

## ПРЕС-РЕЛІЗ



## Результати дослідження РОЕТ-COPD<sup>®</sup> демонструють переваги

# препарату Спірива<sup>®</sup> (тіотропію) порівняно з бета-агоністом тривалої дії салметеролом при зменшенні ризику загострень ХОЗЛ

**Найбільше довготривале пряме порівняльне дослідження демонструє значно кращі результати при зменшенні загострень ХОЗЛ на фоні Спіриви порівняно з салметеролом.**

24 березня 2011 р. м. Інгельхайм-на-Рейні, Німеччина / м. Нью-Йорк, шт. Нью-Йорк, США. Результати однорічного дослідження РОЕТ-COPD<sup>®</sup> (профілактика загострень тіотропієм), опубліковані у медичному виданні New England Journal of Medicine (NEJM), демонструють, що препарат Спірива<sup>®</sup> (тіотропій)<sup>1</sup> є кращим за салметерол<sup>2</sup> у зменшенні ризику загострень хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) [1]. Дослідження РОЕТ-COPD<sup>®</sup> – це найбільше пряме порівняльне однорічне дослідження, розроблене з метою порівняння ефектів антихолінергічного препарату тривалої дії Спірива<sup>®</sup> з бета-агоністом тривалої дії салметеролом при помірних та важких загостреннях ХОЗЛ [1]. Загострення, які ще називають «легеневими нападами» через їх серйозний вплив на здоров'я пацієнтів, є основним індикатором прогресування захворювання та погіршення функції легень, і їх профілактика є основним терапевтичним завданням [2, 3, 4].

### Результати дослідження РОЕТ-COPD<sup>®</sup>

Результати дослідження РОЕТ-COPD<sup>®</sup> за участю 7376 пацієнтів із ХОЗЛ помірного або важкого перебігу вказують на те, що препарат Спірива<sup>®</sup> значно затримував виникнення першого загострення ХОЗЛ, зменшуючи ризик загострень на 17% ( $p < 0,0001$ ) порівняно з салметеролом. В однорічному дослідженні ризик помірних загострень зменшився на 14% ( $p = 0,0004$ ), а ризик важких загострень, які вимагали госпіталізації, знизився на 28% ( $p < 0,0001$ ) на фоні застосування Спіриви порівняно з бета-агоністом тривалої дії салметеролом [1]. Застосування Спіриви порівняно з салметеролом також дозволило зменшити кількість загострень у хворих на ХОЗЛ на 11% на рік ( $p = 0,0017$ ), а також ризик загострень, що вимагають лікування системними стероїдами, антибіотиками чи обома видами цих препаратів, на 23, 15 та 24% відповідно ( $p < 0,0001$ ) [1].

Коментуючи результати дослідження РОЕТ-COPD<sup>®</sup>, **провідний дослідник, професор доктор Клаус Фогельмайер (факультет внутрішньої медицини, відділення захворювань легень Марбурзького університету, Німеччина)** зазначив: «Загострення значно впливають на

якість життя пацієнтів, захворюваність та збільшують ризик смертності. Це масштабне дослідження загострень підтримує застосування тіотропію від самого початку як оптимальної підтримуючої терапії при ХОЗЛ для зменшення ризику загострень, дозволяючи пацієнтам довше вести активний спосіб життя».

Під час дослідження виявлено 4411 випадків загострення серед 2691 пацієнта, і 44% пацієнтів із загостреннями мали помірний перебіг ХОЗЛ (наприклад, стадія II за класифікацією GOLD<sup>3</sup>) [1]. Ефект Спіриви на тривалість періоду до виникнення першого загострення та кількість загострень у пацієнта на рік корелювали при аналізі усіх наперед визначених підгруп за віком, статтю, статусом паління, ступенем важкості ХОЗЛ (стадією за класифікацією GOLD), індексом маси тіла та застосуванням інгаляційних кортикостероїдів на момент оцінки вихідного стану. Крім того, переваги препарату Спірива<sup>®</sup> порівняно з бета-агоністом тривалої дії салметеролом стали помітними вже після першого місяця лікування та зберігалися у період однорічного дослідження [1].

Профілі безпеки Спіриви та салметеролу добре описані [5-8], і аналіз безпеки, проведений у рамках дослідження РОЕТ-COPD<sup>®</sup>, підтримує добре встановлений профіль безпеки Спіриви при лікуванні ХОЗЛ. Не виявлені жодні неочікувані (непрогнозовані) проблеми безпеки. Показники серйозних побічних явищ, побічних явищ, що призвели до припинення лікування, та летальних побічних явищ були аналогічними в обох групах лікування [1].

