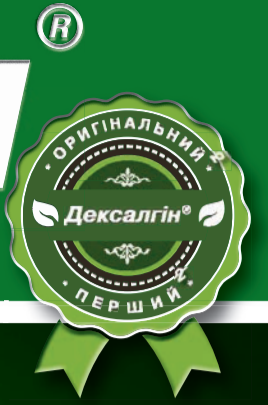


Симптоматичне лікування гострого болю¹

Дексалгін[®]

dexketoprofen trometamol



Швидко^{8,9}

Ефективно^{3,4,5,6,7}



Інформація про рецептурний лікарський засіб для професійної діяльності спеціалістів в галузі охорони здоров'я.

Фармакотерапевтична група: нестероїдні протизапальні засоби, Код АТС M01A E17.

Склад:

1 мл розчину для ін'єкцій містить декскетопрофену трометамолу 36,9 мг, що еквівалентно декскетопрофену 25 мг (1 ампула по 2 мл містить декскетопрофену трометамолу 73,8 мг, що еквівалентно декскетопрофену 50 мг);

1 таблетка, вкрита оболонкою, містить декскетопрофену трометамолу 36,9 мг, що еквівалентно декскетопрофену 25 мг;

Показання: Симптоматичне лікування гострого болю від легкого та помірного ступеня (Дексалгін[®] таблетки) до болю середньої та високої (Дексалгін[®] ін'єкт) інтенсивності.

Протипоказання: Підвищена чутливість до декскетопрофену, будь-якого іншого нестероїдного протизапального засобу або до допоміжних речовин препарату; активна фаза виразкової хвороби/кровотеча у травному тракті або підозра на наявність, рецидивуючий перебіг виразкової хвороби/кровотеча у травному тракті в анамнезі (не менше 2 підтверджені факти виразки або кровотечі) а також хронічна диспепсія; кровотеча або перфорація у травному тракті в анамнезі, пов'язані із застосуванням НПЗЗ; кровотеча у травному тракті, інші кровотечі в активній фазі або підвищена кровоточивість; хвороба Крона або неспецифічний виразковий коліт; бронхіальна астма в анамнезі; тяжка серцева недостатність; помірна або тяжке порушення функції нирок (кліренс креатиніну < 50 мл/хв); тяжке порушення функції печінки (10-15 балів за шкалою Чайлда-П'ю); геморагічний діатез або інші порушення згортання крові; III тримістр вагітності та період годування груддю.

Спосіб застосування та дози.

Розчин для ін'єкцій: рекомендована доза становить 50 мг з інтервалом 8-12 годин. За необхідності повторну дозу вводять за 6 годин. Максимальна добова доза не має перевищувати 150 мг. Препарат призначений для короточасного застосування, тому його слід застосовувати тільки у період гострого болю (не більше 2-х діб). Хворих слід переводити на пероральне застосування анальгетиків, коли це можливо.

Таблетки: залежно від виду та інтенсивності болю рекомендована доза становить 12,5 мг кожні 4 - 6 годин або 25 мг кожні 8 годин. Добова доза не повинна перевищувати 75 мг. Одноразовий прийом ікі зменшує швидкість всмоктування діючої речовини, тому його рекомендується приймати мінімум за 30 хв до їди.

Побічні дії: нейтропенія, анафілактичні реакції, відсутність апетиту, запаморочення, сонливість, розпливчастість зору, припливи, артеріальна гіпертензія, тахікардія, артеріальна гіпотензія, нудота та/або блювання, біль у животі, диспепсія, сухість у роті, печінчна виразка, кровотеча з виразки або її перфорація, висип, кропив'янка, акне, синдром Стивенса-Джонсона, синдром Лайєлла, популія, патологічні показники функціональних проб печінки.

