

Ю.В. Давидова, д. мед. н., професор, керівник відділення акушерських проблем екстрагенітальної патології ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології Національної академії медичних наук України»; **В.І. Кравченко**, к. мед. н., завідувач відділу хірургічного лікування патології аорти ДУ «Національний інститут серцево-судинної хірургії ім. М.М. Амосова НАМН України»; **А.Ю. Лиманська**, к. мед. н., провідний науковий співробітник, ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології Національної академії медичних наук України», м. Київ

Особливості ведення вагітності і пологів у жінок із синдромом Марфана

У сучасному світі істотно зростає кількість спадкових захворювань серед вагітних. Деякі з них супроводжуються ураженням аорти, що призводить до формування й розвитку аневризми та розшарування стінки аорти. До таких захворювань належить синдром Марфана (СМ)[3, 8].

СМ – генетично детерміноване захворювання, пов’язане із вродженим дефектом 15-ї хромосоми, успадковане

за аутосомно-домінантним типом і проявляється ураженням опорно-рухового апарату, органів зору та серцево-судинної системи.

Діагноз СМ часто складно встановити, що зумовлено наявністю уражень у різних органах і системах організму та потребує консультації лікарів різних спеціальностей. Критерії діагностики цієї патології розробила (Ghent nosology, 1996), а потім переглянула й доповнила

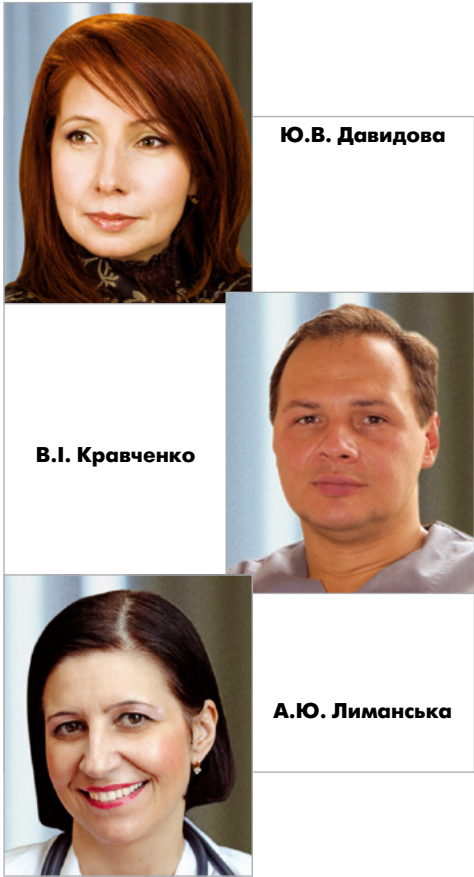
(revised Ghent nosology, 2010) група науковців різних спеціальностей за підтримки національної фундації СМ (США) у м. Гент (Бельгія).

Встановлення діагнозу СМ, за Ghent nosology, у разі відсутності сімейного анамнезу здійснюється лише за одним великим критерієм у двох системах і за наявності ураження третьої системи. Якщо виявлено мутацію *FBN1* як причину СМ, то клінічно достатньо одного великого критерію в одній системі та ураження іншої. Для осіб, які перебувають у родинних зв’язках із пацієнтом, у якого діагностовано СМ, достатньою є наявність великого критерію в сімейному анамнезі, а також одного великого критерію в одній системі та ураження іншої [3, 8].

Поширення хвороби становить 1:10 000. Головним проявом захворювання та основною причиною смерті є розвиток серцево-судинних ускладнень. Насамперед до них належать формування аневризми висхідної аорти з розвитком аортальної регургітації або без такої та розшарування аорти. У всіх жінок із патологією аорти вагітність асоціюється з високим ризиком, а ураження аорти є однією з провідних причин материнської смертності [2, 5].

