

С.Г. Полшкова, О.С. Чабан

*Український науково-дослідний
інститут соціальної і судової
психіатрії та наркології МОЗ*

України

*Національний медичний
університет ім. О.О. Богомольця*

ТРИВОГА В ЗАГАЛЬНОСОМАТИЧНІЙ ПРАКТИЦІ: ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ ПРЕПАРАТУ НІКОМЕКС

Резюме

У статті наведено результати дослідження з визначення ефективності препарату Нікомекс при лікуванні хворих із соматизованим розладом (СР) і вираженим тривожним синдромом 27 пацієнтів (8 чоловіків і 19 жінок), середній вік хворих — $40,6 \pm 10,2$ року. Стан пацієнтів характеризувався наявністю великої кількості соматичних скарг, а також тривожної симптоматики різного ступеня тяжкості. Отримані дані дозволяли зробити висновок про те, що застосування препарату Нікомекс у психіатричній практиці підвищувало ефективність лікування СР із вираженим тривожним синдромом. Це сприяло скороченню термінів стаціонарного лікування, зниженню витрат на терапію й підвищувало комплаєнтність пацієнтів на амбулаторному етапі лікування. Використання Нікомексу також підвищувало можливість когнітивного опрацювання тривоги в психотерапії, зменшувало частоту повторних госпіталізацій.

Ключові слова

Соматизовані розлади, виражений тривожний синдром, лікування, препарат Нікомекс.

Тривожні розлади є найпоширенішим видом психічних розладів, які можуть істотно впливати на якість життя хворих і викликати виражене страждання. Причому спостерігаються вони найчастіше в розвинених країнах, індустріальних гігантах, країнах із високим рівнем життя. Частота діагнозів тривожних розладів вірогідно знижується зі збільшенням віку популяції: від 20-30% в осіб 20-40 років до 3-5% серед осіб, старших за 65 років. Зміни в розподілі частоти пояснюють кількома причинами: тривожні розлади зі збільшенням віку трансформуються в інші захворювання (депресії, деменції, залежність від алкоголю й психоактивних речовин — ПАР, соматичні хвороби, органічний розлад особистості) [1-9].

Тривожні стани часто поєднуються з різного роду соматичним дискомфортом. Найчастіше в скаргах проглядається не конкретний органічний симптом або синдром. Імовірніше, вони виглядають мозаїчними й мерехтливими: при постійних і наполегливих скаргах пацієнта в лікаря не завжди вимальовується логічна картина хвороби.

Набагато простіше мати справу з різними формами явної соматизованої тривоги, напри-

клад, із варіантами так званого кардіоневрозу. У цих випадках пацієнт чітко формулює як саму скаргу, так і супутній для хвороби емоційний фон. Для нього очевидним є зв'язок між тілесним дискомфортом і душевним станом (наприклад, «у мене розбите серце», «я поранений і вмираю», «у мене болить душа»). У цьому сенсі можна говорити про відносно збереження символічної функції, що дозволяє утримувати страждання тіла й душі в єдиному полі уваги.

Складнішими видаються випадки, коли пацієнт формулює різноманітні соматичні скарги, не пов'язуючи їх безпосередньо із занепокоєнням і тривогою. Часто ці скарги охоплюють не одну, а кілька сфер життя (наприклад, головні болі, порушення сну, сексуальну дисфункцію, проблеми зі шкірою й волоссям). Така картина виглядає одночасно хаотичною й переповненою.

Симптоми нагадують соматичне захворювання, втім постійні скарги, незважаючи на зайву деталізацію, розпливчасті, є неточними та неузгодженими в часі. Пацієнти звертаються, як правило, в першу чергу до терапевтів, потім, через незадоволення результатами лікування, — до вузьких спеціалістів.

Соматику обрамляє емоційна нестійкість, тривога, знижений настрій, що не досягає рів-

ня депресії, занепад фізичних і розумових сил, окрім того, часто спостерігаються дратівливість, відчуття внутрішньої напруженості й незадоволеності. Загострення захворювання провокується не фізичним навантаженням або зміною погодних умов, а емоційно значущими стресовими ситуаціями. Пацієнтів неможливо ані заспокоїти, ані переконати в тому, що хворобливі прояви пов'язані з психічними чинниками.

