ZU_2012_ACU_1_finish.qxd 13.04.2012 13:20 Page 9

В.І. Пирогова, д.м.н., професор, **С.О. Шурпяк,** кафедра акушерства, гінекології та перинатології
ФПДО Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького

Синдром хронічного тазового болю: сучасні підходи до розв'язання проблеми

В.І. Пирогова

Хронічний тазовий біль – одна з найбільш поширених медичних проблем [3]. Більшість жінок із хронічним тазовим болем змушені обмежувати свою повсякденну діяльність, і 90% з них відчувають біль під час статевого акту. Майже половина жінок із хронічним тазовим болем пригнічені або перебувають у депресії протягом певного часу. Під час дослідження, проведеного у США, з участю понад 5 тис. жінок репродуктивного віку (18-49 років) 14,7% з них скаржилися на хронічний тазовий біль, 50% відмічали тимчасову непрацездатність і 45% – зниження продуктивності праці. У США 10% звернень до гінеколога пов'язані із синдромом хронічного тазового болю (СХТБ). Вартість лікування пацієнток із СХТБ у США становить 881,5 млн доларів на рік [4].

Причинами больового синдрому можуть бути запальні процеси органів малого таза, післяопераційні спайкові процеси, судинна патологія, наслідки травматичних пошкоджень у ділянці малого таза, вертеброгенні причини тощо [7, 10, 11]. Проте існує значна кількість пацієнток, у яких не вдається виявити будь-яку з вищеперелічених причин болю. Відповідно, у таких випадках стандартне лікування, а саме антибактеріальна, гормональна терапія, кортикостероїди, не дає змоги досягнути задовільного результату [5]. Зазвичай ці хворі звертаються до різних фахівців: проктологів, урологів, гінекологів, психіатрів, і зрештою залишаються з болем наодинці. Враховуючи те, що хронічний тазовий біль за впливом на психічну сферу пацієнток можна порівняти з інфарктом міокарда, нестабільною стенокардією, виразковим колітом і він перевершує зубний і вушний біль, у 20% пацієнток із цієї групи зазначена проблема викликає суїцидальні думки [6].

За даними Національного інституту здоров'я, 12% гістеректомій у США виконують у зв'язку з больовим синдромом у ділянці малого таза, у 25% випадків оперативне втручання не призводить до ліквідації больового синдрому. До 40% лапароскопічних операцій на органах малого таза виконують у зв'язку з хронічним больовим синдромом, при цьому лише у 30% випадків вдається виявити ендометріоз, спайковий процес, запальні зміни або інші вісцеральні причини болю [9]. На думку багатьох авторів, це пов'язано з відсутністю мультидисцип-лінарного комплексного підходу до хронічного тазового больового синдрому і зумовлює відсутність єдиного підходу до вибору методу лікування больового синдрому [4, 12].

Гострий біль виникає під час отримання травми, розвитку запалення, внаслідок гострої хірургічної патології або оперативного втручання, тобто існує очевидна причина болю. Причини виникнення хронічного больового синдрому різноманітні, першопричину іноді неможливо визначити, а сам біль стає хворобою. Термін «хронічний тазовий біль» використовують у разі тривалості болю протягом 6 міс і більше, при цьому причина, яка зумовила появу больового синдрому, може зникнути, тоді як больовий синдром утримується [3, 13].

Діагноз СХТБ встановлюють у випадках, коли біль турбує протягом 6 міс і більше і до цього часу; застосовані методи лікування не були ефективними або принесли незначне полегшення; біль сильніший, ніж можна було б очікувати внаслідок імовірної причини; спостерігаються порушення сну або надмірна сонливість, зниження апетиту, уповільнення психомоторних реакцій, зниження фізичної активності, пригнічення настрою, плаксивість, депресія, негативні зміни оцінки пацієнткою власної соціальної ролі [3, 6, 12]. Таким чином, хронічний тазовий біль є поєднанням фізичних (біль, безсоння, втрата апетиту) і психоемоційних симптомів (депресія). Згідно з визначенням Міжнародної асо-ціації з вивчення болю (International Association of Study of Pain – IASP) СХТБ є самостійним захворюванням, яке проявляється постійним болем у нижніх відділах живота і попереку і триває щонайменше 6 міс [13].

