



Bionorica®

Біль у грудях?

Мастодинон®



препарат №1 у лікуванні
доброякісних захворювань
молочних залоз¹



усуває напругу і набряк
молочної залози²



зменшує рівень пролактину,
доведено плацебо-
контрольованими дослідженнями³

Розкриваючи силу рослин

Мастодинон®. Показання для застосування. У комплексному лікуванні передменструального синдрому: психічна лабільність, головний біль або мігрень, набряки, запори, мастодинія (нагрудання і болючість молочних залоз) перед початком менструації, порушення менструального циклу та фіброзно-кістозна мастопатія. **Спосіб застосування та дози.** Препарат приймати по 1 таблетці двічі на день (вранці і ввечері) з невеликою кількістю води. Лікування триває протягом 3 місяців без перерви на час менструації. **Особливі застереження.** Застосування у період вагітності або годування груддю. Препарат не слід застосовувати у період вагітності або годування груддю. Екстракт плодів прутняка звичайного може впливати на лактацію. **Побічні ефекти.** При застосуванні препаратів, що містять плоди прутняка звичайного у поодиноких випадках спостерігалися випадки шлунково-кишкових розладів (нудота, біль у шлунку), алергічні реакції, включаючи шкірні висипання, свербіж, кропив'янку, набряк обличчя, задишку та утруднене ковтання, головний біль, акне, в окремих випадках повідомлялося про порушення менструального циклу та запаморочення.

1. Источник: данные MDM за 1-3 квартал 2017

2. Wuttke W. et al. Behandlung zyklusabhängiger Brustschmerzen mit einem Agnus castus haltigen Arzneimittel. Geburtshilfe und Frauenheilkunde 1997, 57, 569-574; Halaska et. al. Treatment of cyclical mastalgia with a solution containing a vitex Agnus castus extract: results of a placebo controlled double blind study. The breast 1999, 8, 175-181

3. Wuttke W. et al. Behandlung zyklusabhängiger Brustschmerzen mit einem Agnus castus haltigen Arzneimittel. Geburtshilfe und Frauenheilkunde 1997, 57, 569-574

Мастодинон®. Краплі оральні. Р.П. № UA/6239/01/01 від 13.05.17. **Мастодинон®. Таблетки, вкриті оболонкою.** Р.П. № UA/6239/02/01 від 26.07.13.

Виробник: Біонорика (Німеччина).

ТОВ «Біонорика», Україна, вул. Княжий Затон, 9, оф. 392, Київ, 02095. тел.: (044) 521-86-00, факс: (044) 521-86-01, e-mail: info@bionorica.ua.

Для розміщення у спеціалізованих виданнях, призначених для медичних установ та лікарів, а також для розповсюдження на семінарах, конференціях, симпозіумах з медичної тематики. Матеріал призначений виключно для спеціалістів у галузі охорони здоров'я.

Роль альтернативных схем коррекции гиперпролактинемии как одной из основных причин ряда патологических состояний

Пролактин – это уникальный гормон гипофиза, который контролирует более 80 сложных биохимических процессов в женском организме. Кроме влияния на репродуктивную и регенераторную функции, этот гормон также участвует в жировом и углеводном обмене, что в полной мере влияет на массу тела женщины. Уровень пролактина крови – это нестабильный показатель, колебания которого происходят на протяжении суток, а также в период беременности и грудного вскармливания. Что касается патологической гиперпролактинемии, которая отмечается у 10-35% женщин, то этот вариант гормонального дисбаланса ассоциирован с расстройствами менструального цикла, нарушением репродуктивной функции и повышенным риском развития злокачественных новообразований. Одним из самых серьезных последствий гиперпролактинемии является рак молочной железы. Формирование рака молочной железы – это постепенный и многоэтапный процесс, который можно предотвратить еще до момента малигнизации. Именно эта точка должна быть мишенью для гинекологов, так как своевременное вмешательство и назначение оптимального лечения должно быть направлено не только на достижение кратковременного эффекта, но и на отдаленный результат. Несмотря на то что лечением пациенток со злокачественными опухолями занимаются онкологи, роль других специалистов (особенно гинекологов) в их ведении, несомненно, велика.

