Благотворительный фонд помощи больным боковым амиотрофическим склерозом имени Н.И.Левицкой

105066 Москва
Ул. Нижняя Красносельская
Д.35 стр.9 цок.эт.0 ком.36 оф.2
alsrus1976@gmail.com,
http://alsportal.ru,

89261821899

25/2024 **21 09 2024**

В Министерство здравоохранения Российской Федерации
Ответственному лицу за рассмотрение клинических рекомендаций по неврологии

Глубокоуважаемые коллеги!

Наш коллектив в лице президента фонда к.м.н. С.Е. Бащинского, директора фонда к.м.н. Г.Н. Левицкого, председателя Попечительского совета фонда Е.Л. Шовкопляс, члена рекомендательного совета фонда к.м.н. Е.А. Ковражкиной, а также нижеподписавшихся специалистов-неврологов и пациентов фонда убедительно просит Вас рассмотреть поправки к поданным в Минздрав 28.06.2024 клиническим рекомендациям по «Болезням двигательного нейрона » (в том числе боковой амиотрофический склероз (БАС)) в связи с имеющимися в них признаками нарушения прав больных БАС, неколлегиальностью (отсутствием цитируемости) и рядом других недоработок. Считаем, что в данном варианте клинические рекомендации не могут быть приняты Минздравом РФ и требуют доработки.

Сообщаем, что директор фонда к.м.н. Г,Н. Левицкий являлся соавтором клинических рекомендаций по БАС Всероссийского общества неврологов в 2006 и 2009гг, автором комплексной монографии « Боковой амиотрофический склероз- лечение и теоретические вопросы» (2010), « Боковой амиотрофический склероз- Информация для больных» (2011, 2017, 2019), а также соавтором ряда научных исследований, результаты которых опубликованы в отечественной и зарубежной периодике в период с 2012 по 2023 гг.. Мнение, высказанное в данных работах в ряде случаев отличается от содержания настоящих клинических рекомендациях (КР) и не может быть не учтено их авторами. Ниже приводим перечень замечаний и предложений в текущим КР по БАС.

Основной вопрос по пункту 3.3 «Симптоматическая терапия» - в России впервые 18.03.2024 зарегистрирован препарат с МНН рилузол (суспензия для приема внутрь, 5 мг/мл, флаконы по 300 мл), суспензия рилузола применяется в

дозе 10мл/50 мг два раза в сутки с интервалом 12 часов для замедления прогрессирования (модификации течения) БАС (регистрационное удостоверение ЛП- №004883)-(РГ-RU).
В Европе, США и Канаде установлена эффективность препарата, уровень доказательности А. Препарат способен замедлять прогрессирование заболевания по разным данным на 12-21 месяц (эти данные, в том числе представлены в клинических рекомендациях в других странах, необходимо как можно более раннее начало применения препаратов рилузола (уровень убедительности рекомендаций А), Теглютик является единственный на настоящий момент препаратом рилузола, зарегистрированным в РФ (1,2). Суспензия обладает также рядом дополнительных преимуществ по сравнению с другими лекарственными формами препаратов рилузола. Теглютик удобен для введения в гастростому пациентам, у которых на фоне приема рилузола в таблетках возможна аспирация, при этом прием таблетированного рилузола снижает его эффективность. Побочные эффекты – асимптомное повышение трансаминаз (превышение более, чем в 5 раз от верхней границы нормы является показанием для отмены препарата), прочие побочные эффекты – диарея и/или анорексия (отсутствие аппетита) примерно в 3-12% случаев. Приём препаратов рилузола не следует совмещать с препаратами, могущими вызвать повышение трансаминаз (лекарственный гепатит) – амоксициллин + клавулановая кислота, агомелатин, нимесулид, диклофенак, изониазид, препаратами, снижающими концентрацию рилузола в сыворотке крови (флувоксамин). Препараты рилузола применяется в мире с 1994 года, Теглютик – в Европе, США с 2014 года (3-6).

