



# Революционная терапия дабигатраном обеспечивает при всех формах фибрилляции предсердий

4 апреля, г. Ингельхайм, Германия. Согласно результатам двух новых анализов подгрупп исследования RE-LY® (Randomized Evaluation of Long term anti-coagulant therapy), представленных на 60-м Ежегодном научном заседании Американской коллегии кардиологии (ACC), дабигатрана этексилат в дозе 150 мг 2 р/сут имеет стабильное преимущество перед варфарином в профилактике инсульта у пациентов с фибрилляцией предсердий (ФП) независимо от величины риска инсульта у пациента и формы ФП [1, 2].

RE-LY® на сегодняшний день – крупнейшее проспективное рандомизированное открытое исследование ФП со слепой оценкой конечной точки. Его целью было сравнить две фиксированные дозы перорального прямого ингибитора тромбина дабигатрана (110 мг и 150 мг 2 р/сут), назначаемых слепым методом, с открытой группой терапии варфарином. Эффективность препарата Прадакса® в дозе 110 мг 2 р/сут был такой же, как и эффективность варфарина [3, 4].

В рамках анализа подгрупп оценивалась частота возникновения случаев инсульта и системной эмболии при терапии дабигатрана этексилатом по сравнению с таковой варфарином, назначаемым под строгим контролем международного нормализованного отношения (МНО), у пациентов с различными формами ФП (пароксизмальной, персистирующей, постоянной) и в соответствии с оценкой риска по шкале CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>VAS<sub>c</sub> [5], которая дополняет традиционно используемую шкалу CHADS<sub>2</sub> [6] и была рекомендована в последних европейских руководствах [5].

## По результатам исследования были сделаны следующие выводы:

- применение дабигатрана этексилата в дозе 150 мг 2 р/сут снижает частоту возникновения случаев инсульта по сравнению с варфарином, который назначается под строгим контролем МНО, во всех группах риска инсульта, определяемого по шкале CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>VAS<sub>c</sub>, что соответствовало общим результатам исследования RE-LY® (значение р для взаимодействия 0,60), которое установило превосходство дабигатрана этексилата 150 мг 2 р/сут над строго контролируемым варфарином [2];

- данные CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>VAS<sub>c</sub> были сопоставимы с результатами предыдущего субанализа, в котором использовалась шкала CHADS<sub>2</sub> и было показано снижение частоты случаев инсульта на фоне терапии дабигатрана этексилатом 150 мг 2 р/сут во всех группах риска инсульта, включая пациентов из группы высокого риска (n=5882) [7];

- дабигатрана этексилат 150 мг и 110 мг 2 р/сут имеет более приемлемый профиль безопасности по сравнению с варфарином, в том числе у больных с низкой оценкой по шкале CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>VAS<sub>c</sub> [2];

- дабигатрана этексилат 150 мг 2 р/сут имеет более высокую эффективность по сравнению со строго контролируемым варфарином (медиана TTR – 67%) [8] в профилактике инсульта независимо от формы ФП (пароксизмальной, персистирующей, постоянной), что соответствовало общим выводам исследования RE-LY® (значение р для взаимодействия 0,16) [1].

Доктор Джонас Олдгрэн (Jonas Oldgren) из клиники Университета Уппсалы (Швеция) заявил: «Продолжая предыдущие субанализы исследования RE-LY®, убеждаемся, что эти данные служат еще одним доказательством того, что дабигатрана этексилат является приемлемой альтернативой для профилактики инсульта при неклапанной ФП у широкого ряда пациентов с различными формами ФП (от пароксизмальной до постоянной). Наличие двух доз дабигатрана этексилата предоставляет возможность уделить пристальное внимание индивидуальным особенностям больного».

