

Cefpodoxime Proxetil

Цефодокс

Дружній,
завдяки технології **Prodrug***



* Проліки

Скорочена інструкція для медичного застосування препарату ЦЕФОДОКС

Склад: діюча речовина: cefpodoxime; 1 таблетка містить цефподоксиму (у формі проксетилу) 100 мг або 200 мг; 5 мл суспензії містять цефподоксиму (у формі проксетилу) 50 мг або 100 мг. Лікарська форма: таблетки, вкриті плівковою оболонкою; порошок для оральної суспензії. Показання. Інфекції, спричинені чутливими до цефподоксиму збудниками: ЛОР-органів (включаючи синусит, тонзиліт, фарингіт); для лікування тонзиліту і фарингіту Цефодокс призначають у разі хронічної або рецидивуючої інфекції, а також у випадках відомої або підозрюваної нечутливості збудника до широкозастосовуваних антибіотиків; дихальних шляхів (включаючи гострий бронхіт, рецидиви або загострення хронічного бронхіту, бактеріальну пневмонію); неускладнені інфекції верхніх і нижніх сечовивідних шляхів (включаючи гострий пієлонефрит і цистит); шкіри та м'яких тканин (абсцеси, целюліт, інфіковані рани, фурункули, фолікуліт, пароніхія, карбункули і виразки); неускладнений гонококовий уретрит. Протипоказання. Підвищена чутливість до препаратів групи цефалоспоринів, пеніцилінів. Дитячий вік до 12 років (таблетки). Спадкова непереносимість фруктози або недостатність сахарози-ізомальтази. Спосіб застосування та дози. Суспензія Цефодокс призначена для застосування у педіатрії. Готову суспензію слід приймати внутрішньо під час вживання їжі для посилення абсорбції. Таблетки Цефодокс слід приймати внутрішньо під час вживання їжі для посилення абсорбції. Немає необхідності змінювати дози для дітей з печінковою недостатністю. Порушення функції нирок: немає необхідності змінювати дозу лікарського засобу Цефодокс якщо кліренс креатиніну >40 мл/хв., якщо концентрація креатиніну нижче 40 мл/хв., фармакокінетичні дослідження вказують на збільшення періоду напіввиведення та максимальної концентрації у плазмі крові, тому доза препарату повинна бути відкорегована; хворим, які перебувають на гемодіалізі, призначають розраховану залежно від маси тіла разову дозу після кожного сеансу діалізу. Дітям віком від 5 місяців до 12 років препарат призначати у дозі 10 мг/кг маси тіла на добу (максимальна добова доза – 400 мг), яку слід застосовувати у 2 прийоми з інтервалом 12 годин (максимальна разова доза – 200 мг). Для дорослих і дітей віком від 12 років з нормальною функцією нирок рекомендовані такі дози: синусит – 200 мг двічі на добу, інші інфекції ЛОР-органів (у т.ч. тонзиліт, фарингіт) – 100 мг двічі на добу; інфекції дихальних шляхів (включаючи гострий бронхіт, рецидиви або загострення хронічного бронхіту, бактеріальну пневмонію) – 100-200 мг двічі на добу; неускладнені інфекції верхніх сечовивідних шляхів (гострий пієлонефрит) - 200 мг двічі на добу, неускладнені інфекції нижніх сечовивідних шляхів (цистит) - 100 мг двічі на добу; інфекції шкіри та м'яких тканин (абсцеси, целюліт, інфіковані рани, фурункули, фолікуліт, пароніхія, карбункули і виразки) - 200 мг двічі на добу; неускладнений гонококовий уретрит - 200 мг одноразово. Термін лікування залежить від тяжкості захворювання і визначається індивідуально. Пацієнти літнього віку: немає необхідності