### Загострення ХОЗЛ, або «легеневі напади» при ХОЗЛ

Загострення ХОЗЛ – це гостре погіршення симптомів ХОЗЛ, і з огляду на серйозний вплив загострення на стан здоров'я пацієнта його ще називають «легеневий напад». Часті загострення вказують на погіршення чи прогресування захворювання [2-4]. Вони пов'язані зі швидшим погіршенням функції легень у часі, а у важких випадках – з підвищеним ризиком смерті. Вони також можуть значно погіршувати пов'язану зі здоров'ям якість життя пацієнтів [2-4]. Економічні аналізи вказують на те, що госпіталізація

внаслідок загострень ХОЗЛ становить 40-70% усіх медичних витрат на пацієнтів з ХОЗЛ [9-12]. Лише у США вартість госпіталізації хворих на ХОЗЛ нараховує 6,1 млрд доларів [12]. Оскільки госпіталізація хворих на ХОЗЛ є найбільшою складовою вартості лікування ХОЗЛ, терапія, яка дозволить скоротити період госпіталізації, матиме найбільший вплив на вартість лікування ХОЗЛ усіх ступенів важкості [9].

Дослідження РОЕТ-COPD<sup>®</sup> – це однорічне рандомізоване подвійне сліпе дослідження з подвійною імітацією у паралельних групах за участю 7376 пацієнтів з ХОЗЛ помірного чи важкого перебігу, яке було проведено у 725 центрах із 25 країн [1]. Це найбільше пряме порівняльне дослідження, спеціально розроблене для порівняння ефектів двох бронходилататорів тривалої дії на загострення; обидва препарати рекомендовані як підтримуюче лікування ХОЗЛ на міжнародному рівні та широко застосовуються [13-14].

«Загострення ХОЗЛ можуть виникати навіть на ранніх стадіях ХОЗЛ (наприклад, на стадії II за класифікацією GOLD) і повторюватися під час перебігу захворювання. Вони характеризуються значним особистим, медичним, соціальним та економічним навантаженням. Профілактика загострень є основним терапевтичним завданням та основною проблемою для хворих на ХОЗЛ, – зазначив **професор Клаус Рабе (відділення медицини, Університет Киля і Гроссхансдорфа, Німеччина)**. – Дослідження РОЕТ-COPD<sup>®</sup> – це найбільше довготривале дослідження загострень, проведене з метою порівняння двох бронходилататорів тривалої дії, має допомогти спрямувати клінічну практику лікування ХОЗЛ та профілактики загострень».

### Інформація про ХОЗЛ

ХОЗЛ – захворювання, що піддається лікуванню, проте прогресує, з часом обмежує життя пацієнтів і є основною причиною смертності та інвалідності у світі. Симптоми включають кашель, утворення мокротиння (слизу) та задишку при фізичному навантаженні. Часто виникає гостре погіршення цих симптомів (тобто загострення, які ще називають «легеневі напади» з огляду на їх серйозний вплив на стан пацієнта), що може обмежувати здатність хворого виконувати повсякденну діяльність [13]. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), на сьогодні 210 млн людей мають

ХОЗЛ, а смертність від цього захворювання у 2005 р. становила 3 млн людей [15] – це перевищує рівень смертності від раку молочної залози та діабету разом [16]. Зазвичай спостерігається диспное (задишка) – основний симптом ХОЗЛ, що прогресує і значною мірою впливає на якість життя пацієнтів [13]. У найважчій її формі пацієнт не може виконувати навіть прості справи: умитися та вдягтися.

### Інформація про дослідження РОЕТ-COPD<sup>®</sup>

Дослідження РОЕТ-COPD<sup>®</sup> – профілактика загострень тіотропієм – це однорічне багатоцентрове (725 клінічних баз) багатонаціональне (25 країн) рандомізоване подвійне сліпе дослідження з подвійною імітацією у паралельних групах за участю 7376 хворих на ХОЗЛ обох статей. Основна мета цього дослідження полягала у порівнянні ефекту інгаляції Спіриви (18 мкг) за допомогою інгаляційного пристрою ХендіХейлер та салметеролу (50 мкг) за допомогою дозованого інгалятора ГФА на загострення ХОЗЛ [1].