Рилузол рекомендуется назначать , как только поставлен диагноз БАС (3,4). При этом предлагается назначать его и в том случае, когда имеет место вероятный БАС по критериям Gold Coast ex juvantibus, например, при псевдоневритических фенотипах ((а)клиника недостаточности локтевого нерва, снижение амплитуды М-ответов при стимуляции срединного и локтевого нервов, денервация в миотомах С6-7 и С8-Т1 при вероятном шейном дебюте, (б) при недостаточности малоберцового нее5рва, снижении амплитуд М-ответов малоберцового и заднего большеберцового нерва, денервации в миотомах L4-5 и L5-S1; (в) при нгалчичии бульбарной и/или псевдобульбарной дизартрии и отсутствии денервации в миотомах туловища и конечностей, но наличии ее на бульбарном уровне

<u>В текущие клинические рекомендации препарат не включен, что является нарушением прав пациентов с БАС</u>.

Помимо этого, показано, что замедляющим прогрессированием БАС влиянием обладает тауродезоксихолевая кислота. В РФ она существует лишь в виде биодабавки, однако её компоненты – урсодезоксихолевая кислота и таурин зарегистрированы в России в качестве лекарственных препаратов, и их рекомендуется назначать при БАС в виде compassionate release (назначение из сочувствия) как препараты второй линии, тем не менее эффективность самих компонентов, вводимых порознь, при БАС не доказана. (7)

Пункт 1.2. – Не указана ссылка на генетическое исследование БАС в России, где также установлена низкая частота встречаемости мутаций c9orf72, проведенная

нашим коллективом (8), приводится лишь публикация сотрудников Научного центра неврологии.

Пункт 1.5. Классификация БАС
В разделе не приводится классификация О.А. Хондкариана (1978) по вариантам БАС – классический, пирамидный, сегментарно-ядерный, однако в Пункте 2.4, Таблице 6, она упоминается, что является противоречием. Вариантом болезни, вместо этого, названы генетический (семейный) и негенетический (спорадический) БАС, дебютами названы иннервируемые нервной системой отделы (рука и нога), упоминается, что в 1-3% случаев БАС дебютирует со слабости мышц спины и в 1-3% (не указано, что с последующим развитием гемипареза с одной, а затем с другой стороны – рука- нога- нога-рука)с дыхательных нарушений, однако не озвучены фенотипы респираторного и грудного дебюта БАС, также не упоминается прогностически неблагоприятный диффузный дебют БАС (первично-генерализованная форма по классификации О.А. Хондкариана, начинающаяся с резкой потери массы тела, дыхательных нарушений, одлновременного вовлечение 2х и более уровней нервной системы) (9-11). Указанные фенотипы БАС, мы полагаем, следует ввести данное понятие в классификацию описаны рядом зарубежных и отечественных авторов, в том числе нами. Дебютом неврологический дефицит называть не следует, дебют аналогичен форме БАС, предлагаем назвать дебютами бульбарный, шейный, грудной, диффузный, пояснично-крестцовый, респираторный, а семейный и спорадический БАС – формами (12,13). Обращаем внимание на наличие ссылок на данные классификации и авторов в Клинических рекомендациях по БАС 2009 года, соавтором которых является соавтор поданного ныне варианта клинических рекомендаций проф. М.Н.Захарова (14).

Далее приводится классификация стадий БАС, предложенная Roche JC , Rojas-Garcia R , Scott KM , et al. A proposed staging system for amyotrophic lateral sclerosis. Brain2012;135:847–52

Следует отметить противоречивость категорирования БАС на 4а и 4 б стадию, так как неинвазивная вентиляция легких при спинальных дебютах БАС предшествует наложению гастростомы, а при бульбарном дебюте БАС, когда возникает потребность в наложении гастростомы, неинвазивная вентиляция уже неэффективна в силу гипресаливации, что обсуждается в Пункте 3.2. и Пункте 3.1.1.2. Предлагаем не разбивать 4ю стадию на категории. Следует отметить, что «стадирование» БАС в указанном выше источнике носит рекомендательный характер, не применяется большинством зарубежных врачей и авторов, усложняет классифицирование БАС.

Пункт 2.2. Следует указать % случаев, когда у пациентов с БАС выявляются признаки полинейропатии или снижения потенциала

чувствительных нервов на руках при варианте «свисающих рук» - 19%, а также частоту развития болевого синдрома при развитии ранних спастических контрактур при пирамидном варианте БАС – 9% (10)

В комментарии следует указать, что БАС дебютирует с фасцикуляций в 4% случаев (15).

