

І.В. Лоскутова, д.мед.н., професор ДЗ «Луганський державний медичний університет», Кафедра терапії та клінічної фармакології ФПО;
Т.Ю. Запорожець, к.мед.н., докторант, клініка Медіком (м. Київ)

Сучасні аспекти вірусного риносинуситу

Ні для кого не секрет, що гострі респіраторні вірусні інфекції (ГРВІ) – це важко контрольовані, повсюдно поширені захворювання, що вражають всі вікові групи. Поліетіологічність респіраторно-вірусних інфекцій пов'язана зі значними складностями в їх лікуванні та профілактиці. Серед усіх захворювань органів дихання вірусної етіології особливе місце займають запальні процеси порожнини носа та навколоносових пазух – риносинусити (РС).

Згідно з сучасними критеріями РС – це будь-яке запалення слизової оболонки носової порожнини та навколоносових пазух, яке характеризується двома чи більше симптомами, а саме назальною обструкцією чи виділеннями з носа, які можуть супроводжуватися головним болем, відчуттям тиску і болем в ділянці обличчя, зниженням нюху або його відсутністю на тлі інтоксикації [1, 6].

РС широко поширені серед людської популяції, проте відомості про частоту зустрічальності цієї нозології в різних літературних джерелах викладені вельми суперечливо, що зумовлюється відсутністю єдиного лікарського підходу до критеріїв діагностики. Однак слід зазначити, що, виходячи з думки більшості авторів, різноманітними формами РС страждають приблизно 15% дорослого населення земної кулі, з більш високою частотою захворюваності серед дитячого населення. Причому РС в країнах Європи щорічно діагностуються у кожного сьомого дорослого пацієнта [7, 8].

Враховуючи тенденції активної внутрішньої міграції населення України, звертає на себе увагу зростання частоти звернення пацієнтів за медичною допомогою до спеціалістів терапевтичного та оториноларингологічного профілю з приводу ускладненого перебігу ГРВІ. І, незважаючи на суттєві успіхи вітчизняної клінічної медицини, проблеми діагностики, лікування і попередження розвитку РС залишаються вельми актуальними й донині.

Беручи ж до уваги те, що на протязі останніх десятиріч частота захворюваності на РС зросла більш ніж у 2 рази, не слід забувати, що це захворювання призводить до суттєвого погіршення якості життя пацієнта. Остання, наприклад, є нижчою, ніж у осіб з хронічним обструктивним захворюванням легень чи ішемічною хворобою серця. Тим більш, що у 25% хворих відзначаються ознаки депресивних станів, і, як правило, зниження соціальної активності і втрата працездатності [1, 6].

Відповідно до європейських рекомендацій з риносинуситу (European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps, EPOS) 2012 року, гострий РС поділяють на вірусний (звичайна «застида») з тривалістю симптомів не більш 10 днів, поствірусний, який характеризується посиленням симптомів після 5 днів чи збереженням симптомів після 10 днів, але з загальною тривалістю менше 12 тижнів, та гострий бактеріальний, який протікає більш тяжко – з лихоманкою понад 38 °C, вираженим болем в ділянці обличчя і наявністю гнійного секрету в носовій порожнині [3]. Тяжкість РС за рекомендаціями EPOS 2012 року пропонується визначати, беручи за основу суб'єктивну оцінку пацієнтом інтенсивності основних симптомів захворювання (закладеності носа, виділень з носа, болю в обличчі і зниженні нюху) за допомогою візуальної аналогової шкали. З цієї метою пацієнта просять вказати інтенсивність кожного із симптомів на десятисантиметровому відрізку, де 0 відповідає

відсутності скарг, а 10 – їх максимальній інтенсивності. При цьому градація 0-3 бали характеризує легкий перебіг РС, більше 3-7 – середньотяжкий, а більше 7-10 – тяжкий перебіг захворювання [5].

Локалізація патологічного процесу при РС різна. Виділяють моносинусит (гайморит, фронтит, етмоїдит, сфеноїдит), гемісинусит (одностороннє ураження усіх пазух), полісинусит (вражаються декілька пазух), а також пансинусит (втягнення в патологічний процес усіх навколоносових синусів). Причому найчастіше для гострої респіраторної вірусної інфекції характерним є ураження одразу декількох носових пазух, у той час як моносинусит є наслідком хронічного запалення [1].