Новая шкала риска CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>VAS<sub>c</sub> была недавно включена в пересмотренное руководство Европейского общества кардиологов (ESC, 2010 г.). Она позволяет врачам проводить более подробную оценку факторов риска инсульта на основе всеобъемлющего подхода. ESC рекомендует применение антитромботической терапии у всех пациентов с ФП, которые имеют, по крайней мере, один «клинически значимый не крупный фактор риска» (оценка по шкале CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>VAS<sub>c</sub> 1 балл), расширяя круг больных, подходящих для терапии антикоагулянтами [5].

Профессор сердечно-сосудистой медицины Грегори Лип (Gregory Lip) из Университета Бирмингема (Великобритания) отметил: «Из-за ограничений варфарина только около 50% пациентов получают соответствующее лечение для профилактики инсульта при ФП. В настоящее время все большее признание получают новые пероральные антикоагулянты, применение которых не ограничено риском взаимодействия с лекарственными препаратами и пищей и не требует регулярного наблюдения. На этом фоне более чувствительные подходы к определению риска инсульта, такие как новая шкала CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>VAS<sub>c</sub>, могут улучшить доступ к более эффективным методам лечения, которые в конечном счете позволят уменьшить количество инсультов у пациентов с ФП. Любой фактор риска инсульта при наличии ФП может стать причиной инсульта, поэтому наиболее эффективным методом профилактики является пероральная антикоагулянтная терапия».

## Руководства, которые в настоящее время рекомендуют дабигатрана этексилат

Недавно обновленные американские руководства АНА/ACCF/HRS рекомендуют дабигатрана этексилат в качестве альтернативы варфарину для профилактики инсульта у пациентов с формой фибрилляции предсердий от пароксизмальной до постоянной и факторами риска развития инсульта или сосудистого тромбоза, которые не имеют искусственного клапана сердца, значимых пороков сердца, тяжелой почечной недостаточности или выраженных заболеваний печени [9]. Дабигатрана этексилат также был недавно включен в новое руководство Канадского кардиоваскулярного общества (CCS) по профилактике инсульта у больных с ФП, согласно которому рекомендуется его предпочтительное варфарину использование, в целях снижения общего риска инсульта, в частности в дозе 150 мг 2 р/сут [10].

## Доклинические данные об антителах для нейтрализации дабигатрана

На ежегодной встрече ACCS будут также обнародованы первые результаты доклинических исследований по применению антител к дабигатрану [11]. Возможность нейтрализации антикоагулянтной активности препарата была показана в условиях как *in vitro*, так и *in vivo*. Это первый шаг в развитии дабигатрана, что в дальнейшем может способствовать применению этого инновационного перорального антикоагулянта в клинической практике.

Недавно дабигатрана этексилат был одобрен для клинического использования в целях снижения риска инсульта у больных с неклапанной ФП в США, для профилактики инсульта и системной эмболии у взрослых пациентов с ФП в Канаде и для предупреждения развития ишемического инсульта и системной эмболии у больных с неклапанной ФП в Японии, Южной Корее, Индонезии, Новой Зеландии, Колумбии и Намибии.

## Некоторые сведения о шкале CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>VAS<sub>c</sub> [5]:

- более подробная оценка риска инсульта у пациентов с ФП по сравнению с традиционно используемой шкалой CHADS<sub>2</sub>;
- особенно рекомендована больным с ФП, ранее рандомизированным по результатам шкалы CHADS<sub>2</sub> в группы низкого и промежуточного риска;
- имеет производные шкалы CHADS<sub>2</sub> и дополнительные факторы риска – женский пол, возраст 65-75 лет и наличие сосудистых заболеваний;
- превосходит шкалу CHADS<sub>2</sub> в определении «действительно низкого риска» ФП у пациентов, которые не нуждаются в антитромботической терапии, тогда как у всех остальных (т.е. при наличии 1 и более факторов риска инсульта) должен быть рассмотрен вопрос о назначении пероральных антикоагулянтов.

