

ВСТРЕЧАЙТЕ ГЕПТРАЛ® В ДОЗЕ

500 МГ

Более высокая* суточная доза препарата Гептрал® способствовала более быстрому достижению клинического и биохимического эффектов^{1,2#}

ТЕПЕРЬ
АДЕМЕТИОНИНА
НА 25% БОЛЬШЕ##



Стоимость за упаковку от производителя осталась прежней**

*1200 мг по сравнению с 800 мг

**В сравнении со стоимостью упаковок препарата Гептрал® в дозе 400 мг

При лечении внутрипеченочного холестаза (ВПХ) на фоне заболеваний печени

В сравнении с дозой 400 мг

Краткая информация о препарате Гептрал®.

Регистрационные удостоверения МЗ Украины: № UA/6993/01/02 действительно до 18.05.2021; № UA/6993/02/02 действительно до 21.06.2021.

Состав. 1 флакон с лиофилизированным порошком или 1 таблетка содержат 949 мг адеметионина 1,4-бутандисульфоната, что соответствует 500 мг катиона адеметионина.

Лекарственная форма. Порошок лиофилизированный для раствора для инъекций. Таблетки, покрытые кишечнорастворимой оболочкой. **Фармакотерапевтическая группа.**

Средства, влияющие на систему пищеварения и процессы метаболизма. Аминокислоты и их производные. Код АТХ А16А А02. **Показания.** Внутрипеченочный холестаз у взрослых,

в том числе у больных хроническим гепатитом различной этиологии и циррозом печени; внутрипеченочный холестаз беременных. **Противопоказания.** Генетические дефекты,

влияющие на метиониновый цикл и/или вызывающие гомоцистинурию и/или гипергомоцистеинемию (например, недостаточность цистатионин-бета-синтазы, дефект

метаболизма витамина В12). Повышенная чувствительность к действующему веществу или к какому-либо вспомогательному веществу препарата. **Способ применения и дозы.**

Лечение может начаться с парентерального введения препарата с последующим применением препарата в форме таблеток или сразу с применения таблеток. Суточную дозу

таблеток можно распределить на 2-3 приема. **Начальная терапия. Перорально (внутрь):** рекомендованная доза составляет 10-25 мг/кг массы тела в сутки на протяжении 2

недель. Обычная начальная доза составляет 800 мг/сутки, общая суточная доза не должна превышать 1600 мг. **Внутривенно или внутримышечно:** рекомендованная доза

составляет 5-12 мг/кг массы тела в сутки. Обычная начальная доза составляет 500 мг/сутки, общая суточная доза не должна превышать 800 мг (для парентерального введения

применять препарат Гептрал® в форме порошка лиофилизированного для приготовления раствора для инъекций в комплекте с растворителем). **Поддерживающая терапия.**

Применять внутрь 800-1600 мг/сутки. Длительность терапии зависит от тяжести и течения заболевания и определяется врачом индивидуально. Таблетки следует глотать

цельными, не разжевывая. Для лучшего всасывания активного вещества и для полного терапевтического эффекта таблетки следует принимать между приемами пищи. Таблетку

препарата Гептрал® следует вынимать из блистера непосредственно перед приемом. Если таблетки имеют другой цвет, кроме как от белого до желтоватого (из-за нарушения

целостности алюминиевой обертки), рекомендовано воздержаться от их применения. Для внутривенного или внутримышечного применения лиофилизированный порошок

растворить в специальном растворителе, который прилагается, непосредственно перед применением. Для внутривенного введения необходимую дозу адеметионина следует

далее развести в 250 мл физиологического раствора или 5 % раствора декстрозы (глюкозы) и провести инфузию медленно в течение 1-2 часов. Неиспользованную часть раство-

ра нужно выбросить. Адеметионин не следует смешивать со щелочными растворами или с растворами, содержащими ионы кальция. Если лиофилизированный порошок

имеет другой цвет, кроме от белого до желтоватого (из-за наличия трещин во флаконе или из-за воздействия повышенной температуры), необходимо воздержаться от его

применения. **Пациенты пожилого возраста.** Лечение пациентов пожилого возраста рекомендуется начинать с наименьшей рекомендованной дозы.