змінювати дозу пацієнтам літнього віку з нормальною функцією нирок. Побічні реакції. Застосовується така класифікація частоти виникнення побічних ефектів: дуже часто ($\geq 1/10$), часто ($\geq 1/100$, $< 1/10$), нечасто ($\geq 1/1000$, $< 1/100$), рідко ($\geq 1/10\ 000$, $< 1/1000$), дуже рідко ($< 1/10\ 000$). Інфекції та інвазії: рідко – суперінфекція, спричинена деякими грибами роду Candida, нечутливими до цефподоксиму; дуже рідко – коліт, пов'язаний із застосуванням антибіотиків. З боку кровотворення: рідко – еозинфілія; дуже рідко – лейкопенія, нейтропенія, тромбоцитопенія, тромбоцитоз, агранулоцитоз, зниження концентрації гемоглобіну, гемолітична анемія. З боку імунної системи: рідко – гіперчутливість, анафілактичні реакції. Метаболічні порушення: рідко – зневоднення, подагра, периферійний набряк, збільшення маси тіла. З боку кістково-м'язової системи: рідко – міалгія. З боку нервової системи: нечасто – цефалгія; рідко – вертиго; дуже рідко – запаморочення, безсоння, сонливість, невроз, роздратованість, нервозність, незвичні сновидіння, погіршення зору, сплутаність свідомості, нічні жахи, парестезія. З боку дихальної системи: рідко – астма, кашель, носова кровотеча, риніт, свистяче дихання, бронхіт, ядуха, плевральний випіт, пневмонія, синусит. З боку травного тракту: рідко – діарея; нечасто – біль у животі, нудота; рідко – відчуття спраги, тенезми, здуття живота, блювання, диспепсія, сухість у роті, зменшення апетиту, запор, кандидозний стоматит, анорексія, відрижка, гастрит, виразки у роті, псевдомембранозний коліт. З боку гепатобіліарної системи: рідко – холестатичне ураження печінки. З боку шкіри та підшкірних тканин: рідко – висипання, свербіж, кропив'янка, підвищена пітливість, макульозні висипання, грибовий дерматит, злущування, сухість шкіри, випадання волосся, везикулярні висипання, сонячна еритема, пурпура, бульозні реакції (включаючи синдром Стивенса-Джонсона), токсичний епідермальний некроліз, мультиформна еритема. З боку сечостатевої системи: рідко – гематурія, інфекції сечових шляхів, метрорагія, дизурія, часті сечовиділення, протейнурія, вагінальний кандидоз. З боку серцево-судинної системи: рідко – застійна серцева недостатність, мігрень, прискорене серцебиття, вазодилатація, гематома, артеріальна гіпертензія або гіпотензія. З боку органів чуття: рідко – порушення смакових відчуттів, подразнення очей, шум у вухах. Загальні розлади: рідко – дискомфорт, втомлюваність, астения, медикаментозна гарячка, біль у грудях (біль може віддавати у попереk), гарячка, генералізований біль, мікробіологічне дослідження, кандидоз, абсцес, алергічна реакція, набряк обличчя, бактеріальні інфекції, паразитарні інфекції. Лабораторні показники: рідко – підвищення показників функціональних печінкових тестів АсАТ, АлАТ, рівня лужної фосфатази, білірубину, сечовини і креатиніну, псевдопозитивна реакція Кумбса. Передозування. Симптоми: нудота, блювання, абдомінальний біль, діарея. У разі передозування, особливо у пацієнтів з нирковою недостатністю, можливе виникнення енцефалопатії. Випадки енцефалопатії, як правило, оборотні при низьких рівнях цефподоксиму у плазмі крові. Лікування. Гемодіаліз, перитонеальний діаліз. Терапія симптоматична.

