

О.С. Антонюк, д.м.н., В.В. Украинский, к.м.н, А.Ф. Нестеренко,
ГУ «Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака НАМН Украины», г. Донецк

Комплексное лечение острого панкреатита

Основой патогенеза острого панкреатита является активация ферментов поджелудочной железы, что, в свою очередь, запускает каскад системной воспалительной реакции с последующим развитием повреждения органов и их недостаточности [5, 10, 25]. Ферменты и медиаторы, образующиеся вследствие некроза ткани поджелудочной железы, забрюшинной клетчатки и развития панкреатогенного перитонита, быстро поступают в системный кровоток, составляя сущность панкреатогенной токсинемии [24, 28]. Первоочередным и специфическим мероприятием профилактики и лечения системной гиперферментемии в ранние сроки заболевания считается подавление внешнесекреторной деятельности поджелудочной железы и применение ингибиторов протеаз [11, 3, 27]. Однако в ряде клинических исследований эффективность ингибиторов протеаз подвергается сомнению [24, 28].

Соматостатин и его синтетический аналог Октра® являются ингибиторами базальной и стимулированной секреции поджелудочной железы [7, 28]. Оценка эффективности этих препаратов в лечении больных с различными формами острого панкреатита, представленная в мировой литературе, неоднозначна [7, 17, 21, 27]. Это обусловлено различным уровнем доказательных исследований (недостаточное число клинических наблюдений, контролируемых или рандомизированных), клинической стратификацией больных (соотношение больных с интерстициальным и деструктивным панкреатитом), различной хирургической тактикой оперативных вмешательств (открытые/закрытые методы дренирования забрюшинного пространства), режимами антиферментной и антибактериальной (сроки начала и длительность терапии, путь введения, дозы) терапии [17, 27]. Учитывая разноречивые данные литературы, представляет интерес изучение эффективности соматостатина и его аналога — препарата Октра® (октреотида) в комплексном лечении панкреатита.

Материал и методы

Исследование эффективности терапии препаратами соматостатина проведено у 28 больных острым панкреатитом, включенных в основную группу, в сравнении с традиционной антиферментной и цитостатической терапией у 36 больных (группа клинического сравнения) (табл. 1). Диагноз острого отечного панкреатита и его разнообразных осложнений верифицирован на основании комплексного обследования больного, которое включает: данные клинических и лабораторных методов, ультрасонографию, лапароскопию, компьютерную томографию, микробиологические исследования. Клиническая форма острого панкреатита была классифицирована на основании рекомендаций международной конференции в Атланте (1992) [8, 15]. Объем и длительность проводимой консервативной терапии

и показания к операции определяли с учетом степени тяжести панкреатита по данным комплексной оценки характера поражения поджелудочной железы, забрюшинного пространства, брюшной полости, тяжести состояния больного по традиционным (APACHE II, Ranson) и объективной шкалах, характеризующих тяжесть состояния больного и степень полиорганной недостаточности (ПОН) [6, 7, 9, 10]. В основной группе важным компонентом интенсивной терапии панкреатита было применение препарата октреотида Октра® («Фармак», Украина) 0,3 мг/сут (28 больных).

Синтетический аналог соматостатина Октра® обладает большей, чем соматостатин, стабильностью, более длительным периодом полувыведения и может применяться подкожно и внутривенно. В группе клинического сравнения внутривенно применяли блокаторы биосинтеза (5-фторотацил) и ингибиторы протеолитических ферментов (апротинин) в стандартных дозировках [6, 7, 10].

Мы учитывали тот факт, что варианты хирургической тактики и антибактериальной профилактики и терапии у больных панкреатитом оказывают существенное влияние на оценку конечной эффективности фармакотерапии препаратом Октра®. В этой связи в зависимости от различной тактики хирургического лечения и консервативной терапии при панкреатите мы конкретизировали основные лечебные мероприятия, проводимые в сравниваемых группах больных панкреонекрозом [1, 2, 7].