Повний перелік показань, протипоказань, побічних ефектів, а також докладну інформацію про спосіб та особливості застосування препарату можна знайти в інструкції для медичного застосування препарату Дексалгін[®] від 25.01.2014 №77, Дексалгін[®] ін'єкт від 29.10.2010 №929. **Перед застосуванням та/або призначенням обов'язково уважно прочитайте цю інструкцію.**

Виробник Дексалгін[®]: Лібораторіос Менаріні С.А., Альфонсо ХІІ, 587, 08918 Бадалона, Італія, А.Менаріні Мануфактурінг Логістікс енд Сервісес С.д.Л., Віа Сіте Санті 3, 50131 Флоренція, Італія.

Виробник Дексалгін[®] ін'єкт: А.Менаріні Мануфактурінг Логістікс енд Сервісес С.д.Л., Віа Сіте Санті 3, 50131 Флоренція, Італія.

¹ Інструкція для медичного застосування препарату Дексалгін[®] від 25.01.2014 №77 та Дексалгін[®] ін'єкт від 29.10.2010 №929.

² Дексалгін[®] та Дексалгін[®] ін'єкт є першими лікарськими засобами на Україні, що були зареєстровані у 2006 р та мають свою речовину "декскетопрофен" (PharmXplorer/Ukraine Data, MAT 07/2014, UN, M01A market).

³ Maeno J, et al. A multicentre, randomised, double-blind study to compare the efficacy and tolerability of dexketoprofen trometamol versus diclofenac in the symptomatic treatment of knee osteoarthritis. Clin Drug Invest 2000, 19:247-256.

⁴ Metscher B, et al. Dexketoprofen-trometamol and tramadol in acute lumbago. Fortsch Med Orig 2001, 118:147-151.

⁵ Leman P et al. Randomised controlled trial of the onset of analgesic efficacy of dexketoprofen and diclofenac in lower limb injury. Emerg Med J 2003, 20:511-513.

⁶ Ay, MO et al. Comparison of the Analgesic Efficacy of Dexketoprofen Trometamol and Mepiridine HCl in the Relief of Renal Colic. American Journal of Therapeutics 2013, May 9, 1-8.

⁷ Karaman Y, et al. Efficacy of Dexketoprofen trometamol for acute postoperative pain relief after ENT surgery: a comparison with paracetamol and metamizole. Nobel Medicus, 2010, 6(2), 47-52.

⁸ Sanchez-Carpena J, et al. Comparison of dexketoprofen trometamol and dipyrone in the treatment of renal colic. Clin Drug Invest 2003, 23:139-152.

⁹ Barbano MJ, et al. Clinical pharmacokinetics of dexketoprofen. Clin Pharmacokinet 2001, 40:245-262.

За додатковою інформацією про препарат звертайтеся за адресою:
Представництво виробника "Берлін-Хемі/А.Менаріні Україна ГмбХ" в Україні,
02098, м. Київ, вул. Березняківська, 29, тел.: (044)494-33-88, факс: (044) 494-33-89



**BERLIN-CHEMIE
MENARINI**

Основные принципы ускоренного восстановления пациентов после хирургических вмешательств

Периоперационный период является достаточно непродолжительным, но наиболее ответственным отрезком времени, часто предопределяющим исход оперативного вмешательства. Ошибки здесь недопустимы, а любое решение анестезиолога должно быть взвешенным и обдуманым. Еще в середине 90-х годов XX века анестезиолог-реаниматолог из Дании профессор Н. Kehlet заинтересовался патофизиологической природой механизмов осложнений после плановых хирургических вмешательств. В результате проведенного им системного анализа был предложен многокомпонентный комплекс мер, направленных на снижение стрессовой реакции организма на хирургическую агрессию. Нивелирование последствий хирургического стресса стало основанием концепции, получившей название Fast-Track Surgery (быстрый путь в хирургию). В последние годы благодаря общему признанию принципа доказательности подходы к периоперационному ведению пациентов претерпели существенные изменения, позволив снизить частоту и тяжесть послеоперационных осложнений, а соответственно и летальность. О современных аспектах периоперационных мероприятий рассказали известные отечественные специалисты в области анестезиологии и интенсивной терапии.



Доктор медицинских наук, профессор кафедры анестезиологии и интенсивной терапии Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца Сергей Александрович Дубров рассказал о современных программах быстрого восстановления организма после оперативного вмешательства.