Включені у дослідження пацієнти були у віці  $\geq 40$  років, мали в анамнезі паління  $\geq 10$  пачко-років та діагноз ХОЗЛ від помірного до дуже важкого перебігу, а також щонайменше одне загострення за минулий рік, яке потребувало лікування системними стероїдами та/або антибіотиками та/або вимагало госпіталізації [1].

### Інформація про препарат Спірива<sup>®</sup> (тіотропію)

Спірива<sup>®</sup> – інгаляційний антихолінергічний засіб тривалої дії – це перший інгаляційний препарат, який забезпечує значне та стале покращення функції легень при застосуванні один раз на добу. Спірива<sup>®</sup> позитивно впливає на клінічний перебіг ХОЗЛ, допомагаючи змінити спосіб життя пацієнтів з цим захворюванням [17-18]. Цей препарат є найбільш призначуваним у світі засобом підтримуючої терапії при ХОЗЛ. Спірива<sup>®</sup> допомагає хворим на ХОЗЛ полегшити дихання, відкриваючи звужені дихальні шляхи та зберігаючи їх відкритими упродовж 24 годин. Спірива<sup>®</sup> спрямовує свою дію на основний зворотний механізм ХОЗЛ – холінергічну бронхоконстрикцію.

Спірива<sup>®</sup> продемонструвала значну та сталу бронходилатацію (відкриття дихальних шляхів) [19] та зменшення здуття легень (захвату повітря) [20, 21]. У процесі плацебо-контрольованих

<sup>1</sup> За допомогою ХендіХейлера.

<sup>2</sup> За допомогою ГФА (дозованого інгалятора).

<sup>3</sup> Глобальна ініціатива з вивчення хронічного обструктивного захворювання легень.

<sup>4</sup> У дослідженні UPLIFT<sup>®</sup> Спірива<sup>®</sup> не змінила показник погіршення функції легень у загальній клінічній популяції,

що був визначений як основна кінцева точка.

досліджень у пацієнтів, які отримували лікування Спіривою, фіксували покращення витривалості при фізичному навантаженні та рідше спостерігали задишку на фоні фізичного навантаження [17]. У дослідженні UPLIFT® препарат Спірива® продемонстрував переконливі переваги у період до чотирьох років, у т. ч. покращення функції легень та якості життя, а також зменшення загострень і випадків госпіталізації на фоні ХОЗЛ [22]⁴. Ці переваги спостерігали при різноманітних рівнях важкості ХОЗЛ, у т. ч. у пацієнтів із ранньою стадією ХОЗЛ (стадія II за класифікацією GOLD) [23]⁴, у пацієнтів, які раніше не отримували підтримуючого лікування [24]⁴, а також у пацієнтів більш молодого віку (<50 років).

У клінічних дослідженнях найчастішою побічною реакцією, яку спостерігали на фоні прийому Спіриви, була сухість у роті, яка зазвичай носила легкий характер та часто самостійно минала у процесі лікування [19]. У процесі 4-річного дослідження UPLIFT® препарат Спірива® продемонстрував сприятливий профіль безпеки та позитивний вплив на рівень захворюваності супутніми респіраторними/серцево-судинними захворюваннями та на рівень смертності [22]¹. Бронходилататори тривалої дії, у тому числі Спірива®, є засобами, що мають перевагу, для підтримуючого лікування при ХОЗЛ стадії II і вище згідно з терапевтичними рекомендаціями Глобальної ініціативи з вивчення хронічного обструктивного захворювання легень (GOLD) [13].

#### Інформація про компанію «Берінгер Інгельхайм»

Група компаній «Берінгер Інгельхайм» належить до 20 провідних фармацевтичних компаній світу. Маючи штаб-квартиру у м. Інгельхайм (Німеччина), компанія діє у 50 країнах світу через 142 філії, де працюють понад 41 500 співробітників. З моменту заснування у 1885 р. сімейна компанія зосередилася на проведенні досліджень, розробці, виробництві та маркетингу інноваційної продукції з високою терапевтичною цінністю для лікування людей та для потреб ветеринарної медицини.

У 2009 р. обсяг чистого збуту компанії «Берінгер Інгельхайм» становив 12,7 млрд євро. При цьому 21% від обсягу чистого збуту свого основного бізнес-сегменту – рецептурні лікарські засоби – компанія інвестувала у наукові дослідження та розробку.

