

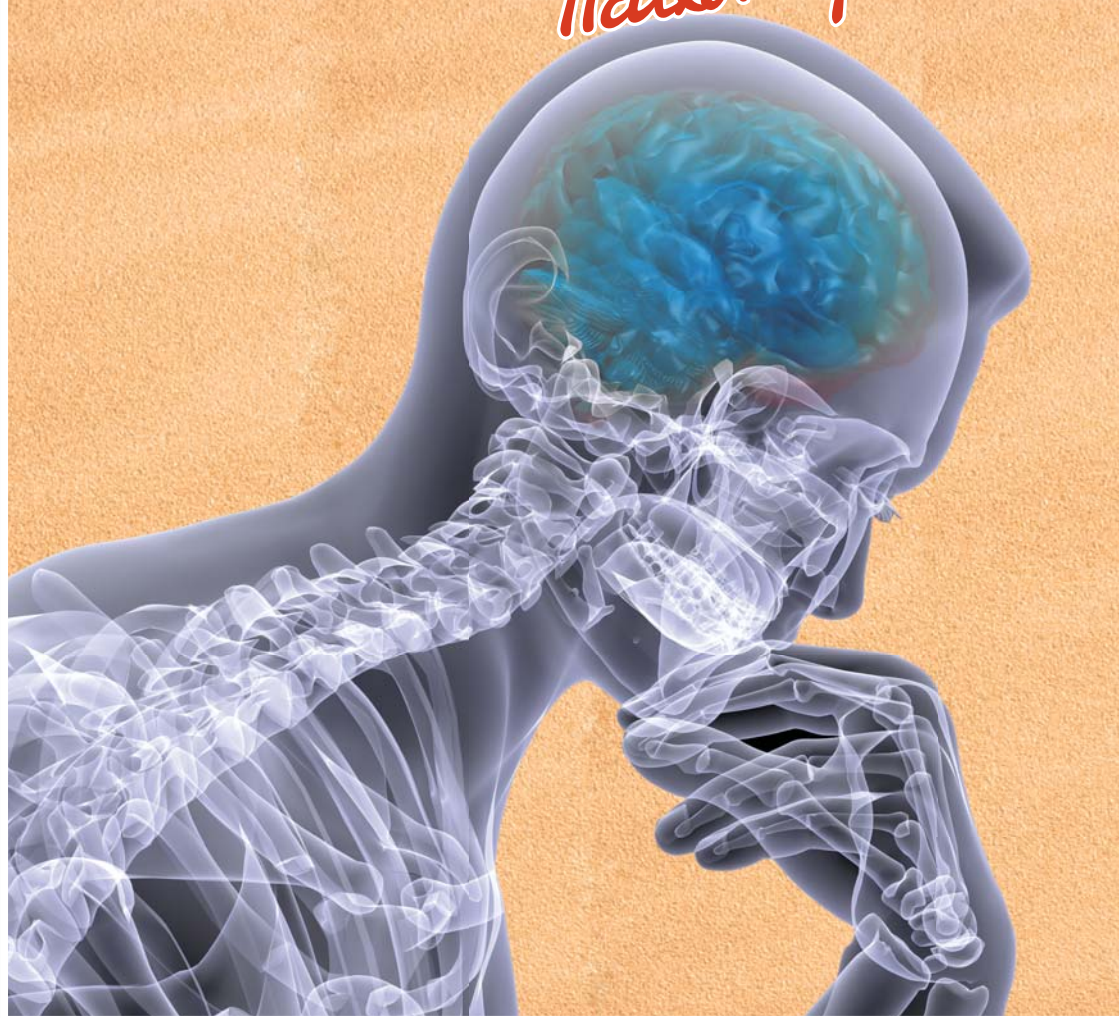


МЕДИЦИНСКИЙ СОВЕТ

№ 4
2012

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ ДЛЯ ВРАЧЕЙ

Психоневрология



КОГНИТИВНЫЕ И ДРУГИЕ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ■
ГОЛОВНАЯ БОЛЬ И ГОЛОВОКРУЖЕНИЕ ■
ЗАБОЛЕВАНИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ, БОЛЬ В СПИНЕ ■
ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ■
РЕВМАТОЛОГИЯ ■ ПСИХИАТРИЯ