Для лікаря в цих випадках постає питання про діагностику та співвідношення соматично спрямованої терапії та психофармакотерапії. Незважаючи на те, що тривожні розлади можуть сприйматися як легкі психічні розлади, їхній вплив на якість життя може бути дуже суттєвим, тому адекватне та своєчасне виявлення цих розладів та надання допомоги є надзвичайно важливим.

Оскільки для лікарів соматичного профілю не стає питання встановлення діагнозу соматизованого розладу, на допомогу їм прийде анкета психосоматичної орієнтації (Чабан О.С., Хаустова О.О.), яка дозволяє структурувати опитування та краще виявляти соматизовану тривогу.

Анкета психосоматичної орієнтації (варіант для дорослих) Чабана О.С., Хаустової О.О. виглядає так:

1. У мене буває пригнічений настрій, відчуття безнадійності.
2. Я часто буваю нетерплячим та роздратованим.
3. Я з песимізмом дивлюся в майбутнє.
4. Я занадто занурений у спогади про минуле.
5. Я втратив інтерес до своєї зовнішності.
6. У мене поганий та неспокійний сон.
7. Мене переслідують тривожні думки та страхи.
8. Я уникаю обставин, пов'язаних зі стресом.
9. Я постійно відчуваю фізичну і психологічну втомлюваність.
10. Мені легко зіпсувати апетит.
11. Я намагаюся перебороти хворобу, працювати як колись і навіть більше.
12. Я не вірю в успіх лікування.
13. Через свою хворобу я втратив інтерес до справ близьких.
14. Я не задоволений своїм сексуальним життям.
15. Я часто буваю на самоті.
16. Хвороба робить моє життя сумним і нудним.
17. Я не задоволений своїм положенням у житті.
18. Я не здатний планувати майбутнє.
19. Я б хотів, щоб мене високо цінували.
20. Мені властива нерішучість.
21. Я боюсь залишатися на самоті.
22. Оточення часто не розуміє моєї хвороби і моїх страждань.
23. Я часто нервую.
24. Я став частіше плакати.

Якщо ваш пацієнт згодний із шістьма й більше наведеними твердженнями, а також якщо цей стан продовжується два чи більше тижнів, це може бути розцінено як соматизована тривога.

А в оцінці якості життя допоможе проста у використанні шкала оцінки якості життя.

Шкала оцінки якості життя (Чабан О.С.) включає такі дії. Згадайте події, які відбувались із Вами за останні 30 днів. Оцініть те, наскільки Ви були задоволені ними, вказавши відповідну кількість балів у діапазоні від 0 до 10, де:

0 — зовсім незадоволений(-а);

1-3 — більше незадоволений(-а), ніж задоволений(-а);

4-6 — середній рівень задоволеності;

7-9 — більше задоволений(-а), ніж незадоволений(-а);

10 — надзвичайно задоволений(-а).

1. Своїм фізичним станом?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. Настроєм?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3. Проведенням вільного часу?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4. Любов'ю, сексуальною активністю?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

5. Повсякденною активністю (хобі, робота по дому та ін.)?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

6. Соціальною активністю (спілкування з рідними, друзями)?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

7. Фінансовим благополуччям?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

8. Умовами проживання?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

9. Роботою, навчанням, іншою зайнятістю?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

10. Загальним рівнем життя?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Шкала заповнюється особою, яка проходить обстеження, самостійно.

Мінімальна кількість балів — 0, максимальна — 10.

Далі постає питання терапії цих станів на рівні загальносоматичної ланки. І основна роль у ньому належить психотерапії. Фармакотерапія має

на меті створити можливості для психотерапії й проводиться для корекції супутніх симптомів, насамперед, тривоги. Вибір лікарських засобів у кожному випадку визначається особливостями симптоматики.

