

Гормональная контрацепция и пути оптимизации ее назначения

С.И. Жук, Л.Д. Захурдаева

Национальная медицинская академия последиplomного образования имени П.Л. Шупика, г. Киев

При использовании комбинированных оральных контрацептивов (КОК) на данном этапе остается ряд нерешенных вопросов. В данной статье рассмотрены индивидуальные подходы к назначению КОК с учетом конституционального типа женщины (экзоморфный, мезоморфный и эндоморфный).

Ключевые слова: комбинированные оральные контрацептивы, индивидуализация назначения, конституция человека, типы конституции.

Человек на протяжении веков стремился не приспособиться к природной среде, а сделать ее удобной для своего существования. Всестороннее изучение взаимоотношений людей с окружающим миром привели к пониманию, что здоровье – это не только отсутствие болезней, но и физическое, психическое и социальное благополучие. Здоровье – это капитал, данный нам не только природой от рождения, но и теми условиями, в которых мы живем. Несколько десятков лет назад практически никому и в голову не приходило связывать свою работоспособность, свое эмоциональное состояние и самочувствие с активностью Солнца, с фазами Луны, с магнитными бурями и другими космическими явлениями. В ходе исторического развития человек приспособился к определенному ритму жизни, обусловленному изменениями в природной среде и энергетической динамикой обменных процессов. В настоящее время известно множество ритмических процессов в организме, называемых биоритмами. К ним относятся ритмы работы сердца, дыхания, биоэлектрической активности мозга. Вся наша жизнь представляет собой постоянную смену покоя и активной деятельности, сна и бодрствования, утомления от напряженного труда и отдыха. В организме каждого человека, подобно морским приливам и отливам, царит великий ритм, вытекающий из связи жизненных явлений с ритмом Вселенной, и символизирующий единство мира. В наибольшей степени это отражается на женщине. Женский организм ежемесячно настраивается и перестраивается на развитие беременности. Безусловно, чем больше гормональных перестроек претерпевает женщина, тем выше вероятность появления патологических гинекологических состояний. Путь к решению этой проблемы начался в 60-е годы прошлого столетия, когда были созданы первые контрацептивные препараты. Они стали популярны в мире по той причине, что наряду с контрацептивным, они обладают лечебно-профилактическими эффектами [11, 14]. На протяжении многих лет продолжается дискуссия о неблагоприятных последствиях для женщин применения комбинированных оральных контрацептивов (КОК). Это связано прежде всего с тем, что противозачаточные таблетки I поколения содержали высокие дозы гормонов и имели довольно много побочных эффектов [16, 18]. За последние годы медицинская наука значительно продвинулась в этом направлении: снижена доза этинилэстрадиола до 2030 мкг/сут, созданы новые современные прогестины [2, 8]. Результаты многолетних сравнительных исследований пациенток, которые принимали или не принимали контрацептивные препараты, свидетельствуют, что они не сталкивались с рядом гинекологиче-