Показанием к операции служили инфицированные формы панкреонекроза, неэффективность комплексной консервативной терапии на основании сохраняющихся или прогрессирующих симптомов системной воспалительной реакции и ПОН, что свидетельствует о крупномасштабном характере поражения поджелудочной железы и забрюшинного пространства или развитии инфекционного процесса [5, 8].

Таблица 1. Характеристика клинических групп		
Показатель	Основная (n=28)	Контрольная (n=36)
Возраст	48,6±2,4	47,27±1,97
Этиология		
Билиарный	9 (32,14%)	12 (33,3%)
Алкогольный	14 (50%)	17 (47,2%)
Послеоперационный	3 (10,71%)	4 (11,1%)
Травматический	2 (7,14%)	3 (8,33%)
Клиническая форма		
Острый отечный	20 (71,42%)	24 (66,6%)
Панкреатический и инфицированный некроз	4 (14,28%)	5 (13,8%)
Острая ложная киста	2 (7,14%)	3 (8,33%)
Панкреатический абсцесс	2 (7,14%)	4 (11,1%)

Таблица 2. Характеристика тяжести состояния оперированных и неоперированных больных панкреатитом основной и контрольной групп				
Тяжесть состояния по шкалам (баллы)	Основная, оперированные (n=8)	Основная, неоперированные (n=20)	Контрольная, оперированные (n=12)	Контрольная, неоперированные (n=24)
Шкала Ranson	5±2	4±2	4±2	2±1
APACHE II	16,51±3,8*	11,2±2,3*	17,2±4,1*	12,3±3,2*
*p<0,05				

В клинике проводится разработка и внедрение в практику метода программируемых этапных некрсеквестрэктомий и санаций забрюшинного пространства, связанного с преимущественным использованием принципов активного дренирования при распространенных и инфицированных формах панкреонекроза [4, 6]. Показанием к однократному дренированию при панкреонекрозе служил мелкоочаговый характер деструкции железы, потенциально не предполагающий крупномасштабной секвестрации, без поражения парапанкреатической и забрюшинной клетчатки.

В последние годы количество антибактериальных препаратов в хирургической практике было расширено за счет антибиотиков, концентрация которых после внутривенного введения превышает минимальную ингибирующую концентрацию для большинства встречающихся при панкреатической инфекции микроорганизмов с высокой пенетрирующей способностью препаратов проникать в ткань поджелудочной железы — фторхинолонов, карбапенемов [1, 24, 26]. В этой связи включали обязательное назначение антибактериальных препаратов из группы так называемого резерва: карбапенема — имипенема/циластатина до 3 г/сут, цефепима 4 г/сут + метронидазола до 2 г/сут в качестве препаратов выбора. Учитывая тот факт, что деструктивный панкреатит и операции на поджелудочной железе являются независимыми факторами риска развития инвазивного кандидоза, больным с профилактической целью назначали флуконазол в дозе 50-100 мг/сут. Статистическая обработка данных проведена с использованием дисперсионного анализа, критериев Стьюдента и Фишера.

Результаты и обсуждение

Анализ показателей таблицы 1 и 2, основных причин, клинических форм, объективных критериев тяжести состояния оперированных и неоперированных больных основной и контрольной групп, представленных в таблицах 1 и 2, показал, что в выделенных группах больные

не отличались по возрасту, этиологии и тяжести заболевания. Тяжесть состояния оперированных больных, оцениваемая по объективным шкалам, была выше, чем в группе неоперированных пациентов (табл. 2).

Вместе с тем у больных, которым терапия дополнялась препаратом Октра®, во время операции преимущественным являлся открытый метод дренирования забрюшинной клетчатки, предполагающий проведение этапных некрсеквестрэктомий и санаций забрюшинного пространства в программируемом режиме. В основной группе больных, оперированных «по программе», было достоверно больше (p=0,02), чем в группе клинического сравнения. В такой ситуации применение препарата Октра® проводилось с целью создания продолжительного пред- и послеоперационного функционального покоя железе при проведении многократных оперативных вмешательств, направленных на профилактику местных и системных осложнений [2, 11, 14, 16, 18].