В рамках научно-практической конференции с международным участием «Международный форум по современным вопросам акушерства и гинекологии» (26-27 апреля 2018 года, г. Киев) проблемам, связанным с гиперпролактинемией, посвятили доклады не только отечественные гинекологи, но и онкологи, зарубежные гости. Следует отметить, что как во всем мире, так и в Украине при различных нарушениях женского здоровья, в первую очередь при дисгормональных патологических состояниях, продолжает усиливаться интерес к применению средств растительного происхождения. О целесообразности и эффективности применения таких препаратов при гормональных расстройствах и их последствиях у женщин репродуктивного возраста и пойдет речь в этой статье.



О современных аспектах проблемы рака молочной железы и основных подходах к его профилактике рассказал заведующий кафедрой онкологии ГУ «Запорожская медицинская академия последипломного образования», доктор медицинских наук, профессор Алексей Алексеевич Ковалев.

– Рак молочной железы – это патология, которая находится на стыке двух неразрывно связанных медицинских отраслей: гинекологии и онкологии. Для решения проблем, ассоциированных с этим заболеванием, требуется участие междисциплинарной команды специалистов. Только совместная работа гинекологов и онкологов может повлиять на общую статистику заболеваемости раком молочной железы, который сегодня является второй по частоте причиной смерти от злокачественных новообразований в женской популяции (после рака легкого). Несмотря на сохранение высокой распространенности болезни, в начале XXI века во всем мире удалось достичь некоторых положительных изменений. Благодаря внедрению скрининга рака молочной железы в развитых странах, стадия опухоли, которую зачастую диагностировали у женщин, уменьшилась с T3 к T1, с N1 к N0. Изменилась также концепция ведения пациенток с раком в сторону индивидуализации подходов, расширения роли системных методов лечения (химиотерапии, гормонотерапии, таргетной терапии, иммунотерапии) и отхождения на второй план лучевой терапии. Все это позволило реально увеличить продолжительность и улучшить качество жизни пациенток.

После расшифровки генома человека в 2003 г. в рамках международного научно-исследовательского проекта «Геном человека» кардинально изменились представления о патогенезе многих заболеваний, особенно злокачественных новообразований.

Рак молочной железы – это гетерогенное заболевание, которое имеет большое количество различных молекулярных подтипов, отличающихся гистологической картиной и клиническим течением. Современные диагностические методы (функциональная геномика, протеомика, биоинформатика, метаболомика, фармакогеномика и др.) позволили не только познать патогенетические аспекты онкологической патологии, но и открыть новые мишени для терапевтического влияния.

Заболеваемость, выживаемость при раке молочной железы, а также доступность лечения в разных странах на 5 континентах кардинально отличаются (M.P. Coleman et al., 2008). Следовательно, для снижения распространенности рака молочной железы в разных странах необходимо применять разные подходы и, соответственно, использовать разные рекомендации. Всемирная организация здравоохранения разработала три варианта сценариев (А, В и С) для регионов с разными экономическими возможностями. Согласно рекомендациям Всемирной организации здравоохранения, чем более ограничены ресурсы, тем больше должен быть акцент на профилактике, скрининге, амбулаторном лечении и кратковременной терапии.

Украина относится к регионам со средним уровнем ресурсов (сценарий В). Ввиду слабых сторон отечественной медицины (проблема организации и распределения ресурсов, неправильное определение приоритетов), все усилия должны быть направлены на профилактику и раннюю диагностику рака, включая проведение скрининга.

Внедрение онкологического скрининга в Украине – это приоритетная задача для нашей страны. Для этого нужно создать региональные протоколы скрининга, базу данных подлежащего скринингу населения и персонализированные приглашения, подготовить высококвалифицированных специалистов, осуществлять оценку эффективности и мониторинг всех этапов скрининга, а также пропагандировать это направление с помощью средств массовой информации. Не менее важно сделать доступными для населения методы лечения предопухолевой патологии и выявленного рака. Скрининговые программы должны реализовываться на первом и втором уровнях медицинской помощи. Задача семейных врачей – выявление лиц с высоким риском онкологической патологии в общей популяции и направление их в скрининговые центры, где непосредственно проводятся скрининговые тесты, уточняющая диагностика, назначение лечения и внесение в базу данных «вовлеченного» населения. Онкологические диспансеры и профильные клиники должны оказывать исключительно специализированную медицинскую помощь.