— В последние годы отмечается существенное изменение тактики ведения пациентов в периоперационный период, связанное с новыми подходами к обезболиванию и внедрением методов, снижающих стрессовый ответ организма на операционную травму. Внедрение таких подходов, особенно при сложных хирургических вмешательствах, снижает количество послеоперационных осложнений, укорачивает время нахождения в стационаре и ускоряет процесс выздоровления пациентов. Так была создана концепция Fast-Track хирургии.

В последнее время разработкой протоколов ведения хирургических пациентов занимается ассоциация ERAS (Enhanced Recovery After Surgery или «ускоренное восстановление после хирургических операций»), которая руководствуется в своей деятельности результатами клинических исследований. Основные положения мультимодального метода ускоренного восстановления хирургических больных после плановых операций предусматривают применение комплекса мер на всех периоперационных этапах: до операции, во время ее проведения и в послеоперационном периоде — с целью минимизации стрессового воздействия хирургического вмешательства на организм больного. На сегодняшний день данная стратегия состоит из следующих компонентов:

- отказ от механической подготовки кишечника;
- раннее энтеральное питание в послеоперационном периоде;
- профилактика тошноты и рвоты;
- отказ от премедикации с изменением схемы интраоперационной анестезии;
- ранняя мобилизация хирургических пациентов;
- профилактика тромбоэмболических осложнений;
- ограниченное использование наркотических анальгетиков;
- раннее назначение пероральных НПВП;
- использование методов регионарной анестезии (эпидуральная, спинальная, блокада нервов);
- адекватная инфузионная поддержка;
- ограничение рутинного использования дренажей и назогастральных зондов или же быстрое их удаление.

Еще до проведения хирургического вмешательства лечащий врач обязательно должен объяснить пациенту необходимость его активного участия в восстановлении после операции, акцентировать внимание на роли ранней активизации после операции, важности энтерального питания, дыхательной гимнастики.

Заметной особенностью предоперационной стратегии Fast-Track является отказ

от полного голодания накануне операции. Метаанализ М.С. Brady и соавт. (2003) показал, что прекращение приема любых жидкостей за 2 часа до операции не увеличивает частоту аспирационных осложнений при плановых хирургических вмешательствах в сравнении с пациентами, голодавшими от полуночи до начала операции. В настоящее время рекомендации ERAS предусматривают прекращение приема твердой пищи за 6 часов до операции, а жидкостей — за 2 часа.

Важно и отказ от механической подготовки кишечника. Исследования последних лет доказывают, что отсутствие проведения механической подготовки кишечника даже в колоректальной хирургии не сопровождается возрастанием количества инфекционных осложнений, включая и несостоятельность швов анастомоза. Кроме того, использование механической очистки кишечника в предоперационном периоде ассоциируется с ростом частоты интраабдоминальных абсцессов и увеличением длительности пребывания в стационаре.

Оптимизация предоперационного сопровождения строится на отказе от премедикации и изменении схемы интраоперационной анестезии. В качестве анальгетического компонента премедикации используют НПВП, а последующее мультимодальное обезбоживание позволяет уменьшить время и выраженность постнаркотической депрессии и когнитивных нарушений.

Важной составляющей периоперационного ведения пациентов является адекватная профилактика тромбоэмболических осложнений, частота которых продолжает оставаться на достаточно высоком уровне. Для тромбопрофилактики в периоперационном периоде используют немедикаментозные (ранняя мобилизация, эластичные чулки, интермиттирующая пневматическая компрессия) и фармакологические методы (гепарин, низкомолекулярный гепарин). Тромбопрофилактику рекомендуется начинать как можно раньше — с момента появления факторов риска тромбоэмболических осложнений и продолжать до тех пор, пока эти факторы присутствуют.

Наиболее эффективным способом снижения количества препаратов, угнетающих нервную систему, является раннее использование НПВП и применение регионарных методов анестезии (перидуральной и спинальной, проводниковых блокад). К преимуществам этого вида обезбоживания относят снижение риска и частоты тромбоэмболических осложнений, инфаркта миокарда, дыхательных осложнений и почечной недостаточности, ускорение разрешения послеоперационного пареза кишечника.