Побочные реакции. В ходе клинических исследований адеметионин применяли более чем 2100 пациентов. Наиболее часто во время лечения адеметионином сообщалось о

головной боли, диарее и тошноте. Другие побочные реакции см. в полной инструкции для медицинского применения лекарственного средства. **Взаимодействие с другими**

лекарственными средствами и другие виды взаимодействий. Сообщалось о развитии серотонинового синдрома у пациента, применявшего адеметионин на фоне приема

кломипрамина. Хотя роль адеметионина в данном случае допускается теоретически, следует с осторожностью применять адеметионин одновременно с селективными

ингибиторами обратного захвата серотонина, трициклическими антидепрессантами (такими как кломипрамин), препаратами и растительными средствами, содержащими

триптофан. Применение в период беременности или кормления грудью. В ходе клинических исследований у женщин, которые принимали адеметионин в III триместре

беременности, не наблюдалось каких-либо побочных реакций. Адеметионин следует применять только в случае крайней необходимости в первых двух триместрах беремен-

ности. В период кормления грудью адеметионин применяют только тогда, когда потенциальная польза от его применения превышает потенциальный риск для младенца.

Дети. Безопасность и эффективность применения адеметионина у детей не установлены.

Категория отпуска. По рецепту.

Полная информация представлена в инструкции по медицинскому применению лекарственного препарата ГЕПТРАЛ®, порошок лиофилизированный для раствора для инъекций

по 500 мг от 25.07.2017 и в инструкции по медицинскому применению лекарственного препарата ГЕПТРАЛ®, таблетки кишечнорастворимые по 500 мг от 19.05.2017.

Информация предназначена для медицинских и фармацевтических работников, для размещения в специализированных медицинских печатных изданиях.

За дополнительной информацией Вы можете обратиться в представительство «Абботт Лабораториз ГмБХ» в Украине: 01032, г. Киев, ул. Жилианская, 110, 2-й этаж, тел.: +38 044 498 60 80, факс: +38 044 498 60 81.

 **Abbott**

Актуальное интервью: перспективные методы лечения НАЖБП

Неалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП) является самой распространенной гепатологической патологией и может приводить к развитию цирроза печени, печеночной недостаточности и даже гепатоцеллюлярного рака. Возникновение НАЖБП связывают не с чрезмерным употреблением алкоголя или инфицированием вирусами HCV, HBV, а с нарушением липидного обмена на фоне таких провоцирующих факторов, как гиподинамия, инсулинорезистентность, избыточная масса тела. В экспериментальных исследованиях доказано, что низкий уровень адеметионина часто сопровождается НАЖБП и служит потенцирующим фактором дальнейшего прогрессирования заболевания.

Об особенностях лечения пациентов с НАЖБП и неалкогольным стеатогепатитом (НАСГ) мы беседовали с доктором медицинских наук Мазеном Нуредином, руководителем программы изучения жировой дистрофии печени в отделении гастроэнтерологии многопрофильного центра трансплантологии Сидарс-Синай (Лос-Анджелес, США).

? Действительно ли распространенность НАЖБП в мире приобрела такой угрожающий характер, как отмечают в своих выступлениях и публикациях ведущие гепатологи?

— К сожалению, последние статистические данные подтверждают значительный рост распространенности НАЖБП. В настоящее время мировая статистика распространенности НАЖБП, диагностированной при помощи какого-либо визуализирующего метода исследования, оценивается в 25,24%. НАЖБП по-прежнему остается самой распространенной причиной хронических заболеваний печени, а также цирроза печени. Неуклонный рост распространенности НАЖБП позволяет многим ученым говорить об эпидемии этого заболевания.

? Существуют ли определенные клинические признаки, обнаружив которые, можно заподозрить НАЖБП?