Канцерогенез – это длительный и многостадийный процесс. Злокачественная

опухоль никогда не образуется на месте здоровой ткани. Ей предшествует ряд патологических состояний, а малигнизация может длиться несколько десятков лет. Этого времени вполне достаточно, чтобы выявить рак на доклинических или ранних стадиях, когда лечение наиболее эффективно. Поэтому задачей скрининга рака молочной железы является не только выявление злокачественных новообразований, но и доброкачественных с повышенным риском малигнизации.

Рак молочной железы – это серьезная патология, эффективность и результат лечения которой полностью зависят от врача-онколога. Однако именно гинеколог может предотвратить развитие злокачественного процесса, в основе которого лежит гормональный дисбаланс.

В этом аспекте особое внимание следует уделить мастопатиям. Согласно гистологической классификации мастопатий принято выделять непролиферативный тип (простая и сложная киста), пролиферативный тип без атипии (протоковая гиперплазия, фиброаденома, внутрипротоковая папиллома, склерозирующая аденома, радиальные рубцы), атипичную гиперплазию, дольковую карциному *in situ* и протоковую карциному *in situ*. При пролиферативной мастопатии без атипии риск развития рака молочной железы повышается в 1,9 раза, а при атипичной гиперплазии – в 5,3 раза. Наиболее частой жалобой женщин с доброкачественными новообразованиями молочных желез является масталгия – циклическая или нециклическая боль в молочных железах. При односторонней боли локализованного характера в первую очередь следует исключить рак.

Лечение масталгии основывается на общих рекомендациях: ограничение употребления метилксантинов, кофеина, шоколада, соблюдение питания с низким содержанием жиров и большим количеством сложных углеводов, прием витаминов А и Е, ношение поддерживающего бюстгальтера и выполнение укрепляющих физических упражнений, а также включает назначение медикаментозной терапии.

На сегодняшний день врачи-гинекологи широко назначают стандартизированные экстракты *Agnus castus* производства компании «Бионорика СЕ», выпускаемые как однокомпонентное средство (Циклодинон®), так и в составе целого комплекса (Мастодион®). Оба препарата за счет своего основного компонента (специального экстракта *Agnus castus* BNO 1095) на протяжении многих лет демонстрируют высокую клиническую эффективность, в том числе и в комплексной терапии доброкачественных заболеваний молочной железы (Мастодион®).

Согласно результатам рандомизированных плацебо-контролируемых исследований, препарат Мастодион®, стандартизованный по содержанию активных веществ, имеет высокую эффективность и хороший

профиль безопасности даже при длительном применении. Кроме достоверного уменьшения симптомов мастодии применение лекарственного средства способствует снижению уровня пролактина и эстрогенов за счет повышения содержания прогестерона. Благодаря такому эффекту на фоне терапии препаратом Мастодион® существенно снижается риск развития непролиферативных предопухолевых заболеваний, а значит – и рака молочной железы.



Роль препаратов растительного происхождения при коррекции гормонального дисбаланса как основной причины развития дисфункциональных маточных кровотечений стала основной темой доклада одного из приглашенных зарубежных специалистов, заведующего кафедрой акушерства и гинекологии Университета республики Мальта, доктора медицины, профессора Марка Бринката.

– Дисфункциональные маточные кровотечения (ДМК; коды по Международной классификации болезней 10-го пересмотра N93.8, N93.9) – это группа патологических состояний, которые с точки зрения патогенеза обусловлены нарушением секреции половых гормонов в результате нарушения функции гипофиза и надпочечников. Основным отличием ДМК от аномальных маточных кровотечений является то, что первые не связаны с органическими причинами. Таким образом, ДМК определяется как любое изменение в характере и объеме менструального кровотечения (не менее 80 мл за цикл) при отсутствии патологии половых путей.

Распространенность ДМК у женщин репродуктивного возраста составляет в среднем 30% (часто после наступления менархе и в период пременопаузы), что крайне негативно сказывается на качестве их жизни, трудоспособности и финансовом благополучии в связи с высокими расходами на лечение (Z. Liu, Q.V. Doan, R.W. Dubois, 2007).

Основной причиной развития ДМК является гормональный дисбаланс, который в ряде случаев приводит к нарушению структурной целостности эндометрия. Так, к примеру, отсутствие гормональной поддержки эндометрия вследствие недостаточности эстрогенов может стать причиной ановуляторного маточного кровотечения, а преовуляторное снижение уровня эстрадиола может привести к развитию кровотечения в середине цикла.