У жінок із СМ і нормальним діаметром кореня аорти ризик розшарування стінки аорти та виникнення інших серйозних ускладнень з боку серця під час вагітності становить 1% [5-7, 10]. У вагітних із СМ збільшення діаметра кореня аорти >4 см або його наростання під час вагітності є факторами ризику розшарування стінки. У пацієнток із СМ і діаметром кореня аорти >45 мм планування вагітності не рекомендується, необхідно розглянути питання про попереднє оперативне втручання. Розшарування стінки спостерігається рідко, якщо діаметр кореня аорти становить <40 мм, хоча повністю виключити ризик цього ускладнення неможливо за будь-якого діаметра судин. Якщо діаметр аорти становить 40-45 мм, слід урахувати інші фактори ризику розшарування стінки аорти (обтяжений спадковий анамнез тощо). Важливу роль відіграє площа поверхні тіла, особливо у жінок низького зросту. Після виконання планового протезування кореня аорти в жінок зберігається ризик виникнення «гострих аортальних подій» із боку начебто інтактної аорти. Крім загрозливого для життя ускладнення у вигляді розшарування стінки аорти, у таких хворих може розвинути аортальна, мітральна регургітація, яка призводить до таких ускладнень, як надшлуночкові аритмії або серцева недостатність, особливо за наявності регургітації середнього або важкого ступеня до вагітності [4, 5].

Доведено, що виношування вагітності при СМ пов’язане з підвищеним ризиком розвитку диссекції аорти, спричиненої змінами гемодинаміки та гормонально опосередкованим зменшенням кількості мукополісахаридів і втратою еластичних волокон у стінці аорти. Вивчаючи міжнародний досвід із надання спеціалізованої допомоги вагітним із СМ за останні десять років, виявлено дані про 29 випадків – середній вік пацієнток



становив 30±4 роки, 18 пацієнток мали розшарування висхідної аорти, 9 – низхідної аорти і 2 – обох відділів аорти. У 19 пацієнток дилатація аорти було встановлено до вагітності, а у 4 жінок в анамнезі були виконані хірургічні втручання на аорті. У 8 вагітних СМ діагностовано лише після виникнення ускладнень. У 5 вагітних диссекція аорти розвинулась у терміні 13-20 тижнів, у 18 – у терміні 24-40 тижнів, а у 6 жінок – після пологів (від доби після розродження до 3 міс постнатального періоду). Слід зазначити, що у 5 пацієнток спостерігалось розширення висхідної аорти, яке потребувало хірургічного втручання під час вагітності, і у 2 хворих стався внутрішньочерепний крововилив після пологів (через 30 хв і 6 тижнів після пологів). У 4 жінок із розшаруванням аорти встановлено антенатальну загибель плода, у тому числі в 2 випадках материнської смерті (материнська смертність становила понад 50%) [1, 4, 6, 7, 9, 10].

Кардіохірургічні втручання (28 випадків) виконано перед розродженням у 6 жінок, після розродження – у 15, одразу після кесаревого розтину – у 7 пацієнток. Слід наголосити, що у повідомленнях авторів наведено дані про диссекцію аорти у вагітних, у яких до вагітності діаметр аорти становив <40 мм.

За даними невибіркових результатів досліджень останніх десяти років, розрахунковий ризик виникнення диссекції аорти становить 3%, у тому числі 1% при діаметрі аорти <40 мм та більш ніж 10% у вагітних високого ризику (діаметр аорти >40 мм, швидка дилатація, попередня диссекція висхідної аорти). Доцільно звернути увагу на висновки багатьох авторів про те, що вагітність при СМ не вважається event-free (без можливих подій), тому що існує можливість виникнення диссекції аорти навіть за нормально-го діаметра аорти [2, 4, 6, 7].

На окрему увагу заслуговує питання планування сім’ї в цій групі жінок, що зумовлюється низкою факторів: ризиком успадкування плодом СМ (25-50%), доволі високим ризиком виникнення життєзагрозливих серцево-судинних ускладнень навіть за умов успішного завершення вагітності в терміні >37 тижнів.