Важным компонентом анестезиологического обеспечения является инфузионная поддержка. К сожалению, необходимый объем интраоперационной инфузии трудно спрогнозировать, что часто приводит к отклонениям в сторону гипер- и гиповолемии. Гиперволемию способствует повышению проницаемости капилляров, развитию отека тканей, что приводит к росту частоты осложнений в послеоперационном периоде. В связи с этим все большее распространение получает концепция целенаправленной терапии, основанная

на контроле различных гемодинамических показателей. Оптимизация объема инфузионной терапии сопровождается уменьшением частоты послеоперационных осложнений и сокращает сроки пребывания пациентов в стационаре.

Комфортность лечения пациента значительно повышается при отказе от рутинного использования назогастральных зондов и дренажей операционной раны. Раньше назогастральную декомпрессию считали неотъемлемым компонентом абдоминальной хирургии, однако на сегодня необходимость использования этой конструкции вызывает много сомнений. У больных без назогастрального зонда реже развиваются легочные осложнения и раньше восстанавливается перистальтика кишечника. Кроме того, декомпрессия не уменьшает длительность пареза желудочно-кишечного тракта, число осложнений и сроки госпитализации, удлиняя при этом период до начала энтерального питания.

В свете новых данных отрицается целесообразность рутинного дренирования ран и полостей, проводимого с целью эвакуации раневого отделяемого. Пациенты негативно воспринимают дренажи, так как их нахождение в ране провоцирует боль и ограничивает подвижность. Результаты исследований показывают, что дренирование ран не уменьшает риск несостоятельности швов анастомоза и смертность, увеличивая при этом длительность операции, время нахождения больного в стационаре и количество осложнений.

Ведущую роль в послеоперационном лечении пациентов отводят адекватному обезболиванию. Доказано, что плохо купированная боль повышает частоту ранних послеоперационных осложнений. Кроме того, она вызывает пластические изменения в ЦНС, существенно увеличивая риск развития хронического послеоперационного болевого синдрома.

Проведенные исследования и метаанализы убедительно продемонстрировали, что мультимодальная аналгезия (одновременное использование двух и более анальгетиков, обладающих различными механизмами действия) обеспечивает эффективное обезбоживание при минимальных побочных эффектах, присущих назначению больших доз анальгетика в режиме монотерапии. Выбор конкретной схемы аналгезии определяется, прежде всего, предполагаемой интенсивностью боли.

В настоящее время ВОЗ рекомендует применять ступенчатое обезбоживание, больше известное как «анальгетическая лестница». Ступенчатое обезбоживание предусматривает назначение ненаркотических анальгетиков с постепенным добавлением сначала слабых, а затем и более мощных опиатов. Перевод пациента с одного уровня лечения на следующий осуществляется лишь в том случае, когда действующая терапия оказывается неэффективной даже в максимальных дозах. Следует отметить, что на всех уровнях лечения боли присутствуют НПВП.

В нашей клинической практике хорошо себя зарекомендовал декскетопрофен трометамол (оригинальный препарат Дексалгин), продемонстрировав высокую эффективность у пациентов с политравмой. Дексалгин обеспечивает достоверно

более быстрое и более выраженное развитие анальгетического эффекта по сравнению с использованием традиционных НПВП. Следует отметить высокий уровень безопасности препарата, который сопоставим с селективными ингибиторами ЦОГ-2.

Однократное введение Дексалгина до оперативного вмешательства (определяемое как preemptive аналгезия) позволяет значительно уменьшить расход наркотических анальгетиков, не влияя на качественные и количественные характеристики сознания и оказывает значительное влияние на послеоперационное обезбоживание. В комбинации с наркотическим анальгетиком препарат не вызывает гипотензии, что особенно важно у пациентов с политравмой.



Более подробно о современных подходах к лечению острой послеоперационной боли мы попросили рассказать доктора медицинских наук, профессора кафедры хирургии, анестезиологии и интенсивной терапии, директора

Института последипломного образования Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца Юрия Леонидовича Кучина.

