рентгенология. СУ. 12.01-08.02; 15.03-10.04; 12.05-08.06 (выезд.); 15.01-11.03 (прерыв.); 06.09-02.10; 10.11-07.12

Компьютерная и магнитно-резонансная томография. ТУ. 02.02-21.02

Компьютерная томография. ТУ. 29.03-24.04

Магнитно-резонансная томография. ТУ. 04.10-30.10

Компьютерная и магнитно-резонансная томография заболеваний органов брюшной полости и забрюшинного пространства. ТУ. 29.11-11.12

Кафедра клинической радиологии (тел.: 945-82-72, 945-87-15)

Радиология (клиническая). ОУ. 12.01-07.02; 06.09-30.10; 01.11-28.12; ПП. 09.02-04.06

Диагностика и лечение наиболее распространенных заболеваний молочной железы. ТУ. 24.02-23.03; 27.09-23.10

Кафедра колопроктологии (тел.: 199-15-67, 199-95-28)

Колопроктология. ОУ. 12.01-21.02; 15.03-24.04; 06.09-16.10; СУ. 16.11-28.12

Онкоколопроктология. ТУ. 18.05-14.06

Кафедра гипербарической оксигенации (тел.: 245-13-49, 166-87-74)

Проблемы ГБО в медицине. ТУ. 19.01-14.02

Организация службы ГБО и эксплуатация ОЛБ. ОУ. 03.02-02.03; 06.09-02.10

Клиническая гипербарическая оксигенация. ОУ. 03.03-28.04; 01.11-28.12

Сестринское дело. ОУ. 20.09-30.10

Новое в гипербарической технике. ТУ. 22.11-04.12

Кафедра клинической ангиологии и сосудистой хирургии (тел.: 236-40-63, 236-20-13)

Сердечно-сосудистая хирургия. СУ. 12.01-07.02; 16.02-16.03; 22.03-17.04; 26.10-23.11; ПП. 02.02-28.05

Клиническая ангиология. ТУ. 17.05-14.06 (выезд.); 20.09-16.10 (выезд.)

Клиническая флебология. ТУ. 30.11-28.12

Кафедра нефрологии и гемодиализа (тел.: 945-49-01)

Нефрология. ОУ. 12.01-07.02; 29.03-24.04; 05.05-02.06; 06.09-02.10 (выезд.); 18.11-14.12; ПП. 30.03-20.07

Диализ в нефрологии. ТУ. 09.02-23.03; 05.10-16.11

Кафедра пластической и реконструктивной микрохирургии и рентгенохирургии (тел.: 236-96-47, 440-56-06, 246-75-77)

Микрохирургия. ОУ. 12.01-06.04; 12.04-09.06

Микрохирургия в лимфологии. ТУ. 14.06-10.07

Микрохирургия в травматологии. ТУ. 06.09-02.10

Актуальные вопросы микрохирургии. ТУ. 02.11-30.11 (выезд.)

Рентгенохирургия. ТУ. 05.01-02.03; 05.03-30.04; 05.05-01.07; 01.09-26.10; 01.11-28.12

Кафедра эндоскопии (тел.: 945-97-81, 252-91-20)

Эндоскопия. ПП. 08.01-30.04; СУ. 12.05-08.06; 31.05-28.06 (выезд.); 19.10-16.11

Актуальные вопросы эндоскопии. АУ. 13.09-09.10

Кафедра поликлинической хирургии и реабилитации (тел.: 305-09-89)

Сестринское дело. СУ. 12.01-07.02; 06.09-02.10

Хирургия. СУ. 10.02-10.03; 10.03-06.04; 12.05-08.06; 04.10-30.10; 02.11-30.11; 29.11-25.12

Кафедра термических поражений, ран и раневой инфекции (тел.: 236-20-23)

Реконструктивно-пластические операции при ранах и последствиях ожогов. ТУ. 12.01-07.02; 02.11-30.11

Гнойная хирургия. ТУ. 10.02-10.03

Ожоги у детей. ТУ. 11.03-07.04

Сестринское дело. СУ. 12.04-12.05; 04.10-30.10

Термические поражения. ТУ. 12.05-08.06

Современные методы лечения ожогов, ран и раневой инфекции. ТУ. 09.06-07.07 (выезд.)