## О формах ФП [12]

- Пароксизмальная, или интермиттирующая, ФП – это форма фибрилляции, при которой аномальные электрические сигналы и учащенное сердцебиение начинаются внезапно, а затем самостоятельно прекращаются. Симптомы могут быть умеренными или тяжелыми и длиться в течение секунд, минут, часов или дней.
- Персистирующая ФП – это состояние, при котором нарушение сердечного ритма длится до тех пор, пока не будет купировано с помощью терапии.
- Перманентная (постоянная) ФП возникает, когда нормальный ритм сердца не может быть восстановлен с помощью терапии. Как пароксизмальная, так и персистирующая ФП могут стать более частыми и со временем привести к постоянной ФП.

## О ФП и инсульте

ФП – наиболее частое нарушение ритма сердца [13], встречающееся почти у каждого четвертого человека в возрасте старше 40 лет [14], у 1% мировой популяции и у 10% пациентов старше 80 лет [13]. Больные с ФП имеют повышенный риск тромбообразования,

что, в свою очередь, увеличивает риск инсульта примерно в 5 раз [15, 16]. Ежегодно около 3 млн пациентов с ФП во всем мире страдают инсультами [17-19], которые в основном являются тяжелыми и инвалидизирующими; около половины таких больных умирают в течение первого года [20]. Инсульты, связанные с наличием у пациентов ФП, как правило, тяжелые и очень часто приводят к смерти (20%) и инвалидности (60%) [20]. Многие такие случаи можно предотвратить с помощью соответствующей антитромботической терапии [21].

## Об исследовании RE-LY®

RE-LY – глобальное рандомизированное исследование III фазы, включившее 18 113 больных из более чем 900 клинических центров 44 стран мира. Целью так называемого PROBE-испытания (проспективного, рандомизированного, открытого, со слепой оценкой конечной точки) было сравнить эффективность двух фиксированных доз перорального прямого ингибитора тромбина дабигатрана (110 мг и 150 мг 2 р/сут), назначаемых слепым методом, с таковой открытого лечения варфарином (целевое МНО 2,0-3,0). Средний период наблюдения за пациентами составил 2 года, минимальный – 1 год [3, 4].

Главной конечной точкой исследования была частота случаев инсульта (в т.ч. геморрагического) или системной эмболии. Вторичные конечные точки включали общие показатели смертности, частоты инсульта (в т.ч. геморрагического), системной эмболии, эмболии легочной артерии, острого инфаркта миокарда и сосудистой смерти (в т.ч. смерти от кровотечения).

По сравнению с варфарином, который применяют под строгим контролем МНО, дабигатрана этексилат продемонстрировал следующие качества [3, 4]:

- значительное снижение риска инсульта и системной эмболии, в том числе геморрагического инсульта, при применении препарата в дозе 150 мг 2 р/сут;
- значительное уменьшение риска больших кровотечений при применении препарата в дозе 110 мг 2 р/сут;
- наличие сопоставимой частоты инсульта / системной эмболии при применении дабигатрана в дозе 110 мг 2 р/сут;
- значительное снижение жизнеугрожающих и внутричерепных кровотечений при применении препарата в обеих дозировках;
- значительное уменьшение случаев сосудистой смерти при использовании дабигатрана этексилата в дозе 150 мг 2 р/сут;
- исследование RE-LY® имело PROBE-дизайн (проспективное, рандомизированное открытое со слепой оценкой конечной точки) и сравнивало эффективность двух фиксированных доз перорального прямого ингибитора тромбина дабигатрана (110 мг и 150 мг 2 р/сут), каждую из которых назначали слепым методом, с таковой открытого лечения варфарином.

## О препарате дабигатрана этексилат

Дабигатрана этексилат – представитель нового поколения пероральных антикоагулянтов / прямых ингибиторов тромбина [22], использование которых способно удовлетворить потребности

# стабільные преимущества для всех групп риска

в лекарственных средствах для профилактики и лечения острых и хронических тромбозомболических заболеваний.