— Безусловно. В настоящее время факторами риска развития НАЖБП признаны такие компоненты метаболического синдрома, как ожирение, сахарный диабет (СД) 2 типа, дислипидемия (высокая сывороточная концентрация триглицеридов, низкий уровень холестерина липопротеинов высокой плотности — ХС ЛПВП). Согласно критериям NCEP ATP III, клиническая диагностика метаболического синдрома основывается на обнаружении 3 из следующих признаков: абдоминальное ожирение (у мужчин диагностируется при окружности талии >102 см, у женщин >88 см), высокое содержание триглицеридов в сыворотке крови (>150 мг/дл), низкий уровень ХС ЛПВП (<40 мг/дл у мужчин и <50 мг/дл у женщин), артериальная гипертензия (систолическое артериальное давление >130 мм рт. ст. или диастолическое давление >85 мм рт. ст.), гипергликемия (уровень глюкозы в плазме крови >110 мг/дл). Большое значение имеют возраст, пол и этническая принадлежность. Известно, что распространенность НАЖБП увеличивается с возрастом. Фактором риска также может считаться мужской пол, так как мужчины в 2 раза чаще женщин страдают НАЖБП.

? НАЖБП оказывает негативное влияние только на функциональную активность печени или неблагоприятно сказывается на состоянии других органов и систем?

— К сожалению, НАЖБП не только подрывает функциональную активность гепатоцитов, провоцируя развитие серьезных структурно-морфологических изменений в печени (фиброз, цирроз, гепатоцеллюлярная карцинома), сердце, сосудах, но и ухудшает долгосрочный прогноз, увеличивая риск летального исхода. Доказано, что вероятность летального исхода

у пациентов с НАЖБП значительно превышает таковую в общей популяции. Примечательно, что летальность, связанная с поражением печени, в общей популяции находится на 12-м месте, тогда как в когорте лиц с НАЖБП патология печени занимает 2-3-е место среди наиболее вероятных причин смерти. Такой гистологический признак НАЖБП, как фиброз, также ассоциирован с ростом отдаленной летальности; выживаемость без трансплантации печени значительно ниже у больных НАСГ с фиброзом по сравнению с пациентами, не имеющими ни НАСГ, ни фиброза.

? Зависит ли современная тактика ведения больных НАЖБП от наличия фибротических изменений в печени?

— В настоящее время алгоритм лечения НАЖБП предполагает разделение пациентов на две большие группы: больных с неалкогольным стеатозом и неалкогольным стеатогепатитом. Лицам, страдающим НАЖБП и не имеющим признаков фиброза печени, рекомендуется снизить массу тела, увеличить физическую активность; также следует назначить медикаментозную терапию в соответствии с положениями Американской ассоциации по изучению заболеваний печени (AASLD). Мониторинг состояния таких больных следует проводить при помощи фибросканирования печени или МРТ-оценки протонной плотности жировой фракции печени. Пациентам с НАСГ и выраженным фиброзом следует не только назначить всю вышеперечисленную терапию и рекомендовать проведение указанных профилактических мероприятий, но и оценить необходимость проведения биопсии печени, а также осуществлять тщательный скрининг гепатоцеллюлярной карциномы и варикозно расширенных вен пищевода.

? Ранее в лечении НАЖБП уделялось большое внимание нормализации массы тела. Сохраняется ли эта тенденция в настоящее время?

— Снижение массы тела продолжает оставаться одним из наиболее безопасных и результативных способов лечения НАЖБП. Доказано, что эффективность лечения стеатоза печени на 35-100% зависит от уменьшения веса; на этой стадии заболевания целесообразно снизить массу тела на 5%. Кроме того, интенсивность уменьшения массы тела также должна быть различной: в первом случае необходимо достичь 5% падения этого показателя, а во втором — стремиться к 10% снижению исходной массы тела.

? На протяжении последних нескольких лет мировое сообщество активно обсуждает целесообразность назначения витамина Е пациентам с НАЖБП. Каково ваше мнение в отношении этого препарата?