ВХОДИТ В ПЕРЕЧЕНЬ ВЕДУЩИХ РЕЦЕНЗИРУЕМЫХ НАУЧНЫХ ЖУРНАЛОВ ВАК РФ

АКАТИНОЛ – оригинальный препарат, лидер эффективного и безопасного лечения деменции и когнитивных расстройств

**20 мг
однократный
прием**



Значительное улучшение:

- ▶ **когнитивных функций**
- ▶ **повседневной активности**
- ▶ **поведенческих расстройств**
- ▶ **речи**

Безопасен при длительном применении

На правах рекламы

Рег. удостоверение П № 014961/01 от 28.03.2008



ООО «Мерц Фарма»
123242, Москва, пер. Капранова, д. 3, стр. 2
Тел.: (495) 660-76-95
www.merz.ru



Не стоит больше ждать!

↓ **61%**

снижение относительного
риска развития обострений
рассеянного склероза
в год по сравнению
с интерфероном
бета-1б в/м¹



ГИЛЕНИЯ. Краткое описание препарата.

Лекарственная форма: Финголимод. Капсулы 0,5 мг.
Показания: Ремиттирующий рассеянный склероз (РРС) — для уменьшения частоты клинических обострений болезни и снижения риска прогрессирования нетрудоспособности.

Дозы и способ применения: Одна капсула 0,5 мг внутрь 1 раз в сутки. Не требуется коррекции дозы препарата у пациентов с нарушениями функции почек, у больных с легкими и умеренными нарушениями функции печени.

Противопоказания: Гиперчувствительность к финголимоду или любому другому компоненту препарата. Беременность и период грудного вскармливания. Эффективность и безопасность применения препарата Гиления® у детей и подростков в возрасте до 18 лет не установлены.

Предосторожности: Необходимо проводить ЭКГ исследование перед приемом первой дозы препарата и в конце 6-часового периода наблюдения. Необходимо измерять АД и ЧСС каждый час в течение 6-часового периода наблюдения. Данные рекомендации необходимо выполнять как минимум в течение 2 недель после окончания приема препарата. В случае возникновения симптомов брадикардии или атриовентрикулярной блокады 2 степени и выше или если QTc \geq 500 мс, а также, если через 6 часов после окончания введения препарата ЧСС соответствуют самому низкому значению в течение всего периода наблюдения или ЧСС < 45 ударов в минуту, то пациент должен находиться под тщательным наблюдением, пока симптомы не исчезнут или не будут устранены надлежащими мерами. Пациенту, которому требуется дополнительное медикаментозное вмешательство после введения первой дозы, показан мониторинг до следующего утра. После приема второй дозы препарата стратегия контроля состояния может быть такой, как описано выше. Препарат Гиления® не должен применяться у пациентов с атрио-вентрикулярной блокадой второй и выше степени, у пациентов с синдромом слабости синусового узла, сино-атриальной блокадой из-за риска развития угрожающих жизни нарушений сердечного ритма. Препарат Гиления® также не рекомендован к применению у пациентов с подтвержденной ишемической болезнью сердца, инфарктом миокарда или остановкой сердца в анамнезе, а также у пациентов с застойной сердечной недостаточностью, цереброваскулярными заболеваниями, неконтролируемой артериальной гипертензией, тяжелым нелеченным синдромом апноэ во сне, так как выраженная брадикардия опасна для таких пациентов. Препарат Гиления® не должен применяться у пациентов со значительным увеличением интервала QT (QTc > 470 мс (у женщин) или > 450 мс (у мужчин)), а также у пациентов с соответствующими факторами риска удлинения интервала QT (например, с гипокалиемией, гипомagneмией или врожденным удлинением интервала QT). У пациентов с повторными синкопальными состояниями, симптоматической брадикардией препарат необходимо применять с осторожностью, под наблюдением кардиолога. Не рекомендуется применять препарат Гиления® у пациентов, принимающих бета-адреноблокаторы, кальциевые блокаторы, снижающие ЧСС, а также другие средства, снижающие ЧСС. У таких пациентов перед назначением препарата Гиления® необходима консультация кардиолога и необходимо подобрать терапию, не снижающую ЧСС. При отсутствии такой возможности необходим тщательный мониторинг. После приема первой дозы, уменьшение частоты сердечных сокращений начинается в течение часа с максимальным снижением через 6 часов. Сердечный ритм возвращается к исходному уровню спустя 1 месяц регулярного приема препарата. Пациенты, не имеющие в анамнезе данных о перенесенной ветряной оспе или вакцинации против Varicella zoster (VZV), до начала терапии обследуются для выявления антител к VZV. При отсутствии антител вакцинация проводится