— В настоящее время обезбоживание считается важнейшим компонентом периоперационного ведения пациентов. Хорошо известно, что адекватная аналгезия в послеоперационном периоде позволяет улучшить психологический и физиологический статус пациента, обеспечивает более раннюю активизацию и способствует снижению частоты периоперационных осложнений (сердечно-сосудистых, тромбоэмболических, инфекционных и др.). На сегодняшний день стандартом послеоперационного обезбоживания считается мультимодальная аналгезия, которая подразумевает влияние на большинство звеньев образования и проведения болевого импульса. Что это за звенья, и каким образом мы можем на них воздействовать, рассмотрим более подробно.

Как известно, возникновение болевого импульса происходит на периферии вследствие стимуляции ноцицепторов. Далее импульс передается к высшим отделам нервной системы посредством как минимум трех нейронов — от рецепторов к спинному мозгу, от спинного мозга к таламусу и другим болевым центрам, от таламуса к соответствующим соматосенсорным зонам коры головного мозга, где, собственно, и формируется болевое ощущение. В соответствии с перечисленными звеньями выделяют несколько основных этапов формирования болевого ощущения: ноцицепция (стимуляция болевых рецепторов), трансмиссия (передача импульса по цепи нейронов) и перцепция (формирование болевого ощущения на уровне коры головного мозга).

Высокой эффективности обезбоживания при острой боли в ответ на повреждение можно достичь при условии воздействия на перечисленные звенья этого пути: на уровне ноцицепторов, проведения импульса и ЦНС. Кроме системы проведения болевого импульса существует также система подавления боли — так называемая антиноцицептивная система, которая берет начало в миндалевидном теле и таламусе и заканчивается на уровне спинного мозга. Именно посредством антиноцицептивной системы реализуются основные эффекты опиоидов.

Говоря о купировании послеоперационной боли, нельзя не вспомнить еще один важный механизм усиления ее выраженности — сенситизацию. На периферии сенситизация развивается вследствие активации большого количества ноцицепторов. Так, в норме функционирует всего около 10% ноцицепторов, однако в случае повреждения тканей (травма, операционная рана, ожог и др.) и развития локального воспаления активируются и остальные. Соответственно, чем больше активно функционирующих ноцицепторов, тем выше чувствительность (гипералгезия) и интенсивность формирующегося болевого импульса.

Продолжение на стр. 6.

Основные принципы ускоренного восстановления пациентов после хирургических вмешательств

Продолжение. Начало на стр. 3

При повреждении тканей происходит активация синтеза метаболитов арахидоновой кислоты, принимающих участие в сенситизации периферических ноцицепторов. Поэтому назначение НПВП до проведения оперативного вмешательства предупреждает развитие воспаления и соответственно снижает выраженность сенситизации. То есть эффекты НПВП реализуются преимущественно не за счет купирования существующей боли, а в результате ее предупреждения.

Следует учитывать, что сенситизация развивается и на центральном уровне. Воспалительная реакция травмированных тканей стимулирует активность ЦОГ-2 и в задних рогах спинного мозга, что приводит к повышению продукции простагландина E₂ (ПГЕ-2) на спинальном. Стимуляция ПГЕ-2 простагландиновых рецепторов задних рогов спинного мозга усиливает открытие N-метил-D-аспартат (NMDA)-каналов глутаматом, что повышает возбудимость нейронов задних рогов спинного мозга. Важная роль тканевого воспаления в механизмах центральной сенситизации (а следовательно — и в формировании хронической боли) является показанием для обязательного включения в схему лечения послеоперационной боли тех препаратов из группы НПВП, которые благодаря своей высокой липофильности могут проникать в центральную нервную систему.

Имея четкое представление о механизмах формирования боли, вернемся к вопросу мультимодальной анальгезии. Выраженность воспалительной реакции на периферии, а следовательно, и выраженность гипералгезии можно снизить за счет НПВП. Выполнение проводниковых блокад местными анестетиками дает возможность прервать проведение болевого импульса на уровне первого нейрона. На уровне задних рогов спинного мозга эффективны опиаты, кетамин, НПВП, трициклические антидепрессанты. Разумеется, на уровне опиятной антиноцицептивной системы наиболее эффективно работают опиаты, а также клофелин, трициклические антидепрессанты, закись азота. Одновременно воздействуя на несколько указанных точек, можно достичь максимального клинического результата, не превышая безопасных дозировок препаратов.