Интенсивная терапия при ожогах, обширных гнойных ранах. ТУ. 06.09-02.10

Хирургия. СУ. 01.12-29.12

Кафедра неотложной медицины (тел.: 490-02-50, 490-02-72)

Скорая помощь. СУ. 08.01-04.02; 04.02-03.03; 04.03-01.04; 02.04-29.04; 13.05-09.06; 06.09-02.10; 06.10-02.11; 04.11-02.12

Актуальные проблемы неотложной мед. помощи и интенсивной терапии. ТУ. 03.12-31.12

Кафедра косметологии и реконструктивно-восстановительной хирургии (внебюджетная) (тел.: 246-62-00)

Косметические и реконструктивно-восстановительные операции. ТУ. 12.01-24.01; 26.01-07.02; 09.02-21.02; 15.03-27.03; 15.04-28.04; 12.05-25.05; 28.05-10.06; 06.09-18.09; 20.09-02.10; 11.10-23.10; 29.10-12.11; 22.11-04.12; 07.12-21.12

Кафедра клинического ухода и реабилитации (тел.: 905-16-44)

Сестринское дело. СУ. 05.01-02.02; 04.03-01.04; 04.05-01.06; 01.09-28.09; 29.09-26.10; 27.10-24.11

Операционное дело. СУ. 03.02-02.03; 02.04-29.04; 25.11-23.12

Педиатрический факультет

Кафедра акушерства и гинекологии (тел.: 140-55-67, 149-25-02)

Акушерство и гинекология. СУ. 12.01-07.02; 02.04-29.04; 02.12-30.12; АСУ. 06.02-05.03; 08.09-05.10

УЗИ в акушерстве и гинекологии. ТУ.

19.01-14.02; 29.03-24.04; 06.09-02.10; 25.11-23.12

Эндокринология в акушерстве и гинекологии. ТУ. 10.03-06.04; 11.10-06.11

Эндоскопия в акушерстве и гинекологии. ТУ. 13.05-09.06

Детская гинекология. ТУ. 15.11-11.12

Кафедра неонатологии (тел.: 118-59-66)

Неонатология. СУ. 12.01-21.02; 17.03-27.04; 12.05-23.06; 06.09-16.10; 26.10-23.11; 30.11-28.12

Вопросы адаптации и патологии новорожденных. ТУ. 25.02-10.03 (выезд.)

Кафедра педиатрии (тел.: 496-52-38)

Педиатрия. СУ. 09.01-19.02; 25.02-07.04; 15.03-10.04 (выезд.); 13.05-09.06; 02.09-29.09; 06.09-02.10 (выезд.); 07.10-03.11; 10.11-22.12

Актуальные вопросы педиатрии. ТУ. 05.04-17.04

Нефрология. ОУ. 12.05-08.06

Кардиология. ОУ. 04.10-30.10

Гастроэнтерология. ОУ. 06.10-02.11

Кафедра детских инфекционных болезней с курсом детской дерматовенерологии (тел.: 949-17-22)

Инфекционные болезни (детского возраста). СУ. 12.01-07.02; 09.03-05.04; 07.06-05.07; 06.09-02.10 (выезд.); 04.10-30.10

Актуальные вопросы инфекционной патологии и фармакотерапии у детей. ТУ. 01.04-28.04

Неотложные состояния и интенсивная терапия при инфекционных заболеваниях у детей. ТУ. 01.04-28.04

Актуальные вопросы инфекционной патологии и врожденные инфекции. ТУ. 12.05-08.06

Кишечные инфекции и вирусные гепатиты. ТУ. 02.11-30.11

Ранняя диагностика, лечение и иммунупрофилактика инфекционных болезней у детей. ТУ. 01.12-29.12

Курс детской дерматовенерологии при кафедре инфекционных болезней детского возраста (тел.: 964-46-74)

Актуальные вопросы дерматовенерологии (возрастные особенности). ТУ. 12.01-24.01

Грибковые, бактериальные и паразитарные заболевания кожи. ТУ. 26.01-07.02

Дерматовенерология. СУ. 16.02-16.03; 06.09-02.10

Кожные болезни у детей раннего возраста. ТУ. 22.03-17.04

Дерматовенерология (детского возраста). ОУ. 12.05-08.06; 11.10-06.11

Дерматовенерология (возрастные аспекты). ОУ. 15.11-11.12

Опухоли и другие пролиферативные заболевания кожи. ТУ. 15.12-28.12

Кафедра детской и подростковой психиатрии, психотерапии и медицинской психологии (тел.: 954-13-14, 256-70-74)

Начальные проявления нервно-психических расстройств. ТУ. 08.01-04.02

Психиатрия. ОУ. 04.02-03.03; 06.09-02.10 (выезд.); 02.11-30.11

Медицинская психология в детской и подростковой психиатрии. ТУ. 03.03-31.03; 04.10-30.10

Психотерапия. ОУ. 02.04-29.04; 04.06-02.07 (выезд.); 01.12-29.12

Организация детско-подростковой службы и особенности клиники психических заболеваний у детей и подростков. ТУ. 04.05-01.06

Кафедра неврологии детского возраста (тел.: 496-62-07)

Неврология (детская). ОУ. 08.01-04.03; 04.03-29.04; 06.09-02.10 (выезд.); 11.10-06.11; 17.11-15.12

Актуальные вопросы детской неврологии. ТУ. 12.05-08.06 (выезд.); 09.06-07.07 (выезд.)