Продовження на стор. 14

Таблиця. Діагностичні критерії СМ Ghent nosology (1996)	
Великі	Малі
Патологія опорно-рухової системи	
Килеподібна деформація грудної клітки Лійкоподібна деформація грудної клітки, яка потребує хірургічного лікування Співвідношення довжини верхнього сегмента тіла до нижнього <0,86 або розмах рук/зріст <1,05 Позитивні тести зап’ястя і великого пальця Сколіоз >20° або спондилолітез Зменшення розгинання ліктьових суглобів (кут <170°) Медіальне зміщення внутрішніх щиколоток за рахунок повздовжньої плоскостопості Протрузія вертлюжних впадин	Лійкоподібна деформація грудної клітки Гіпермобільність суглобів Високе аркоподібне піднебіння зі зкупченістю зубів Особливості лицьового черепа (доліхоцефалія, гіпоплазія виличної кістки, енофтальм, ретрогнатія, косо опущені складки повік)
Зміни скелета відповідають великому критерію, якщо виявляють не менше 4 із вищенаведених 8 великих ознак. Опорно-руховий апарат уражений, якщо виявляють не менше 2 великих (усі 8 великих ознак) або 1 великий і 2 малі критерії	
Патологія органа зору	
Ектопія кришталика	Плоска рогівка (за даними кератометрії) Збільшення довжини очного яблука (міопія) Гіпоплазія райдужної оболонки або гіпоплазія циліарного м’яза (утруднення міозу)
Орган зору уражений за наявності 1 великого або 2 малих критеріїв	
Патологія серцево-судинної системи	
Ектазія висхідного відділу аорти на рівні синусів Вальсальви (± недостатність аортального клапана) Розшарування висхідного відділу аорти	Пролапс мітрального клапана (± мітральна регургітація) Ектазія легеневої артерії в осіб віком <40 років Кальцифікація мітрального кільця в осіб віком <40 років Ектазія або розшарування низхідної грудної або черевної аорти в осіб віком <50 років
Серцево-судинна система уражена за наявності 1 великого або 1 малого критерію	
Патологія дихальної системи	
	Спонтанний пневмоторакс Апікальні були
Дихальна система уражена за наявності 1 малого критерію	
Патологія шкіри та м’яких тканин	
	Атрофічні стрії, не пов’язані з корекцією маси тіла, вагітністю, стресом Рецидивна чи оперована грижа
Шкіра (м’які тканини) уражені за наявності 1 малого критерію	
Патологія твердої мозкової оболонки	
Попереково-крижова ектазія твердої мозкової оболонки (за даними комп’ютерної томографії (КТ) або магнітно-резонансної томографії (МРТ))	
Сімейність/спадковість	
Батьки, діти або сибси (брати, сестри), у яких є вищезазначені критерії Незалежна мутація <i>FBN1</i> визначена як причина СМ Наявність гаплотипу, подібного до мутації <i>FBN1</i> , який успадковується нащадками й однозначно асоційований із діагнозом СМ у сім’ях	
Сімейність/спадковість наявні, якщо є 1 малий критерій	

Ю.В. Давидова, д. мед. н., професор, керівник відділення акушерських проблем екстрагенітальної патології ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології Національної академії медичних наук України»; **В.І. Кравченко**, к. мед. н., завідувач відділу хірургічного лікування патології аорти ДУ «Національний інститут серцево-судинної хірургії ім. М.М. Амосова НАМН України»; **А.Ю. Лиманська**, к. мед. н., провідний науковий співробітник, ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології Національної академії медичних наук України», м. Київ