Для фармакотерапії використовуються такі групи лікарських засобів: антидепресанти; протитривожні й нормотиміки; на початкових етапах лікування можливе поєднання антидепресантів із бензодіазепіном або іншим протитривожним засобом; іноді використовуються нейролептики із седативним ефектом як лікарські засоби резерву при вираженій тривозі, яку не вдається купірувати іншими засобами. Однак, насамперед, слід пам'ятати про те, що, згідно із сучасними підходами, терапію соматизованої тривоги необхідно завжди доповнювати нейрометаболічними препаратами (вазоактивними, ноотропними).

В останні роки з'являється все більше ноотропних лікарських засобів, які мають широкий спектр психофармакотерапевтичної активності, що включає не тільки пряму активуючу дію (пам'ять, розумова діяльність тощо), але й виражений ансіолітичний ефект. Препарати з такими властивостями в низці робіт позначаються як «транквілоноотропи», або «ноотранквілізатори» [10]. Інші дослідники відносять їх до групи нейропротекторів [11].

Одним із препаратів, які мають широкий спектр терапевтичної дії, є Нікомекс (етилметилгідроксипіридину сукцинат) — похідне бурштинової кислоти [12]. Нікомекс належить до групи синтетичних антиоксидантів.

Після приймання Нікомексу концентрація в крові досягає максимуму в середньому через 0,45-0,58 год, середній час утримання (MRT) препарату в організмі — 4,9-5,2 год. C_{max} становить 3,5-4,0 мкг/мл. Препарат інтенсивно виводиться із сечею протягом перших 4 год після приймання у вигляді метаболітів і в незначній кількості — в незміненому вигляді.

Однак кількість досліджень, які вивчають ансіолітичні властивості етилметилгідроксипіридину сукцинату, залишається недостатньою. Тому нами на клінічній базі кафедри психосоматичної медицини Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця, яка розташована на базі відділення психоневрології Київської клінічної лікарні № 1 на ЗТ ст. Київ, було проведено відкрите дослідження, в якому взяли участь 27 пацієнтів із соматизованою тривогою.

Мета дослідження — визначення ефективності препарату Нікомекс (ТОВ «Фармасел», ТМ Nikorpharm, Україна) у хворих із соматизованим розладом (СР) і вираженим тривожним синдромом. Завдання дослідження полягало у вивченні динаміки та особливостей протитривожного ефекту препарату при СР.

Матеріали та методи

У дослідження були включені пацієнти, які зверталися за консультацією у зв'язку з наявністю численних соматичних скарг без підтвердження соматичного розладу та з вираженим тривожним синдромом. Включалися також пацієнти із супутньою дисциркуляторною енцефалопатією. З дослідження виключали хворих на шизофренію, пацієнтів із залежностями, тяжкими депресивними розладами з наявними суїцидальними думками. Діагноз встановлювали відповідно до критеріїв діагностики МКХ-10.

Психіатричне обстеження доповнювалося оцінкою за шкалою НАМА, також використовували анкету психосоматичної орієнтації та шкалу оцінки якості життя. Усім пацієнтам було проведено ЕЕГ під час надходження та за 3 дні до виписки зі стаціонару. Статистичну обробку отриманих даних здійснювали за допомогою комп'ютерної програми Statistika 5.

Результати дослідження

Остаточна вибірка включала 27 пацієнтів (8 чоловіків і 19 жінок). Середній вік хворих — $40,6 \pm 10,2$ року. Стан пацієнтів характеризувався наявністю великої кількості соматичних скарг, а також тривожної симптоматики різного ступеня тяжкості. Більшість пацієнтів мали тривалу і складну історію контактів зі службами первинної та спеціалізованої медичної допомоги, в ході яких було виконано безліч безрезультатних досліджень та діагностичних маніпуляцій. Симптоматика могла ставитися до будь-якої частини тіла або системи органів. Перебіг розладів носив хронічний і нестійкий характер і часто асоціювався з порушенням соціальної, міжособистісної та сімейної поведінки.

