

Двухгодичный опыт применения тиотропия бромид в терапии больного ХОБЛ среднетяжелого течения

С.И. Овчаренко, И.А. Королева,
И.Н. Завражина, Н.И. Яшунская

ММА им. И.М. Сеченова, Москва

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ), согласно определению GOLD [1] (Глобальная стратегия: диагностика, лечение и профилактика хронической обструктивной болезни легких), характеризуется ограничением воздушного потока на выдохе, обусловленного обструкцией дыхательных путей, которая не полностью обратима, неуклонно прогрессирует с течением времени и вызвана патологической реакцией легких на воздействие различных вредоносных частиц и газов. К основным факторам риска развития ХОБЛ относят: активное и пассивное табакокурение; длительное воздействие на дыхательные пути поллютантов; загрязнение воздуха в атмосфере и внутри помещений; наследственную предрасположенность.

В настоящее время около 600 млн человек в мире страдают ХОБЛ [2]. Примерно 2,75 млн смертей ежегодно связывают с ХОБЛ [3], что позволяет расценивать этот недуг как второе по распространенности неинфекционное заболевание в мире [2]. Болезнь чаще встречается у мужчин, хотя смертность от ХОБЛ среди женщин увеличивается в промышленно развитых странах, в первую очередь вследствие увеличения числа курящих женщин [4]. Ожидается, что рост распространенности курения в мире продолжится, и в результате резко увеличится распространенность ХОБЛ. ВОЗ прогнозирует, что к 2020 г. ХОБЛ переместится с 12-го места по распространенности на 5-е [5], а смертность от этого заболевания в мире к 2030 г. удвоится.

Первым проявлением заболевания обычно бывает хронический кашель (с мокротой или без нее), который вначале может быть непостоянным, но с течением времени становится постоянным на протяжении суток. По мере прогрессирования болезни начинает доминировать одышка при физической нагрузке. Одышка, снижение толерантности к физической нагрузке, повторные обострения отрицательно влияют на качество жизни многих пациентов [6].

Руководство GOLD [1] использует классификацию ХОБЛ по стадиям в зависимости от сочетания клинических проявлений и результатов спирометрии. Тяжесть ХОБЛ определена 4 стадиями: первая стадия – легкое течение, вторая стадия – средне-тяжелое течение, третья стадия – тяжелое и четвертая стадия – крайне тяжелое течение – в соответствии с выраженностью снижения ОФВ₁.

Современные подходы к лечению больных ХОБЛ определяются степенью тяжести заболева-

ния и ответом на предложенную терапию. Главным в терапии ХОБЛ являются бронходилататоры. Предпочтителен ингаляционный путь введения.

Короткодействующие бронходилататоры применяют в качестве ситуационной терапии при ХОБЛ первой стадии, со второй стадии заболевания в качестве базисной терапии предпочтительны длительно действующие препараты (β_2 -агонисты или холинолитики длительного действия), а короткодействующие препараты используются по потребности.

Среди лекарственных препаратов, применяемых при ХОБЛ, особое место занимают антихолинергические бронхолитические препараты. Ипратропия бромид до сих пор остается наиболее широко используемым м-холиноблокатором при ХОБЛ (как в монотерапии, так и в комбинации с фенотеролом-беродуалом).

Тиотропия бромид (Спирива®) – высокоспецифичный и мощный конкурентный антагонист ацетилхолина, взаимодействующий со всеми 5 подтипами мускариновых рецепторов (от M1 до M5) [7]. Тиотропия бромид характеризуется уникальной кинетической селективностью, заключающейся в медленной диссоциации с M1- и M3-рецепторами и, напротив, в более быстрой диссоциации с M2-рецепторами, и показывает желаемую в лечении больных с обструктивными заболеваниями легких избирательность действия [8].