Длительность терапии (табл. 3) в основной группе оперированных больных варьировала от 4 до 15 сут и составила в среднем 8 сут. Среди больных с панкреонекрозом, у которых в качестве единственного хирургического вмешательства выполнена лапароскопическая санация и дренирование брюшной полости по поводу панкреатогенного асцит-перитонита, продолжительность терапии была меньше в среднем на 3 сут.

Общее число больных, получавших оптимизированную по антимикробному спектру и пенетрации в ткани поджелудочной железы антибактериальную терапию, в основной группе составило 86%, что было достоверно выше (p<0,001), чем в контрольной группе. При этом длительность инфузионной терапии в сравниваемых группах больных была практически одинаковой.

Динамика APACHE II, содержания амилазы мочи в течение 7 сут интенсивной терапии, представленная в таблице 4, показала существенную эффективность лечения в основной группе, что подтверждено достоверным снижением уровня гиперферментемии и степени выраженности синдрома системного воспаления и ПОН в группе неоперированных больных. Аналогично исследованиям О. Karakoyunlar [20] достоверных различий других лабораторных показателей в сравниваемых группах мы не выявили.

Анализ структуры ПОН показал (табл. 5), что лечение препаратами соматостатина позволяет в одинаковые сроки интенсивной терапии достигнуть достоверного снижения степени ПОН за счет преимущественного устранения

Продолжение на стр. 4.

Таблица 3. Характеристика лечебных мероприятий у пациентов при панкреатите				
Показатель	Основная, оперированные	Основная, неоперированные	Контрольная, оперированные	Контрольная, неоперированные
Давность заболевания к началу интенсивной терапии (сут)	3,2±0,6	4,1±0,6	3,1±0,8	2,9±0,5
Длительность терапии препаратом Октра® (сут)	8,4±2,3	5,3±1,2		
Длительность заболевания к первой операции (сут)	6,4±1,5		7,7±1,6	
Количество операций	4,2±2,3		3,6±2,3	
Длительность инфузионной терапии (сут)	21,31±5,15	15,36±4,15	22,4±2,74	16,17±3,38

Таблица 4. Динамика активности амилазы мочи (Ед) в зависимости от варианта лечения больных		
Показатель	Основная группа	Контрольная группа
Амилаза мочи (ед), неоперированные	576,28±85,24*	1364,27±94,77*
Амилаза мочи (ед), оперированные	1218,38±103,7*	1581,47±81,9*
*Статистически значимая разница в сравниваемых группах.		

О.С. Антонюк, д.м.н., В.В. Украинский, к.м.н. А.Ф. Нестеренко,
ГУ «Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака НАМН Украины», г. Донецк

Комплексное лечение острого панкреатита

Продолжение. Начало на стр. 3.

критических расстройств системной гемодинамики, ликвидации почечной недостаточности и пареза кишечника. Подобные данные получены F. Fidler [17]. Вместе с тем показатели длительности стационарного лечения и сроков пребывания в отделении интенсивной терапии в анализируемых группах существенно не различались (табл. 6). Анализ летальности в зависимости от вариантов лечебной тактики (табл. 6) показал, что наиболее значимый эффект терапии основной группы с достоверным снижением (с 50 до 37,5%) достигнут при использовании открытых методов дренирования забрюшинного пространства (p=0,04) и оптимизированной тактики антибактериальной терапии, включающей применение имипенема/циластатина, фторхинолонов и цефепима (p=0,07).

Ранняя смертность вследствие прогрессирующей ПОН в течение 10 сут проводимой интенсивной терапии в сравниваемых группах больных достоверно не отличалась (p>0,05). Так, в основной группе умерли 2 (7,14%) больных, тогда как в группе клинического контроля 3 (8,3%) пациента. Однако в период постнекротических инфекционных осложнений (14 сут комплексного лечения) в основной группе больных панкреонекрозом летальность была минимальной — 2 пациента (7,14%), что было достоверно ниже (p<0,005) по сравнению с ее уровнем (5 человек; 13,8%) в контрольной группе. Основными причинами смерти в эти сроки являлись инфекционно-токсический шок и ПОН вследствие септических осложнений панкреонекроза.