Клінічна картина СР у хворих із супутньою дисциркуляторною енцефалопатією відрізнялася більшою виразністю церебраленії з підвищеною стомлюваністю, зниженням життєвого тону (почуттям слабкості, що швидко настає після незначних навантажень і не зникає навіть після відпочинку), денною сонливістю, апатичністю, підвищеною дратівливістю, тривогою і тривожними побоюваннями, емоційними реакціями, що легко виникають, у вигляді підвищеної вразливості, гіпертрофованої вразливості, сенситивності, плаксивості з будь-якого приводу, невіри у свої сили, поряд із соматовегетативними розладами (головний біль, підйом артеріального тиску, запаморочення, пітливість). Нічний сон пацієнтів характеризувався труднощами засипання, порушеннями глибини, а також частими й ранніми пробудженнями. Ще однією особливістю цієї категорії хворих була наявність виражених інтелектуально-мнестичних розладів (порушення короткочасної і довготривалої пам'яті, засвоєння та фіксації поточної

інформації; в'язкість, докладність мислення; збіднення словникового запасу; погіршення здатності до узагальнення, абстрагування; складності в підборі слів, побудові мови, в математичних підрахунках і змінами на ЕЕГ).

Середній бал за шкалою НАМА до початку лікування становив 24,6 (мін — 17,8, мах — 26,3), що вказувало на виражену тривогу серед обстежених.

Тривалість спостереження за пацієнтами становила 1 місяць (стандартний термін госпіталізації в психоневрологічне відділення).

Згідно з дизайном дослідження, терапевтичну динаміку оцінювали на 1-, 2- й 4-му тижнях лікування.

Нікомекс (розчин для ін'єкцій) призначали в початковій добовій дозі 100 мг (2,0 мл) внутрішньом'язово 1 раз на день протягом 14 днів. У разі відсутності ефекту протягом 1-го тижня дозу збільшували до 250 мг/добу.

Усім пацієнтам було проведено індивідуальну терапію, а також вони були залучені до групових методів психотерапії. Критеріями оцінки ефективності були: ремісія, респондери (редукція на 50%), парціальні респондери (на 25-49%), нон-респондери (на $\leq 24\%$).

У проведеному нами дослідженні терапевтична дія препарату Нікомекс виявлялася швидким ослабленням тривоги (підтверджено зниженням показників за шкалою НАМА), дратівливості, афективної лабільності, апатії, астеничних порушень, розладів нічного сну і денної сонливості вже до кінця 2-го тижня, а до 28-го дня — зменшенням порушень уваги та пам'яті.

Динаміку показників тривоги за шкалою НАМА наведено на рис. 1.

Але найважливішим для пацієнтів був той факт, що застосування препарату Нікомекс не тільки зменшувало показники тривоги в пацієнтів, але й збільшувало можливість когнітивного опрацювання тривоги пацієнтом у психотерапії. Ці зміни ми починали відмічати наприкінці госпіталізації, й вони набирали оберті пізніше, коли пацієнти продовжували відвіду-

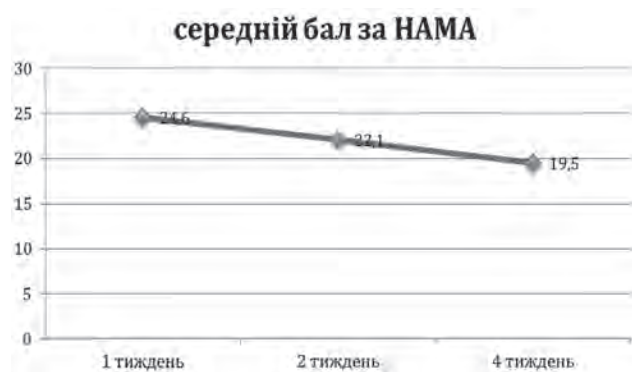


Рис. 1. Динаміка показників тривоги за шкалою НАМА

вати психотерапію амбулаторно. Також збільшувалася відсоток пацієнтів, які утримувалися від терапії.

Ефективність препарату Нікомекс оцінювалася також за допомогою шкали оцінки якості життя, яка в цьому випадку була більш чутливою до змін стану пацієнтів.

Динаміку середнього бала за шкалою оцінки якості життя наведено на рис. 2.

Важливо відзначити й те, що поряд із широким спектром розладів, які купірує Нікомекс, препарат характеризувався доброю переносимістю й високою безпекою, що також впливало на загальну оцінку якості життя.

На противагу деяким ноотропним препаратам, під час використання препарату Нікомекс не спостерігалось надмірної активуючої дії, порушень сну й підвищення судомної готовності.