Етіопатогенез гострого РС переважно зумовлений риногенним інфікуванням навколоносових пазух через природні співустя, через які відбувається аерація та дренажування [1, 2]. Як свідчить статистика, вірусна інфекція – найчастіша причина усіх синуситів та РС. Зазначимо, що респіраторні віруси дуже контагіозні, причому більше за інших вразливі діти, літні люди та люди зі зниженою імунною відповіддю. **Викликати запалення навколоносових пазух у змозі практично усі відомі типи респіраторних вірусів, але частіше за все збудниками є риновіруси, віруси грипу чи парагрипу, коронавіруси, респіраторно-синцитіальні віруси, аденовіруси чи ентеровіруси. Однак не слід скидати з рахунків вплив таких вірусів, як віруси простого герпесу, цитомегаловірус, вірус Епштейн-Барр, вірус Коксаки. У 90% випадків захворювання на вірусний РС відбувається ураження навколоносових пазух і тільки у 5-10% пацієнтів первинна вірусна інфекція плавно перетікає в бактеріальну суперінфекцію, яка вимагає вагомого антибактеріального лікування.**

Вірусний РС розвивається через 1-5 днів після інфікування. До симптомів захворювання відносять рясні слизові виділення, закладеність носа, порушення нюху, головний біль з іррадіацією у скроневу, надбрівну чи потиличну область, постійне покашлювання, лихоманку, слабкість. Поряд із симптомами гострого вірусного РС у хворого з'являються і клінічні ознаки інших респіраторних запальних процесів – фарингіту, ларингіту, тонзиліту або бронхіту.

Запальний процес у дихальних шляхах при РС реалізується за рахунок імунних процесів з участю системного імунітету та локальних механізмів захисту. Сприятливими умовами для розвитку РС є зниження місцевого та загального імунітету, яке пов'язане із погіршенням екологічної обстановки, а також зростання кількості антибіотикорезистентних штамів мікроорганізмів.

При оцінці імунного статусу хворих на РС має місце зменшення вмісту у крові лімфоцитів з фенотипом CD3+, CD4+ та CD16+, на тлі зростання CD25+ та CD19+-клітин. Лімфоцити проявляють підвищену спонтанну проліферативну активність та зменшення активності, індукованої фітогемаглютиніном (ФГА). У хворих на хронічну

форму вірусного РС рівень В-лімфоцитів у периферичній крові не виходить за межі норми, тоді як загальна кількість Т-лімфоцитів (CD3+) має тенденцію до зростання, однак залишається на верхній межі норми, а також визначається зменшення сироваткового IgA та зростання IgM у крові.

Одним з найбільш важливих показників імунітету в патогенезі інфекційних та запальних процесів є надмірне збільшення кількості циркулюючих імунних комплексів (ЦІК) у сироватці крові. При гострих вірусних інфекціях концентрація ЦІК у сироватці крові у період виражених клінічних проявів може перевищувати фізіологічне значення в 2-3 рази, що спостерігається у хворих на РС. У пацієнтів з РС на тлі зростання загальної концентрації ЦІК молекулярний склад імунних комплексів достовірно від норми не відрізняється. Збільшена концентрація ЦІК у сироватці крові хворих на РС зберігається і в період ранньої реконвалесценції після вірусної інфекції. Враховуючи, що утворення ЦІК є фазою нормальної імунної відповіді на антигени, а більшість антигенів, зокрема вірусних, вилучаються макрофагами після взаємодії їх з антитілами, тобто після утворення ЦІК. Фагоцитарна активність нейтрофілів у хворих на РС знаходиться на нижній межі норми, хоча спостерігається зниження їх функціональної спроможності.

Імунна відповідь у пацієнтів з РС реалізується завдяки синтезу прозапальних цитокінів, від рівня яких залежить активність запального процесу. Доведено, що при вірусному РС формується Th1-тип імунної відповіді, при якому збільшується вміст γ -IFN та трансформуючий фактор росту, тоді як при поліпозній формі РС превалює Th2-тип імунної відповіді (алергічний). При цьому «пускові» агенти (віруси, бактерії та ін.) вже еліміновані, а запалення може перебігати з аутоімунною реакцією, що необхідно враховувати в лікувальній тактиці РС, особливо їх хронічних форм.

До цього часу величезною проблемою клінічної практики є диференціювання вірусного та бактеріального РС. Відсутність патологічних змін у порожнині носа не виключає ураження навколоносових пазух; у цих випадках діагностика ґрунтується на даних рентгенографії і діагностичної пункції пазухи. Суттєво ускладнює диференційну діагностику той факт, що клінічні і рентген-ознаки тривалого вірусного РС і бактеріального процесу в навколоносових пазухах у низці випадків схожі.