Р.п.: UA/4152/01/01, UA/4152/02/01, UA/4152/01/02, UA/4152/02/02

Антибиотикорезистентність в педіатричеській практиці: проблема і її рішення

14-16 квітня 2016 року в г. Одесі відбулася VIII Всеукраїнська науково-практична конференція з міжнародним участям «Нові медичні технології в педіатрії і сімейній медицині», присвячена пам'яті видатного українського ученого-педіатра, академіка Бориса Яковлевича Резніка. В цьому році ведучі отечественні і зарубіжні учені затрупили такі актуальні теми сучасної педіатрії, як принципи лікування і діагностики гострих респіраторних інфекцій, проблеми нутриціології, дитячої гастроентерології, алергології і др. Однією з ключових тем, розглянутих в рамках конференції, стала проблема антибиотикорезистентності і адекватної антибіотикотерапії у дітей.

Заведуюча кафедрою госпітальної педіатрії і дитячих інфекційних захворювань Української медичної стоматологічної академії, доктор медичних наук, професор Татяна Александровна Крючко привлекла увагу аудиторії до проблем безпеки антибіотикотерапії у дітей.

— Захворювання органів дихання залишаються найбільш поширеною патологією в структурі захворюваності населення України, складаючи 15 873,8 випадків на 100 тис. дорослого населення (ВОЗ, 2015). Інфекції нижніх дихальних шляхів і грип є найбільш поширеними причинами смерті від інфекційних захворювань в США. Щорічно внебольничні інфекції дихальних шляхів стають приводом для звернення до лікаря більш ніж в 200 млн випадків. Кожен рік від захворювань легких в країнах Європи гине 600 тис. осіб, що є причиною захворювань, викликаних кожні 8-я смерть в Європі (The European Lung white book).

Однією з причин такої тривожної статистики є широке поширення резистентності патогенних мікроорганізмів до сучасних антибіотических препаратів. Масове і зазвичай необґрунтоване використання антибіотиків призводить до того, що резистентність патогенних мікроорганізмів з кожним роком зростає. Слабка чутливість до антибіотиків значно підвищує рівень смертності і збільшує витрати на лікування.

Необґрунтоване призначення протимікробних препаратів — явище повсюдне, і розвинені країни не виняток. В країнах Європейського Союзу антибіотическі препарати в амбулаторній практиці, на жаль, все ще рутинно призначаються при гострому бронхіті, гострому респіраторному вірусному інфекції, гострому фарингіті, гострому назофарингіті. Нерациональне використання антибіотиків при лікуванні дітей зазвичай може стати причиною значного погіршення стану пацієнта або навіть його смерті. Поширеність антибиотикорезистентності змушує лікарів вдаватися до використання препаратів резерву і лікарських засобів, протипоказаних до призначення в педіатричеській практиці. В зв'язі з цим в 2011 г. Управління по контролю якості харчових продуктів і лікарських засобів США (FDA) і Європейське агентство лікарських засобів (EMA) разом з Європейською 7-ю рамочною програмою розробили проекти, присвячені оптимізації використання лікарських засобів при лікуванні дітей. Так, проект Global Research in Pediatrics сприяє розвитку педіатричеської клінічеської фармакології поряд з безпечним використанням лікарств. В даний час основними пріоритетами цього проекту є питання застосування азитромицину, флуконазола і ципрофлоксацину в неонатології.

В 2015 г. Всесвітня організація охорони здоров'я створила план дій по боротьбі

з стійкістю до антибіотиків, направленою на підвищення свідомості і пропаганду правильного використання антибіотиків серед населення, медичних працівників і політиків. В цьому році з 14 по 20 листопада заплановано проведення Всесвітньої тижня раціонального використання антибіотиків «Антибіотики: використовуйте відповідально» з метою підвищення інформованості лікарів про необхідність адекватної антибіотикотерапії, особливо в педіатричеській практиці.

Світове наукове співтовариство дуже обеспокоєно зростом антибиотикорезистентності, і тому в США під егідою Американського товариства інфекційних захворювань було прийнято Всесвітнє обов'язкове 10 X '20 необхідності створення 10 нових антибіотиків до 2020 г.