Особливості ведення вагітності і пологів у жінок із синдромом Марфана

Продовження. Початок на стор. 13

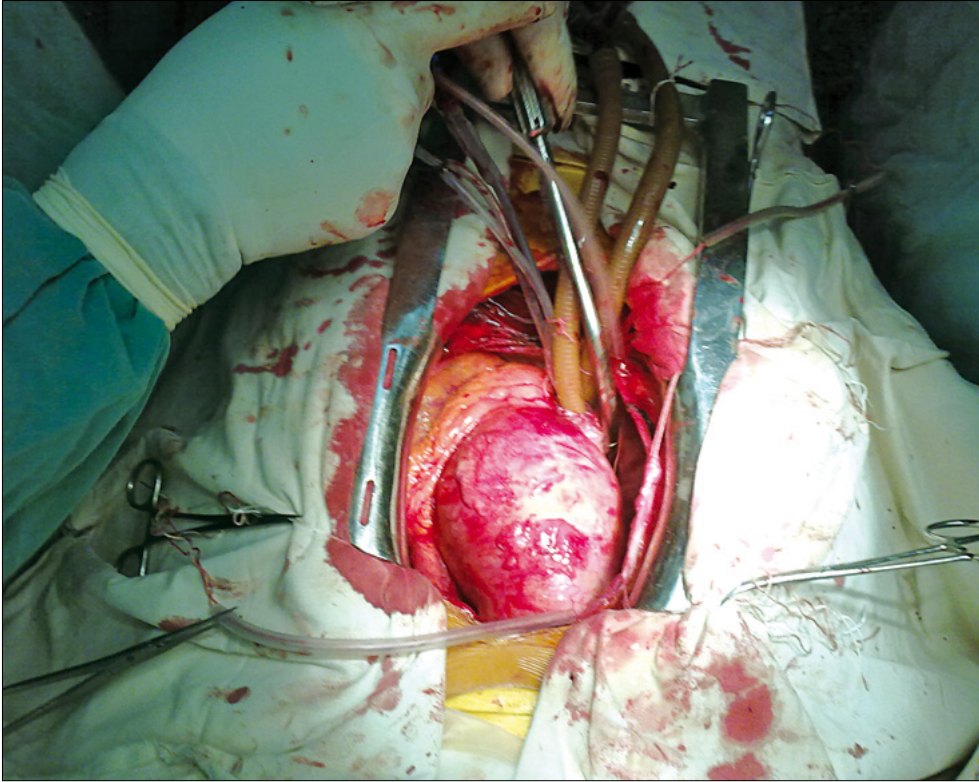


Рис. 1. Етап підключення штучного кровообігу

Преконцепційне консультування та перинатальний консилиум для жінок із СМ мають проводити кардіохірурги, кардіологи та акушери-гінекологи — бажано до настання вагітності або в терміні до 10 тижнів після ретельного обстеження, у тому числі генетичного дослідження каріотипу плода, що зумовлено ризиком успадкування плодом цього синдрому (25-50%).

Так, на підставі результатів проведених проспективних досліджень 125 пацієнток середнього віку 21 ± 15 років із СМ, які зверталися з приводу планування вагітності та не мали ознак розширення кореня аорти, доведено, що показник 5- та 10-річного виживання у них становив 95 та 88%, а показник виживання без ускладнень — 78 і 66% відповідно. В 10% пацієнток розвивалася диссекція аорти та у 24% було проведено профілактичне кардіохірургічне втручання. Ризик смерті значно зростає у разі виконання оперативного втручання за невідкладними показаннями, які спричинили аритмії, диссекція або розрив резидуальної аорти, ендокардит, внутрішньочерепний та внутрішньоспинальний крововилив [2, 8].

Слід наголосити, що, незважаючи на ефективне медикаментозне та хірургічне лікування при СМ, реалізація репродуктивної функції пов'язана з підвищеним ризиком ускладнень та передчасної смертності навіть після успішного розродження в будь-якому терміні вагітності. Частота фатальних ускладнень зростає у жінок із диссекцією типу А, проте вони можуть виникати й після профілактичної хірургічної корекції кореня аорти та оперативних втручань на мітральному клапані.

Серед суто перинатальних ускладнень у жінок із СМ слід урахувати:

- ризик виникнення спонтанних передчасних пологів унаслідок передчасного розриву плодових оболонок;
- необхідність дострокового розродження перед оперативним втручанням у разі досягнення терміну життєздатності плода;