Проведення «етіотропної» лабораторної діагностики у щоденній практиці доволі тяжке. Проте у складних випадках найбільш доцільним є виконання дослідження полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР) РНК чи ДНК-вірусу з детекцією у режимі реального часу. Аналітична чутливість цього тесту становить $1,0 \times 10^3$ копій/мл. Переважно досліджується мазок, взятий із зів'я і носа, аспірат з носа, мокрота. Результат дослідження можливо отримати через 2 робочих дні. Не можна не зазначити, що чутливість ПЛР



І.В. Лоскутова



Т.Ю. Запорожець

значно перевищує таку у мікробіологічних та імунологічних методів, а принцип методу дає можливість діагностувати наявність інфекції зі значною антигенною мінливістю. При використанні технології ПЛР специфічність тесту для всіх вірусних і більшості бактеріальних інфекцій досягає 100% [4].

Існують проблемні аспекти і у виборі тактики лікування хворих на РС. На теперішній час у лікуванні РС використовують консервативні методи – деконгестанти, десенсибілізуючі та секретолітичні препарати, фізіотерапевтичні методи. Досить часто лікування РС починають з використання судинорозшувальних крапель, що дає можливість швидко усунути набряк слизової оболонки порожнини носа та відновити дренаж навколоносових пазух. Але тривале та безконтрольне застосування цих крапель може спричинити розвиток медикаментозного риніту, а у дітей – отруєння назальними деконгестантами. Водночас у перші дні захворювання спостерігається гіпердіагностика бактеріального РС з необґрунтованим призначенням антибіотиків широкого спектра дії, що приводить до селекції антибіотикорезистентності.

Накопичений значний вітчизняний та зарубіжний досвід свідчить про неефективність хірургічного лікування РС, оскільки дуже часто виникають рецидивні форми запального процесу у навколоносових пазухах. З іншого боку, збільшення випадків виникнення рецидивів РС можна зв'язати знову ж таки з тим самим неаргументованим застосуванням антибактеріальних засобів, яке сприяє формуванню полірезистентних штамів мікроорганізмів, а також пригніченню клітинних та гуморальних факторів імунітету. При цьому патологічні зміни нормальної гістологічної структури миготливого епітелію навколоносових пазух, які розвиваються внаслідок тривалого хронічного запалення, безпосередньо викликають порушення фізіологічної функції пазух. Саме тому означені трансформації епітеліальної тканини не відповідають на консервативне лікування та потребують радикального хірургічного втручання. Однак вважається, що після хірургічного втручання не відбувається повної ерадикації збудника або виникає повторна контамінація ранової поверхні та слизової оболонки ЛОР-органів. Тому раціональна антибактеріальна терапія є запорукою адекватного лікування запального процесу та не дозволяє розвинути хронізації патологічного процесу у навколоносових пазухах. Проте на сьогоднішній день доведено існування стійких до антимікробного та хірургічного лікування РС із наявністю внутрішньоклітинного

Продовження на стор. 52.

І.В. Лоскутова, д.мед.н., професор ДЗ «Луганський державний медичний університет», Кафедра терапії та клінічної фармакології ФПО;
Т.Ю. Запорожець, к.мед.н., докторант, клініка Медіком (м. Київ)

Сучасні аспекти вірусного риносинуситу

Продовження. Початок на стор. 51.

персистування *Staphylococcus aureus*. Водночас чутливість до природних антисептиків – хлорфіліпту та ектерициду – становить лише 10-12%, що свідчить про неефективність застосування цих препаратів в якості антибактеріальних засобів при РС. Спираючись на усе вищевказане, ми наполегливо зазначаємо, що до використання системної антибіотикотерапії РС слід підходити особливо виважено і з розумінням наслідків.

Останнім часом в терапії вірусних інфекцій, особливо за наявності дисбіотичних розладів, застосовують ентеросорбцію (активоване вугілля, ентеросгель). Використання ентеросорбції в комплексній терапії сприяє усуненню або послаблює токсикоалергічні реакції, зменшує метаболічне навантаження на органи екскреції та детоксикації, відновлює цілісність та коригує проникливість слизових оболонок. Висока ефективність застосування кремнеземних детоксикантів при запальних захворюваннях пов'язана з адсорбцією середньомолекулярних токсичних метаболітів, а також позитивним впливом на клітинний та гуморальний імунітет.