Кафедра детской хирургии (тел.: 490-70-13, 268-84-01, 268-43-53)

Детская хирургия. СУ. 12.01-07.02; 02.04-29.04; 04.05-01.06; 02.11-30.11; 01.12-29.12

Детская хирургия (урология). ОУ. 05.02-04.03

Хирургия новорожденных. ТУ. 05.03-02.04

Хирургическая гастроэнтерология с проблемами эндоскопии и эндохирургии. ТУ. 04.10-30.10

Кафедра лучевой диагностики детского возраста (тел.: 496-54-31, 254-26-10)

Ультразвуковая диагностика (в педиатрии). СУ. 08.01-04.02; 05.02-04.03; 05.03-02.04; 04.10-30.10; 02.11-30.11

Рентгенология (педиатрия). ОУ. 06.04-04.05 (выезд.); 14.05-10.06; 14.06-10.07; 06.09-02.10 (выезд.)

Кафедра поликлинической педиатрии (тел.: 486-57-56)

Педиатрия. АСУ. 12.01-21.02; 12.01-12.06 (прерыв.); 19.04-19.05; 15.09-18.12 (прерыв.); 11.11-08.12

Актуальные вопросы поликлинической педиатрии. ТУ. 09.02-21.02

Гимнастика и массаж в педиатрии. ТУ. 10.03-06.04

Медицинский массаж. АСУ. 10.03-06.04

Медицинские и педагогические принципы воспитания детей. ТУ. 19.04-19.05; 11.11-08.12

Основы детской реабилитологии. ТУ. 06.09-16.10

Кафедра детской оториноларингологии (тел.: 496-64-38, 490-89-79)

Оториноларингология (детская).

ОУ. 08.01-04.02; 10.03-06.04; 12.05-08.06; 11.10-06.11; 01.12-29.12

Заболевания верхнего отдела дыхательных путей и уха у детей. ТУ. 02.02-01.03; 02.04-29.04; 01.06-29.06; 08.09-05.10

Традиционные и нетрадиционные методы лечения в ЛОР-практике. ТУ. 11.11-08.12

Кафедра детской нейрохирургии (тел.: 250-85-22)

Нейрохирургия детского возраста. ОУ. 15.01-26.02; 02.03-30.03; 14.05-10.06 (выезд.); 16.06-13.07 (выезд.); 06.09-02.10 (выезд.)

Опухоли, травма ЦНС, гидроцефалия, пороки развития у детей. ТУ. 01.04-15.05; 11.10-06.11

Кафедра анестезиологии, реаниматологии и токсикологии детского возраста (тел.: 490-87-07)

Анестезиология и реаниматология (детская). ОУ. 08.01-04.02; 05.02-04.03; 05.03-02.04; 02.04-29.04; 14.05-10.06; 03.09-30.09; 01.10-28.10; 29.10-26.11; 26.11-24.12

Кафедра медико-социальных проблем охраны материнства и детства (тел.: 936-94-89)

Организация здравоохранения и общественное здоровье. СУ. 19.01-14.02; 15.03-10.04 (выезд.); 14.06-10.07 (выезд.); 06.09-02.10 (выезд.); 26.11-24.12 (выезд.)

Организация медико-социальной помощи подросткам. ТУ. 12.04-24.04; 04.10-16.10

Организация амбулаторно-поликлинической помощи детям в условиях реформирования здравоохранения. ТУ. 13.05-09.06

Организация медицинской помощи детям в условиях реформирования здравоохранения. ТУ. 29.10-26.11

Кафедра эндокринологии детского и подросткового возраста (тел.: 496-41-38, 156-59-47)

Эндокринология детского и подросткового возраста. ОУ. 12.01-07.02

Андрология и гинекологическая эндокринология детского и подросткового возраста. ТУ. 09.02-21.02; 12.05-25.05; 25.10-06.11

Детская эндокринология. СУ. 25.02-07.04; 26.05-07.07; 13.09-23.10; 10.11-22.12

Заболевания щитовидной железы у детей и подростков. ТУ. 12.04-24.04

Кафедра медицинской генетики (тел.: 496-98-19)

Современные достижения медицинской генетики. ТУ. 12.01-07.02

Лабораторная генетика. АСУ. 16.02-30.03

Современные достижения медицинской генетики в акушерстве, перинатологии. ТУ. 05.04-17.04

Актуальные проблемы медицинской генетики. ТУ. 17.05-14.06 (выезд.)