— Одним из самых известных исследований, доказавших эффективность витамина Е в лечении НАСГ, было рандомизированное контролируемое исследование PIVENS. В нем приняла участие большая группа больных НАСГ без СД, цирроза печени (n=247), которых рандомизировали для приема витамина Е (800 МЕ/сут), пиоглиазона

(30 мг/сут) или плацебо на протяжении 96 недель. Оказалось, что терапия витамином Е ассоциировалась с достоверным улучшением состояния больных НАСГ по сравнению с плацебо (43 против 19% соответственно; p=0,001), в то время как применение пиоглиазона привело к 34 против 19% соответственно; p=0,04.

Однако применение витамина Е сопряжено с целым рядом рисков. Авторы одного известного метаанализа (n=136000) утверждают, что прием витамина Е в дозе >400 МЕ/сут сопровождается увеличением вероятности летального исхода от всех причин, а также повышенным риском развития рака предстательной железы у относительно здоровых мужчин.

? В этом году известная авторитетная организация AASLD опубликовала новое руководство по лечению НАЖБП. Предлагают ли положения данного руководства назначение витамина Е или предпочтение отдается другим препаратам?

— Эксперты AASLD подчеркивают, что витамин Е в дозе 800 МЕ/сут улучшает гистологическую структуру печени у больных НАСГ, при этом ведущие американские гепатологи не рекомендуют использовать витамин Е для лечения НАСГ у пациентов с СД, циррозом, возникшим на фоне НАСГ, или криптогенным циррозом, а также у больных НАЖБП, не имеющих гистологической верификации диагноза. Эксперты AASLD допускают возможность применения пиоглиазона при гистологически подтвержденном НАСГ у пациентов с СД и без такового. В то же время в руководстве AASLD есть несколько положений, рекомендуемых отказаться от применения метформина, урсодезоксихолевой кислоты и омега-3 жирных кислот у больных НАСГ в связи с отсутствием их влияния на гистологию печени при данной патологии.

? Какие наиболее перспективные методы лечения НАСГ? Синтезированы ли новые многообещающие препараты с антифибротическими свойствами? Имеется ли клинический опыт их применения?

— В данный момент мы являемся свидетелями стремительной эволюции фармакотерапии НАСГ: созданы и проводятся (либо уже завершены) клинические исследования III фазы таких препаратов, как обетихолевая кислота (трайл REGENERATIVE), элафибранор (RESOLVE IT), сеникривирок (AURORA), селонсертиб (STELLAR-3 и 4). Например, в двойном слепом рандомизированном плацебо-контролируемом многоцентровом исследовании II фазы FLINT анализировалась эффективность обетихолевой кислоты в лечении НАСГ без цирроза печени (n=283). Пациентов рандомизировали для приема 25 мг обетихолевой кислоты 1 р/сут (n=141) или плацебо (n=142) на протяжении 72 недель. Первичной конечной точкой (уменьшения тяжести НАСГ через 72 недели на 2 пункта) достигли 45 и 21% пациентов из основной и контрольной группы соответственно (p=0,0002). Несмотря на то что тяжесть фибротического поражения печени у больных, получавших обетихолевую кислоту, значительно уменьшилась по сравнению с плацебо (35 против 19% соответственно; p=0,004), назначение обетихолевой



М. Нуредин

кислоты сопровождалось появлением различных нежелательных явлений гораздо чаще, чем использование плацебо (33 против 9%).

? Вы упомянули такое лекарственное средство, как элафибранор. Что это за препарат? Какими преимуществами он обладает?