ских и общесоматических проблем [15, 17]. Контрацепция в интергенеративном интервале обеспечивает женщине комфортную интимную жизнь, профилактику заболеваний и негативных последствий аборта. Эффективное сокращение числа нежелательных беременностей является ведущей движущей силой повышения репродуктивного потенциала женщин [11, 12]. Сегодня на фармацевтическом рынке существует множество КОК, поэтому как для врача, так и для пациентов, выбор в связи с этим затруднен. Самое главное – нельзя полагаться в выборе контрацептивов лишь на рекламу фармацевтических компаний. КОК можно назначать согласно рекомендациям ВОЗ и Приказу Минздрава Украины от 27.12.2006 г. № 905 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги», на основе изучения фенотипа женщины [11, 12]. Однако подход к назначению КОК на основе фенотипов является недостаточным, так как фенотип – это только внешние проявления гормональных изменений конституции, ее гормональной составляющей. При таком подходе остаются без внимания генетически обусловленные особенности организма: биохимические, иммунологические, физиологические (гормональные), психологические и др. [1, 57]. При подборе КОК основываются на конституциональных особенностях, учитывая адаптационные возможности организма [3, 4, 10]. К сожалению, развитие общества все больше входит в противоречие с физиологией личности. Жизнь каждого человека можно рассматривать как постоянную адаптацию, однако наши способности к этому ограничены. Способность адаптироваться к новым условиям у разных людей не одинакова. Конституция включает в себя понятие адаптации, биохимической (состав, активность, соотношение белков, ферментов и т.д.), эндокринной (гормональная как составляющая биохимической), соматотипологической (фенотип), психологической (психологические и темпераментные свойства) индивидуальности. Именно учитывание данных особенностей организма каждой женщины и позволяет сделать прием контрацептивных препаратов максимально индивидуальным и сопряженным с минимальным количеством побочных эффектов [3, 4, 6]. Используя подходы к назначению КОК согласно конституциональным особенностям, возможным является адаптация приема препаратов в соответствии с особенностями биохимических процессов, протекающих в организме женщины. В данном случае влияние на организм КОК будет минимальным [17, 20], так как стандартные дозы гормональных препаратов для разных пациенток могут быть как физиологическими (которые комфортно переносятся), так и избыточными (что обуславливает негативные реакции в организме). Именно поэтому вызывает интерес новый подход к подбору КОК с учетом конституции женщины. Мы рекомендуем при назначении КОК вначале учитывать возраст и тот факт, принимала ли женщина КОК раньше. В возрасте до 20 или после 35 лет или женщинам разных возрастных групп, которые ранее не принимали КОК (им необходимы минимальные эстрогеновые нагрузки); можно рекомендовать вначале микродозированные КОК [2, 3]. Какой именно препарат выбрать? В данной ситуации можно воспользоваться принци-

пами конституционального подбора. Женщинам с эктоморфным конституциональным типом (соответствует по классификации Д. Шегерея фенотипу с преобладанием прогестерона) и с мезоморфным (фенотип с преобладанием андрогенов) конституционным типом назначают 20 мкг этинилэстрадиола и 150 мкг дезогестрела, с эндоморфным (фенотип с преобладанием эстрогенов) – 20 мкг этинилэстрадиола и 75 мкг гестодена. Лицам в возрасте 20–35 лет или тем, кто ранее принимал КОК, можно рекомендовать как микродозированные (20 мкг этинилэстрадиола и 75 мкг гестодена), так и низкодозированные КОК (30 мкг этинилэстрадиола и 150 мкг дезогестрела). В зависимости от конституциональных особенностей: с эндоморфным конституциональным типом (фенотип с преобладанием эстрогенов) конституционным типом назначают – 20 мкг этинилэстрадиола и 75 мкг гестодена, с эктоморфным конституциональным типом (фенотип с преобладанием прогестерона) и с мезоморфным конституциональным типом (фенотип с преобладанием андрогенов) назначают 30 мкг этинилэстрадиола и 150 мкг дезогестрела. Выбор данных препаратов основан на разных индексах селективности гестодена и дезогестрела (максимальное связывание с прогестероновыми рецепторами) [19]. Этот подход рассматривается как один из вариантов подходов в практике акушера-гинеколога [24]. Оценивая в совокупности конституциональные особенности женщины, можно предположить возникновение того или иного патологического состояния, диагностировать, профилактировать и лечить его. Например, у женщин с эндоморфным конституциональным типом (фенотип с преобладанием эстрогенов) возможны такие эстрогензависимые заболевания, как нарушения овариоменструального цикла по типу альгодисменореи, предменструальный синдром (отечная форма), дисгормональные заболевания грудных желез. На практике в данной клинической ситуации многими авторами рекомендуется назначать 20 мкг этинилэстрадиола и 75 мкг гестодена.