При наличии когнитивных нарушений при БАС необходимо использовать Монреальскую шкалу и Шкалу лобно-височной деменции, либо консультацию нейропсихолога (16, 17)

При наличии пирамидного синдрома исключение болезни Кеннеди не требуется

Пункт 2.4. Следует дать ссылку на количество неоправданных нейрохирургических операций при БАС в РФ – 12% (18).

В пункте 3.1.1.2 следует дать ссылки на исследования, проведенные в России по неинвазивной вентиляции легких (19,20)

Пункт 3.2. Не упомянуто парентеральное питание как альтерантива при отказе больного от гастростомы или назогастрального зонда. Добавить текст и ссылку

Объем энтерального питания рассчитывается по формуле Харриса-Бенедикта, формуле действительного расхода энергии с учетом факторов активности, увечья и температуры по В.М. Луфту и А.Л. Костюченко. Очень важно, чтобы энтеральная смесь соответствовала современным стандартам, предполагающим калорическую плотность не менее 1 ккал/мл, низкое содержание лактозы или ее отсутствие, соотношение ккал/азот 130-180:1, осмолярность менее 300-340 мосмоль, отсутствие опасной стимуляции кишечной моторики, отсутствие генетически модифицированных компонентов Следует отметить, что до при БАС больные в 25% соглашаются на гастростомию в США,но до 80% в Германии, процент отказов от гастростомии тем не менее достаточно высок. Установка назогастрального зонда не предохраняет от аспирации и снижает качество жизни больного БАС. Парентеральное питание растворами аминоплазмаля, липофундина, 5% глюкозы - как альтернатива при отказе больного от назогастрального зонда или гастростомы - значительно дороже энтерального питания, должно

проводиться в условиях хотя бы дневного стационара, чревато флеботромбозами, энцефалопатией (21).

Пункт 3.3.1. Необходимо убрать из рекомендаций полоскание рта атропина сульфатом при слюнотечении – нами доказано, что это неэффективно.

Наиболее эффективно при слюнотечении у пациентов с БАС применять сочетание ботулотоксина типа А и амитриптилина, однако только при анартрии, при наличии дизартрии ботулотоксин применяется в 50% дозе, либо от его приема следует воздержаться, так как это может ускорить риск наступления анартрии Ссылки- (22, 23)

3.3.2. Необходимо убрать флувоксамин из рекомендаций, он увеличивает токсичность препаратов рилузола

3.3.4. Необходимо чётко прописать, что при лобно-височной деменции относительны эффективны эсциталопрам или тразодон, а холинергические препараты, применяемые при деменции альцгеймеровского типа (мемантин, донепезил, галантамин и ривастигшмин) неэффективны . Ссылка (24)-

Раздел 3. В представленных КР нет рекомендаций о необходимости ведения больных БАС психиатром, психотерапевтом, психологом. Не описаны медико-социальные последствия психических нарушений у больных БАС и их родственников. Необходимо добавить следующие текст и таблицы

Отрицание диагноза БАС встречается в 6,8%, а сокрытие диагноза также в 6,8% случаев. Группа обычных пациентов и объединенная группа пациентов с данными феноменами не различались по демографическим и клиническим характеристикам и не было выявлено зависимости от психического состояния и когнитивных функций. Влияние этих феноменов на продолжительность жизни пациентов установить не удалось, так как пациенты с данными феноменами динамически не наблюдались. Сокрытие и отрицание диагноза при БАС требуют участия клинического психолога в приёме таких пациентов в связи с влиянием на принятие больными решений относительно лечения и возможного ухудшения качества жизни тех, кто осуществляет уход за пациентами. Однако в 50% случаев необходима консультация психиатра (25-27)

Таблица 1. Спектр психических расстройств у больных БАС и членов их семей.

Психические расстройства	Больные БАС (n=118)	Члены семей больных БАС(n=97)
Ситуационная депрессия	26 (22%)	8 (8,2%)
Ситуационное тревожное	19 (16,1%)	29 (29,8%)

расстройство		
Ситуационное тревожно-депрессивное расстройство	18 (15,2%)	8 (8,2%)
Фобия БАС	-	1(1%)
Другие фобии	-	1 (1%)
Паранойяльный синдром	1 (0,8%)	4 (4,1%)
Шизофрения	1(0,8%)	-
Биполярное расстройство	1 (0,8%)	-
Шизоаффективное расстройство	2 (1,6%)	-
Лобно-височные когнитивные нарушения / деменция	33 / 5(28% и 4,2%)	-
Нет психических расстройств	17 (14,4%)	46 (47,4%)