Однією з функцій нервової системи є отримання інформації про загрозу або виникнення пошкодження організму. Неприємні відчуття, пов'язані з наявністю болю, сприяють виконанню цієї функції. Гострий біль – важливий елемент, який дає змогу нервовій системі здійснювати адаптивну функцію. У разі хронічного персистуючого болю ця функція втрачається, що призводить до порушення нормальної роботи не тільки нервової, а й інших систем. Хронічний біль пригнічує інші види чутливості, емоції, розумові процеси і реакції. Порушення діяльності нервової системи і розлад фізіологічних функцій призводять до зниження якості життя пацієнта і порушення його трудової діяльності. Незважаючи на існування керівництв з лікування больового синдрому, пацієнти часто не отримують належної терапії з огляду на те, що багато лікарів не усвідомлюють важливості терапії больового синдрому [5].

Вирішення проблеми хронічного тазового болю потребує послідовного, комплексного та міждисциплінарного підходу. Важливою складовою ефективності лікування є оцінка больового синдрому. Оскільки біль – суб'єктивне відчуття, його оцінюють суб'єктивно. Найбільш прийнятним методом вимірювання болю є оцінка больових відчуттів за допомогою шкали оцінки болю, при цьому значення 0 балів відповідає відсутності больового відчуття, а значення 10 балів – крайньому ступеню болю. Найчастіше використовують візуальну аналогову шкалу (ВАШ), яка є лінією завдовжки 10 см, де 1 см відповідає 1 балу [11].

Одним із важливих мультифокальних підходів до вирішення проблеми СХТБ є зменшення больового синдрому. Сьогодні існує мало інформації про роль аналгезуючих препаратів і коанальгетиків у комплексі лікування СХТБ [2].

Більше ніж 30 років тому група дослідників на чолі з Jone Vane відкрила фундаментальний механізм дії НПЗП. Розшифрування механізмів, які лежать в основі протизапальної активності, побічних ефектів, і розробку на цій основі нових препаратів цього класу по праву вважають одним із великих досягнень фармакології кінця XX ст.

Провідним механізмом дії НПЗП є пригнічення активності циклооксигенази (ЦОГ) – ферменту, який регулює біотрансформацію арахідонової кислоти у простагландини, простациклін (PGI2) і тромбоксан А2 (ТхА2). Терапевтична активність НПЗП пов'язана із запобіганням розвитку або зниженням інтенсивності запалення саме завдяки участі в метаболізмі арахідонової кислоти [2].

НПЗП, основними показаннями для призначення яких є запалення різного походження і локалізації, біль і лихоманка, – найбільш широко вживані в медицині лікарські засоби [1-3]. Їх широко використовують при різних патологічних станах, які характеризуються гострим і хронічним болем, а також як компонент періопераційної та післяопераційної аналгезії [1, 2].

Основний механізм дії НПЗП – пригнічення синтезу простагландинів, важливих медіаторів болю і запалення. У наш час поширення набула концепція про те, що аналгетичний і протизапальний ефекти НПЗП визначаються інгібуванням циклооксигенази, а розвиток побічних реакцій – пригніченням ізоферментів, які регулюють синтез відповідно прозапальних і цитопротекторних простагландинів. Проте в останні роки з'явилися нові факти щодо ролі ЦОГ-залежного синтезу простагландинів у нормі й при патології та ЦОГ-незалежних механізмів ефективності й токсичності НПЗП. Точку зору про те, що ЦОГ-1 є фізіологічним, а ЦОГ-2 патологічним ферментами, у наш час переглядають. Наприклад, при деяких формах запалення інгібітори ЦОГ-2 проявляють протизапальні ефекти тільки в дуже високих дозах, блокуючи активність не лише ЦОГ-2, а й ЦОГ-1, і не впливають (на відміну від неселективних НПЗП) на лейкоцитарну інфільтрацію в зоні запалення. Є дані щодо ЦОГ-незалежних центральних і периферичних аналгетичних ефектів НПЗП і про здатність неселективних НПЗП виявляти більш виражену аналгетичну дію порівняно із селективними інгібіторами ЦОГ-2. Симптоматичні побічні ефекти (біль у животі, диспепсія тощо), які нерідко є підставою для переривання лікування, з однаковою частотою розвиваються у пацієнтів, які приймають селективні інгібітори і неселективні НПЗП ЦОГ-2. Крім того, незважаючи на відносну безпеку, у пацієнтів, які отримували селективні інгібітори ЦОГ-2, також описано розвиток ускладнень з боку ШКТ (шлункові кровотечі, перфорації, обструкція) [2].