— Элафибранор — это уникальный препарат, являющийся двойным (α-, δ-) агонистом PPAR-рецепторов. Он принимает участие в окислении жирных кислот, снижает концентрацию триглицеридов, увеличивает уровень ХС ЛПВП, уменьшает активность воспалительного процесса, улучшает метаболизм липопротеинов и глюкозы. Эффективность и безопасность элафибранора изучалась в трайле GOLDEN-505 (двойном слепом рандомизированном плацебо-контролируемом международном исследовании II фазы). Пациентов с гистологически верифицированным НАСГ без признаков цирроза (n=276) стратифицировали по диабетическому статусу для приема элафибранора (80 или 120 мг 1 р/сут) или плацебо на протяжении 1 года. Первичной конечной точкой (разрешения стеатоза, баллонной дистрофии гепатоцитов, лобулярного воспаления) достигли 23 и 21% больных, получавших соответственно 120 и 80 мг элафибранора (в группе плацебо этот показатель составил 17%; межгрупповые различия статистически достоверны: p=0,28). Уменьшение выраженности баллонной дистрофии, нивелирование или персистенция лобулярного воспаления легкой степени отмечалось соответственно у 19 и 13% пациентов из группы элафибранора по сравнению с 12% в группе плацебо (p=0,045).

? Как зарекомендовали себя другие препараты — сеникривирок и селонсертиб?

— Эффективность сеникривирока (ингибитора CCR2/CCR5) в лечении НАСГ у пациентов с метаболическим синдромом (72%) и II-III стадией фиброза печени (67%; n=298) анализировалась в рандомизированном двойном слепом исследовании II фазы CENTAUR. Оказалось, что сеникривирок не превосходил плацебо по влиянию на индекс НАСГ (p=0,52), не способствовал разрешению НАСГ (p=0,49), но действовал некоторому уменьшению степени тяжести фиброза (p=0,02).

Селонсертиб, или GS-4997, — это селективный сильнодействующий низкомолекулярный ингибитор киназы, регулирующей сигнал апоптоза (ASK1). В открытом рандомизированном исследовании II фазы, проведенном с участием больных с гистологически верифицированным НАСГ (по шкале НАСГ 5 баллов) и II-III стадией фиброза (n=72), доказано, что комбинированная терапия селонсертибом (6 или 18 мг/сут) в сочетании с симтузумабом превосходила монотерапию симтузумабом в редукции фиброза и способствовала замедлению прогрессирования фиброза печени в цирроз.

? Вы перечислили только химически синтезированные молекулы. Есть ли препараты натурального происхождения, эффективно купирующие клинические и гистологические проявления НАЖБП и имеющие убедительную доказательную базу?

— К таким уникальным лекарственным средствам можно отнести S-аденозил-L-метионин (адеметионин), известный под торговым названием Гептрал®. Гептрал® — это препарат естественного происхождения, поскольку он содержит адеметионин — эндогенный биологически активный метаболит аминокислоты метионина, присутствующий практически во всех тканях организма и играющий важную роль в биохимических и метаболических процессах. Согласно инструкции, препарат применяют при разных заболеваниях печени, которые сопровождаются внутриспеченочным холестазом (ВПХ). Молекула адеметионина принимает участие во многих биологических реакциях, среди которых наиболее важными и хорошо изученными являются трансметилование, транссульфирование, аминопропилирование. Значительное количество биохимических каскадов, в которых задействованы перечисленные реакции, определяет многообразие биологических эффектов адеметионина. В настоящее время адеметионин рассматривается не только как продукт метаболизма метионина, но и как своеобразный клеточный «переключатель», регулирующий такие важные функции печени, как регенерация, дифференцировка и чувствительность к повреждению. Выделяют следующие функции адеметионина: структурная (фосфолипиды, хроматин), антиоксидантная (глутатион), цитопротективная (таурин), регуляторная (обмен липидов). Известно, что у пациентов с НАЖБП, циррозом печени и другой гепатологической патологией развивается дефицит адеметионина. Эффективность адеметионина в лечении НАЖБП связывают с синтезом глутатиона, усилением β-окисления триглицеридов в печени, усилением сборки липопротеинов очень низкой плотности и выведения триглицеридов из гепатоцитов.