Для місцевого лікування застосовують антибактеріальні, антисептичні та дезінфікуючі препарати. Для зменшення патологічного процесу при РС використовують іригаційні процедури (носове зрошення, ванночки навколосових пазух тощо). Найбільш ефективним є назальний душ, який є менш «травматичним» та більш фізіологічним. Для цієї процедури запропоновано використання препаратів з морської води.

Противірусна терапія гострих РС також має низку обмежень і аспектів, які ускладнюють вибір препарату. Враховуючи наявність вірусних інфекцій як тригерних механізмів в розвитку гострих і хронічних запальних захворювань порожнини носа і навколونосових пазух, в комплексному лікуванні РС є перспективним призначення інтерферонів. Препарати інтерферонів (наприклад, рекомбінантний інтерферон- α – Лаферобіон) надають не лише противірусну дію, а й мають імуностимулюючі та антипроліферативні властивості. Особливістю застосування імунотропних препаратів при РС є доцільність їх місцевого використання, що зумовлено перш за все наявністю місцевого імунодефіциту. Встановлено ефективність препаратів інтерферонів в лікуванні герпетичного ураження ЛОР-органів.

Що стосується ендогенних інтерфероногенів, то слід зауважити, що проблемами можуть бути суттєве зниження ефективності терапії, яка проводиться, у випадку пізнього початку прийому препарату, наявність вікових обмежень, вузька специфічність, інколи токсичність, зниження ефективності низки лікарських засобів внаслідок зростання резистентності, відсутність стійкої доказової бази по цілій низці препаратів, низька комплаєнтність пацієнтів. Окрім того, при призначенні індукторів ендогенного інтерферону слід враховувати, що у хворих на ГРВІ у розпал захворювання концентрація інтерферонів у сироватці крові і так суттєво підвищується, оскільки сам вірус є потужним інтерфероногеном, а додаткова штучна стимуляція вироблення інтерферонів

загрожує зривом компенсаторних можливостей імунної системи пацієнта [1, 2]. З іншої сторони розвиваються пірогенні та алергічні реакції, а також можуть виникнути підвищена стомлюваність та тромбозопенія.

Враховуючи порушення системного та місцевого імунітету в патогенезі РС, у теперішній час призначають імуномодулюючі препарати в комплексі як хірургічного, так і консервативного лікування. Імунозамісна терапія

цитокінами є новим шляхом розвитку імунофармакології. У сучасних умовах застосовують такі препарати цитокінів, як беталейкін (IL-1) та ронколейкін (IL-2). Ронколейкін – рекомбінантний дріжджовий IL-2 людини. Цей препарат застосовують як у сполученні з хірургічним лікуванням, так і в якості монотерапії. Введення ронколейкіну на поверхню слизової оболонки навколососових пазух не викликає пригнічення рухливості миготливого

епітелію, а навпаки сприяє нормалізації клітинного складу носового секрету. Водночас місцеве застосування ронколейкіну стимулює імунну систему в осередку запалення через активацію імунної відповіді та сприяє елімінації патогену із завершенням реакції запалення. Однак навіть при місцевому введенні ронколейкіну може розвинуťся системна реакція у вигляді підвищення температури тіла до фебрильних цифр.

Для відновлення носового дихання у хворих на РС, особливо з затяжним перебігом, використовують імунофан у вигляді ін'єкцій під слизову оболонку середнього носового ходу, який вводять по 0,7-0,8 мл протягом 3 днів поспіль. Імунофан інгібує розпад фосфоліпідів,



- ✓ ДЛЯ НОРМАЛІЗАЦІЇ МІКРОФЛОРИ КИШЕЧНИКА¹
- ✓ ДЛЯ ЗАПОБІГАННЯ ТА КОРЕКЦІЇ ДИСБІОЗУ²
- ✓ ДЛЯ ЗНИЖЕННЯ РІВНЯ ЕНДОГЕННОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ³
- ✓ ДЛЯ ПІДВИЩЕННЯ ОПІРНОСТІ ОРГАНІЗМУ ДО ВІРУСНИХ ІНФЕКЦІЙ⁴
- ✓ ХАРАКТЕРИЗУЄТЬСЯ АНТИВІРУСНОЮ АКТИВНІСТЮ ВНАСЛІДОК СИНТЕЗУ α -2 ІНТЕРФЕРОНУ⁵
- ✓ ДЛЯ ЗАПОБІГАННЯ ДИСБІОЗУ ТА АНТИБІОТИК-АСОЦІЮВАНІЙ ДІАРЕЇ ПІД ЧАС ПРИЙОМУ АНТИБІОТИКІВ¹