Генетика. ПП. 06.09-28.12

Кафедра питания детей и подростков (тел.: 230-16-72)

Диетология (в педиатрии и акушерстве). ОУ. 12.01-07.02; 04.10-30.10

Актуальные вопросы питания здоровых и больных детей и подростков, беременных и кормящих женщин. ТУ. 29.01-26.02

Диетология (детский возраст). ОУ. 27.02-26.03; 26.04-26.05; 01.06-29.06

Организация питания детей в коллективах. ТУ. 29.03-24.04; 06.09-02.10

Диетология. ОУ. 15.11-12.12

Кафедра детской онкологии (тел.: 324-73-53)

Основы детской онкологии. ТУ. 14.01-03.02

Принципы диагностики и лечения злокачественных опухолей у детей. ТУ. 09.02-30.04 (прерыв.); 27.09-17.12 (прерыв.)

Актуальные вопросы детской онкологии. ТУ. 15.03-27.03; 17.05-29.05; 06.09-18.09 (выезд.)

Основные принципы диагностики и лечения злокачественных опухолей у детей. ТУ. 12.04-24.04

Детская онкология. СУ. 31.05-28.06; 04.10-30.10; ПП. 06.09-28.12

Кафедра сестринского дела в педиатрии и акушерство (тел.: 936-90-79)

Сестринское дело в педиатрии. СУ. 12.01-07.02; 02.11-30.11; ОУ. 10.03-06.04; 14.05-10.06; 06.09-02.10; 01.12-29.12

Акушерское дело. СУ. 06.02-05.03; 12.04-12.05; 04.10-30.10

Медико-биологический факультет**Кафедра биохимии (тел.: 945-24-15)**

Клиническая лабораторная диагностика. Клиническая биохимия. ОУ. 12.01-07.02; 05.02-04.03; 10.03-06.04; 01.04-28.04; 12.05-08.06 (выезд.); 13.09-09.10; 11.10-06.11; 11.11-08.12; 25.11-23.12

Молекулярные основы патологии. Клиническая биохимия. ТУ. 15.01-04.02

Кафедра патологической анатомии (тел.: 321-46-14)

Гистология. ПП. 14.01-22.04; СУ. 01.04-28.04; 11.11-08.12; ТУ. 14.10-11.11

Патологическая анатомия. СУ. 18.02-18.03; 11.03-07.04; 13.05-09.06 (выезд.)

Микроскопическая диагностика биопсий (онкоморфология). ТУ. 07.10-03.11

Кафедра медицинской радиологии (тел.: 213-70-70)

Радиология (медицинская). ОУ. 19.01-14.02
Радиология. ПП. 01.03-24.06; ПП. 06.09-28.12

Радионуклидная диагностика. АУ. 12.05-08.06

Кафедра ультразвуковой диагностики (тел.: 150-90-61, 150-90-62)

Ультразвуковая диагностика. АСУ. 19.01-14.02; 29.03-24.04; 31.05-28.06 (выезд.); 13.09-09.10 (выезд.); 15.11-11.12; ПП. 19.01-13.05; 06.09-28.12

Ультразвуковая диагностика в акушерско-гинекологической практике. ТУ. 26.01-21.02; 13.05-09.06

Комплексное ультразвуковое исследование сосудистой системы. ТУ. 13.02-27.02; 17.05-29.05; 15.12-28.12

Ультразвуковая диагностика в кардиологии – эхокардиография. ТУ. 01.03-29.03; 11.10-06.11

Допплерография в акушерстве и гинекологии. ТУ. 13.09-25.09

Эхография и доплерография при заболеваниях внутренних органов. ТУ. 04.10-30.10

Избранные вопросы эхокардиографии. ТУ. 15.12-28.12

Кафедра клинической физиологии и функциональной диагностики (тел.: 958-09-69)

Функциональная диагностика (ЭКГ, Эхо-КГ, ФВД, доплерография). ПП. 12.01-05.05

Функциональная диагностика. АСУ. 12.05-08.06

Избранные вопросы эхокардиографии. ТУ. 12.05-25.05

Ультразвуковая диагностика. ПП. 08.09-30.12

Кафедра общей патологии и патофизиологии (тел.: 255-18-00)

Фундаментальные направления общей патологии и патофизиологии. ТУ. 19.01-31.01

Актуальные проблемы общей и клинической патологии. ТУ. 09.02-18.09 (прерыв.); 24.02-24.09 (прерыв.); 18.10-22.12 (прерыв.)

Клиническая патофизиология и фармакология системы гемостаза. ТУ. 16.02-30.09 (прерыв.)