Вывод

Таким образом, полученные нами данные позволяют сделать вывод о том, что применение аналога соматостатина (Октра®) в комплексном лечении панкреатита в течение всего периода способствует снижению проявления синдрома системной воспалительной реакции и ПОН, а также снижает общую летальность больных.

- панкреонекрозе //Анестезиология и реаниматология. — 1999. — № 6. — С. 28-33.
6. Савельев В.С., Филимонов М.И., Гельфанд Б.Р., Бурневич С.З., Соболев П.А. Оценка эффективности современных методов лечения деструктивного панкреатита // Анналы хирургической гепатологии. — 1996. — № 1. — С. 58-61.
7. Савельев В.С., Гельфанд Б.Р., Филимонов М.И., Бурневич С.З. Комплексное лечение больных панкреонекрозом. // Анналы хирургии. — 1999. — № 1. — С. 18-22.
8. Савельев В.С., Филимонов М.И., Бурневич С.З. Вопросы классификации и хирургического лечения при панкреонекрозе. // Анналы хирургии. — 1999. — № 4. — С. 34-38.
9. Филимонов М.И., Гельфанд Б.Р., Бурневич С.З. Деструктивный панкреатит: комплексная диагностика и лечение // Новый медицинский журнал. — 1997. — № 3. — С. 10-13.
10. Филин В.И., Костюченко А.Л. Неотложная панкреатология // Санкт-Петербург: «Питер», — 1994. — С. 410.
11. Bassi C., Falconi M., Caldiron E., Salvia R. et al. Assessment and treatment of severe pancreatitis. — Digestion. — 1999 — 60(suppl 1). — P. 5-8.
12. Beechey-Newman N. Controlled trial of high dose octreotide in disease severity // Dig. Dis. Sci. — 1993. — 38(4). — P. 644-647.
13. Berberat P.O., Friess H., Uhl W., Buckler M.W. The role of octreotide in the prevention of complications following pancreatic resection. — Digestion. — 1999. — 60(suppl 1.2). — P. 15-22.
14. Bender M., Uhl W., Friess H., Malfertheiner P., Bachler M.W. Octreotide in the treatment of acute pancreatitis: result octreotide dosages // Digestion. — 1994. — 55(Suppl) (1). — P. 20-23.
15. Bradley E.L. III clinically based classification system for acute pancreatitis. Summary of the international symposium on acute pancreatitis, Atlanta, Ga, September 11-13. 1992. — Arch.Surg. — 1993. — 128. — P. 586-590.
16. Buckler M.W., Binder M., Friess H. Role of somatostatin and its analogues in the treatment of acute and chronic pancreatitis // Gut. — 1994. — 35(3 Suppl). — P. 815-819.
17. Fiedler F., Jauring G., Keim V., Richter A. et al. Octreotide treatment in patients with necrotizing pancreatitis and pulmonary failure // Intensive Care Med. — 1996. — 22(9). — P. 909-915.
18. Henegouwen M.J. Van Berge, Th.M.Van Gulik, L.M.A. Akkermans, J.B.M. Jansen, D.J. Gouma. Yhr effect of octreotide on gastric emptying at a dosage used to prevent complications after pancreatic surgery: a randomized placebo controlled study in volunteers. — Gut. — 1997. — 4. — P. 758-762.
19. Jenkins S.A., Berein A. Review article: the relative effectiveness of somatostatin and octreotide therapy in pancreatic disease //Aliment. Pharmacol. Ther. — 1995 — 9(4). — P. 349-361.
20. Karakoyunlar O., Sivrel E., Tanir N., Denceli A.G. High dose octreotide in the management of acute pancreatitis. — Hepato-Gastroentology. — 1999. — 46. — P. 1968-1972.
21. McKay C., Baxter J., Imrie C. A randomized controlled trial of octreotide in the management of patients with acute pancreatitis // Int. J. Pancreatol. — 1997. — 21(1). — P. 13-19.
22. Luengo L., Vicente V., Gris F., Escuder J. et al. Influence of somatostatin in the evolution of acute pancreatitis.// International J. Pancreatology. — 1994. — 15(2). — P. 139-144.
23. Paran H., Neufeld D., Meyo A., Shwartzl et al. Preliminary report of a prospective randomized study of octreotide in the treatment of severe acute pancreatitis // J. Amer. College of surg. — 1995. — 181. — P. 121-124.