Тиотропия бромид является антихолинергическим препаратом длительного действия (более 24 часов), назначаемым один раз в сутки. Показано, что столь длительный эффект препарата обусловлен его медленной диссоциацией с эффекторными мускариновыми (M3) рецепторами. В ходе клинических исследований по оценке эффективности тиотропия бромида у больных ХОБЛ продемонстрировано стабильное улучшение показателей бронхиальной проходимости и достижение симптоматического контроля, превосходящие эффекты традиционно используемого в настоящее время ипратропия бромида [9]. Мощное бронходилатирующее действие препарата сопровождается «фармакологической редукцией» легочных объемов, что положительно сказывается на уменьшении одышки и, следовательно, повышении толерантности к физической нагрузке [10]. Кроме того, бронхорасширяющая эффективность тиотропия, как и других ингаляционных холинолитиков, обычно сохраняется в течение продолжительного времени без признаков наступления лекарственной толерантности.

Спирива® выпускается в виде порошка для ингаляций на основе лактозы, помещенного в твердую желатиновую капсулу. Каждая капсула содержит 18 мкг тиотропия (в виде 22,5 мкг тиотропия бромида моногидрата). Спирива® ингалируется с использованием ХандиХалера® – устройства для ингаляций. В устройство помещают одну капсулу, которую прокалывают нажатием кнопки сбоку. Ингаляция вызывает вибрацию капсулы, ее содержимое высвобождается и вдыхается с инспираторным потоком воздуха.

Исследования *in vitro* показали, что порошок вдыхается из ингалятора даже при таком низком показателе инспираторного потока, как 20 л/мин.

В многоцентровых исследованиях [9, 10] показана низкая частота возникновения побочных эффектов, свидетельствующая о безопасности использования этого препарата при ХОБЛ, что особенно важно для пациентов с тяжелым течением заболевания. Чаще других упоминается сухость слизистой оболочки ротовой полости (около 10 %), но этот побочный эффект не имеет особого клинического значения.

В подтверждение вышеизложенного представляем демонстрацию собственного наблюдения за пациентом с ХОБЛ второй стадии (средне-тяжелого течения) на фоне терапии Спиривой на протяжении двух лет.

28.04.2004 пациент Ц-ов, 65 лет, обратился в ФТК ММА с жалобами:

- на кашель с трудно отделяемой вязкой мокротой слизистого характера;
- одышку при небольшой физической нагрузке (подъем по лестнице на второй этаж);
- постоянное ощущение «заложенности в грудной клетке»;
- ощущение учащенного сердцебиения;

Пациент родился и живет в Москве, имеет высшее техническое образование. В течение жизни работал в лаборатории МИЭМ. В настоящее время продолжает работать – заведует лабораторией.

Профессиональная вредность: лучевая нагрузка.

Вредные привычки: пациент курит. Индекс курящего человека – 26,5 пачка/лет. Алкоголем не злоупотребляет.

Перенесенные заболевания: в течение жизни был подвержен респираторным заболеваниям до двух раз в год. В возрасте 22 лет перенес аппендэктомия.

Аллергологический анамнез не отягощен, случаев лекарственной непереносимости не отмечено.

Из анамнеза заболевания известно, что пациент курит с 14 лет по 10 сигарет в день. На утренний кашель, появившийся спустя 15 лет, пациент внимания не обращал, так как считал, что все курящие кашляют.

С осени 2001 г. заметил появление ежедневного малопродуктивного кашля по утрам, к врачам по этому поводу не обращался. В октябре 2003 г. появилась одышка при умеренной физической нагрузке, усилился кашель, что и заставило пациента обратиться к врачу. В поликлинике по месту жительства пациенту был назначен бромгексин, грудной сбор, которые он применял с временным и слабым положительным эффектом. С весны 2004 г. отметил постепенное усиление одышки, кашель стал беспокоить даже в ночное время. В связи с этим пациент обратился в ФТК ММА и был госпитализирован.