Как было отмечено ранее, женщинам с эндоморфным конституциональным типом с целью контрацепции подходит 20 мкг этинилэстрадиола и 75 мкг гестодена. У женщин с эктоморфным (фенотип с преобладанием прогестерона) и с мезоморфным конституциональным типом (фенотип с преобладанием андрогенов) возможны такие патологические состояния, как склерокистоз яичников, акне, себорея, андрогензависимая алопеция. Препараты, содержащие 30 мкг этинилэстрадиола и 150 мкг дезогестрела или 20 мкг этинилэстрадиола и 150 мкг дезогестрела в данной клинической ситуации обладают не только контрацептивными, но и профилактическими и лечебными эффектами [1, 7, 12, 13].

Как видно из этого примера, все индивидуальные особенности не случайны, а являются генетически закрепленными проявлениями адаптации организма к условиям среды существования, и понятие конституции помогает объяснить необходимость индивидуализации подхода к назначению именно гормональных препаратов. Кроме этого, под индивидуальным подбором гормональных контрацептивов сейчас понимают выбор КОК с учетом не только конституциональных особенностей организма, но и с индивидуальным режимом дозирования.

Множество специалистов утверждают, что довольно часто на фоне приема гормональных контрацептивов возникает синдром гипергормонения гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы (ГГЯС), что приводит к длительной аменорее, с которой очень трудно справиться. Эта проблема контрацепции, как и многие другие, во многом мифологизирована. Частота аменореи после отмены гормональной контрацепции значительно преувеличена. И все же, почему так считают акушеры гинекологи? Можно ли заранее узнать о состоянии ГГЯС и о том, способен ли прием гормональных препаратов

стойко нарушить ее работу? Различные гормональные исследования не в состоянии полноценно отражать истинную картину ГГЯС и тем более прогнозировать вероятность нарушений. Исследования уровней гонадотропинов информативны в случаях выраженных нарушений (аменорея, синдром поликистозных яичников, протоколы стимуляции и т.д.). Поскольку гормоны гипофиза вырабатываются импульсно, то их значения при однократном измерении в целом мало информативны: ведь неизвестно, в какой момент импульса выполнено исследование – на пике концентрации или в конце. Еще одним важным моментом является вопрос о том, можно ли при применении КОК поставить знак равенства между терминами «регулярные менструации» и «нормальные менструации»? Ответ – нельзя. Нормальный менструальный цикл (МЦ) у женщин, принимающих КОК, отсутствует. Ежемесячное кровотечение возникает у них не как следствие ряда последовательных гормональных и физиологических изменений в организме, а в результате резкого снижения концентрации гормонов в крови после отмены препарата (менструальноподобное кровотечение). КОК на протяжении 21 дня переводит синтез фолликулостимулирующих (ФСГ) и лютеинизирующих гормонов в монотонный режим, уровень этинилэстрадиола в крови соответствует приблизительно ранней пролиферативной фазе нормального МЦ. Кровотечение отмены на фоне приема КОК имеет профилактическое значение – для сохранения чувствительности гипоталамо-гипофизарной системы и сохранения в будущем положительной и отрицательной обратной связи. Именно поэтому 7-дневный перерыв на фоне приема КОК – это средняя величина для женщин с различными вариациями физиологического МЦ (2135 дней) с учетом того, что ФСГ увеличивается со 2-го дня МЦ. КОК, которые принимают длительно, не должны нарушать гормональную гармонию. Незначительное повышение уровня ФСГ в период отмены КОК – это сохранение чувствительности гипоталамо-гипофизарной системы. Это связано прежде всего с тем, что в физиологическом МЦ повышение базального уровня ФСГ с 4-го дня от момента начала менструального кровотечения очень важно: во-первых, для формирования доминантного фолликула; во-вторых, для сохранения чувствительности гипоталамо-гипофизарной системы к гормональным взаимодействиям по принципу положительной и отрицательной обратной связи и, как следствие, профилактика синдрома гипергормонения яичников. При использовании низкодозированных схем приема пероральных контрацептивов укорочение интервала отмены гормонов до 5 дней повышает степень подавления гонадотропинов и снижает вероятность активации яичников. Чем меньше количество дней отмены гормонов, тем более выраженным оказывается подавление гонадотропинов и снижается вероятность активации яичников, особенно после уменьшения продолжительности интервала отмены гормонов до 4 дней. Всегда ли это нужно делать? Не всегда. Необходимость в сокращении безгормонального интервала возникла в результате того, что создавались КОК с 15 и 20 мкг этинилэстрадиола. В результате уменьшения концентрации этинилэстрадиола возникали кровотечения прорыва или из-за пропуска таблеток развивались доминантные фолликулы, что повышало риск беременности по причине пропуска приема таблеток. Препараты КОК, содержащие как 20, так и 30 мкг этинилэстрадиола, одинаково эффективны для предупреждения нежелательной беременности, и ошибка метода составляет приблизительно 1% для большинства препаратов. Второе сомнение – возникновение кровотечений прорыва на фоне приема препаратов с 20 и 15 мкг этинилэстрадиола. Добавление 10 мкг этинилэстрадиола во время безгормонального интервала или, как мы рекомендуем, подбирать КОК согласно конституциональным особенностям, позволяя уменьшить количество межменструальных кровотечений. Ко-