Выраженный антитромботический эффект, наблюдаемый при применении прямых ингибиторов тромбина, осуществляется путем специфической блокады активности тромбина (как свободного, так и связанного с тромбом) – основного фермента, участвующего в процессе тромбообразования. В отличие от антагонистов витамина К, которые с неодинаковой силой влияют на разные факторы свертывания, дабигатрана этексилат обеспечивает эффективную, предсказуемую и стойкую антикоагуляцию с низким потенциалом межлекарственных взаимодействий независимо от приема пищи, а также без необходимости в рутинном мониторинге коагуляции и корректировке дозы.

Дабигатрана этексилат в настоящее время одобрен для применения в целях снижения риска инсульта у пациентов с ФП в США, Канаде, Японии, Южной Корее, Индонезии, Новой Зеландии, Колумбии и Намибии [23-25].

Кроме того, дабигатрана этексилат одобрен и широко применяется в 75 странах под торговым названием Прадакса® (в Канаде: Pradax®) для первичной профилактики венозных тромбозомболических осложнений у взрослых, перенесших элективное тотальное эндопротезирование тазобедренного или коленного сустава.

## В программе клинических исследований дабигатрана этексилата

Программа клинических исследований компании Boehringer Ingelheim, посвященная изучению эффективности и безопасности дабигатрана этексилата, включает следующие направления:

- первичную профилактику венозных тромбозомболических осложнений (ВТО) у пациентов, перенесших тотальное эндопротезирование коленного или тазобедренного суставов;
- лечение острых ВТО;
- вторичную профилактику ВТО;
- профилактику инсульта при ФП.

## О компании Boehringer Ingelheim

Boehringer Ingelheim – одна из 20 ведущих фармацевтических компаний мира. Ее головной офис, расположенный в г. Ингельхайме (Германия), в настоящее время руководит деятельностью 142 представительств в 50 странах мира; общее количество сотрудников фирмы во всем мире превысило 41 500 человек. С первых лет основания в 1885 г. усилия независимой компании Boehringer Ingelheim, находящейся в собственности одной семьи, были направлены на исследования, разработки, производство и продвижение инновационных препаратов, обладающих высокой терапевтической ценностью для использования в медицине и ветеринарии.

В 2009 г. чистая прибыль фармкомпания составила 12,7 млрд евро, при этом 21% прибыли в крупнейшем бизнес-сегменте «Рецептурные препараты» была направлена на научные исследования и разработки.

Дополнительная информация по адресу: [www.boehringer-ingelheim.com](http://www.boehringer-ingelheim.com)