за 1 месяц до начала терапии во избежание поствакцинальных осложнений. На фоне терапии и 2 месяца после ее окончания отмечается снижение числа лимфоцитов, что приводит к повышению риска развития инфекций. Необходимо соблюдать предосторожность у пациентов \geq 65 лет (опыт применения ограничен). Требуется особое наблюдение за пациентами с развившимися симптомами инфекционного заболевания, при необходимости следует рассмотреть вопрос о прекращении терапии. Для возобновления терапии оценивается соотношение «польза/риск». На фоне терапии препаратом Гиления® возможно развитие отека макулы, особенно у пациентов с наличием увеита в анамнезе и сопутствующим сахарным диабетом. Рекомендуется проводить офтальмологическое обследование до лечения, в первые 3-4 месяца, затем регулярно у пациентов из группы риска. В случае развития отека макулы лечение препаратом следует прекратить. С осторожностью используется у пациентов с тяжелой печеночной недостаточностью. При развитии выраженного поражения печени терапия прекращается.

Взаимодействие: Не рекомендуется совместное применение препарата Гиления® с антиаритмическими препаратами Ia класса (например, хинидин, прокаинамид) или III класса (например, амиодарон, соталол). Не рекомендуется начинать терапию финголимодом на фоне лечения кальциевыми блокаторами, снижающими сердечный ритм (верапамил, дилтиазем, изабрадин и др.), а также другими препаратами, способствующими снижению ЧСС (например, дигоксином). С осторожностью использовать с противоопухолевыми, иммуносупрессивными или иммуномодулирующими во время и спустя 2 месяца после окончания терапии. С осторожностью при смене терапии у пациентов, ранее получавших лекарственные препараты, подавляющие иммунную систему, такие как наталумаб или митоксантрон. Не следует проводить иммунизацию живыми вакцинами. Во время терапии препаратом, а также в течение 2х месяцев после прекращения лечения финголимодом, вакцинация может быть менее эффективной.
Побочное действие: Очень часто (\geq 10%): инфекции, вызванные вирусом гриппа, головная боль, диарея, боль в спине, повышение активности «печеночных» ферментов, кашель. Часто (1-10%): бронхит, синусит, гастроэнтерит, инфекции, вызванные вирусом герпеса, грибковая инфекция, брадикардия, головокружение, парестезия, мигрень, астения, экзема, алопеция, кожный зуд, снижение веса, одышка, депрессия, боль в глазах, нечеткость зрения, повышение артериального давления, лейкопения, лимфопения. Нечасто (< 1%): пневмония, макулярный отек. Постмакеллиевые наблюдения: изолированные случаи полной АВ-блокады, спонтанно разрешающейся, наблюдались в течение 6 часов после приема препарата.

Форма выпуска : Капсулы 0,5 мг, по 7 или 14 капсул в блистер из ПВХ/ПВДХ. По 2 или 7 блистеров по 14 капсул (календарная упаковка) по 1 блистеру по 7 капсул (перфорированный блистер) вместе с инструкцией по применению помещают в картонную пачку.

НОВАРТИС ФАРМА АГ, ШВЕЙЦАРИЯ, ПРОИЗВЕДЕНО НОВАРТИС ФАРМА ШТЕЙН АГ, ШВЕЙЦАРИЯ / NOVARTIS PHARMA AG, SWITZERLAND, MANUFACTURED BY NOVARTIS PHARMA STEIN AG, SWITZERLAND.