При осмотре: состояние больного относительно удовлетворительное. Рост – 175 см. Вес – 70 кг. ИМТ – 22,86 кг/м². Кожные покровы обычной окраски и влажности. Губы цианотичны. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание через нос свободное. Грудная клетка бочкообразной формы. При перкуссии звук легочный с выраженным коробочным оттенком, особенно в верхних отделах. При аускультации легких

дыхание жесткое, выслушивались сухие жужжащие хрипы, усиливающиеся при форсированном выдохе. ЧДД 20–22 в минуту. Тоны сердца сохранены, ритмичны, ЧСС 88 уд/мин, АД 120 и 80 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Дизурических расстройств не выявлено. Неврологический статус – без особенностей.

В клиническом анализе крови: гемоглобин – 160 г/л; эритроциты – 5,0 млн; цвет. Показатель – 0,94; лейкоциты – 6650 тыс.; нейтрофилы – 51,35 %; эозинофилы – 2,92 %; моноциты – 8,15 %; лимфоциты – 36,97 %; тромбоциты – 146 тыс.; СОЭ – 5 мм/ч.

В биохимическом анализе крови – без отклонения от нормы: общий белок – 8,3 г/дл; альбумин – 4,9 г/дл.

Иммунологическое исследование крови: иммуноглобулин А – 278 (норма 50–300) мг/дл; иммуноглобулин М – 144 (норма 40–200) мг/дл; иммуноглобулин G – 1500 (норма 600–2000) мг/дл; иммуноглобулин E – 50 (норма 0–150) ед/л; СРБ – отриц.; RW – отриц. Маркеры вирусных гепатитов – отриц.

Общий анализ мокроты: консистенция – полувязкая; характер – слизистая.

Микроскопия: лейкоциты – 10–20 в поле зрения, местами до 40; эритроциты – нет; макрофаги – много; эпителий плоский – умеренное количество; эпителий цилиндрический – немного; спирали Куришмана – нет; кристаллы Шарко-Лейдена – не найдены; эозинофилы – нет; клетки сердечных пороков, эластические волокна, атипичные клетки не найдены. БК – нет.

Исследование ФВД (при госпитализации): выявлена значительно выраженная генерализованная обструкция. Реакция на атровент – положительная. Вентиляционные нарушения – обструктивного типа.

Исходно: ФЖЕЛ – 78 %, ОФВ1 – 51 %, ОФВ1/ФЖЕЛ – 49 %, МОС25 – 25 %, МОС50 – 23 %, МОС75 – 28 %. После ингаляции атровента: ФЖЕЛ – 88 %, ОФВ1 – 64 %, ОФВ1/ФЖЕЛ – 51 %, МОС25 – 38 %, МОС50 – 30 %, МОС75 – 35 %.

Сатурация кислорода по данным пульсоксиметрии – 93 % (в покое). По данным теста с шестиминутной шаговой ходьбой пройдено 300 метров. Сатурация кислорода после ходьбы снизилась до 92 %, одышка по шкале Борге возросла с 0 до 4 баллов.

ЭХО-кардиография. Оптимальная визуализация из апикального доступа:

- левый желудочек 4,0 (N до 5,5) см;
- левое предсердие 3,7 × 3,8 (N до 4,0) см;
- правый желудочек 3,6 (N до 3,5) см;
- правое предсердие 3,6 × 3,0 (N до 4,5 × 3,5) см;
- толщина стенок: МЖП 0,9 (N до 1,0), ЗС 0,8 (N до 1,1) см, ПЖ 0,5 (N до 0,4) см.

Информация о препарате

ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЕ ДЕЙСТВИЕ

Холинолитическое, бронходилатирующее. Результатом ингибирования М3-рецепторов в дыхательных путях является расслабление гладкой мускулатуры. Высокое сродство к рецепторам и медленная диссоциация от М3-рецепторов обуславливают выраженное и продолжительное бронходилатирующее действие при местном применении у больных с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ).

СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ И ДОЗЫ

Ингаляционно с помощью прибора ХандиХалер, по одной капсуле в сутки в одно и то же время. Капсулы не следует глотать. Пожилые лю-

СПИРИВА (Производитель: Boehringer Ingelheim Pharma, Германия, продвигается в сотрудничестве с компанией Pfizer)

Тиотропия бромид моногидрат

Порошок для ингаляций 18 мкг капс. с ингалятором ХандиХалер

ди, пациенты с нарушенной функцией почек или печени могут применять препарат в рекомендуемых дозах.