Порівняно з анксиолітиками бензодіазепінового ряду (седуксен, еленіум, оксазепам, лоразепам, феназепам тощо), Нікомекс не мав седативного й амнезуючого ефектів, а також міорелаксуючої дії навіть у дозах, що перевищують середню терапевтичну в 4-5,5 разів, не викликав таких небажаних явищ, як порушення координації рухів, зниження м'язового тону й м'язової сили.

Побічні ефекти препарату Нікомекс виникали рідко, мали короточасний, транзиторний, слабковиражений характер і реалізувалися головним чином явищами диспепсії (нудота, гіркота і/або сухість у роті).

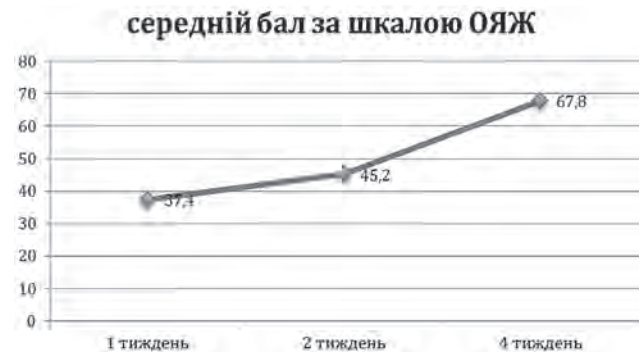


Рис. 2. Динаміка середнього бала за шкалою оцінки якості життя



Рис. 3. Індекс основних ритмів на ЕЕГ

Динаміка когнітивних функцій відстежувалася за результатами ЕЕГ-дослідження (рис. 3). Так, після проведеного лікування відзначалися виражені позитивні зміни на ЕЕГ, що виражалося в зменшенні повільнохвильової і пароксизмальної активності, кількості патологічних δ - і ϵ -форм, збільшенні індексу α -ритму, відновленні його просторового розподілу, адекватності реакцій на функціональні навантаження. Індекс основних ритмів на ЕЕГ підвищувався з 35% до лікування до 65% після його закінчення.

Водночас Нікомекс потенціював ефекти ансіолітичних, антипсихотичних, антидепресивних, нормотимічних і снодійних препаратів, що дозволяло знизити їх дози та зменшити небажані явища. Зокрема, при комбінації феназепаму й Нікомексу в низьких терапевтичних дозах досягався такий самий за вираженістю ансіолітичний ефект, як і при збільшенні дози феназепаму в 10 разів. Потенціюючи дію препарату

Нікомекс було виявлено при його комбінації з фенітоїном, фенобарбіталом і карбамазепіном. При цьому комбінація Нікомексу з карбамазепіном дозволяла зменшити дозу нормотиміків у 2 рази без зниження його терапевтичних властивостей. Важливо враховувати й те, що, підсилюючи основні лікувальні ефекти препаратів, Нікомекс зменшував їх побічну дію.

Отримані дані дозволяли зробити висновок про те, що застосування препарату Нікомекс у психіатричній практиці підвищувало ефективність лікування СР із вираженим тривожним синдромом. Це сприяло скороченню термінів стаціонарного лікування, зниженню витрат на терапію й підвищувало комплаєнтність пацієнтів на амбулаторному етапі лікування. Використання Нікомексу також підвищувало можливість когнітивного опрацювання тривоги в психотерапії, зменшувало частоту повторних госпіталізацій.