## Литература

1. Flaker G.C. et al. Dabigatran Etxilate versus Warfarin in Patients with Different Types of Atrial Fibrillation: A RE-LY Subgroup Analysis. Presented at the 60th Annual Scientific Session of the American College of Cardiology, 3rd April 2011.
2. Oldgren J. et al. Dabigatran versus warfarin and impact of CHAD2-VASc score on outcome in atrial fibrillation: patients – a RE-LY subgroup analysis. Presented at the 60th Annual Scientific Session of the American College of Cardiology, 4th April 2011.
3. Connolly S.J. et al. Dabigatran versus Warfarin in Patients with Atrial Fibrillation. N Engl J Med 2009; 361: 1139-1151.
4. Connolly S.J., Ezekowitz M.D., Yusuf S., Reilly P.A., Wallentin L: Newly identified events in the RE-LY® trial. N Engl J Med 2010; 363 (19): 1875-1876 (November 4th, 2010).
5. The Task Force for the Management of Atrial Fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC), Guidelines for the management of atrial fibrillation. European Heart Journal 2010; 31: 2369-2429.
6. Gage B.F. et al. Validation of Clinical Classification Schemes for Predicting Stroke Results From the National Registry of Atrial Fibrillation. JAMA 2001; 285 (22): 2864-2870.
7. Oldgren J. et al. Dabigatran etexilate versus warfarin in atrial fibrillation patients with low, moderate and high CHADS2 score – a RE-LY® subgroup analysis. Presented at the 59th Annual Scientific Session of the American College of Cardiology, 15th March 2010.
8. FDA Advisory Committee Briefing Document, August 2010, <http://www.fda.gov/downloads/AdvisoryCommittees/CommitteesMeetingMaterials/Drugs/CardiovascularandRenalDrugsAdvisoryCommittee/UCM226009.pdf> (last viewed 25 March 2011).
9. Wann L.S., I. ACCF/AHA/HRS Focused Update on the Management of Patients With Atrial Fibrillation (Update on Dabigatran): A Report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. Circulation; published online Feb 14, 2011.
10. Cairns J.A. et al. Canadian Cardiovascular Society Atrial Fibrillation Guidelines 2010: Prevention of Stroke and Systemic Thromboembolism in Atrial Fibrillation and Flutter. Canadian Journal of Cardiology 2011; 27 (1): 74-90.
11. Van Ryn J. et al. Dabigatran Anticoagulant Activity Is Neutralized by an Antibody Selective to Dabigatran in In Vitro and In Vivo Models. Presented at the 60th Annual Scientific Session of the American College of Cardiology, 5th April 2011.
12. National Heart Blood & Lung Institute Diseases & Conditions Index. Types of atrial fibrillation – [http://www.nhlbi.nih.gov/health/dci/Diseases/af/af\\_types.html](http://www.nhlbi.nih.gov/health/dci/Diseases/af/af_types.html) (last viewed 14 March 2011).
13. Stewart S., Murphy N., Walker A. et al. Cost of an Emerging Epidemic: an Economic Analysis of Atrial Fibrillation in the UK. Heart 2004; 90: 286-292.
14. Lloyd-Jones D.M., Wang T.J., Leip E.P. et al. Lifetime risk for development of atrial fibrillation. Circulation 2004; 110: 1042-1046.
15. Fuster V., Rydn L.E., Cannom D.S. et al. ACC/AHA/ESC 2006 Guidelines for the Management of Patients with Atrial Fibrillation – executive summary. Circulation 2006; 114: 700-752.
16. Kannel W.B. et al. Final Draft Status of the Epidemiology of Atrial Fibrillation. Med Clin North Am. 2008; 92 (1): 17-ix.
17. Atlas of Heart Disease and Stroke, World Health Organization, September 2004. Viewed July 2009 at [http://www.who.int/cardiovascular\\_diseases/en/cvd\\_atlas\\_15\\_burden\\_stroke.pdf](http://www.who.int/cardiovascular_diseases/en/cvd_atlas_15_burden_stroke.pdf).
18. Wolf P.A., Abbott R.D., Kannel W.B. Atrial fibrillation as an independent risk factor for stroke: the Framingham Study. Stroke 1991; 22 (8): 983-988.
19. Marini C., De Santis F., Sacco S. et al. Contribution of atrial fibrillation to incidence and outcome of ischaemic stroke: results from a population-based study. Stroke 2005; 36: 1115-1119.
20. Lin H.J., Wolf P.A., Kelly-Hayes M. et al. Stroke severity in atrial fibrillation: the Framingham study. Stroke 1996; 27: 1760-1764.
21. Hart R.G., Benavente O., McBride R., Pearce L.A. Antithrombotic therapy to prevent stroke in patients with atrial fibrillation: a meta-analysis. Ann Intern Med 1999; 131: 492-501.
22. Di Nisio M. et al. Direct Thrombin Inhibitors. N Engl J Med 2005; 353: 1028-1040.
23. U.S. Food and Drug Administration – Pradaxa® Prescribing Information. Oct 19th, 2010.
24. Health Canada – PRADAX™ Prescribing Information. Oct 26th, 2010.
25. Praxaxa® product information, January 2011.