Таблица 5. Клиническая характеристика недостаточности органов в динамике лечения		
Показатель	Основная группа	Контрольная группа
Дыхательная недостаточность (баллы)	1,3±0,7 (1,4±0,8)	1,2±0,6 (2,0±1,0)
Сердечно-сосудистая недостаточность (баллы)	3,3±0,8 (2,3±0,5)*	3,1±1,3 (3,1±0,4)*
Кишечная недостаточность (баллы)	4,0±0,7 (2,1±0,4)*	3,3±1,0 (2,9±0,3)*
Почечная недостаточность (баллы)	1,3±0,51 (1,1±0,2)*	1,4±0,7 (1,4±0,7)*
* Статистически значимая разница в сравниваемых группах.		

Таблица 6. Продолжительность пребывания в отделении интенсивной терапии и общая длительность лечения, летальность в зависимости от тактики лечения				
Показатель	Основная, оперированные	Основная, неоперированные	Контрольная, оперированные	Контрольная, неоперированные
Длительность пребывания в отделении интенсивной терапии (сут)	18,72±3,11	9,24±3,51	20,28±4,12	11,7±2,15
Длительность лечения (сут)	36,81±6,8	27,3±3,8	41±4,18	27,33±3,9
Летальность	37,5%*	5%	50%*	8,3%
*Статистически значимая разница в сравниваемых группах.				

Литература

1. Гельфанд Б.Р., Бурневич С.З., Цыденжапов Е.Ц., Брюхов А.Н. Антибиотикопрофилактика и терапия при панкреонекрозе // 1999. — № 1(2). — С. 36-40.
2. Гельфанд Б.Р., Бурневич С.З., Гройзик К.Л. Препараты соматостатина в неотложной панкреатологии. — Вестник интенсивной терапии. — 1998. — № 3. — С. 19-24.
3. Лаптев В.В. Блокаторы панкреатического биосинтеза в лечении токсической фазы деструктивного панкреатита (клинико-экспериментальное исследование). Автореф. докт. мед. наук. — Москва. — 1998. — С. 45.
4. Савельев В.С., Филимонов М.И., Бурневич С.З., Соболев П.А. Хирургическое лечение распространенного панкреонекроза //Анналы хирургии. — 1998. — № 1. — С. 34-39.
5. Савельев В.С., Гельфанд Б.Р., Гологорский В.А., Филимонов М.И., Бурневич С.З., Цыденжапов Е.Ц. Системная воспалительная реакция и сепсис при

24. Schmid S., Uhf W., Buchler M.W. Protease-antiprotease interactions and the rationale for therapeutic protease inhibitors // Scand J. Gastroenterol. — 1996. — 31 Suppl. 219. — P. 47-50.
25. Steinberg W., Tenner S. Acute pancreatitis // New England J. Med. — 1994. — 330(17). — P. 1198-1210.
26. Takeda K., Matsuno S., Sunamura M., Kakugelwo Y. Continuous regional arterial infusion of protease inhibitor and antibiotics in acute necrotizing pancreatitis. — Am. J. Surg. — 1996. — 171(4). — P. 394-398.
27. Uhl W., Buchler M. W., Malfertheiner P., Beger H.G. et al. A randomised, double blind, multicentre trial of octreotide in moderate to severe acute pancreatitis. — Gut. — 1999. — 45. — P. 97-104.
28. Wyncoll D.L. The management of severe acute necrotizing pancreatitis: an evidence-based review of the literature // Intensive Care Med. — 1999. — 25 (2). — P. 146-156.