Не є лікарським засобом. Має застереження до застосування. Не слід застосовувати як заміну повноцінного харчування

не є лікарським засобом, має застереження для застосування, не слід застосовувати як заміну повноцінного харчування

1.Листом вкладали до продуктів Субалін, Субалін-Форте. Для розповсюдження на спеціалізованих семінарах, конференціях, симпозіумах з медичної тематики або для розміщення у спеціалізованих виданнях, призначених для медичних установ і лікарів. Висновки державної санітарно – епідеміологічної експертизи № 05.03.02 – 04/28859, 05.03.02 – 04/28860, 05.03.02 – 04/28861 від 02.07.2015 р. Перед застосуванням, ознайоміться з листом вкладаємим. Має застереження щодо споживання.

За додатковою інформацією звертайтеся за адресою:
ТОВ "ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ ЗАВОД "БІОФАРМА"
09100, м. Біла Церква, вул. Київська, 37
Тел.: +38 (044) 277-36-10
www.biofarma.ua

 biopharma

зменшує продукцію прозапальних цитокінів, а також посилює реакції фагоцитозу та відновлює клітинний і гуморальний імунітет.

Останнім часом було розроблено новий напрямок лікування РС з використанням пробіотиків, що мають імуномодельючі властивості. На сьогодні доведено, що пробіотична терапія спрямована не лише на корекцію дисбіотичних порушень, але й позитивно впливає на фізіологічні функції біохімічних реакцій, психоемоційний стан людини, нівелює побічні ефекти фармакотерапії, крім того, має високий ступінь безпеки при їх застосуванні, а також імуномодуляцію. Однак необхідно відмітити, що більшість пробіотичних препаратів не мають антивірусних властивостей. Одним з перспективних винятків на теперішній час є пробіотик Субалін, що має противірусну, антибактеріальну та імуномодулюючу дію. Механізм антибактеріальної

дії Субаліну зумовлений продукцією *Bacillus subtilis* антибактеріальних речовин специфічної активності щодо грампозитивних та грамнегативних мікроорганізмів, тоді як ріст нормальної мікрофлори організму не пригнічується. Найбільше вплив Субаліну відмічено на бактерії роду *Staphylococcus* – *S. aureus* (78,4%), *S. epidermidis* (84,6%), *S. haemolyticus* (75,3%), *S. saprophyticus* (92,2%). Також відзначається висока чутливість бактерій роду *Enterobacteriaceae* – *E. coli* (77,5%), *E. aerogenes* (63,2%) – та грибів роду *Candida* (75,4%) [11].

Антивірусний ефект Субаліну зумовлений унікальною здатністю продукту до синтезу інтерферону та стимуляцією місцевого (мукозального) імунітету. Важливою особливістю Субаліну є його здатність не лише продукувати екзогенний інтерферон, але й індукувати ендогенний. В результаті багаторічних досліджень встановлено, що ІФН-α2

синтезується *Bacillus subtilis* в процесі презентації антигену Th0-лімфоцитам та індукує експресію специфічного рецептора IL-12, який стимулює рецептор IL-18 на Т-лімфоцитах, що необхідно для розвитку Th1-імунної відповіді, а також активує макрофаги для цитолізу. Також доведено здатність Субаліну активувати проліферацію CD4+ Т-клітин, макрофагів та NK-клітин.

Окрім усього вищеперерахованого в терапії вірусних РС обов'язково слід зважати на рівні доказовості, рівні рекомендацій та значущість лікарських засобів, рекомендованих до призначення хворим вірусним РС EPOS 2012 року (табл.) [2, 3].

Виходячи з вищезазначеного, проблема лікування хворих на гострий вірусний РС досі є надзвичайно актуальною, що зумовлено в рівній мірі як кількістю пацієнтів, складністю встановлення діагнозу, так і призначенням

адекватної і своєчасної етіопатогенетичної терапії. Однак сучасні напрямки досліджень у вітчизняній науці дозволяють з оптимізмом дивитися у майбутнє, із впевненістю, що розробка чітких лікувально-діагностичних критеріїв аж ніяк не змусить на себе чекати.