Широко обговорювалися питання гепатотоксичності НПЗП, яка, за даними різних авторів, коливається у межах 2-23 на 100 тис. пацієнтів. Проведений критичний аналіз популяційних досліджень щодо НПЗП-індукованої гепатотоксичності (1992-2009 рр.) дав змогу авторам стверджувати, що серед інших небагатьох препаратів низький рівень гепатотоксичності має диклофенак. Таким чином, оскільки селективні інгібітори ЦОГ-2 також потенційно не позбавлені недоліків, неселективні НПЗП продовжують залишатися лікарськими засобами, які ще тривалий час будуть посідати дуже важливе місце у клінічній практиці. Необхідно також мати на увазі, що безпека неселективних НПЗП залежить не тільки від ступеня вираження інгібування ЦОГ-2, а й від інших фармакологічних властивостей препаратів. Тому неселективні НПЗП з певними фармакологічними властивостями (коротким Т1/2, швидким усмоктуванням й елімінацією, відсутністю печінкової рециркуляції) і збалансованою активністю щодо інгібування ЦОГ-1 і ЦОГ-2 можуть перевершувати селективні інгібітори ЦОГ-2 за ефективністю і незначно поступатися їм стосовно безпеки [2].

Водночас сьогодні вивчають позитивний вплив НПЗП на різні органи і системи. Відзначено остеотропний ефект неселективних НПЗП, досліджують протекторний ефект щодо хвороби Альцгеймера і виникнення деяких локалізацій злоякісних новоутворень.

Диклофенак тривалий час вважали золотим стандартом серед НПЗП. Володіючи помірною селективністю щодо ЦОГ-2, цей препарат поєднує високу знеболювальну і протизапальну активність із цілком задовільною порівняно з більшістю інших НПЗП переносимістю [1, 2]. Диклофенак володіє високою аналгетичною і протизапальною активністю при ревматоїдному артриті, спондилоартритах, дегенеративних захворюваннях суглобів і хребта, ураженнях навколосуглобових м'яких тканин, спортивних травмах тощо. Основний механізм дії диклофенаку ґрунтується на пригніченні синтезу простагландинів унаслідок інгібування ферментів циклооксигенази (ЦОГ-1 і ЦОГ-2). Зрозуміло, диклофенак, як і будь-який неселективний НПЗП, має побічні ефекти і протипоказання. Проте треба зазначити, що побічні ефекти розвиваються частіше в осіб з такими чинниками ризику:

- вік понад 65 років;
- виразкова хвороба в анамнезі;
- споживання їжі, яка підвищує шлункову секрецію (гострої, жирної, солоної);
- великі дози або одночасне застосування декількох НПЗП;
- супутня терапія глюкокортикоїдами;
- куріння;
- вживання алкоголю;
- наявність H. pylori.

У зв'язку з цим рекомендується враховувати протипоказання до призначення диклофенаку і починати лікування з найменшої його дози. В осіб, які належать до груп ризику, добова доза диклофенаку не має бути вищою ніж 100 мг, і її бажано розділити на два або 4 рази – по 50 мг 2 рази на добу або по 25 мг чотири рази на добу. Диклофенак потрібно приймати після їди. У разі тривалого застосування препарату необхідно утриматися від уживання алкоголю, оскільки диклофенак, як і алкоголь, метаболізується в печінці. У пацієнтів з гіпертонією необхідно контролювати рівень артеріального тиску, у хворих на бронхіальну астму на тлі використання диклофенаку може бути загострення. У хворих із хронічними захворюваннями печінки і нирок потрібно застосовувати невеликі дози препарату, контролюючи рівень печінкових ферментів [1]. Варто пам'ятати, що відповідь на застосування НПЗП у різних пацієнтів може бути неоднаковою, що залежить від індивідуальних особливостей кожної людини.