3

«Медицина газета «Здоров'я України — XXI сторіччя»© ®

Редакционная коллегия

- Е.Н. Амосова**, д.м.н., профессор, член-корреспондент НАМН Украины, заведующая кафедрой госпитальной терапии №1 НМУ им. А.А. Богомольца МЗ Украины
- О.Я. Бабак**, д.м.н., профессор, ГУ «Институт терапии им. Л.Т. Малой НАМН Украины»
- Г.М. Бутенко**, д.м.н., профессор, академик НАМН Украины, член-корреспондент НАН и РАМН, заместитель директора по научной работе ГУ «Институт геронтологии НАМН Украины»
- Б.М. Венцовский**, д.м.н., профессор, член-корреспондент НАМН Украины, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии № 1 НМУ им. А.А. Богомольца МЗ Украины
- Ю.В. Вороненко**, д.м.н., профессор, член-корреспондент НАМН Украины, ректор НМАПО им. П.Л. Шупика МЗ Украины
- С.И. Герасименко**, д.м.н., профессор, заместитель директора ГУ «Институт травматологии и ортопедии НАМН Украины» по научно-лечебной работе
- Ф.С. Глумчер**, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой анестезиологии и интенсивной терапии Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца
- И.И. Горпинченко**, д.м.н., профессор, директор Украинского института сексологии и андрологии главный сексопатолог МЗ Украины
- Ю.И. Губский**, д.м.н., профессор, член-корреспондент НАМН Украины, заведующий кафедрой биоорганической, биологической и фармацевтической химии НМУ им. А.А. Богомольца МЗ Украины
- Д.И. Заболотный**, д.м.н., профессор, академик НАМН Украины, директор ГУ «Институт отоларингологии им. А.И. Коломийченко НАМН Украины», главный отоларинголог МЗ Украины
- Д.Д. Иванов**, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой нефрологии НМАПО им. П.Л. Шупика МЗ Украины
- В.Н. Коваленко**, д.м.н., профессор, академик НАМН Украины, директор ННЦ «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско» НАМН Украины
- В.В. Корпачев**, д.м.н., профессор, заведующий отделом клинической фармакологии и фармакотерапии эндокринных заболеваний ГУ «Институт эндокринологии и обмена веществ им. В.П. Комиссаренко НАМН Украины»
- В.Г. Майданик**, д.м.н., профессор, академик НАМН Украины, заведующий кафедрой педиатрии НМУ им. А.А. Богомольца МЗ Украины
- Б.Н. Маньковский**, д.м.н., профессор, член-корреспондент НАМН Украины, заведующий кафедрой диабетологии НМАПО им. П.Л. Шупика МЗ Украины
- Ю.М. Мостовой**, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней Винницкого национального медицинского университета им. Н.И. Пирогова МЗ Украины
- В.З. Нетяженко**, д.м.н., профессор, член-корреспондент НАМН Украины, заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней №1 НМУ им. А.А. Богомольца МЗ Украины
- В.И. Паньків**, д.м.н., профессор, заведующий отделом профилактики эндокринных заболеваний Украинского научно-практического центра эндокринной хирургии, трансплантации эндокринных органов и тканей МЗ Украины
- А.Н. Пархоменко**, д.м.н., профессор, заведующий отделом реанимации и интенсивной терапии ННЦ «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско» НАМН Украины
- Н.В. Пасечникова**, д.м.н., профессор, директор Института глазных болезней и тканевой терапии им. В.П. Филатова НАМН Украины
- В.В. Поворознюк**, д.м.н., профессор, руководитель отдела клинической физиологии и патологии опорно-двигательного аппарата Института геронтологии НАМН Украины, директор Украинского научно-медицинского центра проблем остеопороза
- Л.Г. Розенфельд**, д.м.н., профессор, академик НАМН Украины, вице-президент НАМН Украины, заместитель директора ГУ «Институт отоларингологии им. А.И. Коломийченко НАМН Украины»
- С.С. Страфун**, д.м.н., профессор, главный ортопед-травматолог МЗ Украины, заместитель директора ГУ «Институт травматологии и ортопедии НАМН Украины» по научной работе
- И.М. Трахтенберг**, д.м.н., профессор, академик НАМН, член-корреспондент НАН Украины, заведующий отделом токсикологии Института медицины труда НАМН Украины
- Н.Д. Тронько**, д.м.н., профессор, академик НАМН Украины, член-корреспондент НАН, директор ГУ «Институт эндокринологии и обмена веществ им. В.П. Комиссаренко НАМН Украины»
- Ю.И. Фещенко**, д.м.н., профессор, академик НАМН Украины, директор ГУ «Институт фтизиатрии и пульмонологии им. Ф.Г. Яновского НАМН Украины», главный пульмонолог и фтизиатр МЗ Украины
- П.Д. Фомин**, д.м.н., профессор, академик НАМН Украины, главный хирург МЗ Украины
- Н.В. Харченко**, д.м.н., профессор, член-корреспондент НАМН Украины, заведующая кафедрой гастроэнтерологии, диетологии и эндоскопии НМАПО им. П.Л. Шупика МЗ Украины, главный гастроэнтеролог МЗ Украины
- В.И. Цымбалюк**, д.м.н., профессор, академик НАМН Украины, заместитель директора ГУ «Институт нейрохирургии им. А.П. Ромоданова НАМН Украины»
- В.П. Черных**, д.ф.н., д.х.н., профессор, член-корреспондент НАН Украины, ректор Национального фармацевтического университета МЗ Украины