Таблица 2. Медико-социальные последствия психических расстройств в семьях больных БАС

Медико-социальные последствия психических нарушений	Количество семей (n=118)	
Отказ от осмотра врачом	9 (7,6%)	
Отказ от динамического наблюдения	73 (61,8%)	
Отказ от агрессивных методов лечения (гастростомия, неинвазивная вентиляция, ранняя трахеостомия)	88 (74,5%)	
Привычные интоксикации, в том числе:	Больные БАС (n=118)	Члены семей (n=97)
- табакокурение	20 (16,9%)	28 (28,8%)
-алкогольная зависимость	5 (4,2%)	17 (17,5%)
- лекарственная зависимость	22 (18,6%)	19 (19,5%)
- употребление наркотиков	4 (3,4%)	1(1%)
Употребление холинолитиков (для лечения слюнотечения или в качестве психотропных средств)	19 (16,1%)	15 (15,4%)
Обращение к методам лечения, не предусмотренным Международным стандартом лечения БАС	76 (64,4%)	
- в том числе к мошенникам (организациям или лицам), что привело к значимым материальным затратам	35 (29,6%)	
Лечение за границей	18 (15,2%)	

Больным БАС и членам их семей следует придерживаться следующих общих рекомендаций по образу жизни: соблюдать режим сна и бодрствования, избегать любых токсикозависимостей, а в случае трудностей обращаться за помощью к специалистам в области психиатрии, психотерапии, наркологии (28,29).

С учетом высокой распространенности психических расстройств среди больных БАС и членов их семей в РФ рекомендуется вести совместный приём этих пациентов и членов их семей неврологом и психиатром (психотерапевтом), так как иные условия приёма могут быть сопряжены с высокой профессиональной вредностью как для врача-невролога, так и

специалиста в области БАС. Мультидисциплинарное ведение больных БАС должно обязательно включать регулярное наблюдение психиатром и/или психотерапетвом, и, по мере прогрессирования болезни, в большей степени на дому, с консультациями членов их семей. Необходимо с осторожностью использовать холинолитические средства у больных БАС с учетом наличия у части из них лобно-височных когнитивных нарушений. В случаях, когда у пациентов с БАС наблюдаются лобно-височные когнитивные и умеренные или выраженные психические нарушения, а также эндогенные психические заболевания, необходима консультация психиатром. Её должны активно рекомендовать другие врачи, контактирующие с больным БАС (28, 29).

Психиатрическое освидетельствование регламентируется ст. 23,24,25 Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании». Получение согласия на беседу с психиатром в случаях, не попадающих под понятие острого психоза и спутанного сознания – является обязанностью лечащего врача общесоматического отделения (27).

Добровольный перевод в психиатрическое отделение производится на основании ст. 28-35 того же закона и оформляется согласием больного или его представителя в истории болезни и записью специалиста. При тяжёлых психических расстройствах принимается решение о недобровольной госпитализации. Решение и обоснование её относятся только к компетенции психиатра, основывается на пункте «А и Б» ст. 29 Закона РФ «О психиатрической помощи» Решение о недобровольном освидетельствовании психиатром принимается и оформляется в и/б записью лечащего врача, заведующего отделением, главного врача или его заместителя. В случае если устное или письменное сообщение информирует о непосредственной опасности больного для себя или окружающих – решение о недобровольном освидетельствовании и переводе больного в психиатрическое отделение принимается психиатром немедленно без согласия больного и его законных представителей.

Решение о дееспособности больного выносит суд. Суд устанавливает психически здоровее лицо, ответственное за принятие решений в отношении здоровья больного БАС. Первоначально отказывающийся от лечения больной БАС на основании принятого судом речения и согласия члена семьи подвергается недобровольной госпитализации в психиатрическую больницу в случае его непосредственной опасности для себя и окружающих или его беспомощности, то есть неспособности самостоятельно удовлетворять жизненные потребности, или в случае риска нанесения существенного вреда его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи. В этом случае больному БАС можно будет провести жизнесохраняющие паллиативные операции (гастростомию, трахеостомию) в целях улучшения качества жизни больного и членов его семьи, продления жизни больного в улучшенном качестве (28, 29).