В ряде клинических исследований доказано, что прием адеметионина способствует значительному увеличению концентрации глутатиона, цистеина, таурина в печени. Адеметионин нормализует биохимические показатели печени, уменьшает выраженность клинической симптоматики ВПХ — диспепсию, зуд кожи, астено-вегетативный синдром, снижает тревожность, депрессию, увеличивает выживаемость и сокращает потребность в проведении трансплантации печени у пациентов с алкогольным циррозом печени класса А/В по Чайлду — Пью. Доказано, что терапия препаратом Гептрал® (1200 мг/сут) способствовала снижению общей смертности / частоты трансплантации печени почти в 2,5 раза у пациентов с циррозом печени степени А/В по Чайлду — Пью по сравнению с плацебо (29 против 12% соответственно; p=0,025). Назначение препарата Гептрал® больным алкогольной болезнью печени ассоциировалось с улучшением самочувствия и клинического состояния больных.

? Изучалась ли эффективность и безопасность препарата Гептрал® у больных НАСГ в рамках рандомизированных исследований?

— Безусловно. В одном из таких исследований анализировалась результативность адеметионина в лечении НАСГ. Эффективность терапии оценивали при помощи антропометрических показателей, биохимического анализа крови, динамики клинических проявлений (диспепсия, астения), данных ультразвукового исследования (УЗИ). Больных НАСГ (n=90) поровну распределили на три группы. Пациенты,

вошедшие в состав первой группы, получали Гептрал® в дозе 1200 мг/сут; участникам второй группы назначали Гептрал® в дозе 800 мг/сут; больным третьей группы медикаментозную терапию не рекомендовали. Длительность исследования составляла 4 мес, и его успешно завершили 84 пациента. У пациентов первой и второй групп отмечена положительная тенденция к разрешению УЗИ-признаков стеатоза печени после завершения 4-месячного курса терапии препаратом Гептрал® по сравнению с контрольной группой (p=0,06). Исследователи выявили дозозависимый эффект препарата Гептрал®: прием 1200 мг/сут способствовал уменьшению признаков стеатоза печени у 17,2% больных, назначение препарата в дозе 800 мг/сут привело к улучшению УЗИ-картины у 10,7% больных (в контрольной группе подобная картина не наблюдалась).

? Какие еще преимущества терапии с использованием препарата Гептрал® были отмечены в этом исследовании?

— Лечение препаратом Гептрал® позволяло в короткие сроки снизить уровень печеночных ферментов. Доказано, что на фоне приема адеметионина сывороточные концентрации аланинаминотрансферазы (АЛТ) и аспартатаминотрансферазы (АСТ) нормализовались у >80% пациентов на протяжении 10 дней. Примечательно, что это свойство препарата также оказалось дозозависимым: применение более высокой дозы (1200 мг против 800 мг) действовало более быстрой нормализации АЛТ и АСТ. В группе больных, получавших Гептрал® в суточной дозе 800 мг, нормализовать уровни АЛТ и АСТ удалось через 1 мес терапии у 81,5% пациентов, а в группе больных, принимавших 1200 мг препарата, такого же эффекта смогли добиться всего за 10 дней (положительная динамика зафиксирована у 86,2% больных). Необходимо подчеркнуть и посттерапевтический эффект препарата: показатели печеночных проб (АЛТ, АСТ) на протяжении двух месяцев находились в рамках нормативных значений даже после окончания курса лечения.

Несомненным преимуществом препарата Гептрал® является его способность уменьшать общую утомляемость. Выраженность астенического синдрома у пациентов 1-й и 2-й групп значительно снизилась уже через 1 мес терапии данным препаратом, тогда как подобные изменения в контрольной группе были достигнуты только через 3 мес лечения.

Полученные результаты подтверждают способность адеметионина оказывать положительное влияние на уровень печеночных ферментов, нивелировать диспепсию, астению, способствовать разрешению стеатоза печени. Применение более высоких доз адеметионина (1200 мг/сут) сопряжено с более быстрой редукцией клинической симптоматики и коррекцией биохимических показателей, что позволяет более эффективно подавлять активность патологического процесса в печени.