Перевела с англ. Ольга Татаренко

## «Медична газета «Здоров'я України – XXI сторіччя»<sup>©</sup>

### Редакційна колегія

- Е.Н. Амосова**, д.м.н., професор, член-корреспондент НАМН України, завідувача кафедрою внутрішньої медицини № 2 НМУ ім. А.А. Богомольця
- О.Я. Бабак**, д.м.н., професор, директор Інститута терапії ім. Л.Т. Малої НАМН України
- Г.М. Бутенко**, д.м.н., професор, академик НАМН України, член-корреспондент НАН України і РАМН, директор Інститута генетичної і регенеративної медицини НАМН України
- Б.М. Венцовський**, д.м.н., професор, член-корреспондент НАМН України, завідувач кафедрою акушерства і гінекології № 1 НМУ ім. А.А. Богомольця
- А.П. Викторів**, д.м.н., професор, завідувач відділом клінічної фармакології з лабораторією функціональної діагностики ННЦ «Інститут кардіології ім. Н.Д. Стражеско» НАМН України
- Ю.В. Вороненко**, д.м.н., професор, член-корреспондент НАМН України, ректор НМАПО ім. П.Л. Шупика
- И.И. Горпинченко**, д.м.н., професор, директор Українського інститута сексології і андрології
- Ю.И. Губський**, д.м.н., професор, член-корреспондент НАМН України, завідувач кафедрою паліативної і хоспісної медицини НМАПО ім. П.Л. Шупика
- Д.И. Заболотний**, д.м.н., професор, академик НАМН України, директор Інститута отоларингології ім. А.И. Коломійченко НАМН України
- Д.Д. Іванов**, д.м.н., професор, завідувач кафедрою нефрології НМАПО ім. П.Л. Шупика
- В.Н. Коваленко**, д.м.н., професор, академик НАМН України, директор ННЦ «Інститут кардіології ім. Н.Д. Стражеско» НАМН України, головний кардіолог МЗ України
- В.В. Корпачев**, д.м.н., професор, завідувач відділом клінічної фармакології і фармакотерапії ендокринних захворювань Інститута ендокринології і обміну речовин ім. В.П. Комиссаренко НАМН України
- В.Г. Майданник**, д.м.н., професор, академик НАМН України, завідувач кафедрою педіатрії № 4 НМУ ім. А.А. Богомольця
- Б.Н. Маньковський**, д.м.н., професор, член-корреспондент НАМН України, завідувач кафедрою діабетології НМАПО ім. П.Л. Шупика
- В.Ф. Москаленко**, д.м.н., професор, академик НАМН України, віце-президент НАМН України, ректор НМУ ім. А.А. Богомольця
- Ю.М. Мостовий**, д.м.н., професор, завідувач кафедрою пропедевтики внутрішніх захворювань Вінницького національного медичного університету ім. Н.И. Пирогова
- В.И. Паньків**, д.м.н., професор, завідувач відділом профілактики ендокринних захворювань Українського науково-практичного центру ендокринної хірургії і трансплантації ендокринних органів і тканин МЗ України
- А.Н. Пархоменко**, д.м.н., професор, завідувач відділом реанімації і інтенсивної терапії ННЦ «Інститут кардіології ім. Н.Д. Стражеско» НАМН України
- Н.В. Пасечникова**, д.м.н., професор, директор Інститута очних захворювань і тканинної терапії ім. В.П. Філатова НАМН України
- В.В. Поворозник**, д.м.н., професор, керівник відділу клінічної фізіології і патології опорно-двигального апарату Інститута геронтології НАМН України, директор Українського науково-медичного центру проблем остеопороза
- Л.Г. Розенфельд**, д.м.н., професор, академик НАМН України, заступник директора Інститута отоларингології ім. А.И. Коломійченко НАМН України
- И.М. Трахтенберг**, д.м.н., професор, академик НАМН, член-корреспондент НАН України, завідувач відділом токсикології Інститута медицини праці НАМН України
- Н.Д. Тронько**, д.м.н., професор, академик НАМН, член-корреспондент НАН України, директор Інститута ендокринології і обміну речовин ім. В.П. Комиссаренко НАМН України
- Ю.И. Феценко**, д.м.н., професор, академик НАМН України, директор Національного інститута фізіотерапії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського НАМН України, головний пульмонолог і фізіотерапевт МЗ України
- Н.В. Харченко**, д.м.н., професор, член-корреспондент НАМН України, завідувача кафедрою гастроентерології, дієтології і ендоскопії НМАПО ім. П.Л. Шупика
- В.И. Цымбалюк**, д.м.н., професор, академик НАМН України, заступник директора Інститута нейрохірургії ім. А.П. Ромоданова НАМН України
- В.П. Черних**, д.ф.н., д.х.н., професор, член-корреспондент НАН України, ректор Національного фармацевтичного університету