1. E. Havrdova et al. Clinical and magnetic imaging outcomes in subgroups of patients with highly active relapsing-remitting multiple sclerosis treated with fingolimod (FTY720): results from the FREEDOMS and TRANSFORMS phase 3 studies. ECTRIMS 2011, p473. <http://www.posters2view.com/ECTRIMS2011/view.php?nu=386>



МЕДИЦИНСКИЙ СОВЕТ

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ

Золофт® оригинальный (сертралин)
Лирика® (прегабалин)
Релпакс® (элетриптан)
Сермион® (ницерголин)
Целебрекс® (целекоксиб)

Вместе против боли

Представительство Корпорации «Пфайзер Эйч. Си. Пи. Корпорэйшн» (США)
123317, Москва, Пресненская наб., д. 10; БЦ «Башня на набережной» (Блок С), 22 этаж
Тел. +7 495 287 50 00, факс: +7 495 287 53 00

ЛИРИКА®

Препарат выбора
для лечения
нейропатической
боли¹

Контроль
над приступами
эпилепсии²

Новые возможности
в лечении
генерализованного
тревожного
расстройства (ГТР)
и фибромиалгии^{3,4}



КРАТКАЯ ИНСТРУКЦИЯ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ ПРЕПАРАТА ЛИРИКА (ПРЕГАБАЛИН)

Фармакотерапевтическая группа: противосудорожное средство.

Код АТХ: N03AX16

Лирика (прегабалин) – аналог гамма-аминомасляной кислоты. Установлено, что прегабалин связывается с дополнительной субъединицей (α2-дельта-протеин) потенциал-зависимых кальциевых каналов в центральной нервной системе, что способствует проявлению его анальгетического и противосудорожного эффектов.

Показания к применению: Нейропатическая боль. Лечение нейропатической боли у взрослых. Эпилепсия. В качестве дополнительной терапии у взрослых с парциальными судорожными приступами, сопровождающимися или не сопровождающимися вторичной генерализацией. Генерализованное тревожное расстройство. Лечение генерализованного тревожного расстройства у взрослых. Фибромиалгия. Лечение фибромиалгии у взрослых.

Способ применения и дозы: Внутрь независимо от приема пищи. Препарат применяют в дозе от 150 до 600 мг/сут в два или три приема. Нейропатическая боль. Лечение прегабалином начинают с дозы 150 мг/сут. В зависимости от достигнутого эффекта и переносимости через 3–7 дней дозу можно увеличить до 300 мг/сут, а при необходимости еще через 7 дней – до максимальной дозы 600 мг/сут. Эпилепсия. Лечение прегабалином начинают с дозы 150 мг/сут. С учетом достигнутого эффекта и переносимости через 1 неделю дозу можно увеличить до 300 мг/сут, а еще через неделю – до максимальной дозы 600 мг/сут.

Фибромиалгия. Лечение прегабалином начинают с дозы 150 мг/сут. В зависимости от достигнутого эффекта и переносимости через 3–7 дней дозу можно увеличить до 300 мг/сут. При отсутствии положительного эффекта увеличивают дозу до 450 мг/сут, а при необходимости еще через 7 дней – до максимальной дозы 600 мг/сут. Генерализованное тревожное расстройство. Лечение прегабалином начинают с дозы 150 мг/сут. В зависимости от достигнутого эффекта и переносимости через 7 дней дозу можно увеличить до 300 мг/сут. При отсутствии положительного эффекта увеличивают дозу до 450 мг/сут, а при необходимости еще через 7 дней – до максимальной дозы 600 мг/сут.

Отмена прегабалина. Если лечение прегабалином необходимо прекратить, рекомендуется делать это постепенно в течение минимум 1 недели.

Побочное действие. По имеющемуся опыту клинического применения прегабалина у более 12000 пациентов, наиболее распространенными нежелательными явлениями были головокружение и сонливость. Наблюдаемые явления были обычно легкими или умеренными. Другие наиболее частые явления включали: повышение аппетита, спутанность сознания, дезориентация, раздражительность, бессонницу, нарушение равновесия, седацию, диплопию, сухость во рту, запор, рвоту, метеоризм, снижение либидо, утомляемость, периферические отеки, увеличение массы тела.

Противопоказания. Гиперчувствительность к действующему веществу или любому другому компоненту препарата. Детский и подростковый возраст до 17 лет включительно (нет данных по применению).

Взаимодействие с другими лекарственными препаратами. Не обнаружено признаков клинически значимого фармакокинетического взаимодействия прегабалина с фенитоином, карбамазепином, вальпроевой кислотой, ламотриджином, габапентином, лоразепамом, оксикодном и этанолом. Установлено, что пероральные сахароснижающие средства, диуретики, инсулин, фенобарбитал, тиагабин и топирамат не оказывают клинически значимого влияния на клиренс прегабалина.