В случае когда уровень эстрадиола находится в диапазоне пороговых значений, необходимых для обеспечения устойчивости эндометрия, как правило, возникают прерывистые пролонгированные кровотечения (кровомазанье), определяемые термином «пороговое кровотечение». Нарушение менструального цикла, сопровождающееся не связанной с прогестероном продукцией эстрадиола, а также утолщение эндометрия без сопутствующей структурной поддержки также приводят к развитию ДМК, однако в данном случае – тяжелого и длительного (надпороговое кровотечение).

Не стоит забывать, что развитие ДМК довольно часто связано с нарушением уровня пролактина. Так, гиперпролактинемия выступает в роли одной из основных причин

Продолжение на стр. 6.

Роль альтернативных схем коррекции гиперпролактинемии как одной из основных причин ряда патологических состояний

Продолжение. Начало на стр. 5.

ановуляции, а возникающие на ее фоне кровотечения носят характер аменореи, олигоменореи. Частота ДМК, развивающихся на фоне гиперпролактинемии, составляет в среднем 12% в популяции женщин в возрасте 21-30 лет (S.Y. Shin, Y.Y. Lee, S.Y. Yang et al., 2005). В то же время, по данным исследования М. Jayakumar и соавт. (2014), этот показатель у женщин в возрасте до 25 лет составляет 8,7%. При этом определяется четкая тенденция к увеличению распространенности ДМК с возрастом пациенток. Доказано, что высокий уровень пролактина в сыворотке крови может приводить к нарушению созревания фолликулов и функции желтого тела, вызывает ингибирование нормальной пульсирующей секреции гонадотропин-рилизинг-гормона в гипоталамусе. Это также обуславливает недостаточную секрецию лютеинизирующего и фолликулостимулирующего гормонов, а значит — и неадекватную индукцию правильного ответа яичников на гормональную стимуляцию (F. Nawroth, 2005; S.I. Bragiota, K.S. Bonotis, I.E. Messins et al., 2013).

Рациональная тактика лечения при ДМК должна предусматривать индивидуальный комплексный подход, при котором наиболее целесообразным будет следующий терапевтический алгоритм:

- **остановка кровотечения (симптоматические средства, гормональная терапия, хирургическое лечение);**
- **регуляция менструального цикла (посредством коррекции гормонального дисбаланса);**
- **реабилитационный период (в репродуктивном возрасте — индукция овуляции, в пострепродуктивном возрасте — профилактика риска развития злокачественных процессов).**

Тем не менее даже с учетом частой необходимости проведения хирургических вмешательств на первом этапе ведения пациенток с ДМК, выполнение таких процедур, как гистерэктомия и абляция эндометрия, должно быть ограничено.

Недавно были опубликованы результаты систематического обзора 22 клинических исследований, в которых сравнивали эффективность нехирургических методов терапии пациенток с ДМК на фоне дисфункции эндометрия (K.A. Matteson, D.D. Rahn, T.L. Wheeler et al., 2013). Как заключили авторы, наиболее эффективным подходом для уменьшения менструальных кровотечений на фоне гормональных нарушений является применение внутриматочных систем, высвобождающих левоноргестрел (эффективность — 71-95%), комбинированных оральных контрацептивов (35-69%), длительный прием пероральных прогестинов (87%), транексамовой кислоты (26-54%) и нестероидных противовоспалительных препаратов.

В последнее время во всем мире отмечается повышенный интерес к применению альтернативных схем лечения женщин с гормональным дисбалансом, в том числе и с ДМК.

Так, назначение экстракта *Agnus castus BNO 1095* (Циклодинон®, Мастодион®) оказывает допаминоподобное воздействие на гипотиз, тем самым регулируя секрецию ключевых гормонов: эстрогенов, пролактина, фолликулостимулирующего и лютеинизирующего гормонов. Результаты ряда исследований *in vitro* свидетельствуют в пользу способности экстракта

Agnus castus BNO 1095 ингибировать продукцию пролактина путем прямого связывания с дофаминовыми D₂-рецепторами.

В отличие от классических схем коррекции уровня пролактина, в которых применяются препараты бромкриптина, использование экстракта *Agnus castus BNO 1095* ассоциировано с более выраженным терапевтическим эффектом (E.B. Kilicdag, E. Tarim, T. Bagis et al., 2004). Так, в проспективном исследовании с участием 80 пациенток (40 — с циклической масталгией и 40 — с умеренной гиперпролактинемией) применение экстракта *Agnus castus BNO 1095* (Циклодинон®) в течение 3 мес терапии позволило добиться достоверно большего (p<0,001) снижения уровня пролактина по сравнению с терапией бромкриптином (2,5 мг 2 р/сут). Кроме того, доказано, что экстракт *BNO 1095* оказывает выраженное противовоспалительное действие за счет подавления активности липооксигеназы и провоспалительных цитокинов.