личество возникновения мажущих кровянистых выделений зависит не только от количества гормонов, но и от вида прогестина (антипролиферативный индекс и степень сродства прогестина к рецепторам прогестерона в матке).

Таким образом, можно сделать вывод, что проблема появления данных выделений на фоне приема КОК незначительна. Об этом свидетельствует многолетний опыт назначения микродозированных контрацептивов, и соответственно, показатель возникновения межменструальных кровотечений. Это связано, как правило, с периодом адаптации, который продолжается не более трех месяцев [3, 4]. Уменьшение безгормонального интервала или пролонгированный прием КОК, к сожалению, не всегда позволяют решить данный вопрос. Следует помнить, что мажущие кровянистые выделения могут быть как во время циклического, так и во время пролонгированного режима применения [7, 8]. Мажущие кровянистые выделения даже если и возникают, не должны быть причиной отказа от КОК, поскольку это явление временное. Если сравнить данное неудобство с многочисленными преимуществами, которые получает женщина, принимая КОК в режиме 21+7, победа будет на стороне данного длительного приема препаратов, которые подобраны согласно конституциональным особенностям женщины. У нее моделируется новый цикл с другими минимальными уровнями гормонов. Иными словами, женщина получает дополнительные преимущества от применения метода гормональной контрацепции (предохранение от беременности, лечебные и профилактические эффекты).

Сейчас в литературе очень широко обсуждается вопрос возникновения побочных эффектов (головная боль, нагрубание грудных желез и т.д.). Они, как правило, возникают в период отмены препарата в режиме 21+7 дней. Однако, как показывает наш опыт подбора КОК согласно конституциональным особенностям организма, а также многолетний опыт использования КОК в мире, процент возникновения побочных эффектов в режиме 21+7 дней невелик, и они, как правило, проходят самостоятельно. Если все же в режиме приема препарата 21+7 дней нежелательные эффекты возникают и сохраняются после трех месяцев приема, всегда возможен переход на режим пролонгированного приема (24+4, 42+7, 63+7 дней и т.д.), который также подбирают индивидуально. Сохраняется самый главный постулат: КОК не должны нарушать гормональное соответствие, гармонию женщины и природы. Именно поэтому и нужен режим 21+7 дней, который подходит женщинам, принимающим КОК длительно с целью предохранения от беременности. МЦ имеет цикличность в среднем 28 календарных дней, режим 21+7 также имеет цикличность, которая приближается к физиологической, генети-