Эффекты на способность управлять автомобилем и пользоваться сложной техникой

Препарат Лирика может вызвать головокружение и сонливость и, соответственно, повлиять на способность управлять автомобилем и пользоваться сложной техникой. Больные не должны управлять автомобилем, пользоваться сложной техникой или выполнять другие потенциально опасные виды деятельности, пока не станет ясно, влияет ли этот препарат на выполнение ими таких задач.

Перед назначением препарата ознакомьтесь с полной инструкцией по медицинскому применению

Список литературы:

1. Методические рекомендации по диагностике и лечению нейропатической боли под редакцией академика РАМН НН Яхно, издательство РАМН, Москва 2008.
2. Gil-Nagel A. et al. Seizure. 2009;18(3):184-92.
3. Bandelow B., Zohar J., Hollander E., et al. Guidelines for the Pharmacological Treatment of Anxiety, Obsessive-Compulsive and Post-Traumatic Stress Disorders, The World Journal of Biological Psychiatry, 2002, 9:4241-312.
4. Carville S.F. et al. EULAR evidence-based recommendations for the management of fibromyalgia syndrome. Ann Rheum Dis 2008;67:536-541 6. Crofford et al. Arthritis Rheum. 2005; 49(12): 1264-73.



Представительство Корпорации
«Пфайзер Эйч. Си. Пи. Корпорейшн»
123100 Москва, Пресненская наб., д.10, корпус С
Тел.: (495) 287 50 00
Факс: (495) 287 53 00

ЛИРИКА
ПРЕГАБАЛИН

Реклама

LYR-11-11



КАЖДЫЕ
4 НЕДЕЛИ

Тизабри

(натализумаб)

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ

достичь желанной цели
в терапии
рассеянного
склероза

Остановить прогрессирование РС

- На 81% снижение ежегодной частоты обострений за 2 года у пациентов с высокоактивным* ремиттирующим РС¹
- В 5 раз больше пациентов без признаков активности рассеянного склероза по сравнению с плацебо²
- 83% без прогрессирования неврологических нарушений за 2 года терапии³
- У 9 из 10 пациентов в подгруппе пациентов с высокоактивным* РРС, получавших Тизабри, не отмечено прогрессирования заболевания за 2 года¹

Добиться восстановления нарушенных функций

- У 1 из 4 пациентов в течение 2 лет снизился уровень инвалидизации по шкале EDSS** (с исходным уровнем EDSS ≥ 2,0)⁴
- У 1 из 3 пациентов с высокоактивным РРС отмечали длительное улучшение неврологического статуса (исходный уровень EDSS ≥ 2,0)⁴

Улучшить качество жизни пациентов с РС

- Тизабри значительно улучшает когнитивные и двигательные функции (MSFC***)⁵
- Достоверное улучшение когнитивных и двигательных функций (SF-36)⁶



Сокращённая информация по назначению:

Показания к применению: Тизабри показан для монотерапии ремиттирующей формы рассеянного склероза следующим группам больных: пациентам с активным течением заболевания, несмотря на лечение интерфероном бета; пациентам с быстро прогрессирующим тяжёлым ремиттирующим рассеянным склерозом. **Противопоказания:** гиперчувствительность к натализумабу или любому из вспомогательных веществ; прогрессирующая многоочаговая лейкоэнцефалопатия (ПМЛ); повышенный риск инфекции условно-патогенными микроорганизмами, в том числе иммунодефицитные состояния (например, больные, получающие или получавшие иммунодепрессанты, такие как митоксантрон или циклофосфамид; одновременное применение интерферона бета или глатирамера ацетата; злокачественные новообразования, за исключением базальноклеточного рака кожи; дети и подростки. Не следует назначать натализумаб во время беременности без крайней необходимости. **Способ применения и дозы:** Тизабри 300 мг вводится внутривенно в виде инфузии один раз в 4 недели. **Побочное действие:** реакции на инфузию, реакции гиперчувствительности, инфекции, включая прогрессирующую многоочаговую лейкоэнцефалопатию (ПМЛ) и инфекции условно-патогенными микроорганизмами, реакции со стороны печени. **Особые указания:** применение Тизабри может повысить риск развития ПМЛ и, как результат, привести к смертельному исходу или тяжёлой инвалидизации. При появлении новых неврологических симптомов необходимо приостановить терапию до исключения ПМЛ. Полная информация по препарату содержится в инструкции по медицинскому применению.