В 2015 г. вперше за практичеськи 30 років в результаті досліджень в Німеччині, Великобританії і США з бактерії *Eleftheria terrae* було виділено нове антибіотическе речовина — теїксобактин, однак зараз воно знаходиться на стадії клінічеських досліджень.

Поміж нерационального використання антибіотиків проблеми при антибіотикотерапії можуть виникати внаслідок розвитку небажаних побічних ефектів, використання неякісних або недозволених лікарських засобів, гострого і хронічеського отруєння лікарськими засобами, зловживання лікарськими засобами, а також небажаних взаємодій препаратів.

Ще одним фактором широкого поширення резистентності до антибіотических препаратів є раннє припинення антибіотикотерапії. Слід пам'ятати, що антибіотическі препарати призначаються не для клінічеського ефекту, а для ерадикації збудителя. Клінічеський ефект може наступити значно раніше, ніж ерадикується інфекційний агент. Припинення антибіотикотерапії при досягненні клінічеського ефекту може призвести до модифікації мішені дії, ферментативної інактивации антибіотика, активного виведення його з мікробної клітки (еффлюкс), порушенню проникності зовнішніх структур мікробної клітки і формуванню біопленок і метаболічеського «шунта».

В більшості випадків етіологія інфекцій дихальних шляхів є предсказуемою, і це дає ключ до вибору емпіричеської антибіотическої терапії. Вибір антибіотического препарату, згідно рекомендацій Ради по раціональному використанню антибіотикотерапії (CARAT), проводиться на основі високої природної чутливості збудителя, високої клінічеської ефективності, терапевтичеських переваг, високого профілю безпеки, співвідношення ціна/якість і наявності оптимальних режимів дозування.

На сьогоднішній день лідируюче положення в схемі сучасної протимікробної терапії розповсюджених

захворювань в дитячому віці займають β-лактамічні антибіотики.

В практиці сучасної педіатрії найбільш широко застосовуються цефалоспорины. На сьогоднішній день існує 5 поколінь цієї групи β-лактамов, однак у дітей використовуються тільки препарати I-III поколінь. Використання цефалоспоринов супроводжується появою побічних ефектів, серед яких домінують гастроінтестинальні порушення. В частності, цефтриаксон в 46% випадків призводить до розвитку внутрішньочеревного застою жовчі, особливо у осіб, яким не були призначені адекватні стимулятори жовчовиділення. У 10% дітей, що отримують цефтриаксон, розвивається псевдохолелітаз, який зникає після відміни препарату. Алергічеські реакції при використанні антибіотиків цефалоспоринового ряду зустрічаються у 2-18% пацієнтів. Найбільш часто вони виникають на фоні застосування цефтриаксона, рідше — при використанні цефуроксима (А.П. Вікторов, 2005). Використання пролекарств дозволяє підвищити біодоступність, прискорити абсорбцію препарату, захистити активне речовина від руйнування, а також мінімізувати токсичність і вплив препарату на кишечкову мікробіоту.

Широке застосування в педіатричеській практиці знайшли пероральні цефалоспорины-пролекарства — неактивні сполуки (фермента стінки тонкого кишечника) трансформуються в діюче речовина. Саме це активне речовина забезпечує бактерицидний ефект, не впливаючи при цьому на мікробіоту кишечника. Основними перевагами подібних пролекарств є: покращення прийнятності терапії для пацієнта, оптимізація абсорбції, розподілення, метаболізму і елімінації препарату, зниження ризику токсичності.