Більш докладна інформація представлена у мережі Інтернет за адресою: [www.boehringer-ingenheim.com](http://www.boehringer-ingenheim.com)

#### Контактні дані

«Берінгер Інгельхайм ГмБХ»

Ursula Bardon

Corporate Communications

Тел.: + 49-6132-77 2622

Факс: + 49-6132-72 2622

E-mail: [press@boehringer-ingenheim.com](mailto:press@boehringer-ingenheim.com)

#### Література

- Vogelmeier C., Hederer B., Glaab T. et al. Tiotropium versus salmeterol for the prevention of COPD exacerbations. N Engl J Med 2010; 364 (12).
- Donaldson G.C., Seemungal T.A.R., Bhowmik A. et al. Relationship between exacerbation frequency and lung function decline in chronic obstructive pulmonary disease. Thorax 2002; 57: 847-852.
- Soler-Cataluna J.J., Martinez-Garcia M.A., Roman Sanchez P. et al. Severe acute exacerbations and mortality in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Thorax 2005; 60: 925-931.
- Wedzicha J.A., Seemungal T.A. COPD exacerbations: defining their cause and prevention. Lancet 2007; 370: 786-96.
- Celli B., Decramer M., Leimer I. et al. Cardiovascular safety of tiotropium in patients with COPD. Chest 2010; 137: 20-30.
- Kesten S., Celli B., Decramer M. et al. Tiotropium HandiHaler® in the treatment of COPD: A safety review. Int J COPD 2009; 4: 397-409.
- Ferguson G.T., Funck-Brentano C., Fischer T. et al. Cardiovascular safety of salmeterol in COPD. Chest 2003; 123: 1817-1824.
- Rodrigo G.J., Moral V.P., Marcos L.G., et al. Safety of regular use of long-acting beta agonists as monotherapy or added to inhaled corticosteroids in asthma. A systematic review. Pulm Pharmacol Ther 2009; 22: 9-19.
- Hilleman D.E., Dewan N., Malesker M. et al. Pharmacoeconomic evaluation of COPD. Chest 2000; 118(5): 1278-1285.
- Strassels S.A., Smith D.H., Sullivan S.D. et al. The costs of treating COPD in the United States. Chest 2001; 119(2): 344-352.
- Rodriguez-Roisin R. Impacting patient-centred outcomes in COPD: exacerbations and hospitalizations. Eur Respir Rev 2006; 15: 99, 47-50.
- Chapman K.R., Mannino D.M., Soriano J.B. et al. Epidemiology and costs of chronic obstructive pulmonary disease. Eur Respir J 2006; 27: 188-207.
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global strategy for the diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. Updated 2009. <http://www.goldcopd.com/Guidelineitem.asp?1=2&12=1&intId=2003>. (Accessed 10 December 2010).
- American Thoracic Society and European Respiratory Society. Standards for the Diagnosis and Management of Patients with COPD. 2004. <http://www.copd-ats-ers.org/copddoc.pdf>. (Accessed: 10 August 2010).
- World Health Organization. Global Alliance Against Chronic Respiratory Diseases. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs315/en/index.html>. (Accessed 10 August 2010).
- World Health Organization. World Health Report 2004. Statistical Annex. Annex table 2 and 3: 120-131.
- Casaburi R., Kukafka D., Cooper C.B. et al. Improvement in exercise tolerance with the combination of tiotropium and pulmonary rehabilitation in patients with COPD. Chest 2005; 127: 809-817.
- Vincken W., van Noord J.A., Greefhorst A.P.M. et al. Improved health outcomes in patients with COPD during 1 year's treatment with tiotropium. Eur Respir J 2002; 19: 209-216.
- Casaburi R., Mahler D.A., Jones P.W. et al. A long-term evaluation of once-daily inhaled tiotropium in chronic obstructive pulmonary disease. Eur Respir J 2002; 1: 217-224.
- Celli B., ZuWallack R., Wang S. et al. Improvement in resting inspiratory capacity and hyperinflation with tiotropium in COPD patients with increased static lung volumes. Chest 2003; 124: 1743-1748.
- O'Donnell D.E., Fluge T., Gerken F. et al. Effects of tiotropium on lung hyperinflation, dyspnoea and exercise tolerance in COPD. Eur Respir J 2004; 23(6): 832-848.
- Tashkin D.P., Celli B., Senn S. et al. A 4-year trial of tiotropium in chronic obstructive pulmonary disease. N Engl J Med 2008; 359: 1543-1554.
- Decramer M., Celli B., Kesten S. et al. Effect of tiotropium on outcomes in patients with moderate chronic obstructive pulmonary disease (UPLIFT): a prespecified subgroup analysis of a randomized controlled trial. Lancet 2009; 374: 1171-1178.
- Troosters T., Celli B., Lystig T. et al. Tiotropium as a first maintenance drug in COPD: secondary analysis of the UPLIFT® trial. Eur Respir J 2010; 36: 65-73.