Раздел 6. Организация медицинской помощи при БАС

В данном разделе не упомянута важность сохранности органов чувств при БАС, что очень важно для профилактики синдрома минимальной коммуникабельности у обездвиженного больного, в том числе находящегося на искусственной вентиляции

лёгких. Необходимо убедиться, что у больного БАС не изменены зрение и слух.

Оценка зрения важна также с учетом применения трициклических антидепрессантов, повышающих внутриглазное давление.

Рекомендуется консультация окулиста и измерение внутриглазного давления всем больным БАС. При снижении слуха при БАС следует провести аудиометрию. Ссылка- (30)

1) S Zoccolella , E Beghi, G Palagano, et al**.** Riluzole and amyotrophic lateral sclerosis survival: a population-based study in southern Italy/ Eur J Neurol 2007 Mar;14(3):262-8. doi: 10.1111/j.1468-1331.2006.01575.x.

2) Mandrioli J , Malerba SA, Beghi E et al. Riluzole and other prognostic factors in ALS: a population-based registry study in Italy**.** . J Neurol 2018 Apr;265(4):817-827. doi: 10.1007/s00415-018-8778-y. Epub 2018 Feb 5

3) Miller RG, Brooks BR, Swain-Eng RJ et al., Quality improvement in neurology: amyotrophic lateral sclerosis quality measures: report of the quality measurement and reporting subcommittee of the American Academy of Neurology **Neurology** 2013 Dec 10;81(24):2136-40. doi: 10.1212/01.wnl.0000437305.37850.f9. Epub 2013 Nov 22.

4).Shoesmith C, Abrahao A, Benstead T et al. Canadian best practice recommendations for management of amyotrophic lateral sclerosis. CMAJ 2020 November 16;'192; E 1453-68. Doi 10.1503/cmaj.191721

5).Andersen PM, Abrahams S, Boracio GD et al. EFNS guidelines of the clinical management of ALS – reserved Report of the EFNS task force. Eur J Neurol 2012; 19; 360-375. Doi 10.1111/1468-1331.2011.0350x

6) Van Damme P, Al-Chalabi A, Andersen PM et al. European Academy of Neurology (EAN) guidelines of management of ALS in collaboration with European Reference Network for Neuromuscular Didorders (ERN EURO-NMD). Eur J Neurol 2024, 31: e 16264. Doi 10.1111/ene/16264.

7) Г.Н.Левицкий, ЕЮ Захарова, НВ Милованова, АВ Поляков, ВВ Забненкова, МА Струк. Генетические маркеры бокового амиотрофического склероза в российской популяции. Фарматека 2022, 29№ 3, 16-24

8)Albanese A , Ludolph AC J McDermott CJ, Tauroursodeoxycholic acid in patients with amyotrophic lateral sclerosis: The TUDCA-ALS trial protocol Front Neurol . 2022 Sep 27:13:1009113. doi: 10.3389/fneur.2022.1009113

9) M de Carvalho [1], Matias T, Coelho F, Evangelista T, Pinto A, Luís ML Motor neuron disease presenting with respiratory failure. J. Neurol Sci 1996; 139 (suppl): 177-122 doi: 10.1016/0022-510x(96)00089-5.

10)Jokelainen M. Amyotrophic lateral sclerosis in Finland: Clinical characteristics. Acta Neurol Scand 1977; 56: 194-204. doi: 10.1111/j.1600-0404.1977.tb01425.x11)

11)Левицкий Г.Н. Боковой амиотрофический склероз – лечение и теоретические вопросы. М., Практическая медицина, 2010, стр.1-562.

12) Talbot K., Turner M.R., Mersden R., Botell R. Motor neuron disease. A practical manual. Oxford University Press, 2010, pp.1-214.

13) Hudson AJ. Amyotrophic lateral sclerosis: Clinical evidence of differences in pathology and pathogenesis. In Hudson AJ (ed): Amyotrophic lateral sclerosis. University of Toronto Press, Toronto, 1990, pp 108-143.

14) В.И.Скворцова, Г.Н.Левицкий, М.Н.Захарова. Боковой амитотрофический склероз. В кн.: Неврология – национальное руководство. Под ред. Е.И.Гусева, А.Н.Коновалова, В.И.Скворцовой, А.Б. Гехт. Гэотар-Медиа,2009, стр. 755-774

15) Gubbay SS, Kahana E, Zilber N et al. Amyotrophic lateral sclerosis. A study of its presentation and prognosis. J Neurol 1985, 232:295-300

16) Mioshi E, Hsieh S, Savage S et al. Clinical staging and disease progression in frontotemporal dementia. Neurology. 2010 May 18;74(20):1591-7.