* ≥2 обострений в течение года и ≥1 Gd+ очагов от исходного. ** EDSS (Expanded Disability Status Scale) – расширенная шкала оценки степени инвалидизации. *** MSFC–индекс обеспечивает сфокусированную чувствительную оценку неврологических нарушений у пациентов с рассеянным склерозом.

Ссылки: **1.** Hutchinson M. et al. J Neurol; 2009, 256: 405–415. **2.** Havrdova E. et al. Lancet Neurol; 2009, Mar, 8 (3): 254–60. **3.** Polman C.H., O'Connor P.W., Havrdova E. et al. for the AFFIRM Investigators. A randomized, placebo-controlled trial of natalizumab for relapsing multiple sclerosis. N Engl J Med; 2006, 354: 899–910. **4.** Munschauer F. et al. P. 474, presented at WCTRIMS 2008: Montreal, Canada. **5.** Polman C. et al. Neurology; 2010, 74 (suppl. 3): S8–S15. **6.** Data on file, Biogen Idec.

Препарат зарегистрирован МЗ РФ ЛРС-008582/10 от 23.08.2010.

ООО «Никомед Дистрибьюшн Сентра»: 119048, Москва, ул. Усачёва, 2, стр. 1. Т.: (495) 933 5511, ф: (495) 502 1625. www.nycomed.ru. SRV03286. Дата выпуска рекламы: ноябрь 2011.



Nycomed: a Takeda Company



№4 2012

Н.Н. ЯХНО, д.м.н., профессор	
Предисловие.....	3

■ КОНСУЛЬТАЦИИ ЮРИСТА

Юристы — врачам.....	4
----------------------	---

■ КОГНИТИВНЫЕ И ДРУГИЕ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

И.В.ДАМУЛИН, д.м.н., профессор	
Когнитивные расстройства при цереброваскулярной патологии	6

Т.Г.ВОЗНЕСЕНСКАЯ, д.м.н., профессор	
Депрессия при сосудистых заболеваниях головного мозга	12

И.С.ПРЕОБРАЖЕНСКАЯ, д.м.н.	
Деменция с тельцами Леви: клинические проявления, подходы к диагностике и терапии.....	17

В.В.ЗАХАРОВ, д.м.н., профессор, Н.В.ВАХНИНА, к.м.н., доцент	
Недементные когнитивные нарушения.....	23

М.Р.НОДЕЛЬ, к.м.н.	
Клинические особенности и лечение двигательных нарушений болезни Паркинсона....	30

Ю.А.СТАРЧИНА, к.м.н.	
Антигипертензивная терапия в профилактике инсульта и когнитивных нарушений	37

■ ГОЛОВНАЯ БОЛЬ И ГОЛОВОКРУЖЕНИЕ

Г.Р.ТАБЕЕВА, д.м.н., профессор, В.В.ГОЛУБЕВА, к.м.н., доцент	
Профилактика и лечение мигрени	43

М.В.ЗАМЕРГРАД, к.м.н., В.А.ПАРФЕНОВ, д.м.н., профессор, О.В.КОСИВЦОВА, к.м.н.	
Дифференциальный диагноз и лечение вестибулярного головокружения	48

■ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

И.А.СТРОКОВ, к.м.н., доцент, А.С.ФОКИНА, О.А.СОЛОХА, к.м.н.	
Фармакологическая терапия невропатической боли ..	54

И.А.СТРОКОВ, к.м.н., доцент, А.С.ФОКИНА	
Тиолепта® уменьшает позитивную невропатическую симптоматику при диабетической полиневропатии — исследование «Этика».....	60

В.А.ПАРФЕНОВ, д.м.н., профессор	
Вопросы оптимизации ведения пациентов с неспецифической болью в нижней части спины в амбулаторной практике.....	66

■ ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Т.Е.ШМИДТ, к.м.н., доцент	
Принципы лечения рассеянного склероза	72

А.Н.БОЙКО	
Рекомендации по использованию препарата финголимод (Гилениа) для патогенетического лечения рассеянного склероза	77