Патогенетические основы озонотерапии. ТУ. 12.04-24.04; 15.11-27.11

Фундаментальные направления клинической патофизиологии. ТУ. 04.10-16.10

Кафедра судебной медицины (тел.: 458-95-64)

Судебно-медицинская экспертиза. СУ. 12.01-07.02; 12.01-07.12; 12.05-08.06; 13.09-09.10; ОУ. 16.02-16.03; 16.02-16.03; 29.03-24.04; 09.06-07.07; 13.09-09.10; 15.10-12.11; 23.11-21.12; 23.11-21.12

Кафедра авиационной и космической медицины (тел.: 490-02-93)

Авиационная медицина. ТУ. 12.01-07.02; 05.02-04.03; 15.03-11.04; 12.05-08.06 (средние мед. работники МСЧ ГА); 14.06-10.07 (выезд.); 13.09-09.10; 11.10-06.11; 15.11-11.12 (средние мед. работники МСЧ ГА)

Кафедра клинической лабораторной диагностики (тел.: 945-84-00)

Клиническая лабораторная диагностика (гематологические, общеклинические исследования). ОУ. 08.01-04.03; 29.09-26.10

Клиническая лабораторная диагностика (клиническая биохимия). ОУ. 09.01-05.03; 01.10-28.10

Клиническая лабораторная диагности-

ка. ОУ. 02.03-30.03; 03.06-01.07 (выезд.); 01.09-28.09 (выезд.); 03.09-30.09 (выезд.)

Контроль качества лабораторных исследований. ТУ. 15.03-27.03

Клинико-лабораторное исследования эякулята. ТУ. 12.04-24.04

Клиническая лабораторная диагностика (актуальные вопросы клинической лабораторной диагностики и организации лабораторной службы). ОУ. 01.04-28.04

ПЦР анализ в КДЛ. ТУ. 17.05-29.05

Клиническая лабораторная диагностика (Исследования системы гемостаза). ТУ. 17.05-29.05

Лабораторная диагностика урогенитальных инфекций. ТУ. 17.05-29.05

Иммуноферментный анализ в КДЛ. ТУ. 03.06-17.06

Клиническая лабораторная диагностика (избранные разделы цитологической диагностики). ОУ. 02.11-30.11

Клиническая лабораторная диагностика (лабораторная диагностика неотложных состояний). ОУ. 03.11-01.12

Кафедра иммунологии (тел.: 945-80-32)

Клиническая лабораторная диагностика (лабораторная иммунология). СУ. 14.01-17.02; 24.02-30.03; 12.05-15.06; 02.09-06.10; 13.10-17.11; 25.11-23.12

Кафедра медицинской техники (тел.: 946-07-23)

Охрана труда в учреждениях здравоохранения. ТУ. 12.01-31.01; 22.03-10.04; 09.04-29.04; 06.09-25.09; 15.11-04.12

Технические вопросы эксплуатации медицинской техники. ТУ. 03.02-02.03; 27.05-24.06; 27.09-23.10

Контроль эксплуатационных характеристик медицинской рентгеновской техники. ТУ. 03.03-17.03

Организация эффективной работы физиотерапевтической аппаратуры. ТУ. 12.05-25.05; 25.10-06.11

Медико-профилактический факультет**Кафедра эпидемиологии (тел.: 451-06-89)**

Эпидемиология. СУ. 12.01-07.02; 11.02-11.03; 15.03-10.04 (выезд.); 12.05-08.06; 07.06-05.07 (выезд.); 06.09-02.10 (выезд.); 15.11-11.12

Эпидемиология и профилактика внутрибольничных инфекций. ТУ. 09.04-29.04

Эпидемиология и профилактика особо опасных инфекций и санитарная охрана территории от их завоза и распространения. ТУ. 11.10-30.10

Кафедра общей гигиены и медицины труда (тел.: 252-35-17, 945-56-21, 945-50-13)

Санитарно-гигиенические лабораторные исследования. СУ. 12.01-07.02 (выезд.); 30.08-25.09; 18.10-15.11 (выезд.)

Лабораторное дело. СУ. 05.02-04.03 (выезд.); 12.05-08.06 (выезд.)

Гигиена труда. СУ. 27.02-26.03; 15.10-12.11 (выезд.)

Гигиена и санитария. СУ. 08.06-06.07 (выезд.)