Список використаної літератури

1. Краснов В.Н. Расстройства аффективного спектра. — М.: Практическая медицина, 2011. — 432 с.
2. Михайлова Н.М., Сиряченко Т.М. Тревожное расстройство в позднем возрасте // РМЖ. — 2006. — № 29. — С. 2080-2088.
3. Мосолов С.Н. Тревожные и депрессивные расстройства: коморбидность и терапия. — М.: Артинфо Пабблишинг, 2007. — 63 с.
4. Смулевич А.Б. Психические расстройства в клинической практике. — М.: Медпресс-информ, 2011. — 720 с.
5. Сюняков Т.С., Сюняков С.А., Дорофеева О.А. Механизмы анксиогенеза и терапия тревоги // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2011. — Т. 13, № 6. — С. 9-15.
6. Andreescu C., Lenze E.J., Dew M.A. et al. Effect of comorbid anxiety on treatment response and relapse risk in late-life depression: controlled study // Br. J. Psychiatry. — 2007. — Vol. 190. — P. 344-349.
7. Brenes G.A. Age differences in the presentation of anxiety // Aging and Mental Health. — 2006. — Vol. 10, № 3. — P. 298-302.
8. Byrne G.J., Pachana N.A. Anxiety and depression in the elderly: do we know any more? // Curr. Opin. Psychiatry. — 2010. — Vol. 23, № 6. — P. 504-509.
9. Pfeiffer P.N., Ganoczy D., Ilgen M. et al. Comorbid anxiety as a suicide risk factor among depressed veterans // Depress. Anxiety. — 2009. — Vol. 26, № 8. — P. 752-757.
10. Телешова Е.С., Давыдова И.А., Незнамов Г.Г. Применение мексидола у больных с органическими заболеваниями головного мозга // Психиат. и психофармакотер. — 2009. — № 6.
11. Ноотропы в когнитивной неврологии детского возраста / Под. ред. Л.М. Кузенковой. — М., 2008.
12. Смирнова И.Н. и др. Клиническая эффективность и антиоксидантная активность Мексидола при хронических цереброваскулярных заболеваниях // Атмосфера. нервн. бол. — 2006. — № 1. — С. 33-36.

Надійшла до редакції 20.02.2017

EXPERIENCE OF NICOMEX USE FOR TREATMENT OF PATIENTS WITH ANXIETY IN GENERAL PRACTICE

S. Polshkova, O. Chaban

Abstract

This article presents data on the prevalence and clinical presentation of somatoform disorders, as well as the leading anxiety syndrome. Presents tools for screening of somatoform disorders in somatic practice. Also we provided you with a questionnaire to assess the patients' quality of life. The modern trends in the treatment of somatoform disorders with a leading anxiety syndrome were described in this article. The data on pilot studies of the efficacy of Nicomex in the treatment of such disorders. We prove an anxiolytic effect of Nicomex as well as effect of improvement of cognitive functions.

Keywords: anxiety, somatoform disorder, Nicomex, quality of life, anxiolytic effect, cognitive improvement.

Media.med

Шановні колеги!

Запрошуємо Вас взяти участь у науково-практичних конференціях,
що відбудуться на весні 2017 року!

**Міжнародна науково-практична конференція
«Впровадження сучасного європейського досвіду лікування захворювань нервової системи»**
20 квітня 2017 року

Місце проведення: Український дім. Міжнародний конгрес-центр, м. Київ, вул. Хрещатик, 2

Організатори: ГО «Всеукраїнська асоціація по неврології та рефлексотерапії»;

НМАПО імені П.Л. Шупика, кафедра неврології і рефлексотерапії

Куратор: Свиридова Наталія Костянтинівна, завідувач кафедри

неврології та рефлексотерапії НМАПО імені П.Л. Шупика, доктор медичних наук, професор,
головний позаштатний спеціаліст МОЗ України за спеціальністю «Рефлексотерапія»

**Науково-практична конференція
«Актуальні питання дитячої гепатології»**
17-18 травня 2017 року

Місце проведення: Конференц-зала ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України»,
м. Київ, вул. П. Майбороди, 8

Організатори: Національна академія медичних наук України

Міністерство охорони здоров'я України

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України»

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця МОЗ України

Асоціація педіатрів України

Куратор: Березенко Валентина Сергіївна, завідувач відділення дитячої гепатології ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України», завідувач кафедри педіатрії №1 Національного медичного університету імені О. О. Богомольця, доктор медичних наук

**Науково-практична конференція з міжнародною участю
«Жіноче здоров'я XXI століття. Стратегія та тактика рішень міждисциплінарних
проблем естетичної гінекології»**
25 - 26 травня 2017 року

Місце проведення: Конференц-зала фізико-хімічного корпусу НМУ імені О. О. Богомольця,
м. Київ, просп. Перемоги, 34