В.А.ПАРФЕНОВ, д.м.н., профессор, С.В.ВЕРБИЦКАЯ	
Перспективы и реалии предупреждения повторного ишемического инсульта	83

■ РЕВМАТОЛОГИЯ

Н.А.ШОСТАК, д.м.н., профессор	
Ревматоидный артрит — современный взгляд на проблему	89

А.Е.КАРАТЕЕВ, д.м.н.	
Комбинация напроксена и эзомепразола (Вимово®): новый подход к повышению безопасности нестероидных противовоспалительных препаратов ..	92

■ ПСИХИАТРИЯ

И.Ю.ДОРОЖЕНОК, к.м.н., доцент	
Тревожные и болевые расстройства в общей медицинской практике (аспекты коморбидности и терапии).....	98



УЧРЕДИТЕЛЬ: ООО «ГРУППА РЕМЕДИУМ»



РУКОВОДИТЕЛЬ ПРОЕКТА, НАУЧНЫЙ РЕДАКТОР: Екатерина Борисовна Грищенко, к.м.н.

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ :

М.Б.Анциферов, д.м.н., профессор, академик РАЕН, Москва
Д.М.Аронов, д.м.н., профессор, Москва
И.И.Балаболкин, д.м.н., профессор, член-корр. РАМН, Москва
А.А.Баранов, д.м.н., профессор, академик РАН и РАМН, Москва
Ю.Б.Белоусов, д.м.н., профессор, член-корр. РАМН, Москва
Ю.Н.Беленков, д.м.н., профессор, академик РАН и РАМН, Москва
Б.М.Блохин, д.м.н., профессор, Москва
С.А.Бойцов, д.м.н., профессор, Москва
Т.Э.Боровик, д.м.н., профессор, Москва
Ю.А.Бунин, д.м.н., профессор, Москва
А.Л.Верткин, д.м.н., профессор, Москва
Н.Н.Володин, д.м.н., профессор, академик РАМН, Москва
В.Л.Голубев, д.м.н., профессор, Москва
И.Н.Денисов, д.м.н., профессор, академик РАМН, Москва
Н.К.Дзеранов, д.м.н., профессор, академик МАИ, Москва
И.Н.Захарова, д.м.н., профессор, Москва
А.А.Ишмухаметов, д.м.н., профессор, Москва
И.Я.Конь, д.м.н., профессор, академик РАЕН, Москва
Н.А.Коровина, д.м.н., профессор, академик РАМН, Москва
О.Б.Лоран, д.м.н., профессор, член-корр. РАМН, Москва
Р.А.Манушарова, д.м.н., профессор, Москва
В.Ю.Мареев, д.м.н., профессор, Москва
А.И.Мартынов, д.м.н., профессор, академик РАМН, Москва

Г.А.Мельниченко, д.м.н., профессор, член-корр. РАМН, Москва
А.М.Мкртумян, д.м.н., профессор, Москва
Л.С.Намазова-Баранова, д.м.н., профессор, член-корр. РАМН, Москва
Е.Л.Насонов, д.м.н., профессор, академик РАМН, Москва
В.С.Никифоров, д.м.н., С.-Петербург
В.А.Парфенов, д.м.н., профессор, Москва
В.А.Петеркова, д.м.н., профессор, Москва
В.Г.Помников, д.м.н., профессор, С.-Петербург
В.Н.Прилепская, д.м.н., профессор, Москва
Д.Ю.Пушкар, д.м.н., профессор, Москва
С.А.Рабинович, д.м.н., профессор, Москва
И.В.Сидоренко, д.м.н., профессор, Москва
В.И.Скворцова, д.м.н., профессор, член-корр. РАМН, Москва
В.П.Сметник, д.м.н., профессор, Москва
Г.И.Сторожаков, д.м.н., профессор, академик РАМН, Москва
В.А.Ступин, д.м.н., профессор, академик РАМН, Москва
В.Ф.Учайкин, д.м.н., профессор, академик РАМН, Москва
И.Е.Чазова, д.м.н., профессор, член-корр. РАМН, Москва
А.Г.Чучалин, д.м.н., профессор, академик РАМН, Москва
М.В.Шестакова, д.м.н., профессор, член-корр. РАМН, Москва
Е.В.Шляхто, д.м.н., профессор, член-корр. РАМН, С.-Петербург
Н.Д.Юшук, д.м.н., профессор, академик РАМН, Москва
Н.Н.Яхно, д.м.н., профессор, академик РАМН, Москва