ПОКАЗАНИЯ

В качестве поддерживающей терапии у пациентов с ХОБЛ, включая хронический бронхит и эмфизему (при сохраняющейся одышке и для предупреждения обострений).

Разделы: Противопоказания, Побочные действия, Взаимодействие, Меры предосторожности, Особые указания – см. в инструкции по применению препарата.

СПИРИВА®

(тиотропия бромид)

первая линия базисной
(поддерживающей) терапии ХОБЛ^{1, 2}

**позволяет больным ХОБЛ быть более активными,
положительно влияя на ключевые аспекты заболевания:**

- качество жизни больных,
- частоту обострений и госпитализаций,
- одышку,
- функцию легких,
- переносимость физической нагрузки.³⁻¹⁰

Теперь в льготном
перечне ДЛО¹¹



ОТКРОЙ ДЫХАНИЕ!



Одна ингаляция в день

SPIRIVA®
(tiotropium)



Московское представительство
Пфайзер Интернэшнл Инк.
109004 Москва, Таганская ул., 21
Телефон (495) 258-5535



Boehringer
Ingelheim

Московское представительство
Берингер Ингельхайм Фарма ГмбХ
119049 Москва, Донская ул., 29/9, стр.1
Телефон (495) 411-7801

СПИРИВА® – зарегистрированная торговая марка компании Берингер Ингельхайм. Совместное продвижение Спиривы® осуществляют компании Берингер Ингельхайм и Пфайзер.
За дополнительной информацией о препарате обращайтесь в представительства компаний.

Литература. 1. Хроническая обструктивная болезнь легких, Практическое руководство для врачей, Федеральная программа (изд. второе), Под ред. А.Г. Чучалина, МЗ РФ, НИИ пульмонологии МЗ РФ, Москва – 2004, 64с. 2. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease Web site, Pocket Guide to COPD Diagnosis, Management, and Prevention, A Guide for Health Care Professionals, Updated July 2003, National Heart, Lung, and Blood Institute, National Institutes of Health. Available at: <http://www.goldcopd.com>. Accessed November 5, 2003. 3. Celli B, ZuWallack R, Wang S, Kesten S. Improvement in resting inspiratory capacity and hyperinflation with tiotropium in COPD patients with increased static lung volumes. Chest, 2003;124:1743-1748. 4. Casaburi R, Mahler DA, Jones PW, et al. A long-term evaluation of once-daily inhaled tiotropium in chronic obstructive pulmonary disease. Eur Respir J, 2002;19:217-224. 5. Disse B, Speck GA, Rominger KL, Willek TJ Jr, Hammer R. Tiotropium (SPIRIVA®): mechanical considerations and clinical profile in obstructive lung disease. Life Sci, 1999;64:457-464. 6. Calverley PMA, Towse LJ, Lee A. The timing of dose and pattern of bronchodilation of tiotropium (TIO) in stable COPD. Eur Respir J, 2000; 16 (suppl 31): 56S. 7. Vriesen W, van Noord JA, Grootenboer APM, et al, on behalf of the Dutch/Belgian Tiotropium Study Group. Improved health outcomes in patients with COPD during 1 yr's treatment with tiotropium. Eur Respir J, 2002;19:209-216. 8. Brusasco V, Hodder R, Miravittles M, Korducki L, Towse L, Kesten S. Health outcomes following treatment for six months with once daily tiotropium compared with twice daily salmeterol in patients with COPD. Thorax, 2003;58:399-404. 9. Data on file, Ingelheim, Germany; Boehringer Ingelheim International GmbH; 2001-2004. 10. O'Donnell DE, Fluge T, Gerken F, Hamilton A, Make B, Magnussen H. Effects of tiotropium on lung hyperinflation, dyspnea, and exercise tolerance in patients with COPD. Eur Respir J, 2004; 23: 832-840. 11. Приказ Росздравнадзора №1136-Пр/05 от 26.05.2005 «О государственной регистрации цен на лекарственные средства, которыми обеспечиваются отдельные категории граждан», http://www.roszdravnadzor.ru/upload/files/1124361426_70945-9071.doc, http://www.roszdravnadzor.ru/upload/files/1117805273_50716-32679.xls, accessed 26.09.2005