17) .Nasreddine M.D. et al. Montreal cognitive assessment, 2004, **www.mocatest.org**)

18) Левицкий Г.Н., Чуб Р.В., Крячков А.В. Качество помощи и сотрудничество пациентов при боковом амиотрофическом склерозе в Российской Федерации. Журнал неврол и психиатр им. С.С. Корсакова, 2018;118(6):72-75. doi: 10.17116/jnevro20181186172

19) ГНЛевицкий,БабакСЛ,Левин ОС Зверев ВВ Эффективность неинвазивной вентиляции при боковом амиотрофическом склерозе. Журнал неврологии и психиатрии им СС Корсакова 2014, 8 74-78

20) Г.Н.Левицкий, С.Л.Бабак, О.С.Левин. В.В.Зверев.Изучение эффективности неинвазивной вентиляции легких при боковом амиотрофическом склерозе в Российской Федерации. Доктор.Ру, Терапия,клиническая медицина сна 2015,3(104)- 4(105): 7-11.

21) Луфт В.М., Костюченко А.Л., Лейдерман И.Н. Руководство по клиническому питанию больных в интенсивной медицине. СПб.; Екатеринбург: Фарм-Инфо, 2003, с. 1-325.

22) ГН Левицкий АС Левицкий АГ Санадзе Сравнительное исследование эффективности и безопасности различных фармакологических форм холинолитических препаратов и

ботулинотерапии при слюнотечении у больных боковым амиотрофическим склерозом. Фарматека 2022. 29 № 13 стр 91-97
23) GN Levitsky AS Levitsky AG Sanadze A Comparative Study of the Efficacy and Safety of Different Pharmacological Forms of Cholinolytics and Botulinum Therapy at Sialorrhea in Patients with Amyotrophic Lateral Sclerosis . Neuroscience and Neurodevelopmental disorders 2022 Vol 1 (1) pp 1-8
24) Sivasathiaseelan H, Marshall CR, Agustus JL, Benhamou E , Bond RL, van Leeuwen JEP, Hardy CJD, Rohrer JD , Warren JD Frontotemporal dementia: a clinical review. Semin Neurol 2019, Apr 39 (2): 251-263. doi: 10.1055/s-0039-1683379.
25) Rabkin JG , Albert SM, Del Bene ML, O'Sullivan I, Tider T, Rowland LP, Mitsumoto H. Prevalence of depressive disorders and changes over time in late stages of ALS. Neurology 2005, 65: 62-67. doi: 10.1212/01.wnl.0000167187.14501.0c.
26) Левицкий ГН Бердалин АБ Ковражкина ЕА Санадзе АГ Шестаченко ВВ Видергольдт ОВ Сокрытие и отрицание диагноза при боковом амиотрофическом склерозе Фарматека 2023 , 30 № 9/10 151-158
27) Fullan T, Stephers HL, Feglosi SH et al. Compliance with recommendations made in a multidisciplinary ALS team. Amyotroph Later Scler Frontotemporal Degener 2015, 17(1-2): 30-7.
28) ГН Левицкий АС Левицкий ВМ Гилод Психические нарушения при боковом амиотрофическом склерозе Журнал неврологии и психиатрии им СС Корсакова 2015 2 64-68
29) GN Levitsky, AS Levitsky, VM Gilod. Study of Psychiatric disorders and their medical-social consequences in patients with ALS and members of their families. In; New Frontiers in Medicine and Medical Research 2021,Vol 12 Chapter 3 pp 25-33
30) Forschew D., Hulihan S. What's it all about? Manual 1. The International Alliance of ALS/MNDAssociations 2007; 56.

В случаев принятия поправок к.м.н. Г.Н. Левицкий не претендует на соавторство настоящих КР.\\

С уважением,

Президент фонда к.м.н. С.Е. Бащинский

Директор фонда к.м.н. Г.Н.Левицкий

Председатель попечительского совета фонда психотерапевт Е.Л. Шовкопляс

Член рекомендательного совета к.м.н. Е.А. Ковражкина

Пациенты фонда (100 подписей)