К цефалоспорином-пролекарствам належать цефотам гексил, цефобіпрол медокаріл, цефуроксима аксетил і цефподоксим проксетил. З цих препаратів на українському фармацевтичеському ринку представлені тільки цефуроксима аксетил (Цефутіл®, компанія «Мегаком») і цефподоксим проксетил (Цефодокс, компанія «Мегаком»), ефективність і безпека яких була доведена в численних дослідженнях. Так, в 2009-2010 г. в Україні було проведено проспективне дослідження «Цеф-Просто», метою якого було оцінити ефективність і переносимість цефалоспоринового антибіотика III поколінь для перорального застосування цефподоксима проксетилу (препарату Цефодокс) у дітей з неважкими внегоспітальними пневмоніями. В нього були включені 240 пацієнтів в віці від 5 міс до 18 років, госпіталізованих в педіатричеське відділення стаціонару з діагнозом неважкої внебольничної пневмонії. В дослідженні брали участь ведучі педіатричеські центри



А.Е. Абатуров



Т.А. Крючко

в Києві, Харківі, Донецьку, Дніпропетровську, Полтаві, Запоріжжі, Львові і Сімферополі. З моменту госпіталізації в педіатричеське відділення пацієнтам призначали Цефодокс в дозі 10 мг/кг/сут (2 р/день), незалежно від прийому їжі. Препарат використовували в формі таблеток або суспензії в залежності від віку дитини. Доводовість антибіотическої терапії визначали індивідуально лікуючим лікарем і складала 5-10 днів. Через 2 тижні після закінчення лікування препаратом Цефодокс проводили фінальний огляд пацієнтів. Вони могли приймати муколітичеські, протигрибкові, антигістамінні, вітамінні, спазмолітичеські, жаропонижувальні препарати по показанням. При цьому передбачалося щоденне спостереження за хворими в умовах педіатричеського стаціонару. Після закінчення антибіотическої терапії пацієнтів направляли на повторний аналіз крові і сечі. При необхідності повторно виконували рентгенографію. Результати дослідження продемонстрували високу ефективність і безпеку цефподоксима проксетилу (Цефодокс) в лікуванні дітей з неважкими внегоспітальними пневмоніями. Тільки у 4,5% пацієнтів відзначалися легкі гастроінтестинальні порушення, які не вимагали відміни препарату.

С принципами етіологічеського лікування пневмонії у дітей ознайомили слухачів завідувач кафедри педіатрії № 1 і медичної генетики Дніпропетровської медичної академії Міністерства охорони здоров'я України, доктор медичних наук, професор Александр Евгеньевич Абатуров.

— Антибіотическа терапія складає основу етіотропного лікування пневмоній. Емпіричеський вибір антибіотических препаратів залежить від особливостей сучасної етіологічеської структури пневмоній. На сьогоднішній день основними збудителями у дітей 1-го року життя є *Escherichia coli*, *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis*, *Streptococcus pneumoniae*, *Chlamydia trachomatis*, *Chlamydia pneumoniae*, *Mycoplasma pneumoniae*; 1-6 років — *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Chlamydia trachomatis*, *Chlamydia pneumoniae*, *Mycoplasma pneumoniae*; 7-15 років — *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae*.

В останні роки відзначається неуклонна тенденція до зростання поширеності пеніцилінрезистентних штамів *S. pneumoniae*, стійких до амінопеніцилінам і цефалоспорином I-II поколінь, в той же час показана вплив на їх життєдіяльність цефалоспорином III поколінь. Також в країнах Європи щорічно реєструється більш ніж 25 тис. випадків смертей, викликаних мультирезистентними бактеріями (М.І. Канєва, 2012).

Продолжение на стр. 16.

Антибиотикорезистентність в педиатричній практиці: проблема і її рішення

Продолжение. Начало на стр. 15.

В исследовании Z. Daoud (2011) из 121 пневмококкового штамма, выделенного у больных с острой инфекцией респираторного тракта, только 58 были чувствительны к пенициллину, 61 имел промежуточную чувствительность и 2 были полностью устойчивы к пенициллину. В то же время в отношении 100% всех протестированных изолятов проявлял активность цефподоксим.