В другом двойном слепом рандомизированном клиническом исследовании, в котором приняли участие 52 пациентки с нарушениями менструального цикла на фоне латентной гиперпролактинемии, была изучена эффективность применения экстракта *Agnus castus BNO 1095* (A. Milewicz et al., 1993). Как показали результаты, применение препарата Циклодинон® позволило достигнуть необходимого снижения уровня пролактина, восстановить нормальную продолжительность лютеиновой фазы, а также нормализовать уровень прогестерона в ее середине. Авторы пришли к выводу, что экстракт *Agnus castus BNO 1095* (Циклодинон®) является эффективным средством коррекции нарушений лютеиновой фазы на фоне латентной гиперпролактинемии.

Применение экстракта *Agnus castus BNO 1095* также ассоциировано со снижением выраженности проявлений предменструального дистрофического синдрома, характеризующегося более тяжелыми и изнурительными для пациентки симптомами, чаще возникающими во второй половине менструального цикла и отмечаемыми вплоть до наступления менопаузы. В исследовании М. Алмаса и соавт. (1998) было выявлено, что применение экстракта *Agnus castus BNO 1095* (Циклодинон®) имеет более высокую терапевтическую эффективность в отношении уменьшения выраженности симптомов предменструального дистрофического синдрома в сравнении с флуоксетином уже на 4-й неделе лечения.

Кроме того, как было показано в исследовании Gerhard и соавт., трехмесячное применение экстракта *Agnus castus BNO 1095* в составе комплексного средства растительного происхождения (Мастодион®) способствует повышению частоты наступления беременности у женщин с вторичной аменореей и недостаточностью второй фазы менструального цикла в сравнении с плацебо. При идиопатическом бесплодии разница была незначительна.

Таким образом, хоть ДМК и является серьезной хирургической проблемой, частота обширных хирургических вмешательств при данной патологии продолжает неуклонно снижаться с момента внедрения в клиническую практику консервативных и альтернативных методов терапии, в том числе и применения экстракта *Agnus castus BNO 1095* в качестве надежного средства с доказанной эффективностью и высоким профилем безопасности.

Подготовили **Илона Цюпа**
и **Антон Вовчек**



Медицина газета «Здоров'я України».

Тематичний номер «Гінекологія. Акушерство. Репродуктологія»

Редакційна колегія

К.М. Амосова, д. мед. н., професор, член-кореспондент НАМН України, ректор НМУ ім. О.О. Богомольця

О.Я. Бабак, д. мед. н., професор, завідувач кафедри внутрішньої медицини № 1 Харківського національного медичного університету

Г.М. Бутенко, д. мед. н., професор, академік НАМН України, член-кореспондент НАН України і РАМН, директор Інституту генетичної та регенеративної медицини НАМН України

Б.М. Венцківський, д. мед. н., професор, член-кореспондент НАМН України, завідувач кафедри акушерства і гінекології № 1 НМУ ім. О.О. Богомольця

Ю.В. Вороненко, д. мед. н., професор, академік НАМН України, ректор НМАПО ім. П.Л. Шупика

С.І. Герасименко, д. мед. н., професор, заступник директора з науково-лікувальної роботи ДУ «Інститут травматології та ортопедії НАМН України»

Ф.С. Глумчєр, д. мед. н., професор, завідувач кафедри анестезіології та інтенсивної терапії НМУ ім. О.О. Богомольця

І.І. Горпинченко, д. мед. н., професор, директор Українського інституту сексології та андрології

Ю.І. Губський, д. мед. н., професор, член-кореспондент НАМН України, завідувач кафедри паліативної та хоспісної медицини НМАПО ім. П.Л. Шупика

Ю.В. Давидова, д. мед. н., професор, керівник відділення акушерських проблем екстрагенітальної патології ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені академіка О.М. Лук'янової НАМН України»

Д.І. Заболотний, д. мед. н., професор, академік НАМН України, віце-президент НАМН України, директор Інституту отоларингології ім. О.С. Коломійченка НАМН України