Таблица. Исследование ФВД: динамика (на фоне терапии Спиривой 18 мкг/сут)

Показатели	Март 2004		Май 2005		Март 2006	
	Pre %	Post %	Pre %	Post %	Pre %	Post %
FVC	78	88	105	105	103	106
FEV1	51	64	77	77	75	77
FEV1/ FVC	49	51	56	56	54	56
FEF25–75 %			40	43	33	38
FEF25 %	25	38	44	39	31	36
FEF50 %	23	30	35	37	27	33
FEF75 %	28	35	46	53	43	46
Sat O2	93 %		95 %		97 %	

Характер движения стенок: гиперкинез свободной стенки правого желудочка.

Общая сократительная функция не нарушена, ФИ – 65 % (N до 55 %).

Клапаны не изменены. Стенки аорты уплотнены.

При ДКГ: снижение функции диастолического расслабления миокарда (Е/А = 0,7/0,9).

Рентгенография органов грудной клетки: легкие эмфизематозны, без свежих очаговых и инфильтративных изменений; стенки бронхов уплотнены, утолщены; корни легких структурны; диафрагма обычно расположена; стенки аорты уплотнены; сердце рентгенологически не изменено.

Протокол компьютерной томографии органов грудной клетки: во всех отделах обоих легких определяется распространенная внутريدольковая сливная эмфизема, а также эмфизематозные буллы с максимальными размерами до 8,8 × 6 см в поперечнике. В верхушке и в средней доле правого легкого имеются участки фиброза. Структуры корней легких и средостения дифференцированы. Признаков лимфаденопатии нет. Заключение: КТ-картина распространенной эмфиземы легких, диффузного хронического бронхита.

На основании проведенного в клинике обследования больному был поставлен следующий клинический диагноз: хроническая обструктивная болезнь легких, смешанный (эмфизематозно-бронхитический) вариант, вторая стадия, с редкими обострениями. Дыхательная недостаточность второй степени. Хроническое легочное сердце в фазе компенсации.

В связи с тем что у пациента диагностирована ХОБЛ второй стадии, показано применение длительно действующих бронходилататоров. Назначен тиотропий бромид (Спирива) 18 мкг/сут. С учетом слизисто-гнойного характера мокроты и её затрудненного выделения были назначены трихопол 750 мг/сут (10 дней), халиксол 90 мг/сут. В связи с тахикардией и легочным сердцем назначен верапамил 240 мг/сут. На протяжении всего срока госпитализации проводилась лечебная гимнастика дыхательного типа.

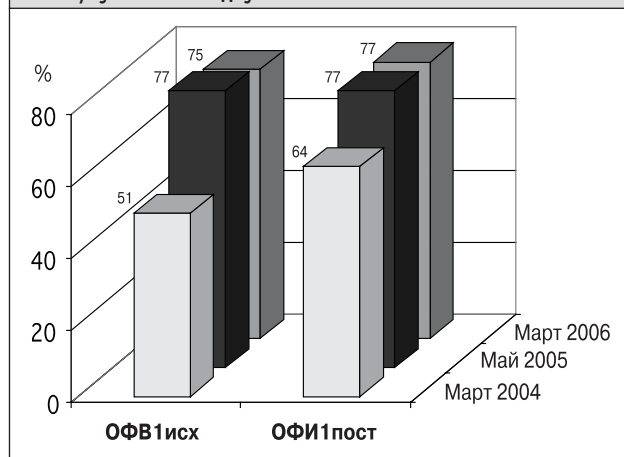
Уже к третьему дню терапии пациент отметил значительное улучшение самочувствия: одышка стала беспокоить меньше, мокрота при кашле хорошо отделялась, ощущение учащенного сердцебиения практически не возникало.