Сегодня ведущее место в лечении острых бактериальных респираторных заболеваний в условиях стационара занимают антибактериальные препараты, предназначенные для парентерального введения. Однако при стабилизации состояния ребенка и улучшении течения заболевания они в большинстве случаев заменяются на пероральные формы, которые исключают возникновение постинъекционных осложнений и психотравмирующего эффекта.

Среди антибактериальных препаратов для лечения пневмоний у детей уверенно лидируют цефалоспорины, так как они обладают широким спектром противомикробной активности, бактерицидным механизмом действия, характеризуются низкой резистентностью микроорганизмов, хорошей переносимостью, небольшой частотой побочных эффектов, а кроме того, существуют и в пероральной форме.

Особого внимания в клинической практике заслуживают пероральные цефалоспорины в виде пролекарств, активация которых происходит в кишечнике путем отщепления неактивной частицы препарата. К таким лекарственным средствам относится цефподоксим проксетил – цефалоспирин III поколения для приема внутрь, зарегистрированный в Украине под торговой маркой Цефодокс. Цефподоксим проксетил обладает высокой антибактериальной активностью по отношению к широкому спектру грамположительных и грамотрицательных бактерий, а именно: *S. aureus*, *S. saprophyticus*, *S. pneumoniae*, *Str. pyogenes*, *Str. agalactiae*, *Streptococcus spp.* (группы C, F, G), *E. coli*, *H. influenzae*, *K. pneumoniae*, *M. catarrhalis*, *N. gonorrhoeae*, *P. mirabilis*, *C. diversus*, *H. parainfluenzae*, *K. oxytoca*, *P. vulgaris*, *Providencia rettgeri*, анаэробов (*Peptostreptococcus magnus*) и др.

Цефодокс представлен в двух лекарственных формах – суспензия 50 мл со вкусом лимона (в 5 мл – 50 или 100 мг цефподоксима проксетила) и таблетки, покрытые пленочной оболочкой (100 и 200 мг).

Попадая в тонкий кишечник, Цефодокс деэтерифицируется, превращаясь в активный метаболит цефподоксим, что уменьшает риск развития дисбиоза кишечника. После приема от 100 до 400 мг препарата через 1,9-3,1 ч достигается терапевтическая концентрация 1,0-4,5 мг/л. Период полувыведения колеблется от 2,09 до 2,84 ч. Абсолютная биодоступность достигает 50%. Цефподоксим практически не метаболизируется и не экскретируется с калом, а выделяется преимущественно с мочой.

После приема внутрь концентрация цефподоксима проксетила в течение 3-6 ч достигает концентрации в легочной ткани 0,6-0,9 – 0,5-0,8 мг/кг, что составляет 70-80% от содержания в плазме крови, в слизистой бронхов – 0,9 мг/кг (50%), в альвеолярных клетках – 0,1-0,2 мг/кг (10%), а в плевральной и воспалительной жидкости накапливается до 70-100% от концентрации цефподоксима в плазме крови.

Концентрация цефподоксима в легочной ткани через 6-8 ч во много раз

выше МПК90 для таких респираторных возбудителей, как *M. catarrhalis* – в 2 раза, *H. influenzae* и *S. pneumoniae* – в 20 раз, *S. pyogenes* – примерно в 70 раз.

По данным Z.Y. Sun и соавт. (2007), чувствительность *Str. pneumoniae* к цефалоспорином первого (цефалексин), второго (цефаклор) и третьего (цефподоксим) поколения цефалоспоринов составляет 6; 45,1 и 88,7% соответственно. При сравнительном анализе антибактериальной активности наиболее часто назначаемых оральных цефалоспоринов (цефаклора, цефдинира, цефподоксима, цефпрозила, цефуроксима аксетила, цефалексина) и амоксициллина/клавуланата было показано, что цефподоксим по активности против *H. influenzae* превосходит другие средства.