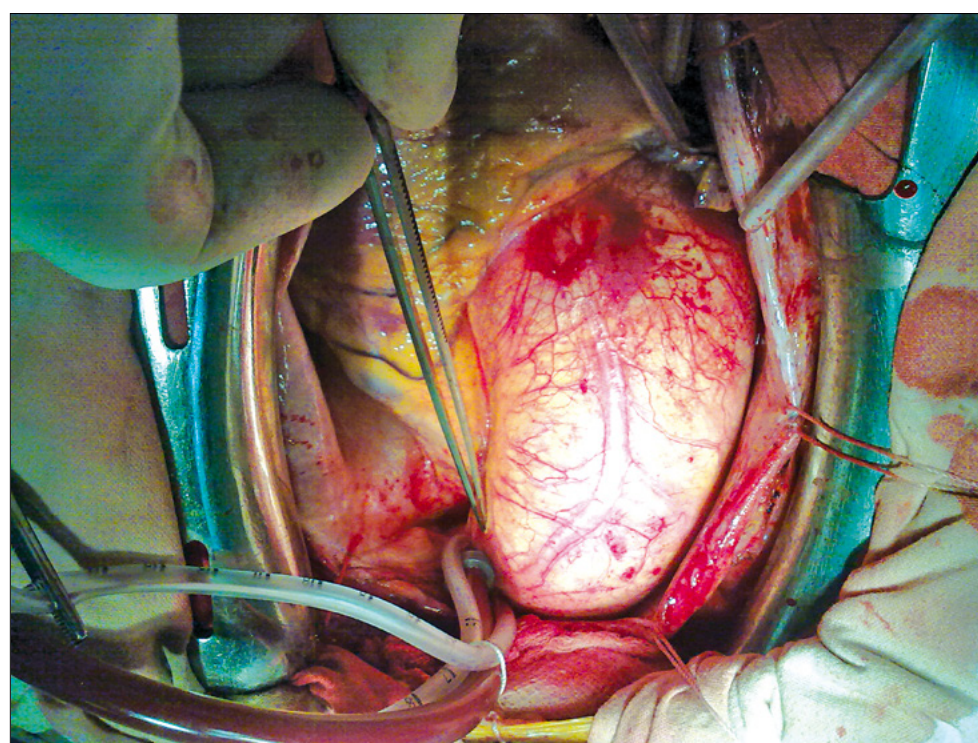


Рис. 2. Артеріальна канюлізація дуги аорти

— можливість виникнення ятрогенних передчасних пологів (після проведення кардіохірургічного втручання під час вагітності);

— ризик виникнення порушень у матково-плацентарному та плацентарно-плодовому кровообігу після виконання кардіохірургічного втручання з використанням апарату штучного кровообігу, внаслідок чого існує висока ймовірність зниження перфузії плаценти;

— затримку росту плода;

— високий ризик антенатальної загибелі плода в разі виникнення диссекції аорти.

Залежно від діаметра аорти жінкам із патологією аорти під час вагітності кожні 4-6 тижнів і через 6 міс після пологів слід проводити ехокардіографію (ЕхоКГ). Вагітна жінка має перебувати під наглядом досвідченого кардіолога та акушера, що мають уявлення про можливі ускладнення. Лікування бета-адреноблокаторами може привести до зниження частоти дилатації

аорти та поліпшення показників виживання. Рекомендують застосування бета-адреноблокаторів у пацієнток із СМ під час вагітності для профілактики розшарування стінки аорти. Під час лікування бета-адреноблокаторами необхідно контролювати внутрішньоутробний розвиток плода та його відповідність ультразвуковим фетометричним критеріям.

Пацієнткам із СМ рекомендують виконувати оперативне втручання до вагітності, якщо діаметр висхідної аорти становить ≥ 45 мм. В інших пацієнток із дилатацією аорти хірургічне лікування до вагітності обґрунтовано, якщо діаметр висхідної аорти становить ≥ 50 мм. У жінок низького зросту слід брати до уваги площу поверхні тіла. Індекс діаметра аорти > 27 мм/м² асоціюється з високим ризиком розшарування стінки аорти, тому в цьому разі обґрунтовано профілактичне хірургічне втручання. Якщо під час вагітності спостерігається наростаюча дилатація аорти, а плід іще нежиттєздатний, то можливе виконання реконструктивної операції на аорті до пологів. Якщо плід життєздатний, слід провести кесарів

розтин, а потім операцію на аорті. Кесарів розтин має виконуватися в лікувальному закладі, у якому є відділення кардіоторакальної хірургії та неонатальної інтенсивної терапії. Розшарування стінки висхідної аорти під час вагітності — це невідкладний стан, що потребує негайного хірургічного втручання. Тому якщо плід життєздатний, виконується кесарів розтин за ургентними показаннями, а згодом — реконструктивна операція на аорті. Існують випадки, коли після вилучення плода починалося хірургічне втручання на аорті й операція кесарів розтин закінчувалася паралельно із трансторакальним втручанням. У разі симультанного абдомінального розродження та проведення кардіохірургічної операції із використанням штучного кровообігу необхідно враховувати високу ймовірність маткової кровотечі та бути готовими до її зупинення всіма можливими методами, у тому числі до проведення емболізації маткових артерій і пангістеректомії.

Первинна мета ведення пацієнтки з дилатацією висхідної аорти під час пологової діяльності — зменшити напругу на серцево-судинну систему під час переймів та періоду вигнання. Якщо жінка отримувала бета-адреноблокатори під час вагітності, то лікування слід продовжити в перипартальному періоді. Якщо діаметр висхідної аорти становить до 40 мм, рекомендуються вагінальні пологи під регіонарною анестезією для профілактики різкого підйому артеріального тиску, що може викликати розшарування стінки аорти. У разі якщо діаметр аорти становить 40-45 мм, можливі вагінальні пологи або кесарів розтин. Виконання регіонарної анестезії у пацієнток із СМ може виявитися тяжким завданням з урахуванням наявності сколіозу. Кесарів розтин обґрунтовано, якщо діаметр аорти перевищує 45 мм або існують суто акушерські показання для абдомінального розродження.