### Учредитель – Іванченко Ігорь Дмитрієвич

ИЗДАТЕЛЬ – ООО «ЗДОРОВЬЕ УКРАИНЫ»

### «Медична газета «Здоров'я України – XXI сторіччя»<sup>©</sup>

ГЕНЕРАЛЬНИЙ ДИРЕКТОР	<b>Людмила Жданова</b>
ГЛАВНИЙ РЕДАКТОР	<b>Ельвіра Сабадаш</b>
ВИПУСКАЮЩИЙ РЕДАКТОР	<b>Светлана Сай</b>
МЕДИЦИНСКИЙ ДИРЕКТОР	<b>Алексей Терещенко</b>
МЕДИЦИНСКИЙ РЕДАКТОР	<b>Ольга Радучич</b>
ЛИТЕРАТУРНЫЕ РЕДАКТОРЫ / КОРРЕКТОРЫ	<b>Оксана Петренко</b> <b>Галина Теркун</b> <b>Алина Паслен</b>
НАЧАЛЬНИК ОТДЕЛА ВЕРСТКИ И ДИЗАЙНА	<b>Андрей Почтаренко</b>
ОТДЕЛ ВЕРСТКИ И ДИЗАЙНА	<b>Тамара Музыка</b> <b>Сергей Чепур</b> <b>Елена Дудко</b>
НАЧАЛЬНИК ОТДЕЛА РЕКЛАМЫ	<b>Наталья Семенова</b>
МАРКЕТИНГ-МЕНЕДЖЕРЫ	<b>Инна Головки</b> <b>Юлия Башкирова</b> <b>Владимир Жданов</b>
АССИСТЕНТЫ ОТДЕЛА МАРКЕТИНГА	<b>Зоя Федирко</b> <b>Анна Покровская</b>
НАЧАЛЬНИК ОТДЕЛА ПРОИЗВОДСТВА	<b>Ивалин Крайчев</b>
ТЕХНИЧЕСКИЙ ДИРЕКТОР	<b>Николай Дятленко</b>

Свідоцтво КВ №15650-4122ПР від 03.09.2009 р.  
Індекс видавництва: 35272

Редакція може публікувати матеріали, не розділяючи точки зору авторів. За достовірності фактів, цитат, імен, географічних назв і інших свідчень відповідають автори. Відповідальність за зміст рекламних матеріалів несе рекламодатель.

📄 – матеріали, публікуємі на правах реклами.

📄 – авторські матеріали.

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

### Адрес для писем:

03151, г. Киев, ул. Народного ополчения, 1.

E-mail: [zu@health-ua.com](mailto:zu@health-ua.com); [www.health-ua.com](http://www.health-ua.com)

### Контактные телефоны:

Редакция ..... **391-54-71, 391-54-77**  
Отдел рекламы ..... **391-54-72, 391-54-73(74)**  
Отдел подлиски и распространения ..... **391-54-76**

Газета отпечатана в ООО «Юнивест-Принт», Киев-54, ул. Дмитрівська 44-б.

Подписана в печать 15.04.2011 г.  
Заказ № ###/#### Тираж **40 000** экз.

Юридически подтвержденный тираж.