Диклофенак є швидкодіючим НПЗП, який швидко виводиться з організму, що відповідає одній із сучасних вимог до застосування як неселективних, так і селективних інгібіторів ЦОГ-2. Відсутність акумуляції й ентеропечінкової рециркуляції, тривале накопичення в ділянці запалення також належать до переваг фармакокінетики диклофенаку. Більш ніж 30-річний досвід застосування диклофенаку натрію при різних захворюваннях і станах, які супроводжуються болем різної локалізації й інтенсивності, показав, що препарат володіє вищою аналгетичною і протизапальною активністю порівняно з іншими НПЗП, включаючи селективні.

Продовження на стор. 10.

ZU_2012_ACU_1_finish.qxd 13.04.2012 13:20 Page 10

В.І. Пирогова, д.м.н., професор, **С.О. Шурпяк,** кафедра акушерства, гінекології та перинатології ФПДО Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького

Синдром хронічного тазового болю: сучасні підходи до розв'язання проблеми

Продовження. Початок на стор. 9.

Ефективність майже всіх НПЗП доведено на великому клінічному матеріалі, при цьому саме диклофенак визнали золотим стандартом ефективності, з яким порівнюють і нові лікарські засоби.

Важливим аспектом у виборі НПЗП для терапії хронічного тазового болю є дані проспективних досліджень, які свідчать про імуномодулюючий вплив диклофенаку, наявну антибактеріальну властивість [2].

В арсеналі засобів серед НПЗП окремої уваги заслуговує препарат диклофенак фірми Berlin-Chemie Menarini (Німеччина) – Диклоберл, до переваг якого належать наявність різних форм випуску (таблетки, ретардні капсули, ректальні супозиторії, розчин для внутрішньом'язових ін'єкцій), швидке настання протизапального і знеболювального ефектів, можливість комбінації пероральних форм з ректальними супозиторіями й ін'єкціями для досягнення адекватних терапевтичних доз та індивідуалізації терапії.

Матеріали і методи

Під спостереженням перебувало 25 пацієнток віком 25-35 років з підозрою на наявність СХТБ. Для верифікації діагнозу ретельно вивчали анамнез, оцінювали клінічну й ультрасонографічну картини органів малого таза в динаміці, виконували лапаро- і гістероскопію [8]. Захворювання тривало в середньому 1,4±0,5 міс. В анамнезі у 9 (36%) жінок були запальні захворювання органів малого таза, у 6 (24%) – патологічні пологи, у 10 (40%) – оперативні втручання з приводу позаматкової вагітності, ускладнення доброякісних пухлин органів малого таза. Критеріями виключення з дослідження були: підозра на злоякісні новоутворення будь-якої локалізації, патологія хребта і кишечнику. В основному пацієнтки висловлювали скарги на наявність больового синдрому в ділянці малого таза і попереку без вираженої циклічності, альгодисменорею, диспареунію, зниження працездатності, швидку втомлюваність, порушення сну, зниження фізичної активності, пригнічення настрою. Ефективність лікування оцінювали шляхом моніторингу клінічної симптоматики за шкалою ВАШ.

Лікування починали після підтвердження діагнозу СХТБ за критеріями International Continence Society (2002).

Одинадцять пацієнток, які отримували Диклоберл у свічках (50 мг активної речовини) двічі на добу (добова доза 100 мг), увійшли до першої групи, 14 хворих другої групи застосовували препарат Диклоберл у вигляді ретардних капсул 100 мг один раз на добу зранку. Лікування Диклоберлом тривало 14 діб. Паралельно їм призначали рослинні седативні препарати в офіцинальному дозуванні. Усім пацієнткам проводили моніторинг коагуляційних властивостей крові й функції печінки.