Кафедра коммунальной гигиены (тел.: 945-46-05)

Гигиена и санитария. АСУ. 12.01-07.02; 27.09-23.10

Коммунальная гигиена. АСУ. 10.02-10.03; 10.03-06.04; 02.06-30.06; 06.09-02.10 (выезд.); 15.11-11.12

Социально-гигиенический мониторинг и оценка риска здоровью населения. ТУ. 05.04-24.04

Актуальные вопросы гигиены атмосферного воздуха и планировки населенных мест. ТУ. 11.05-31.05

Оценка риска здоровью факторов окружающей среды в условиях населенных мест. ТУ. 26.10-16.11

Кафедра дезинфекционного дела и медицинской энтомологии (тел.: 455-88-06)

Дезинфекционное дело. ОУ. 26.01-21.02; 11.10-06.11

Стерилизация и дезинфекция в ЛПУ. ТУ. 02.03-30.03

Медицинская энтомология. ОУ. 01.04-28.04

Дезинфектология. ОУ. 14.05-10.06; 06.09-02.10; 15.11-11.12

Кафедра гигиены питания (тел.: 945-53-12)

Гигиена и санитария. СУ. 12.01-07.02; 06.09-02.10

Организация государственного санитарно-эпидемиологического надзора за осуществлением производственного контроля в гигиене питания. ТУ. 10.02-02.03

Гигиена питания. СУ. 02.03-30.03; 29.03-24.04; 12.05-08.06; 08.06-06.07; 04.10-30.10; 15.11-11.12

Кафедра радиационной гигиены (тел.: 945-85-84)

Радиационная безопасность пациентов и персонала при рентгенологических исследованиях. ТУ. 12.01-18.02 (прерыв.); 16.04-29.04 (выезд.); 17.05-29.05 (выезд.); 14.06-26.06 (выезд.); 20.09-27.10 (прерыв.)

Госсанэпиднадзор по радиационной гигиене в свете федерального закона "О техническом регулировании". ТУ. 02.02-14.02

Радиационный контроль и радиационная защита. ТУ. 15.03-10.04

Медицинская помощь лицам, принявшим участие в ликвидации последствий радиационных аварий, и населению, проживающему на загрязненных территориях. ТУ. 16.04-29.04 (выезд.); 17.05-29.05 (выезд.); 14.06-26.06 (выезд.); 13.09-25.09

Радиационная безопасность пациентов и персонала при рентгенологических исследованиях с основами рентгено-стоматологии. ТУ. 11.05-16.06 (прерыв.)

Радиационная гигиена. СУ. 27.09-23.10

Оценка радиационной безопасности продовольственного сырья, пищевых продуктов и воды. ТУ. 15.11-11.12

Кафедра гигиены детей и подростков (тел.: 945-46-18)

Основы профилактической педиатрии. ТУ. 13.01-31.03 (прерыв.)

Сестринское дело в педиатрии. СУ. 14.01-17.03 (прерыв.); 13.09-09.10

Гигиена детей и подростков. СУ. 22.03-17.04 (выезд.); 11.10-06.11

Гигиена и санитария. СУ. 21.04-21.05; 10.11-07.12

Охрана и укрепление здоровья школьников. ТУ. 28.05-25.06

Профилактическая работа мед. сестры в образовательных учреждениях. ТУ. 26.11-24.12

Кафедра микробиологии (тел.: 111-41-88)

Бактериология. СУ. 12.01-07.02 (выезд.); 16.02-16.03 (выезд.); 29.03-24.04; 12.05-08.06 (выезд.); 07.06-05.07 (выезд.); 06.09-02.10 (выезд.); 11.10-06.11

Лабораторное дело. СУ. 19.11-17.12

Кафедра вирусологии (тел.: 455-90-95)

Вирусные инфекции беременных, плода и новорожденных. ТУ. 12.01-31.01; 17.05-05.06; 18.10-06.11

СПИД. Вирусные гепатиты (А,В,С, D,Е). Опортунистические инфекции. ТУ. 09.02-21.02; 14.06-26.06 (выезд.); 27.09-09.10; 15.12-28.12

Вирусные инфекции, передающиеся половым путем. ТУ. 15.03-27.03; 06.09-18.09

Лабораторное дело (вирусология). СУ. 29.03-24.04

Вирусология. СУ. 15.11-11.12

Кафедра здорового образа жизни и философии (тел.: 458-95-28)

Гигиеническое воспитание. ОУ. 30.01-27.02; 01.04-28.04; АУ. 04.05-01.06; 02.12-30.12; СУ. 04.10-30.10

Философия. ТУ. 08.01-23.06 (прерыв.); 09.01-24.06 (прерыв.); 12.01-25.06 (прерыв.)