чески запрограммированной, «лунной». Применение КОК в режиме 21+7 дней позволяет смоделировать 13 гормональных циклов в год. Во время 7-дневного перерыва даже если и возникают у некоторых женщин нежелательные эффекты, они не являются противопоказаниями к приему препарата и проходят самостоятельно через 3 мес. Эти жалобы непродолжительны и могут появиться на фоне приема любого КОК. Если подобрать препарат индивидуально в режиме 21+7 дней, женщина будет чувствовать себя комфортно, даже несмотря на то что на фоне других препаратов у нее ранее наблюдались побочные эффекты. Именно поэтому циклический режим приема КОК (21+7) мы рассматриваем как оптимальный режим для здоровых женщин разного возраста с КОНТРАЦЕПТИВНОЙ целью. Пролонгированный прием, согласно рекомендациям Ассоциации специалистов по репродукции (Association of Reproductive Health Professionals, США), клиническим рекомендациям по гормональной контрацепции (Киев, 2007), необходим преимущественно с лечебной целью при эндометриозе, предменструальном синдроме, миомах матки, меноррагиях [9, 14, 17, 20].

Таким образом, учитывая все особенности конституции пациентки, мы рекомендуем индивидуально назначать КОК в циклическом режиме согласно конституциональным особенностям женщины. Такой подход позволяет оптимизировать выбор препарата для каждой женщины, а именно:

- снизить процент межменструальных кровянистых выделений;
- повысить приверженность их к данному методу;
- избежать ряда проблем, которые связаны с побочными эффектами гормональных препаратов (переносимость, межменструальные кровянистые выделения и др.);
- индивидуальный подбор согласно конституциональным типам даст возможность рекомендовать пациенткам препараты, содержащие как 20, так и 30 мкг этинилэстрадиола, а в качестве гестагенного компонента используют как дезогестрел, так и гестоден, в зависимости от конституционального типа женщины.

Индивидуальный комплексный подход поможет избежать ряда проблем, которые связаны с побочными эффектами гормональных препаратов (переносимость, межменструальные кровянистые выделения и др.), а также повысить индивидуальную переносимость метода контрацепции и позволить пациенткам надолго сохранить и репродуктивную функцию, позволяя планировать рождение детей в семье в наиболее благоприятное время. Такой подход позволит в наибольшей мере реализовать женщине свое материнство, а также максимально комфортно адаптироваться в социуме современного мира.

Гормональна контрацепція та шляхи оптимізації її призначення
С.І. Жук, Л.Д. Захурдаєва

При використанні комбінованих оральних контрацептивів (КОК) на даному етапі залишається низка невирішених питань. У даній статті розглянуто індивідуальні підходи до призначення КОК з огляду на конституціональний тип жінки (екзоморфний, мезоморфний і ендоморфний).

Ключові слова: комбіновані оральні контрацептиви, індивідуалізація призначення, конституція людини, типи конституції.

Hormonal contraception and ways to optimize its purpose
S.I. Zhuk, L.D. Zahurdaeva

When using combined oral contraceptives at this stage remain a number of unresolved issues. In this paper, we suggest to consider individual approaches to prescribing COCs given the constitutional type of woman (ekzomorfnyy, mesomorphic and endomorfnyy).

Key words: combined oral contraceptives, individualization purpose, the constitution of man, types of constitution.

Сведения об авторах

Светлана Ивановна Жук – зав кафедрой акушерства, гинекологии и медицины плода Национальной медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шупика г. Киев 07043, ул. Мостицкая, 11

Захурдаева Лариса Демьяновна – кафедра акушерства, гинекологии и медицины плода Национальной медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шупика г. Киев 07043, ул. Мостицкая, 11, тел (067) 934-24-38