Результати й обговорення

Моніторинг клінічної симптоматики у хворих із СХТБ показав позитивну динаміку за показниками ВАШ з початку терапії. При цьому в усіх випадках використання Диклоберлу в супозиторіях знеболювальний ефект відмічали через 1,2±0,2 год, що зумовлено відсутністю ефекту «першого проходження» через печінку і досягненням максимальної концентрації препарату у плазмі в середньому в межах 1 год. Після застосування капсули Диклоберл ретард (100 мг активної речовини у вигляді мікрогранул з кишковорозчинною оболонкою) пацієнтки відмічали знеболювальний ефект через 3,1±0,3 год, що відповідає характеристикам фармакодинаміки препарату (середнє значення максимальної концентрації препарату у плазмі досягається в середньому через 4 год і зберігається протягом 24 год).

Застосування монотерапії препаратом Диклоберл у вигляді супозиторіїв забезпечило виражене зменшення інтенсивності больового синдрому в 17 (68%) пацієнток на 3-4-й день лікування. Повної редукції больового синдрому було досягнуто після закінчення курсу лікування у 22 (88%) обстежених.

За показниками ВАШ в кінці курсу лікування групи не відрізнялися між собою (8,6±0,4 на початку лікування і 1,1±0,7 після 14-денного курсу терапії) за відсутності побічних ефектів в обох групах. 16 пацієнткам було рекомендовано продовжити застосування Диклоберлу в супозиторіях (50 мг активної речовини) один раз на добу протягом 6 міс. Оцінка динаміки больового синдрому та виникнення побічних ефектів у разі тривалого застосування препарату свідчили про доцільність підтримувальної терапії при СХТБ, оскільки короткі курси лікування хоча й виявляють виражений позитивний ефект, однак не забезпечують тривалої редукції больового синдрому. Результати дослідження підтвердили, що тривале лікування Диклоберлом у супозиторіях добре переносили пацієнтки, а під час моніторингу функціональних проб печінки і коагуляційних параметрів крові не виявлено негативної динаміки вивчених показників [2].

Висновки

Оптимальне поєднання аналгезуючого і протизапального ефектів Диклоберлу у разі доброї переносимості дає змогу рекомендувати його пацієнткам із СХТБ для тривалого застосування.

Ретельна оцінка чинників ризику розвитку побічних ефектів НПЗП допомагає уникнути їх виникнення і забезпечити комфортність терапії на тривалий час.

Препарат Диклоберл у вигляді супозиторіїв ефективний у разі використання його як монотерапії у хворих на СХТБ.

Література

1. Данилов А.Б. Диклофенак в лечении болевых синдромов // Лечащий врач. – 2009. – № 5.
2. Шварц Г.Я. Современные нестероидные противовоспалительные средства. – М.: Реафарм, 2004. – 40 с.
3. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Chronic pelvic pain. Washington (DC): American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG); 2004; 17. (ACOG practice bulletin; no. 51).
4. Beutel M.E., Weidner K., Brahler E. Chronic pelvic pain of Women and its Co-Morbidity / Geburtsh Frauenheilk. – 2005. – № 65. – P. 61-67.
5. Breivik H., Borchgrevink P.C., Allen S.M. et al. Assessment of pain / Br J Anaesth. – 2008. – V. 101, № 1. – P. 17-24.
6. Flor H., Turk D.C. eds. Chronic pain: An Integrated Biobehavioral Approach. London: Informa Healthcare Publishing Group. – 2011.
7. Giudice L.N. Endometriosis / Engl J Med. – 2010. – № 362. – P. 2389-2398.
8. Howard F.M. The role of laparoscopy as a diagnostic tool in chronic pelvic pain // Ballieres Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. – 2000. – V. 14(3). – P. 467-494.
9. Relation between pain symptoms and the anatomic location of deep infiltrating endometriosis // Fauconnier A., Chapron C., Dubuisson J.B. et al. / Fertil. Steril. – 2002. – V. 78(4). – P. 719-726.
10. Stratton P., Berkley K.J. Chronic pelvic pain and endometriosis: translational evidence of the relationship and implications / Hum Reprod Update. – 2011. – V. 17, № 3. – P. 327-324.
11. Treatment of pelvic pain associated with endometriosis. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine / Fertil. Steril. – 2008. – № 90. – P. 260-269.
12. Vercellini P., Daguati R., Abbiati A. Chronic pelvic pain. In: Arici A., Seli E., eds. Non-invasive management of gynecologic disorders. London: Informa Healthcare Publishing. – 2010.
13. WHO systematic review of prevalence of chronic pelvic pain: a neglected reproductive health morbidity // Latthe P., Latthe M., Say L., Gulmezoglu M., Khan K.S. / BMC Public Health. – 2006. – № 6. – P. 177-184.