Хочется подчеркнуть, что состояние здоровья пациентов с НАЖБП обусловлено преимущественно функциональной активностью и сохранностью морфологической структуры печени, поэтому легкомысленное отношение к данной патологии недопустимо. Раннее обращение, современные диагностические технологии, богатый спектр медикаментозных средств являются самыми действенными инструментами в борьбе с НАЖБП. Особого внимания заслуживает Гептрал® — аналог эндогенной аминокислоты, выполняющий функцию заместительной терапии при НАЖБП, которая сопровождается недостатком эндогенного адеметионина. Клинически обосновано его применение как при стеатозе и НАСГ, так и при прогрессирующем фиброзе и циррозе печени с ВПХ.

Подготовила **Татьяна Можина**



Медицина газета «Здоров'я України». Тематичний номер «Гастроентерологія, гепатологія, колопроктологія»

Редакційна колегія

- К.М. Амосова**, д. мед. н., професор, член-кореспондент НАМН України, ректор Національного медичного університету (НМУ) ім. О.О. Богомольця
- О.Я. Бабак**, д. мед. н., професор, завідувач кафедри внутрішньої медицини №1 Харківського національного медичного університету
- Г.М. Бутенко**, д. мед. н., професор, академік НАМН України, член-кореспондент НАН України і РАМН, директор Інституту генетичної та регенеративної медицини НАМН України
- Б.М. Венцківський**, д. мед. н., професор, член-кореспондент НАМН України, завідувач кафедри акушерства і гінекології №1 НМУ ім. О.О. Богомольця
- Ю.В. Вороненко**, д. мед. н., професор, академік НАМН України, ректор Національної медичної академії післядипломної освіти (НМАПО) ім. П.Л. Шупика
- С.І. Герасименко**, д. мед. н., професор, заступник директора з науково-лікувальної роботи ДУ «Інститут травматології та ортопедії НАМН України»
- Ф.С. Глумчер**, д. мед. н., професор, завідувач кафедри анестезіології та інтенсивної терапії НМУ ім. О.О. Богомольця
- І.І. Горпинченко**, д. мед. н., професор, директор Українського інституту сексології та андрології, головний сексопатолог МОЗ України
- Ю.І. Губський**, д. мед. н., професор, член-кореспондент НАМН України, завідувач кафедри паліативної та хоспісної медицини НМАПО ім. П.Л. Шупика
- Д.І. Заболотний**, д. мед. н., професор, академік НАМН України, віце-президент НАМН України, директор ДУ «Інститут отоларингології ім. О.С. Коломійченка НАМН України»
- Д.Д. Іванов**, д. мед. н., професор, завідувач кафедри нефрології та нирковозамісної терапії НМАПО ім. П.Л. Шупика, головний дитячий нефролог МОЗ України
- В.М. Коваленко**, д. мед. н., професор, академік НАМН України, віце-президент НАМН України, директор ДУ «ННЦ «Інститут кардіології ім. акад. М.Д. Стражеска» НАМН України»
- В.В. Корпачов**, д. мед. н., професор, завідувач відділу клінічної фармакології і фармакотерапії ендокринних захворювань Інституту ендокринології та обміну речовин ім. В.П. Комісаренка НАМН України
- В.Г. Майданик**, д. мед. н., професор, академік НАМН України, завідувач кафедри педіатрії №4 НМУ ім. О.О. Богомольця
- Б.М. Маньковський**, д. мед. н., професор, член-кореспондент НАМН України, завідувач кафедри діабетології НМАПО ім. П.Л. Шупика, головний ендокринолог МОЗ України
- Ю.М. Мостовой**, д. мед. н., професор, завідувач кафедри пропедевтики внутрішньої медицини Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова
- В.І. Паньків**, д. мед. н., професор, завідувач відділу профілактики ендокринних захворювань Українського науково-практичного центру ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин
- О.М. Пархоменко**, д. мед. н., професор, член-кореспондент НАМН України, науковий керівник відділу реанімації та інтенсивної терапії ДУ «ННЦ «Інститут кардіології ім. акад. М.Д. Стражеска» НАМН України»
- Н.В. Пасечнікова**, д. мед. н., професор, член-кореспондент НАМН України, директор ДУ «Інститут очних хвороб і тканинної терапії ім. В.П. Філатова НАМН України»
- В.В. Поворознюк**, д. мед. н., професор, керівник відділу клінічної фізіології та патології опорно-рухового апарату ДУ «Інститут геронтології ім. Д.Ф. Чеботарьова НАМН України», директор Українського науково-медичного центру проблем остеопорозу
- С.С. Страфун**, д. мед. н., професор, заступник директора з наукової роботи ДУ «Інститут травматології та ортопедії НАМН України»
- С.М. Ткач**, д. мед. н., професор, головний науковий співробітник Українського науково-практичного центру ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин МОЗ України
- І.М. Трахтенберг**, д. мед. н., професор, академік НАМН України, член-кореспондент НАН України, завідувач відділу токсикології Інституту медицини праці НАМН України
- М.Д. Тронько**, д. мед. н., професор, академік НАМН України, член-кореспондент НАН України, віце-президент НАМН України, директор Інституту ендокринології та обміну речовин ім. В.П. Комісаренка НАМН України
- Ю.І. Фещенко**, д. мед. н., професор, академік НАМН України, директор ДУ «Національний інститут фізіотерапії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського НАМН України»
- П.Д. Фомін**, д. мед. н., професор, академік НАМН України, завідувач кафедри хірургії №3 НМУ ім. О.О. Богомольця
- Н.В. Харченко**, д. мед. н., професор, член-кореспондент НАМН України, завідувач кафедри гастроентерології, дієтології та ендоскопії НМАПО ім. П.Л. Шупика
- В.І. Цимбалюк**, д. мед. н., професор, академік НАМН України, президент НАМН України, заступник директора з наукової роботи ДУ «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова НАМН України»
- В.П. Черних**, д. ф. н., д. х. н., професор, член-кореспондент НАН України, ректор Національного фармацевтичного університету
- М.Б. Щербиніна**, д. мед. н., професор кафедри клінічної лабораторної діагностики Дніпровського національного університету ім. Олеся Гончара