Актуальные вопросы истории медицины. ТУ. 12.05-08.06

История медицины. ТУ. 02.09-29.09

Кафедра организации санитарно-эпидемиологической службы (тел.: 287-18-30)

Социальная гигиена и организация госсанэпидслужбы. СУ. 22.01-18.02; 09.06-07.07; 08.09-05.10; АСУ. 12.05-08.06

Правовое обеспечение деятельности госсанэпидслужбы и ее учреждений. ТУ. 10.03-23.03; 23.11-06.12

Актуальные вопросы деятельности госсанэпидслужбы и ее учреждений. ТУ. 24.03-13.04; 07.10-27.10

Кадровое обеспечение деятельности госсанэпидслужбы и ее учреждений. ТУ. 14.04-27.04; 02.11-16.11

Факультет стоматологии

Кафедра терапевтической стоматологии (тел.: 284-55-74)

Терапевтическая стоматология. СУ. 12.01-07.02; 09.02-09.03; 10.03-06.04; 07.04-05.05; 12.05-08.06; 06.09-02.10; 04.10-30.10; 02.11-30.11; 01.12-29.12

Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии (тел.: 245-05-50)

Хирургическая стоматология. СУ. 12.01-07.02; 09.02-09.03; 07.04-05.05; 12.05-08.06; 06.09-02.10; 04.10-30.10; 02.11-30.11; 01.12-29.12

Челюстно-лицевая хирургия. СУ. 10.03-06.04

Кафедра ортопедической и общей стоматологии (тел.: 281-96-27, 971-05-34)

Ортопедическая стоматология. СУ. 12.01-07.02; 09.02-09.03; 10.03-06.04; 07.04-05.05; 12.05-08.06; 06.09-02.10; 04.10-30.10; 02.11-30.11; 01.12-29.12

Кафедра стоматологии детского возраста (тел.: 281-91-01)

Стоматология детского возраста. СУ. 12.01-07.02; 09.02-09.03; 10.03-06.04; 07.04-05.05; 12.05-08.06; 06.09-02.10; 04.10-30.10; 02.11-30.11; 01.12-29.12

Кафедра стоматологии (тел.: 281-57-63)

Стоматология. СУ. 12.01-07.02; 09.02-09.03; 10.03-06.04; 07.04-05.05; 12.05-08.06; 06.09-02.10; 04.10-30.10; 02.11-30.11; 01.12-29.12

Кафедра стоматологии и зубопротезных технологий (тел. 946-02-30, 497-33-25)

Стоматология. СУ. 09.02-09.03; 02.04-29.04; 12.05-28.06; 06.09-02.10; 04.10-30.10; 26.11-24.12

Ортопедическая стоматология. СУ. 10.03-06.04; 02.11-30.11

Стоматология для зубных врачей. СУ. 12.01-07.02; 10.03-06.04; 02.11-30.11

Ортопедическая стоматология (изготовление цельнолитых металлокерамических и бюгельных протезов). ОУ. 12.01-07.02; 09.02-09.03; 07.04-05.05; 12.05-08.06; 06.09-02.10; 04.10-30.10; 01.12-29.12

Технология стоматологического литья. ТУ. 09.02-21.02; 12.05-25.05; 29.11-11.12

Кафедра ортодонтии (тел.: 281-93-86)

Ортодонтия. ОУ. 12.01-07.02; 09.02-09.03; 10.03-06.04; 07.04-05.05; 12.05-08.06; 06.09-02.10; 04.10-30.10; 02.11-30.11; 01.12-29.12

**Российская медицинская академия
последипломного образования МЗ РФ объявляет**

КОНКУРС

на замещение вакантных должностей

Профессоров кафедр (д-р наук): общей, лазерной и эндоскопической хирургии; хирургии; урологии; онкологии – 0,5 ст.; травматологии – 0,5 ст.; торакальной хирургии; неотложной медицины – 0,5 ст.; оториноларингологии с курсом сурдологии – 0,5 ст. по кафедре; эндокринологии и диабетологии – 2 (1,0 ст.; 0,25 ст.); физической реабилитации и спортивной медицины; клинической гериатрии и организации геронтологической помощи – 2 (1,0 ст.; 1,0 ст.); педиатрии; судебной медицины; микробиологии – 0,5 ст.; здорового образа жизни и философии – 0,5 ст.; мобилизационной подготовки здравоохранения – 2 (0,5 ст.; 0,5 ст.); общественного здоровья и здравоохранения 2 (0,5 ст.; 0,25 ст.); ортопедической и общей стоматологии – 0,5 ст.; хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии – 0,5 ст.