ЗМІСТ

МІЖДИСЦИПЛІНАРНІ ПРОБЛЕМИ

Реалії та перспективи виходжування новонароджених з дуже малою масою тіла
О.С. Яблонь . . . 28-29

Йододефицит во время беременности: пути решения
Т.Г. Романенко . . . 38-39

ГІНЕКОЛОГІЯ

Клинические наблюдения и результаты лечения пролактинзависимых заболеваний в гинекологии . . . 5

Утрожестан в сохранении беременности: безоблачный рассвет новой жизни
Е.И. Вовк . . . 6-7

Спостереження випадку оперативного лікування зрілої тератоми
В.П. Перепелиця, В.С. Хоменко . . . 8

Синдром хронічного тазового болю: сучасні підходи до розв'язання проблеми
В.І. Пирогова, С.О. Шурпяк . . . 9-10

Современный взгляд на известные проблемы эндокринной гинекологии
Т.Ф. Татарчук, Ю.В. Давыдова . . . 12-14

Недостаточность лютеиновой фазы: патогенетические аспекты диагностики и лечения
Г.Ф. Рощина . . . 30-32

Эндометриоз и боль: проблемы лечения . . . 40-41

Современные аспекты лечения хронических воспалительных заболеваний внутренних половых органов: в фокусе – сохранение репродуктивной функции
А.А. Зелинский, В.А. Потапов, В.И. Пирогова и др. . . . 47-49

Современный взгляд на проблему гиперпролактинемии
О.А. Ефименко . . . 50-52

Особенности клиники и патогенеза осложненных функциональных кист яичников у женщин репродуктивного возраста
А.Н. Рыбалка, Я.А. Егорова . . . 53

АКУШЕРСТВО

Вітаміни у період вагітності: оберегаючи найдорожче
В.М. Коломейчук, В.І. Медведь, Ю.В. Давидова . . . 14-15

Вопросы перинеологии в современном акушерстве
В.И. Пирогова . . . 16-18

По страницам Кокрановской библиотеки . . . 19

Сучасні погляди на етіологію, патогенез, діагностику та лікування загрози переривання вагітності в ранні терміни
І.Б. Вовк, В.К. Кондратюк, О.В. Трохимович та ін. . . . 20-23

Проблемні аспекти першого періоду пологів . . . 32-34

Многоплодная беременность в современном акушерстве: проблемы ведения и родоразрешения
О.В. Грищенко . . . 36-37

Синдром системного воспалительного ответа в акушерстве
О.Н. Долгошапко . . . 44-46

РЕПРОДУКТОЛОГІЯ

Ориентир на пациента. Новая парадигма лечения
А.М. Юзько, Human M. Fatemi, Hesham Al-Inany и др. . . . 24-27

Клінічне значення оцінки оваріального резерву в жінок, які страждають на безпліддя
Г.В. Стрелко . . . 35-36

ОНКОЛОГІЯ

Современные аспекты использования онкомаркеров в диагностике опухолей яичников
С.Н. Косьяненко . . . 42-43

ZU_2012_ACU_1_finish.qxd 13.04.2012 13:20 Page 11

«Медична газета «Здоров'я України – XXI сторіччя»© ®

Редакционная коллегия

Е.Н. Амосова, д.м.н., профессор, член-корреспондент НАМН Украины, заведующая кафедрой госпитальной терапии №1 НМУ им. А.А. Богомольца МЗ Украины

О.Я. Бабак, д.м.н., профессор, директор ГУ «Институт терапии им. Л.Т. Малой НАМН Украины»

Г.М. Бутенко, д.м.н., профессор, академик НАМН Украины, член-корреспондент НАН и РАМН, заместитель директора по научной работе ГУ «Институт геронтологии НАМН Украины»