По данным повторного исследования ФВД через две недели после начала терапии выявлена положительная динамика. Постбронходилатационные значения ФЖЕЛ возросли с 88 до 107 %, ОФВ1 – с 64 до 77 %, ОФВ1/ФЖЕЛ – с 51 до 56 %, МОС25 – с 38 до 40 %, МОС50 – с 30 до 40 %, значение МОС75 осталось на прежнем уровне.

По данным теста с шестиминутной шаговой ходьбой увеличилось пройденное расстояние с 300 до 355 метров.

На фоне проводимой терапии состояние пациента заметно улучшилось: кашель стал беспокоить значительно меньше, мокрота при

Рисунок. Динамика ОФВ1 на фоне терапии Спиривой 18 мкг/сут в течение двух лет



кашле отделяется легче, уменьшилась одышка при физической нагрузке. В удовлетворительном состоянии пациент был выписан домой с рекомендациями принимать:

- тиотропия бромид (Спириву) 18 мкг/сут;
- верапамил 240 мг/сут;
- флуимуцил 600 мг/сут (курсами).

Кроме этого, пациенту была рекомендована дыхательная гимнастика.

Больной находится под амбулаторным наблюдением клиники по настоящее время. За два года у пациента было отмечено только одно обострение ХОБЛ, возникшее на фоне сильного переохлаждения, которое не было расценено как тяжелое и не потребовало госпитализации. Последний визит в клинику в марте 2006 г. был также плановым. За два года наблюдения не только не было зарегистрировано снижения показателей ФВД (ОФВ1, ФЖЕЛ), но и отмечено их значимое повышение и стабилизация (см. таблицу).

Кроме того, на фоне проводимой терапии возросла толерантность к физической нагрузке. В пробе с шестиминутной ходьбой пройденное расстояние возросло до 425 метров, при этом сатурация кислорода после теста составила 95 %. Одышка по шкале Борге после ходьбы расценена пациентом как «умеренная» (3 балла). За двухлетний период наблюдения не было выявлено побочных эффектов.

Данный клинический случай позволяет говорить о высокой эффективности тиотропия бромид (препарата Спирива) у пациентов с ХОБЛ, а также о его безопасности. Немаловажным является тот факт, что благодаря высокой 24-часовой продолжительности действия тиотропия бромид, а следовательно, и малой кратности применения (один раз в сутки) пациент ни разу не пропустил прием препарата. Эффективность терапии подтверждает и то, что пациент остается трудоспособным.

Литература

1. Pauwels RA, Buist AS, Calverley PMA, et al. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: NHLBI/WHO Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) Workshop Summary. Am J Respir Crit Care Med 2001; 163:1256-1276 (updated 2003; available at www.goldcopd.com. Accessed December 19, 2003).
2. Warne RJ. COPD: Market Opportunities for New Therapies and Diagnostics. Richmond, Surrey, UK: PJB Publications Ltd; 2000. BS1085.
3. World Health Organization. World health report 2000. Health systems: improving performance. Annex table 3. Available at: <http://www.who.int/whr/2000/index.htm>. Accessed January 11, 2002.
4. National Heart, Lung, and Blood Institute/World Health Organization. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. NHLBI/WHO workshop report. Available at: <http://www.goldcopd.com>. Accessed January 11, 2002.

5. Lopez AD, Murray CCJL. The global burden of disease, 1990-2020. Nat Med. 1998;4:1241-1243.

6. National Heart, Lung, and Blood Institute / World Health Organization. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. NHLBI/WHO workshop report. Available at: <http://www.goldcopd.com>. Accessed January 11, 2002.

7. Disse B, Speck GA, Rominger KL, Witek TJ, Jr, Hammer R. Tiotropium (Spiriva™): mechanistical considerations and clinical profile in obstructive lung disease. Life Sci. 1999;64:457-464.