Доцентов кафедр (канд.наук): общей, лазерной и эндоскопической хирургии; хирургии – 2 (1,0 ст.; 1,0 ст.); нейрохирургии – 2 (0,5 ст.; 0,5 ст.); офтальмологии с курсом детской офтальмологии – 2 (1,0 ст.; 1,0 ст.) по кафедре; онкологии – 0,5 ст.; сердечно-сосудистой хирургии; анестезиологии и реаниматологии; лучевой диагностики – 0,5 ст.; клинической радиологии – 2 (1,0 ст.; 0,5 ст.); колопроктологии; гипербарической оксигенации; пластической и реконструктивной микрохирургии с рентгенохирургией; поликлинической хирургии и реабилитации; терапии и подростковой медицины; клинической фармакологии и терапии; гематологии и интенсивной терапии с курсом ревматологии (по кафедре); эндокринологии и диабетологии; дерматовенерологии с курсом лабораторной диагностики – 2 (1,0 ст.; 1,0 ст.) по кафедре; неврологии; фтизиопульмонологии – 2 (1,0 ст.; 1,0 ст.); клинической аллергологии; клинической токсикологии – 0,5 ст.; лечебное дело; акушерства и гинекологии – 2 (1,0 ст.; 1,0 ст.); педиатрии; детских инфекционных болезней с курсом детской дерматовенерологии – 2 (1,0 ст.; 1,0 ст.) по кафедре; детской оториноларингологии; анестезиологии, реаниматологии и токсикологии детского возраста; медицинской генетики – 0,5 ст.; клинической лабораторной диагностики – 3 (1,0 ст.; 1,0 ст.; 1,0 ст.); клинической физиологии и функциональной диагностики – 2 (1,0 ст.; 1,0 ст.); авиационной и космической медицины – 0,5 ст.; ультразвуковой диагностики; патологической анатомии – 0,5 ст.; общей патологии и патофизиологии – 0,5 ст.; эпидемиологии – 2 (1,0 ст.; 0,5 ст.); общей гигиены и медицины труда; коммунальной гигиены; гигиены питания; вирусологии; микробиологии; гигиены детей и подростков – 2 (1,0 ст.; 1,0 ст.); организации санитарно-эпидемиологической службы; мобилизационной подготовки здравоохранения – 2 (0,5 ст.; 0,5 ст.); ортопедической и общей стоматологии; терапевтической стоматологии;

Ассистентов кафедр (канд.наук): общей, лазерной и эндоскопической хирургии; травматологии – 0,5 ст.; сердечно-сосудистой хирургии – 0,5 ст.; торакальной хирургии – 2 (1,0 ст.; 1,0 ст.); косметологии и реконструктивно-восстановительной хирургии – 0,25 ст.; терапии и подростковой медицины; терапии; инфекционных болезней; медицинской экспертизы; дерматовенерологии с курсом лабораторной диагностики – 0,5 ст. по кафедре; неврологии; физиотерапии; психотерапии, медицинской психологии и сексологии – 0,5 ст.; клинической аллергологии; фтизиопульмонологии – 0,5 ст.; акушерства и гинекологии; неонатологии – 0,5 ст.; педиатрии; детских инфекционных болезней с курсом детской дерматовенерологии – 3 (1,0 ст.; 1,0 ст.; 0,5 ст.) по курсу; лучевой диагностики детского возраста – 2 (0,5 ст.; 0,5 ст.); медицинской генетики; детской онкологии; питания детей и подростков; сестринского дела в педиатрии и акушерства; биохимии – 0,5 ст.; авиационной и космической медицины – 0,5 ст.; ультразвуковой диагностики – 3 (1,0 ст.; 0,5 ст.; 0,5 ст.); гигиены детей и подростков; хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии – 0,5 ст.; стоматологии детского возраста – 0,5 ст.;

Старших преподавателей кафедр (канд. наук): медицинской техники (к.н., б/ст.); микробиологии; мобилизационной подготовки здравоохранения – 2 (0,5 ст.; 0,5 ст.); иностранных языков (к.н.; б/ст.) – 2 (1,0 ст.; 1,0 ст.);

Старших научных сотрудников (канд. наук): группы НИЦ при кафедре эндокринологии и диабетологии; группы НИЦ при кафедре клинической радиологии – 0,5 ст.; отдела координации научных исследований – 0,5 ст.

Научного сотрудника (канд. наук) научно-исследовательской лаборатории «Медицинские информационные системы» – 0,5 ст.;

Младшего научного сотрудника (канд.наук, б/ст.) группы НИЦ при кафедре общей патологии и патофизиологии – 0,5 ст.

К участию в конкурсе приглашаются лица, проживающие в г. Москве и Московской области.

Срок подачи заявлений для участия в конкурсном отборе – 1 месяц со дня опубликования объявления о конкурсе.

Документы согласно положению о конкурсе направляются по адресу:

123995, г. Москва, ул. Баррикадная, дом 2/1. Ученый совет.

Телефон для справок: (095) 252-00-65