Согласно современным рекомендательным документам по лечению боли в послеоперационном периоде (PROSPECT, рекомендации Европейской ассоциации по изучению боли) должны использоваться НПВП. При этом НПВП назначаются на всех ступенях так называемой анальгетической лестницы — начиная от боли малой интенсивности и заканчивая уровнем, требующим параллельного использования опиатов.

К настоящему времени получено большое количество доказательств в пользу того, что традиционные НПВП являются эффективными средствами для лечения острой послеоперационной боли. Если же пациент продолжает жаловаться на боль, анальгетический эффект НПВП усиливают за счет препаратов, воздействующих на другие звенья проведения болевого импульса, в чем и заключается принцип мультимодальности. Применение мультимодальной анальгезии дает возможность снизить потребность в опиатах и, соответственно, уменьшить риск нежелательных явлений, связанных с их приемом (избыточная седация, угнетение дыхания, тошнота, рвота, угнетение перистальтики кишечника, задержка мочи, гипералгезия, кожный зуд, гипотензия).

Назначая НПВП, врач должен думать не только об их эффективности, но и о безопасности. Известно, что токсические эффекты НПВП обусловлены угнетением активности ЦОГ-1 и нарушением синтеза простагландинов, прежде всего в слизистой желудочно-кишечного тракта, что приводит к повышенному риску развития гастро- и энтеропатий. Селективные ингибиторы ЦОГ-2, которые меньше влияют на активность ЦОГ-1, характеризуются более высоким профилем

безопасности и лучшей переносимостью. Однако не следует забывать, что сама классификация НПВП по принципу селективности является достаточно условной. Полностью селективных препаратов не существует, а принадлежность к группе ингибиторов ЦОГ-2 свидетельствует лишь о смещении соотношения ингибирования в сторону циклооксигеназы 2 типа. При повышении дозы, кратности либо длительности применения ЦОГ-2-селективного НПВП лечение также сопряжено с различными рисками. Кроме того, прием многих селективных ингибиторов ЦОГ-2 ассоциируется с повышенным риском кардиоваскулярных событий.

Европейское агентство по лекарственным средствам (European Medicines Agency, EMA) в 2006 г. опубликовало ограничительные документы по побочным эффектам НПВП. На значение НПВП противопоказано при острой пептической язве или гастроинтестинальном кровотечении, воспалительных заболеваниях кишечника, тяжелых аллергических реакциях в анамнезе в ответ на применение аспирина или НПВП, тяжелых нарушениях функции печени, застойной сердечной недостаточности, ишемической болезни сердца, патологии периферических артерий, цереброваскулярных заболеваниях, после аортокоронарного шунтирования.

Запрещается совместное применение двух и более НПВП, поскольку в таком случае риск побочных эффектов существенно возрастает. Для увеличения анальгетического эффекта можно использовать комбинацию НПВП с парацетамолом или метамизолом, поскольку эти препараты имеют различные точки приложения. Не следует превышать допустимые дозы, кратность и длительность применения ЦОГ-2. В случае недостаточности обезболивания необходимо добавить препараты из других классов, рекомендуемых для мультимодальной анальгезии.

С точки зрения соотношения эффективности и безопасности нашего внимания среди НПВП заслуживает Дексалгин, который представляет собой растворимую в воде соль праворукающего изомера кетопрофена. Праворукающий изомер ингибирует ЦОГ-2 в 5 раз активнее по сравнению с рацемическим кетопрофеном и в 100 раз активнее по сравнению с его праворукающим изомером, что обуславливает его высокую анальгетическую эффективность. Было показано, что Дексалгин в половинной дозе обладает сопоставимым с кетопрофеном анальгетическим эффектом и в то же время лучшим профилем безопасности. Дексалгин убедительно продемонстрировал в клинических исследованиях высокую эффективность в качестве средства послеоперационной анальгезии.