Д.Д. Іванов, д. мед. н., професор, завідувач кафедри нефрології та нирковозамісної терапії НМАПО ім. П.Л. Шупика МОЗ України

В.М. Коваленко, д. мед. н., професор, академік НАМН України, віце-президент НАМН України, директор ДУ ННЦ «Інститут кардіології ім. М.Д. Стражеска» НАМН України

В.В. Корпачов, д. мед. н., професор, завідувач відділу клінічної фармакології і фармакотерапії ендокринних захворювань ДУ «Інститут ендокринології та обміну речовин ім. В.П. Комісаренка НАМН України»

В.Г. Майданник, д. мед. н., професор, академік НАМН України, завідувач кафедри педіатрії № 4 НМУ ім. О.О. Богомольця

Б.М. Маньковський, д. мед. н., професор, член-кореспондент НАМН України, завідувач кафедри діабетології НМАПО ім. П.Л. Шупика

Ю.М. Мостовой, д. мед. н., професор, завідувач кафедри пропедевтики внутрішніх хвороб Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова

В.І. Паньків, д. мед. н., професор, завідувач відділу профілактики ендокринних захворювань Українського науково-практичного центру ендокринної хірургії та трансплантації ендокринних органів і тканин

О.М. Пархоменко, д. мед. н., професор, член-кореспондент НАМН України, науковий керівник відділу реанімації та інтенсивної терапії ННЦ «Інститут кардіології ім. М.Д. Стражеска» НАМН України

Н.В. Пасєчнікова, д. мед. н., професор, член-кореспондент НАМН України, директор Інституту очних хвороб і тканинної терапії ім. В.П. Філатова НАМН України

В.В. Поворознюк, д. мед. н., професор, керівник відділу клінічної фізіології та патології опорно-рухового апарату Інституту геронтології НАМН України, директор Українського науково-медичного центру проблем остеопорозу

С.С. Страфун, д. мед. н., професор, заступник директора з наукової роботи ДУ «Інститут травматології та ортопедії НАМН України»

І.М. Трахтенберг, д. мед. н., професор, академік НАМН України, член-кореспондент НАН України, завідувач відділу токсикології Інституту медицини праці НАМН України

М.Д. Тронько, д. мед. н., професор, академік НАМН України, член-кореспондент НАН України, віце-президент НАМН України, директор ДУ «Інститут ендокринології та обміну речовин ім. В.П. Комісаренка НАМН України»

Ю.І. Фещенко, д. мед. н., професор, академік НАМН України, директор Національного інституту фізичної та пульмонології ім. Ф.Г. Яновського НАМН України

П.Д. Фомін, д. мед. н., професор, академік НАМН України, завідувач кафедри хірургії № 3 НМУ ім. О.О. Богомольця

Н.В. Харченко, д. мед. н., професор, член-кореспондент НАМН України, завідувач кафедри гастроентерології, дієтології та ендоскопії НМАПО ім. П.Л. Шупика

В.І. Цимбалюк, д. мед. н., професор, академік НАМН України, президент НАМН України, заступник директора з наукової роботи Інституту нейрохірургії ім. А.П. Ромоданова НАМН України

В.П. Черних, д.ф.н., д.х.н., професор, член-кореспондент НАН України

Медицина газета «Здоров'я України».

Тематичний номер «Гінекологія. Акушерство. Репродуктологія»

Засновник – Іванченко Ігор Дмитрович

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

ГЕНЕРАЛЬНИЙ ДИРЕКТОР **Ігор Іванченко**

ДИРЕКТОР З РОЗВИТКУ **Людмила Жданова**

ШЕФ-РЕДАКТОР **Антон Вовчек**

Адреса для листів:

вул. Механізаторів, 2, м. Київ, 03035.

E-mail: zu@health-ua.com; www.health-ua.com

Контактні телефони:

Редакція (044) 521-86-98

Відділ маркетингу (044) 521-86-91 (92, 93)

Відділ передплати

та розповсюдження (044) 364-40-28

Газету віддруковано у типографії «Юнівест-Принт», м. Київ, вул. Дмитрівська, 44-б.

Підписано до друку липень 2018 р.

Замовлення № Наклад 15 000 прим.

Свідоцтво KB № 17674-6524P від 04.04.2011 р.

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.

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

Медицина газета «Здоров'я України». Тематичний номер «Гінекологія, акушерство, репродуктологія»

є спеціалізованим виданням для медичних установ та лікарів.