Література

1. Никифорова Г.Н., Свистушкин В.М. Алгоритм использования фитопрепаратов в лечении риносинуситов // РМЖ. 2014. № 9. – с. 650-654.
2. Свистушкин В.М., Шевчик Е.А. Острый риносинусит – современный взгляд на проблему // РМЖ. 2014. № 9. – с. 643-646.
3. Карпова Е.П., Вагина Е.Е. Риносинуситы с позиций доказательной медицины // ЭФ. Педиатрия. 2013. № 1. – с. 36-39.
4. Ангостова И.Б. Острые респираторные инфекции: взгляд оториноларинголога // Медицинский совет. 2014. № 4. – с. 16-22.
5. Лопатин А.С., Варьянская А.В. Острый и хронический риносинусит: принципы терапии // Медицинский совет. 2014. № 3. – с. 24-26.
6. Лопатин А.С., Свистушкин А.М. Острый риносинусит: этиология, патогенез, диагностика и принципы лечения: Клинические рекомендации. М., 2009. – 25 с.
7. Авербух В.М., Свистушкин В.М. Лечебная тактика при хроническом риносинусите // РМЖ. 2014. № 9. – с. 648-649.
8. Рязанцев С.В. Принципы этиопатогенетической терапии острых синуситов. Методические рекомендации. СПб., 2013. – с. 6.
9. Смирнов В.В. Бактерии рода *Bacillus* – перспективный источник биологически активных веществ / В.В. Смирнов, И.Б. Сорокулова, И.В. Пинчук // Микробиол. журн. – 2001. – № 1 (63). – С. 72-79.
10. Белявская В.А. Адьювантные свойства рекомбинантного пробиотика субалина, продуцирующего интерферон / В.А. Белявская, Г.М. Игнатьев, Н.В. Литвяков, Н.В. Чердынцева // Журн. микробиол. – 2001. – № 6. – С. 77-82.
11. Псахис И.Б. Современные возможности и перспективы использования пробиотиков группы самоэлиминирующих антагонистов в терапии инфекционных заболеваний / И.Б. Псахис, Т.Е. Маковская // Здоровье ребенка. – 2014. – № 5. – С. 134-138.
12. Запорожесь Т.Ю. Эффективность лечения дисбиотичных нарушениях слизистой оболочки носа у хворих на хронічний поліпозний етмоїдит / Т.Ю. Запорожесь, І.В. Лоскутова // Журнал вушних, носових та горлових хвороб. – 2010. – № 1. – С. 26-29.



Таблиця. Рівень доказовості рекомендацій з лікування вірусного РС у дорослих (EPOS, 2012)			
Терапія	Рівень доказовості	Рівень рекомендацій	Значущість
Топічні глюкокортикостероїди (ГКС) (інтраназальні ГКС)	Ia	A	Так, в основному при поствірусному алергічному РС
Промивання носа фізіологічним розчином	Ia	A	Так
Антигістамінний препарат + деконгестант	Ia	A	Так
Іпратропія бромід	Ia	A	Так
Пробіотики	Ia	A	Для профілактики
Фітопрепарати, ацетилсаліцилова кислота, нестероїдні протизапальні препарати, парацетамол	Ib (1 дослідження)	A	Так, при вірусному і поствірусному гострому РС
Парові інгаляції	Ia (–) – неефективно	A (–) – не використовувати	Ні
Деконгестанти (монотерапія), муколітики	Немає даних	D	Ні

Анкета читателя

Здоров'я України

МЕДИЧНА ГАЗЕТА

Заполните анкету и отправьте по адресу:

Медична газета «Здоров'я України»,
03035, г. Киев, ул. Механизаторов, 2.

Укажите сведения, необходимые для отправки
тематического номера «Пульмонологія, алергологія,
риноларингологія»

Фамилия, имя, отчество

Специальность, место работы

Индекс

город

село

район область

улица дом

корпус квартира

Телефон: дом.

раб.

моб.

E-mail:

* Я добровольно передаю указанные в анкете персональные данные ООО «Медична газета «Здоров'я України 21 сторіччя». Также даю согласие на их использование для получения от компаний (ее связанных лиц, коммерческих партнеров) изданий, информационных материалов, рекламных предложений, а также на включение моих персональных данных в базу данных компании, неограниченное во времени хранение данных.

Подпись

Нам важно знать ваше мнение!

Понравился ли вам тематический номер «Пульмонологія, алергологія, риноларингологія»?

Назовите три лучших материала номера

1.

2.

3.

Какие темы, на ваш взгляд, можно поднять в следующих номерах?

Публикации каких авторов вам хотелось бы видеть?

Хотели бы вы стать автором статьи для тематического номера «Пульмонологія, алергологія, риноларингологія»?

На какую тему?

Является ли для вас наше издание эффективным в повышении
врачебной квалификации?