Основными показаниями для назначения препарата Цефодокс являются инфекции ЛОР-органов, внебольничные инфекции дыхательных и мочевыводящих путей. Показано, что Цефодокс может быть использован не только как стартовый антибиотик при лечении респираторных бактериальных инфекций, но и как компонент ступенчатой терапии, которая была начата парентеральными цефалоспорином III поколения (цефтриаксон, цефотаксим).

W.T. Jansen и соавт. в 2008 году продемонстрировали повышение частоты резистентности штаммов *H. influenzae* к амоксициллину. В то же время цефиксим и цефподоксим сохраняют высокую активность в отношении вырабатывающих бета-лактамазы штаммов *H. influenzae*, и, таким образом, являются современными вариантами антибактериальной терапии пациентов с инфекциями дыхательных путей.

M.E. Pichichero и соавт. (2008) показали, что наиболее активными антибактериальными средствами при лечении инфекций респираторного тракта, вызванных *H. influenzae*, являются цефподоксим (98,9%) и цефтибутен (95,3%). Напротив, другие цефалоспорины, такие как цефаклор и цефиксим, менее эффективны, чем цефподоксим.

Согласно данным исследования R. Lodha (2013), препаратом выбора при амбулаторном лечении детей с внебольничной пневмонией является амоксициллин. Препаратами второго ряда считают цефподоксим и антибиотики в сочетании с клавулановой кислотой (R. Lodha, 2013).

В ряде научных исследований, проведенных под руководством профессора А.П. Волосовца, была представлена мультифакторная оценка эффективности препарата Цефодокс при лечении неосложненных пневмоний. Эффективность лечения препаратом Цефодокс была оценена как «очень хорошая» в 72,7% случаев и как «хорошая» – в 27,3%.

Таким образом, Цефодокс по праву можно считать одним из важнейших стартовых антибактериальных препаратов, применяемых при лечении внебольничных пневмоний. Этот препарат характеризуется высоким профилем безопасности, отсутствием выраженных побочных эффектов и отрицательных психотравмирующих факторов. Учитывая результаты многочисленных клинических исследований, Цефодокс можно уверенно рекомендовать для лечения неосложненных внебольничных пневмоний у детей.

Подготовила Анастасия Лазаренко



Передилата з будь-якого місяця!
У кожному відділенні «Укріпшми»!
За передплатними індексами:

Здоров'я України

«МЕДИЧНА ГАЗЕТА
«ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ – XXI СТОРІЧЧЯ»

35272

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР «ПЕДІАТРІЯ»

37638

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР
«АКУШЕРСТВО, ГІНЕКОЛОГІЯ, РЕПРОДУКТОЛОГІЯ»

89326

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР
«ДІАБЕТОЛОГІЯ, ТИРЕОЇДОЛОГІЯ, МЕТАБОЛІЧНІ РОЗЛАДИ»

37632

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР «ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЯ,
ГЕПАТОЛОГІЯ, КОЛОПРОКТОЛОГІЯ»

37635

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР
«КАРДІОЛОГІЯ, РЕВМАТОЛОГІЯ, КАРДІОХІРУРГІЯ»

37639

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР
«НЕВРОЛОГІЯ, ПСИХІАТРІЯ, ПСИХОТЕРАПІЯ»

37633

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР
«ОНКОЛОГІЯ, ГЕМАТОЛОГІЯ, ХІМІОТЕРАПІЯ»

37634

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР
«ПУЛЬМОНОЛОГІЯ, АЛЕРГОЛОГІЯ, РИНОЛАРИНГОЛОГІЯ»

37631

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР
«УРОЛОГІЯ, НЕФРОЛОГІЯ, АНДРОЛОГІЯ»

86683

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР
«ХІРУРГІЯ, ОРТОПЕДІЯ, ТРАВМАТОЛОГІЯ»

49561

НАШ САЙТ:

www.health-ua.com

Архів номерів
«Медичної газети
«Здоров'я України»
з 2003 року

У середньому
понад 8000
відвідувань
на день