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

Редакційна колегія

- Е.Н. Амосова**, д.м.н., професор, член-корреспондент НАМН України, завідувача кафедрою госпітальної терапії №1 НМУ ім. А.А. Богомольця МЗ України
- О.Я. Бабак**, д.м.н., професор, директор ГУ «Інститут терапії ім. Л.Т. Малої НАМН України»
- Г.М. Бутенко**, д.м.н., професор, академик НАМН України, член-корреспондент НАН і РАМН, заступник директора по науковій роботі ГУ «Інститут геронтології НАМН України»
- Б.М. Венцовський**, д.м.н., професор, член-корреспондент НАМН України, завідувач кафедри акушерства і гінекології №1 НМУ ім. А.А. Богомольця МЗ України
- А.П. Вікторов**, д.м.н., професор, завідувач відомою клінічної фармакології лабораторії функціональної діагностики ННЦ «Інститут кардіології ім. Н.Д. Стражеско» НАМН України
- Ю.В. Вороненко**, д.м.н., професор, член-корреспондент НАМН України, ректор НМАПО ім. П.Л. Шупика МЗ України
- І.І. Горпинченко**, д.м.н., професор, директор Українського інституту сексології і андрології, головний сексопатолог МЗ України
- Ю.І. Губський**, д.м.н., професор, член-корреспондент НАМН України, завідувач кафедри біоорганічної, біологічної і фармацевтичної хімії НМУ ім. А.А. Богомольця МЗ України
- Д.І. Заболотний**, д.м.н., професор, академик НАМН України, директор ГУ «Інститут отоларингології ім. А.І. Коломийченка НАМН України», головний отоларинголог МЗ України
- Д.Д. Іванов**, д.м.н., професор, завідувач кафедри нефрології НМАПО ім. П.Л. Шупика МЗ України, головний дитячий нефролог МЗ України
- В.Н. Коваленко**, д.м.н., професор, академик НАМН України, директор ННЦ «Інститут кардіології ім. Н.Д. Стражеско» НАМН України, головний терапевт, кардіолог, ревматолог МЗ України
- В.В. Корпачев**, д.м.н., професор, завідувач відомою клінічної фармакології і фармакотерапії ендокринних захворювань ГУ «Інститут ендокринології і обміну речовин ім. В.П. Комисаренка НАМН України»
- В.Г. Майданик**, д.м.н., професор, академик НАМН України, завідувач кафедри педіатрії НМУ ім. А.А. Богомольця МЗ України
- Б.Н. Маньковський**, д.м.н., професор, член-корреспондент НАМН України, завідувач кафедри діабетології НМАПО ім. П.Л. Шупика МЗ України
- Ю.М. Мостовий**, д.м.н., професор, завідувач кафедри пропедевтики внутрішніх захворювань Вінницького національного медичного університету ім. Н.І. Пирогова МЗ України
- В.З. Нетяженко**, д.м.н., професор, член-корреспондент НАМН України, завідувач кафедри пропедевтики внутрішніх захворювань №1 НМУ ім. А.А. Богомольця МЗ України
- В.І. Паньків**, д.м.н., професор, завідувач відомою профілактики ендокринних захворювань Українського науково-практичного центру ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин МЗ України
- А.Н. Пархоменко**, д.м.н., професор, завідувач відомою реанімації і інтенсивної терапії ННЦ «Інститут кардіології ім. Н.Д. Стражеско» НАМН України
- Н.В. Пасечникова**, д.м.н., професор, директор Інституту очних захворювань і тканинної терапії ім. В.П. Філатова НАМН України
- В.В. Поворознюк**, д.м.н., професор, керівник відомою клінічної фізіології і патології опорно-двигального апарату Інституту геронтології НАМН України, директор Українського науково-медичного центру проблем остеопороза
- Л.Г. Розенфельд**, д.м.н., професор, академик НАМН України, віце-президент НАМН України, заступник директора ГУ «Інститут отоларингології ім. А.І. Коломийченка НАМН України»
- І.М. Трахтенберг**, д.м.н., професор, академик НАМН, член-корреспондент НАН України, завідувач відомою токсикології Інституту медицини праці НАМН України
- Н.Д. Тронько**, д.м.н., професор, академик НАМН України, член-корреспондент НАН, директор ГУ «Інститут ендокринології і обміну речовин ім. В.П. Комисаренка НАМН України»
- Ю.І. Феценко**, д.м.н., професор, академик НАМН України, директор ГУ «Інститут фізіотрипії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського НАМН України», головний пульмонолог і фізіотрип МЗ України
- Н.В. Харченко**, д.м.н., професор, член-корреспондент НАМН України, завідувач кафедри гастроентерології, дієтології і ендоскопії НМАПО ім. П.Л. Шупика МЗ України, головний гастроентеролог МЗ України
- В.І. Цымбалюк**, д.м.н., професор, академик НАМН України, заступник директора ГУ «Інститут нейрохірургії ім. А.П. Ромоданова НАМН України»
- В.П. Черных**, д.ф.н., д.х.н., професор, член-корреспондент НАН України, ректор Національного фармацевтичного університету МЗ України
- Л.А. Яшина**, д.м.н., професор, завідувач відомою діагностики, клінічної фармакології і терапії захворювань легких ГУ «Національний інститут фізіотрипії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського НАМН України»