У деяких випадках розродження таких пацієнток має бути проведено у високоспеціалізованому акушерському стаціонарі, у якому є можливість залучення кардіохірургічних бригад для надання допомоги у разі розвитку важких кардіальних подій.

З іншого боку, трапляються випадки проведення кардіохірургічних втручань під час вагітності у зв'язку із загрозою для життя патологією серця і судин. Це дає можливість зберегти життя та покращити його якість у жінки, а також досягти терміну вагітності, за якого плід

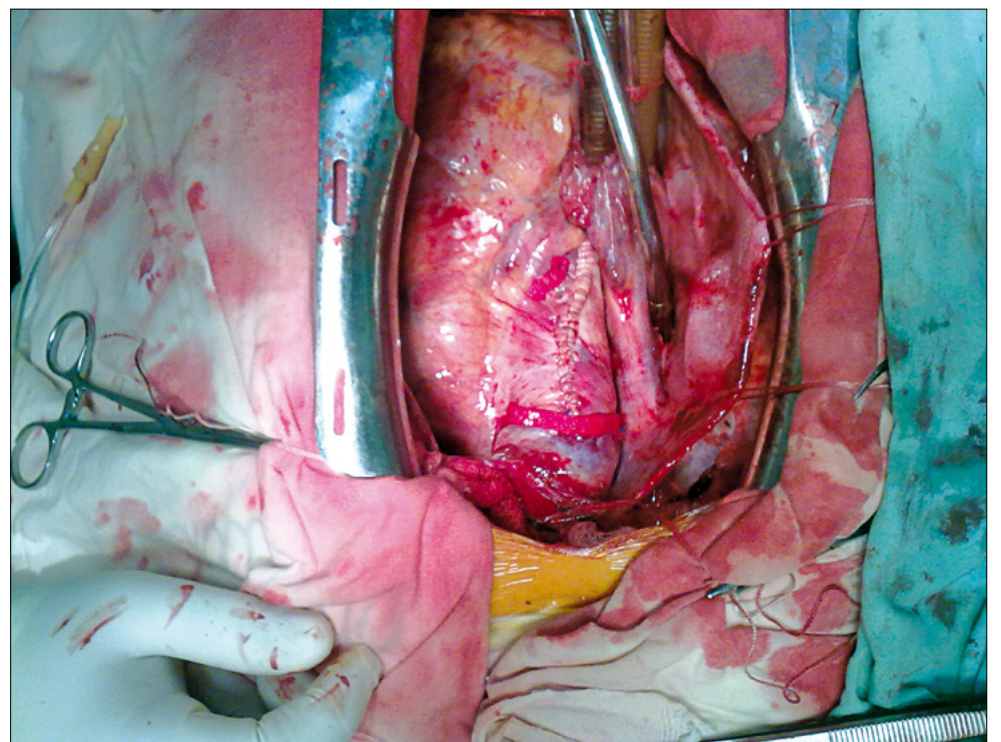


Рис. 3. Заключна корекція аневризми аорти

є життєздатним. Саме такий підхід пропонується у Рекомендаціях Європейського товариства кардіологів, якому найбільше відповідає модель міжсекторальної взаємодії у системі Національної академії медичних наук України між ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України» та ДУ «Національний інститут серцево-судинної хірургії ім. М.М. Амосова НАМН України», яка працює з 2013 р.