Б.М. Венцковский, д.м.н., профессор, член-корреспондент НАМН Украины, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии № 1 НМУ им. А.А. Богомольца МЗ Украины

Ю.В. Вороненко, д.м.н., профессор, член-корреспондент НАМН Украины, ректор НМАПО им. П.Л. Шупика МЗ Украины

И.И. Горпинченко, д.м.н., профессор, директор Украинского института сексологии и андрологии, главный сексопатолог МЗ Украины

Ю.И. Губский, д.м.н., профессор, член-корреспондент НАМН Украины, заведующий кафедрой биоорганической, биологической и фармацевтической химии НМУ им. А.А. Богомольца МЗ Украины

Д.И. Заболотный, д.м.н., профессор, академик НАМН Украины, директор ГУ «Институт отоларингологии им. А.И. Коломийченко НАМН Украины», главный отоларинголог МЗ Украины

Д.Д. Иванов, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой нефрологии НМАПО им. П.Л. Шупика МЗ Украины

В.Н. Коваленко, д.м.н., профессор, академик НАМН Украины, директор ННЦ «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско» НАМН Украины

В.В. Корпачев, д.м.н., профессор, заведующий отделом клинической фармакологии и фармакотерапии эндокринных заболеваний ГУ «Институт эндокринологии и обмена веществ им. В.П. Комиссаренко НАМН Украины»

В.Г. Майданник, д.м.н., профессор, академик НАМН Украины, заведующий кафедрой педиатрии НМУ им. А.А. Богомольца МЗ Украины

Б.Н. Маньковский, д.м.н., профессор, член-корреспондент НАМН Украины, заведующий кафедрой диабетологии НМАПО им. П.Л. Шупика МЗ Украины

Ю.М. Мостовой, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней Винницкого национального медицинского университета им. Н.И. Пирогова МЗ Украины

В.И. Панькив, д.м.н., профессор, заведующий отделом профилактики эндокринных заболеваний Украинского научно-практического центра эндокринной хирургии, трансплантации эндокринных органов и тканей МЗ Украины

А.Н. Пархоменко, д.м.н., профессор, заведующий отделом реанимации и интенсивной терапии ННЦ «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско» НАМН Украины

Н.В. Пасечникова, д.м.н., профессор, директор Института глазных болезней и тканевой терапии им. В.П. Филатова НАМН Украины

В.В. Поворознюк, д.м.н., профессор, руководитель отдела клинической физиологии и патологии опорно-двигательного аппарата Института геронтологии НАМН Украины, директор Украинского научно-медицинского центра проблем остеопороза

Л.Г. Розенфельд, д.м.н., профессор, академик НАМН Украины, вице-президент НАМН Украины, заместитель директора ГУ «Институт отоларингологии им. А.И. Коломийченко НАМН Украины»

И.М. Трахтенберг, д.м.н., профессор, академик НАМН, член-корреспондент НАН Украины, заведующий отделом токсикологии Института медицины труда НАМН Украины

Н.Д. Тронько, д.м.н., профессор, академик НАМН Украины, член-корреспондент НАН, директор ГУ «Институт эндокринологии и обмена веществ им. В.П. Комиссаренко НАМН Украины»

Ю.И. Фещенко, д.м.н., профессор, академик НАМН Украины, директор ГУ «Институт фтизиатрии и пульмонологии им. Ф.Г. Яновского НАМН Украины», главный пульмонолог и фтизиатр МЗ Украины

Н.В. Харченко, д.м.н., профессор, член-корреспондент НАМН Украины, заведующая кафедрой гастроэнтерологии, диетологии и эндоскопии НМАПО им. П.Л. Шупика МЗ Украины, главный гастроэнтеролог МЗ Украины

В.И. Цымбалюк, д.м.н., профессор, академик НАМН Украины, заместитель директора ГУ «Институт нейрохирургии им. А.П. Ромоданова НАМН Украины»

В.П. Черных, д.ф.н., д.х.н., профессор, член-корреспондент НАН Украины, ректор Национального фармацевтического университета МЗ Украины

Медична газета «Здоров'я України»
Тематичний номер «Акушерство. Гінекологія. Репродуктологія»
Засновник – Іванченко Ігор Дмитрович
Видавництво – ТОВ «Здоров'я України»