Издатель: ООО «Р-Врач». Генеральный директор: Ирина Филиппова


Литературный редактор: Елена Шерстнева. Корректор: Сергей Палилов. Оформление и верстка: Анатолий Москвитин

Отдел продвижения и распространения: Ирина Иванова, Галина Третьякова, podpiska@remedium.ru

Рекламное агентство «Ре Медиа»: Наталья Ливенская, Юлия Калыгина, reklama@remedium.ru

Тел./факс: (495) 780-34-25/26/27 (многоканальный). Для корреспонденции: Россия, 105082, Москва, а/я 8. www.remedium.ru

Издание зарегистрировано в Федеральной службе по надзору в сфере массовых коммуникаций, связи и охраны культурного наследия. Свидетельство о регистрации ПИ №ФС 77-30814 от 26.12.2007. Входит в Перечень ведущих рецензируемых научных журналов ВАК РФ.

Авторские материалы не обязательно отражают точку зрения редакции, исключительные (имущественные) права с момента получения материалов принадлежат редакции. Любое воспроизведение опубликованных материалов без письменного согласия издательства не допускается. Редакция не несет ответственности за содержание рекламных материалов. Материалы, помеченные знаком , публикуются на правах рекламы. Номер подписан в печать 31 мая 2012 г. Тираж 30 000 экз. Цена свободная.

© МЕДИЦИНСКИЙ СОВЕТ, 2012

ТРЕБОВАНИЯ К СТАТЬЯМ И ТЕЗИСАМ ДЛЯ ЖУРНАЛА «МЕДИЦИНСКИЙ СОВЕТ» ИЗДАТЕЛЬСТВА «РЕМЕДИУМ»

В начале статьи указываются имя, отчество, фамилия автора, ученая степень, звание, место работы, город. К примеру: «И.И.ИВАНОВ, доктор медицинских наук, профессор, академик РАМН, П.П.ПЕТРОВ, кандидат медицинских наук, доцент РМАПО, СПбГМУ, Москва, Санкт-Петербург. АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ РИНИТ». Обязательно указывать ключевые слова и краткое содержание статьи. Для тезисов дополнительно указываются научный руководитель и заведующий кафедрой. Статья должна быть написана в виде рекомендательной лекции по лечению для практикующего врача. Объем статьи — 18 000 знаков (7 страниц шрифтом Times, кеглем 12 через 1,5 интервала на листе формата А 4). Поля: верхнее и нижнее — 2,5 см, левое — 3,5 см, правое — 1,5 см. Объем тезисов — 2 000 знаков (1 страница шрифтом Times, кеглем 12 через 1,5 интервала на листе формата А 4). К статье обязательно прилагаются сведения об авторе(ах): фамилия, имя, отчество; ученая степень, звание, должность, место работы (учреждение, отделение), а также адрес места работы с указанием почтового индекса, телефона. Все обозначения даются в системе СИ. Торговое название лекарственного средства указывается с заглавной буквы, действующего вещества — со строчной

(«маленькой») буквы. Прилагаемый список литературы должен содержать не более 25 наименований. Рисунки, таблицы и схемы, иллюстрирующие материал статьи, должны быть пронумерованы, к каждому рисунку дается подпись и (при необходимости) объясняются все цифровые и буквенные обозначения. Малоупотребительные и узкоспециальные термины, встречающиеся в статье, должны иметь пояснения. Дозировки и названия должны быть тщательно выверены. Материал можно выслать по электронной почте на адрес grishenko@remedium.ru или представить в редакцию на электронном носителе (с приложением копии в печатном виде). Редакция журнала подтверждает возможность публикации статьи только после ознакомления с материалом. Все материалы, поступающие в редакцию, рецензируются и при необходимости редактируются и сокращаются. Полученный редакцией оригинал статьи не возвращается. Направление в редакцию работ, ранее опубликованных или представленных для публикации в другие издания, не допускается. Мнение редакции может не совпадать с мнением авторов. Саспирантов, молодых ученых и соискателей плата за публикацию не взимается.