Наведемо клінічний випадок. Хвора Ю. госпіталізована в клініку акушерських проблем екстрагенітальної патології ДУ «ІПАГ НАМН України» із діагнозом: вагітність 18 тижнів, СМ. Під час обстеження виявлено дилатацію висхідної частини аорти — 62 мм, недостатність аортального клапана III ступеня, СН II-A, ФК III. Спільним консиліумом провідних фахівців двох інститутів (ІПАГ та Національний центр серцево-судинної хірургії) вирішено виконати кардіохірургічне втручання під час вагітності у зв'язку із загрозливим для життя ураженням серцево-судинної системи. Розродження жінки до проведення операції не планувалося у зв'язку з коротким терміном вагітності та нежиттєздатністю плода. В терміні 19 тижнів у ДУ «Національний центр серцево-судинної хірургії ім. М.М. Амосова» вагітній проведено кардіохірургічне втручання з використанням апарату штучного кровообігу — операцію Бентала (протезування висхідної аорти та аортального клапана з реімплантацією вічок коронарних артерій у кондуїт) (рис. 1-3). Під час кардіохірургічного втручання та в післяопераційному періоді виконували моніторинг матково-плацентарного та плацентарно-плодового кровообігу з використанням доплер-УЗД. Післяопераційний період минув без ускладнень. На 7-му добу вагітну переведено до акушерського відділення ІПАГ. Під час обстеження: стан вагітної задовільний, отримує антикоагулянтну терапію. При доплер-обстеженні плода патологічних змін не виявлено. Упродовж усього періоду максимального гемодинамічного навантаження вагітна перебувала під спостереженням у відділенні акушерських проблем екстрагенітальної патології ДУ «ІПАГ НАМН України». У терміні 38 тижнів вагітній було проведено зміну антикоагулянтної терапії з похідних кумарину на низькомолекулярний гепарин (еноксапарин 4000 анти-Ха МО/0,4 мл).

У терміні 39 тижнів у плановому порядку під загальним знеболенням проведено кесарів розтин із використанням доступу за Пфаненштилем, вилучено живого доношеного хлопчика вагою 2440 г, зростом 48 см, 7/7 балів за шкалою Апгар, загальна крововтрата становила 500 мл. Новонародженому одразу проведено ЕхоКГ, серцево-судинної патології не виявлено. Під час оперативного розродження проводили ЕхоКГ у динаміці, функція протезів повноцінна, у характері серцевої гемодинаміки відхилень не виявлено. З метою запобігання атонії матки під час кесаревого розтину під загальним знеболенням внутрішньовенно введено 100 мкг карбетонину. Ураховуючи наявність протезів клапана та аорти, антибактеріальну терапію проведено меропенемом у добовій дозі 1,5 г. На 6-ту добу породіллю в задовільному стані переведено до ДУ «ІПАГ НАМН України». З огляду на ризик життєзагрозливих аритмій, розриву резидуальної аорти, виникнення інфекційного ендокардиту, інтракраніальних та інтраспинальних крововиливів унаслідок прийому антикоагулянтів надано рекомендації з антикоагулянтної терапії та тривалої контрацепції. Проведено

бесіду про можливі ускладнення в майбутньому, необхідність ретельного кардіологічного моніторингу (холтер-ЕКГ, ЕхоКГ, за необхідності — магнітно-резонансна томографія (МРТ)).

Узагальнені рекомендації щодо ведення вагітних із СМ

— Жінок із СМ слід інформувати про ризик розвитку розшарування стінки аорти під час вагітності та можливу наявність захворювання у їхніх дітей.

— У пацієнок із СМ та іншими захворюваннями аорти до вагітності необхідно провести дослідження всієї аорти (комп'ютерну томографію, МРТ).

— Жінкам із СМ і діаметром висхідної аорти >45 мм до вагітності показано хірургічне лікування.

— У вагітних жінок із дилатацією аорти, розшаруванням стінки аорти типу В (в анамнезі) або генетичною схильністю до розшарування стінки аорти рекомендується жорсткий контроль артеріального тиску.

— У пацієнок із дилатацією висхідної частини аорти під час вагітності слід проводити ЕхоКГ кожні 4-8 тижнів.

— Для візуалізації аорти у вагітних пацієнок із дилатацією дистального відділу висхідної аорти, дуги аорти або низхідного відділу аорти рекомендується проведення МРТ (без гадолінію).

— Жінкам із діаметром висхідної аорти <40 мм рекомендуються вагінальні пологи.

— Розродження у жінок із дилатацією аорти або розшаруванням стінки аорти (в анамнезі) має проводитися в центрі, у якому є відділення кардіоторакальної хірургії.

— Хірургічне лікування до вагітності обґрунтовано у жінок із захворюванням аорти, що асоційовано з двостулковим аортальним клапаном, якщо діаметр аорти перевищує 50 мм (або 27 мм/м²).

— Хірургічне втручання на аорті під час вагітності обґрунтовано, якщо діаметр аорти перевищує 50 мм і швидко збільшується.

— У пацієнок із СМ, а також в інших пацієнок із діаметром аорти 40-45 мм можливі вагінальні пологи під епідуральною анестезією.