ГЕНЕРАЛЬНИЙ ДИРЕКТОР **Людмила Жданова**
ГОЛОВНИЙ РЕДАКТОР **Володимир Савченко**
ШЕФ-РЕДАКТОР **Анатолій Якименко**
ВИПУСКАЮЧИЙ РЕДАКТОР **Наталія Атрохіна**
МЕДИЧНИЙ ДИРЕКТОР **Олексій Терещенко**
МЕДИЧНИЙ РЕДАКТОР **Ольга Радучич**
НАЧАЛЬНИК РЕДАКТОРСЬКОГО ВІДДІЛУ **Лідія Тралло**
ЛІТЕРАТУРНІ РЕДАКТОРИ/КОРЕКТОРИ **Валентина Грищенко**, **Валентина Кривоберець**, **Ірина Сандул**
НАЧАЛЬНИК ВЕРСТКИ І ДИЗАЙНУ **Інна Мартиненко**
ДИЗАЙНЕРИ **Максим Маліков**, **Роман Попов**, **Юлія Нуртазіна**, **Тарас Безлюда**
НАЧАЛЬНИК ВІДДІЛУ РЕКЛАМИ **Наталія Семенова**
МАРКЕТИНГ-МЕНЕДЖЕРИ **Інна Головко**, **Юлія Башкірова**, **Володимир Жданов**
АСИСТЕНТИ ВІДДІЛУ МАРКЕТИНГУ **Зоя Федірко**, **Анна Покровська**
НАЧАЛЬНИК ВІДДІЛУ ВИРОБНИЦТВА **Івалін Крайчев**
ТЕХНІЧНИЙ ДИРЕКТОР **Микола Дятленко**

Свідоцтво № 1764-6524Р від 04.04.2011р.
Передплатний індекс 89326
Редакція має право публікувати матеріали, не поділяючи точки зору авторів.
За достовірність фактів, цитат, імен, географічних назв та інших відомостей відповідають автори.
Відповідальність за зміст рекламних матеріалів несе рекламодавець.

– матеріали, що публікуються на правах реклами.
– авторські матеріали.

Передрук матеріалів допускається тільки з дозволу редакції. Рукописи не повертаються і не рецензуються.

Адреса для листів:
вул. Народного Ополчення, 1, м. Київ, 03151.
E-mail: zu@health-ua.com; www.health-ua.com

Контактні телефони:
Редакція **391-54-71, 391-54-77**
Відділ реклами ..... **391-54-72, 391-54-73(74)**
Відділ підписки та розповсюдження **391-54-76**

Газета віддрукована в ДП «Преса України», просп. Перемоги, 50.
Підписано до друку 30.03.2012 р.
Замовлення № . Наклад **20 000** прим.
Юридично підтверджений наклад.

Передплата з будь-якого місяця!
У кожному відділенні «Укрпошти»!
За передплатними індексами:

Здоров'я України©®

«МЕДИЧНА ГАЗЕТА «ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ – XXI СТОРІЧЧЯ»
35272

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР «АКУШЕРСТВО, ГІНЕКОЛОГІЯ, РЕПРОДУКТОЛОГІЯ»
89326

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР «ПЕДІАТРІЯ »
37638

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР «ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЯ, ГЕПАТОЛОГІЯ, КОЛОПРОКТОЛОГІЯ»
37635

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР «НЕВРОЛОГІЯ, ПСИХІАТРІЯ, ПСИХОТЕРАПІЯ»
37633

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР «КАРДІОЛОГІЯ, РЕВМАТОЛОГІЯ, КАРДІОХІРУРГІЯ»
37639

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР «ПУЛЬМОНОЛОГІЯ, АЛЕРГОЛОГІЯ, РИНОЛАРИНГОЛОГІЯ»
37631

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР «ДІАБЕТОЛОГІЯ, ТИРЕОЇДОЛОГІЯ, МЕТАБОЛІЧНІ РОЗЛАДИ»
37632

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР «ОНКОЛОГІЯ, ГЕМАТОЛОГІЯ, ХІМІОТЕРАПІЯ»
37634

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