8. Barnes PJ. New developments in anticholinergic drugs. Eur Respir Rev. 1996;6:290-294.

9. Casaburi R., Mahler D.A., Jones P.W., Wanner A., San Pedro G., ZuWallack R.L., Menjoge S.S., Serby C.W., Witek T. Jr. A long-term evaluation of once-daily inhaled tiotropium in chronic obstructive pulmonary disease. Eur Respir J 2002; 19: 217-224.

10. Vincken W., van Nord J.A., Greefhorst A.P.M., Bantje Th. A., Kesten S., Korducki L., Gornelissen P.J.G., on behalf of the Dutch/Belgian Tiotropium Study Group. Improved health outcomes in patients with COPD during 1yr's treatment with tiotropium. Eur Respir J 2002; 19: 209-216.

Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации
Всероссийское научное общество кардиологов
Российский кардиологический научно-производственный комплекс Росздрава
Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины Росздрава

РОССИЙСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ КОНГРЕСС КАРДИОЛОГОВ
10–12 октября 2006 г., г. Москва

Информационное письмо № 2
Уважаемые коллеги!

Приглашаем вас принять участие в Российском национальном конгрессе кардиологов, который состоится 10–12 октября 2006 г. в Москве на базе Российской академии государственной службы при Президенте РФ (РАГС) (проспект Вернадского, 84, проезд: ст. метро «Юго-Западная»).

Научная программа Конгресса включает лекции, пленарные доклады, научные и сателлитные симпозиумы, секционные заседания, стендовые доклады, конкурс молодых ученых, школы для практикующих врачей. В рамках Конгресса проводится выставка современных лекарственных средств, новых информационных технологий, изделий медицинского назначения и специализированных изданий.

Для предварительной регистрации необходимо выслать в адрес Оргкомитета заполненную регистрационную форму, а также подтверждение оплаты организационного взноса. Организационный взнос до 1-го сентября 2006 г. – 1000 руб., с 1-го сентября 2006 г. – 1200 руб.

Зарегистрироваться можно по адресу emanoshkina@gnicpm.ru и на сайте ВНОК: www.cardiosite.ru

Банковские реквизиты: Получатель платежа: Общественная организация «Всероссийское научное общество кардиологов» (ОО «ВНОК»)

Расчетный счет 40703810500000000063 в АК «Промторгбанк» ЗАО г. Москва

БИК 044583139, к/с 30101810800000000139, г. Москва. ИНН 7720029912 КПП 772001001

Пожалуйста, указывайте в квитанции назначение платежа. Например: оргвзнос за участие Иванова И.И. в Конгрессе кардиологов 2006

Регистрация во время проведения Конгресса: 9 октября – с 8 до 18 часов: Петроверигский переулок, 10, ФГУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» Росздрава. Проезд: ст. метро «Китай-город», выход на ул. Маросейка, далее пешком второй переулок направо.

10–11 октября – с 8 до 18 часов, 12 октября – с 8 до 14 часов: холл второго этажа первого учебного корпуса РАГС.

Посещение мероприятий Конгресса бесплатное и осуществляется только по Приглашениям установленного образца с предъявлением документа, удостоверяющего личность.

Для желающих посетить Конгресс предусмотрена выдача ПРИГЛАШЕНИЯ при входе в РАГС представителями Оргкомитета.

Проживание: по всем вопросам, связанным с бронированием мест в гостинице и проживанием, необходимо обращаться к Полянской Юлии, тел. (495) 730-61-18, факс (495) 956-89-34, e-mail: J.Polyanskaya@intourist.ru. Бронирование номеров будет осуществляться только для лиц, которые оплатили стоимость брони.

Адрес Оргкомитета:

101990, г. Москва, Петроверигский пер., 10, ФГУ «ГНИЦ ПМ Росздрава»,

Оргкомитет Российского национального конгресса кардиологов

Ответственный секретарь: Кукушкин Сергей Кузьмич, контактный тел./факс: (495) 624-45-93

E-mail: skukushkin@gnicpm.ru (заявки на участие в выставке и сателлитном симпозиуме)

Официальный сайт: <http://www.cardiosite.ru> (информация по Конгрессу)