Медицина газета «Здоров'я України» Тематичний номер «Хірургія, ортопедія, травматологія» Засновник — Іванченко Ігор Дмитрович Видавництво — ТОВ «Здоров'я України»		
ГЕНЕРАЛЬНИЙ ДИРЕКТОР	Людмила Жданова	Свідцтво № 16471-4943Р від 16.03.2010 р.
ГОЛОВНИЙ РЕДАКТОР	Володимир Савченко	Передплатний індекс 49561
ШЕФ-РЕДАКТОР	В'ячеслав Килимчук	Редакція має право публікувати матеріали, не поділяючи точки зору авторів.
ВИПУСКАЮЧИЙ РЕДАКТОР	Наталія Атрохіна	За достовірність фактів, цитат, імен, географічних назв та інших відомостей відповідають автори.
МЕДИЧНИЙ ДИРЕКТОР	Олексій Терещенко	Відповідальність за зміст рекламних матеріалів несе рекламодавець.
НАЧАЛЬНИК РЕДАКТОРСЬКОГО ВІДДІЛУ	Лідія Тралло	—  — матеріали, що публікуються на правах реклами.
ЛІТЕРАТУРНІ РЕДАКТОРИ/КОРЕКТОРИ	Валентина Грищенко	—  — авторські матеріали.
	Валентина Кривоберець	
	Ірина Сандул	Передрук матеріалів допускається тільки за дозволу редакції. Рукописи не повертаються і не рецензуються.
НАЧАЛЬНИК ВІДДІЛУ ВЕРСТКИ І ДИЗАЙНУ	Інна Мартиненко	
ДИЗАЙНЕРИ	Максим Маліков	
	Роман Попов	
	Юлія Нуртазіна	
	Сергій Чепур	
НАЧАЛЬНИК ВІДДІЛУ РЕКЛАМИ	Наталія Семенова	Контактні телефони:
МАРКЕТИНГ-МЕНЕДЖЕРИ	Інна Головка	Редакція 391-54-71, 391-54-77
	Юлія Башкірова	Відділ реклами 391-54-72, 391-54-73(74)
	Володимир Жданов	Відділ підписки та розповсюдження 391-54-76
АСИСТЕНТИ ВІДДІЛУ МАРКЕТИНГУ	Зоя Федірко	
	Анна Покровська	Газета віддрукована в ДП «Преса України», просп. Перемоги, 50.
НАЧАЛЬНИК ВІДДІЛУ ВИРОБНИЦТВА	Іванів Крайчев	Підписано до друку 31.05.2012 р.
ТЕХНІЧНИЙ ДИРЕКТОР	Микола Дятленко	Замовлення № Наклад 20 000 прим.
		Юридично підтверджений наклад.