Медицина газета «Здоров'я України».

Тематичний номер «Гастроентерологія, гепатологія, колопроктологія»

Засновник — Іванченко Ігор Дмитрович

Видавництво ТОВ «Тематичний проект «Здоров'я України 21 сторіччя»

ГЕНЕРАЛЬНИЙ ДИРЕКТОР **Ігор Іванченко**
ДИРЕКТОР З РОЗВИТКУ **Людмила Жданова**
ГОЛОВНИЙ РЕДАКТОР **Олена Терещенко**

Свідоцтво KB №14867-3838P від 15.01.2009 р.
Передплатний індекс 37635

Адреса для листів:

вул. Механізаторів, 2, м. Київ, 03035.
E-mail: zu@health-ua.com; www.health-ua.com

Контактні телефони:
Редакція (044) 521-86-98
Відділ маркетингу (044) 521-86-91 (92, 93)

Відділ передплати та розповсюдження (044) 364-40-28

Газета віддрукована в ДП «Преса України», просп. Перемоги, 50.

Підписано до друку 06.12.2017 р.
Замовлення № Наклад 15 000 прим.
Юридично підтверджений наклад.

Редакція має право публікувати матеріали, не поділяючи точки зору авторів.

За достовірність фактів, цитат, імен, географічних назв та інших відомостей відповідають автори.
Відповідальність за зміст рекламних матеріалів несе рекламодавець.

Передрук матеріалів допускається тільки з дозволу редакції. Рукописи не повертаються і не рецензуються.

Медицина газета «Здоров'я України». Тематичний номер «Гастроентерологія, гепатологія, колопроктологія» є спеціалізованим виданням для медичних установ та лікарів.