#### Медицина газета «Здоров'я України»

Тематичний номер «Пульмонологія. Алергологія. Риноларингологія»

Засновник – Іванченко Ігор Дмитрович

Видавництво – ТОВ «Здоров'я України»

ГЕНЕРАЛЬНИЙ ДИРЕКТОР	Людмила Жданова	Свідоцтво №14875-3846P від 15.01.2009 р.
ГОЛОВНИЙ РЕДАКТОР	Володимир Савченко	Передплатний індекс 37631
ШЕФ-РЕДАКТОР	Наталія Міщенко	Редакція має право публікувати матеріали, не поділяючи точки зору авторів.
ВИПУСКАЮЧИЙ РЕДАКТОР	Олена Ткаченко	За достовірність фактів, цитат, імен, географічних назв та інших відомостей відповідають автори.
МЕДИЧНИЙ ДИРЕКТОР	Олексій Терещенко	Відповідальність за зміст рекламних матеріалів несе рекламодавець.
МЕДИЧНИЙ РЕДАКТОР	Ольга Радучич	
НАЧАЛЬНИК РЕДАКТОРСЬКОГО ВІДДІЛУ	Лідія Тралло	
ЛІТЕРАТУРНІ РЕДАКТОРИ/КОРЕКТОРИ	Валентина Грищенко	③ – матеріали, що публікуються на правах реклами.
	Ірина Захарченко	④ – авторські матеріали.
	Ірина Сандул	Передрук матеріалів допускається тільки з дозволу редакції. Рукописи не повертаються і не рецензуються.
НАЧАЛЬНИК ВІДДІЛУ ВЕРСТКИ І ДИЗАЙНУ	Інна Мартиненко	
ДИЗАЙНЕРИ	Сергій Чепур	
	Тарас Безлюда	
	Максим Маліков	
	Світлана Печурова	
	Роман Семенов	Контактні телефони:
НАЧАЛЬНИК ВІДДІЛУ РЕКЛАМИ	Наталія Попенкова	Редакція ..... 391-54-71, 391-54-77
МАРКЕТИНГ-МЕНЕДЖЕРИ	Інна Головка	Відділ реклами ..... 391-54-72, 391-54-73(74)
	Юлія Башкірова	Відділ підписки та розповсюдження ..... 391-54-76
	Володимир Жданов	
АСИСТЕНТИ ВІДДІЛУ МАРКЕТИНГУ	Зоя Федірко	Газета віддрукована в ТОВ «Рема-Принт», м. Київ, вул. Ремонтна, 13.
	Анна Покровська	Підписано до друку 29.04.2011 р.
НАЧАЛЬНИК ВІДДІЛУ ВИРОБНИЦТВА	Івалан Крайчев	Замовлення № 29/0411. Наклад 20 000 прим.
ТЕХНІЧНИЙ ДИРЕКТОР	Микола Дятленко	Юридично підтверджений наклад.