Організатор: Національний медичний університет імені О. О. Богомольця МОЗ України

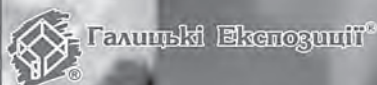
Куратори: Бенюк Василь Олексійович, завідувач кафедри акушерства і гінекології № 3
Національного медичного університету імені О. О. Богомольця, доктор медичних наук, професор
Макаренко Михайло Васильович, завідувач кафедри акушерства і гінекології інституту
післядипломної освіти Національного медичного університету імені О. О. Богомольця,
доктор медичних наук, заслужений лікар України

Усі заходи внесено в «Реєстр з'їздів, конгресів, симпозіумів та науково-практичних конференцій,
що проводяться в 2017 році МОЗ і НАМН України»

Докладніше про програму науково-практичних конференцій, місце проведення та реєстрацію
відвідувачів - на офіційному сайті співорганізатора конференцій ТОВ «МЕДІАМЕД»

ВІДВІДУВАННЯ БЕЗКОШТОВНЕ

+38 (044) 374-50-65 E-mail: info@mediamed.com.ua www.mediamed.com.ua



2017

ЛЬВІВСЬКИЙ МЕДИЧНИЙ ФОРУМ

4-6 квітня

ПАЛАЦ МИСТЕЦТВ
(м. Львів, вул. Коперника, 17)

23

МЕДИЧНА ВИСТАВКА



«GalMED»

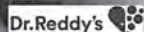
ЗА ПІДТРИМКИ:

- Міністерства охорони здоров'я України
- Департаменту охорони здоров'я ЛОДА
- Люблінського воєводства Республіки Польща

ОРГАНІЗАТОРИ НАУКОВИХ ЗАХОДІВ:

- Українська Асоціація по вивченню болю
- Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
- Львівська Асоціація алергологів, імунологів та імунореабілітологів
- Українська Асоціація медичного туризму
- Львівський осередок Асоціації перинатологів України
- Львівська обласна Асоціація фізичної терапії
- Українське лікарське товариство у Львові
- Львівський державний університет фізичної культури
- Львівська обласна організація Всеукраїнської Асоціації клінічної хімії та лабораторної медицини
- Львівський обласний центр здоров'я

ПАРТНЕРИ ФОРУМУ:



ПАРТНЕР ВИСТАВКИ:



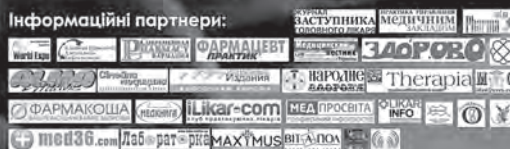
Генеральний інформаційний партнер:



Генеральний телепартнер:



Інформаційні партнери:



ОРГАНІЗАТОР ФОРУМУ:

Гал-ЕКСПО®
АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО
Тел.: (032) 2971369, 2970628

ТЕМАТИЧНІ РОЗДІЛИ:

- Лікувальне, діагностичне та реабілітаційне обладнання
- Лабораторна техніка медицина
- Медичні прилади та інструменти
- Засоби реабілітації та товари для людей з обмеженими можливостями
- Медичний туризм
- Фармацевтичні препарати
- Сучасна клініка та послуги
- Засоби санітарії та дезінфекції
- Лікувальна косметика

ОСНОВНІ НАУКОВІ ЗАХОДИ ФОРУМУ:

- 4 квітня Науково-практична конференція «Медикаментозна алергія: мультидисциплінарний підхід»
- 4 квітня Науково-практична конференція «Дорожня карта впровадження ISO-15189 в роботу клініко-діагностичних лабораторій»
- 4 квітня Круглий стіл «Протидія неінфекційним захворюванням у сфері громадського здоров'я в Україні»
- 5 квітня Науково-практична конференція «Сучасні аспекти в комплексному підході до фізичної реабілітації»
- 5 квітня Семінар «Комунікація з клієнтами поза медичним закладом»
- 6 квітня Симпозіум з міжнародною участю «Репродуктивне здоров'я жінки в реаліях сучасного світу»

www.galexpo.com.ua/galmed
www.facebook.com/Lviv.Medical.Forum/