— У пацієнок із СМ та в інших пацієнок із діаметром аорти >45 мм показано родорозродження шляхом кесаревого розтину.

— Пацієнткам із розшаруванням стінки аорти (у тому числі в анамнезі) вагітність не рекомендується.

Література

1. Akashi H., Tayama K., Fujino T., Onitsuka S., Sakashita H., Aoyagi S. Surgical treatment for acute type A aortic dissection in pregnancy: a case of aortic root replacement just after cesarean section. Jpn Circ J 2000; 64: 729-730.
2. Deanfield J., Thaulow E., Warnes C. Management of grown up congenital heart disease. Eur Heart J 2003; 24: 1035-1084.
3. De Paepe A., Devereux R.B., Dietz H.C. et al. Revised diagnostic criteria for the Marfan syndrome. Am J Med Genet, 1996; 62(4): 417-426.
4. Fedak P.W., de Sa M.P., Verma S., Nili N., Kazemian P., Butany J., Strauss B.H., Weisel R.D., David T.E. Vascular matrix remodeling in patients with bicuspid aortic valve malformations: implications for aortic dilatation. J Thorac Cardiovasc Surg 2003; 126: 797-806.
5. Goland S., Elkayam U. Cardiovascular Problems in Pregnant Women With Marfan Syndrome. Circulation. 2009; 119: 619-623.
6. Januzzi J.L., Isselbacher E.M., Fattori R., Cooper J.V., Smith D.E., Fang J., Eagle K.A., Mehta R.H., Nienaber C.A., Pape L.A. Characterizing the young patient with aortic dissection: results from the International Registry of Aortic Dissection (IRAD). J Am Coll Cardiol 2004; 43: 665-669.
7. Jondeau G., Nataf P., Belarbi A., Farcot J.C., Iung B., Delorme G., Gandjbakhch I., Bourdarias J.P. Aortic dissection at 6 months gestation in women with Marfan's syndrome: simultaneous Bentall intervention and cesarean section [in French]. Arch Mal Coeur Vaiss. 2000; 93: 185-187.
8. Loeys B.L., Dietz H.C., Braverman A.C. et al. The revised Ghent nosology for the Marfan syndrome. J Med Genet, 2010; 47(7): 476-485.
9. Meijboom L.J., Vos F.E., Timmermans J., Boers G.H., Zwinderman A.H., Mulder B.J. Pregnancy and aortic root growth in the Marfan syndrome: a prospective study. Eur Heart J 2005; 26: 914-920.
10. Pacini L., Digne F., Boumendil A., Muti C., Detaint D., Boileau C., Jondeau G. Maternal complication of pregnancy in Marfan syndrome. Int J Cardiol 2009; 136: 156-161.



**Передилама з будь-якого місяця!
У кожному відділенні «Укріошми»!
За передплатними індексами:**

Здоров'я України

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

35272

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР
«АКУШЕРСТВО, ГІНЕКОЛОГІЯ, РЕПРОДУКТОЛОГІЯ»

89326

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР
«ДІАБЕТОЛОГІЯ, ТИРЕОІДОЛОГІЯ, МЕТАБОЛІЧНІ РОЗЛАДИ»

37632

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР «ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЯ,
ГЕПАТОЛОГІЯ, КОЛОПРОКТОЛОГІЯ»

37635

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР
«КАРДІОЛОГІЯ, РЕВМАТОЛОГІЯ, КАРДІОХІРУРГІЯ»

37639

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР
«НЕВРОЛОГІЯ, ПСИХІАТРІЯ, ПСИХОТЕРАПІЯ»

37633

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР
«ОНКОЛОГІЯ, ГЕМАТОЛОГІЯ, ХІМІОТЕРАПІЯ»

37634

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР «ПЕДІАТРІЯ»

37638

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР
«ПУЛЬМОНОЛОГІЯ, АЛЕРГОЛОГІЯ, РИНОЛАРИНГОЛОГІЯ»

37631

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР
«УРОЛОГІЯ, НЕФРОЛОГІЯ, АНДРОЛОГІЯ»

86683

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР
«ХІРУРГІЯ, ОРТОПЕДІЯ, ТРАВМАТОЛОГІЯ»

49561

НАШ САЙТ:

www.health-ua.com

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

У середньому
понад 8000
відвідувань
на день