В настоящее время накоплен большой опыт применения этого препарата в хирургии и травматологии. Назначая данный НПВП, следует помнить, что он не показан для перинеурального, эндолумбального, перидурального введения, поскольку в качестве консерванта содержит этиловый спирт. Кроме того, отсутствуют данные о совместимости «в одном шприце» с дротаверином, дифенгидраминам.

Среди дополнительных свойств декскетопрофена следует отметить его способность проникать через гематоэнцефалический барьер благодаря высокой липофильности и оказывать центральное действие на уровне задних столбов спинного мозга. Таким образом, препарат характеризуется не только периферическим, но и центральным действием, что объясняет его выраженный анальгетический эффект.

Для того чтобы эффективно купировать боль, необходимо регулярно проводить оценку ее выраженности, для чего применяют специальные шкалы. Как правило, интенсивность боли оценивают до и после обезболивания, что дает возможность оценить эффективность анальгезии. Выраженность боли следует определять не только в покое, но и в движении. Это позволяет достичь более ранней активизации пациента и имеет большое значение для уменьшения частоты многих послеоперационных осложнений, связанных с длительной гиподинамией (ателектаз легких, гипостатическая пневмония, венозный тромбоз, обстипация и др.).

Подготовил Вячеслав Килимчук



Медична газета «Здоров'я України». Тематичний номер «Хірургія, ортопедія, травматологія»

Редакційна колегія

- К.М. Амосова**, д.мед.н., професор, член-кореспондент НАМН України, завідувач кафедри внутрішньої медицини № 2, ректор НМУ ім. О.О. Богомольця МОЗ України
- О.Я. Бабак**, д.мед.н., професор, Харківський національний медичний університет
- Г.М. Бутенко**, д.мед.н., професор, академік НАМН України, член-кореспондент НАН України і РАМН, директор ДУ «Інститут генетичної та регенеративної медицини НАМН України»
- Б.М. Венцівський**, д.мед.н., професор, член-кореспондент НАМН України, завідувач кафедри акушерства і гінекології № 1 НМУ ім. О.О. Богомольця МОЗ України
- Ю.В. Вороненко**, д.мед.н., професор, академік НАМН України, ректор НМАПО ім. П.Л. Шупика МОЗ України
- 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 МОЗ України
- 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 МОЗ України
- 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 НМАПО ім. П.Л. Шупика МОЗ України, головний дитячий нефролог МОЗ України
- В.М. Коваленко**, д.мед.н., професор, академік НАМН України, віце-президент НАМН України, директор ННЦ «Інститут кардіології ім. М.Д. Стражеска» НАМН України
- В.В. Корпачов**, д.мед.н., професор, завідувач відділу клінічної фармакології і фармакотерапії ендокринних захворювань ДУ «Інститут ендокринології та обміну речовин ім. В.П. Комісаренка НАМН України»
- В.Г. Майданник**, д.мед.н., професор, академік НАМН України, завідувач кафедри педіатрії № 4 НМУ ім. О.О. Богомольця МОЗ України
- Б.М. Маньковський**, д.мед.н., професор, член-кореспондент НАМН України, завідувач кафедри діабетології НМАПО ім. П.Л. Шупика МОЗ України, головний ендокринолог МОЗ України
- Ю.М. Мостовой**, д.мед.н., професор, завідувач кафедри пропедевтики внутрішніх хвороб Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова МОЗ України
- В.І. Паньків**, д.мед.н., професор, завідувач відділу профілактики ендокринних захворювань Українського науково-практичного центру ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин МОЗ України
- О.М. Пархоменко**, д.мед.н., професор, член-кореспондент НАМН України, науковий керівник відділу реанімації та інтенсивної терапії ДУ ННЦ «Інститут кардіології ім. 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. Поворожнюк**, д.мед.н., професор, керівник відділу клінічної фізіології та патології опорно-рухового апарату ДУ «Інститут геронтології НАМН України», директор Українського науково-медичного центру проблем остеопорозу
- Л.Г. Розенфельд**, д.мед.н., професор, академік НАМН України
- С.С. Страфун**, д.мед.н., професор, головний ортопед-травматолог МОЗ України, заступник директора з наукової роботи ДУ «Інститут травматології та ортопедії НАМН України»
- І.М. Трахтенберг**, д.мед.н., професор, академік НАМН України, член-кореспондент НАН України, завідувач відділу токсикології ДУ «Інститут медицини праці НАМН України»
- М.Д. Тронько**, д.мед.н., професор, академік НАМН, член-кореспондент НАН України, віце-президент НАМН України, директор ДУ «Інститут 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 МОЗ України
- Н.В. Харченко**, д.мед.н., професор, член-кореспондент НАМН України, завідувач кафедри гастроентерології, дієтології та ендоскопії НМАПО ім. П.Л. Шупика МОЗ України
- В.І. Цимбалюк**, д.мед.н., професор, академік НАМН України, президент НАМН України, заступник директора ДУ «Інститут нейрохірургії ім. А.П. Ромоданова НАМН України»
- В.П. Черних**, д.ф.н., д.х.н., професор, член-кореспондент НАН України, ректор Національного фармацевтичного університету МОЗ України

Медична газета «Здоров'я України». Тематичний номер «Хірургія, ортопедія, травматологія»

Засновник – Іванченко Ігор Дмитрович

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

ГЕНЕРАЛЬНИЙ ДИРЕКТОР	Ігор Іванченко	Свідоцтво КВ № 16471-4943P від 16.03.2010 р.
ДИРЕКТОР З РОЗВИТКУ	Людмила Жданова	Передплатний індекс 49561
ФІНАНСОВИЙ ДИРЕКТОР	Тетяна Черкасова	Редакція має право публікувати матеріали, не поділяючи точки зору авторів.
ШЕФ-РЕДАКТОР	В'ячеслав Килимчук	За достовірність фактів, цитат, імен, географічних назв та інших відомостей відповідають автори.
ВИПУСКАЮЧИЙ РЕДАКТОР	Катерина Подлозовік	Відповідальність за зміст рекламних матеріалів несе рекламодавець.
МЕДИЧНИЙ ДИРЕКТОР	Олексій Терещенко	Передрук матеріалів допускається тільки з дозволу редакції. Рукописи не повертаються і не рецензуються.
МЕДИЧНИЙ РЕДАКТОР	Антон Вовчек	Медична газета «Здоров'я України». Тематичний номер «Хірургія, ортопедія, травматологія» є спеціалізованим виданням для медичних установ та лікарів.
ЛІТЕРАТУРНІ РЕДАКТОРИ/КОРЕКТОРИ	Ірина Сандул Анна Аксьонова	Адреса для листів: вул. Механізаторів, 2, м. Київ, 03035. E-mail: zu@health-ua.com; www.health-ua.com
НАЧАЛЬНИК ВІДДІЛУ ВЕРСТКИ І ДИЗАЙНУ	Інна Мартиненко	Контактні телефони:
ДИЗАЙНЕРИ	Олена Дудко Максим Маліков Ірина Лесько Наталія Дехтяр Юлія Ромась Олександр Воробійов	Редакція 521-86-98, 521-86-97 Відділ маркетингу 521-86-91, 521-86-86 Відділ передплати та розповсюдження 364-40-28
НАЧАЛЬНИК ВІДДІЛУ МАРКЕТИНГУ	Наталія Семенова	Газета віддрукована в ДТОВ «Видавничий дім «АванпостПрім», м. Київ 35, вул. Сурикова, 3/3.
МАРКЕТИНГ-МЕНЕДЖЕРИ	Юлія Башкірова Інна Головако Зоя Маймескул Мирослава Табачук	Підписано до друку 29.02.2016 р. Замовлення № Наклад 15 000 прим.
НАЧАЛЬНИК ВІДДІЛУ ВИРОБНИЦТВА	Івалін Крайчев	
ТЕХНІЧНИЙ ДИРЕКТОР	Сергій Бадеха	