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гуминский Ю.И. Закономерности соматических та соматовисцеральных пропорций организма людини в нормі (антропометричне, ультразвукове та томографічне прижиттєве дослідження) // Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – К., 2002.
2. Жук С.И., Ночвина Е.А. Современный подход к коррекции нарушения оварийноменструального цикла // Сб. статей компании «Гедеон Рихтер», опубликованных в ж-ле «Здоровье женщины» (репринт). – С. 79.
3. Жук С.И., Захурдаева Л.Д., Пехню Н.В. Індивідуалізований підбір комбінованих оральних контрацептивів пацієнткам з урахуванням їх конституціональних особливостей // Репродуктивное здоровье женщины. – № 5. – 2008. – С. 64–67.
4. Карахалис Л.Ю., Федорович О.К. Дифференцированное применение комбинированных пероральных контрацептивов // Акушерство и гинекология. – № 6. – 2006. – С. 51–53.
5. Клиорин А.И. Учение о конституциях человека и медицинская генетика // Вестник АМН СССР. – 1986. – № 9. – С. 66–71.
6. Литвинова Т.А. Морфофункциональные особенности различных конституциональных типов женщин // Бюлет. Сибирского отделения АМН СССР. – 1987. – № 5. – С. 68–71.
7. Меживитанова Е.А. Клинические и фармакологические особенности деозогестрела // Гинекология. – 2000. – Т. 2, № 4.
8. Никитин С.И. К вопросу о современных прогестагенах комбинированных оральных контрацептивах // Гинекология. – 2003. – Т. 5, № 5.
9. Потапов В.А. Комментарии к клинической оценке непрерывного режима использования микродозированного комбинированного орального контрацептива Линдинет 20 в целях профилактики послеоперационных рецидивов эндометриомы яичников у женщин репродуктивного возраста // Здоровье женщины. – 2008. – № 1 (33).
10. Хрисанфова Е.Н. Конституция и биохимическая индивидуальность человека. – М.: Изд-во МГУ, 1990. – 160 с.
11. Татарчук Т.Ф., Сольский Я.П. Эндокринная гинекология. – Ч. 1. – К.: Заповіт, 2003.
12. Тихомиров А.Л. Роль оральных контрацептивов в восстановлении и сохранении репродуктивного здоровья // Здоровье женщины. – 2006. – № 2 (26).
13. Подзолкова Н.М., Глазкова О.Л. Симптом. Синдром. Диагноз. Дифференциальная диагностика в гинекологии. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2003. – 448 с.
14. Medical and other noncontraceptive uses of combined oral contraceptives / Murray P., Sucato G., Stradtman E., Kives S. // J. Pediatr. Adolesc. Gynecol. – 2003. – V. 16 (4). – P. 243–252.
15. Dayal M., Barnhart K.T. Noncontraceptive benefits and therapeutic uses of the oral contraceptive pill // Semin. Reprod. Med. – 2001. – V. 19 (4). – P. 295–303.
16. Kosasa T.S., Nakayama R.T. Noncontraceptive health benefits of the oral contraceptive pill // Hawaii Med. J. – 1998. – V. 57 (8). – P. 591–592.
17. Noncontraceptive hormone use and risk of breast cancer / Yang C.P., Daling J.R., Band P.R., Gallagher R.P., White E., Weiss N.S. // Cancer Causes Control. – 1992. – V. 3 (5). – P. 475–479.
18. Williams J.K. Noncontraceptive benefits of oral contraceptive use: an evidence based approach // Int. J. Fertil. Womens. Med. – 2000. – V. 45 (3). – P. 241–247.
19. Stergachis A. Epidemiology of the noncontraceptive effects of oral contraceptives // Am. J. Obstet. Gynecol. – 1992. – V. 167. – № 4 (Pt. 2). – P. 1165–1170.
20. Kaunitz A.M. Noncontraceptive health benefits of oral contraceptives // Rev. Endocr. Metab. Disord. – 2002. – V. 3 (3). – P. 277–283.

Статья поступила в редакцию 03.09.2014

К СВЕДЕНИЮ АВТОРОВ ЖУРНАЛА «ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИНЫ»

1. **Статья подается на украинском или русском и английском языках в 2-х экземплярах, подписанных всеми авторами.**
2. **Каждый автор должен указать свои данные (фамилию, имя, отчество, научное звание (должность), научную степень, отрасль специализации, место работы, служебный адрес, почтовый индекс, служебный и домашний телефоны, факс).**
3. **УДК и фамилию автора необходимо указать на первой странице, далее должны следовать название статьи и название организации, на базе которой были проведены исследования, наблюдения и т.д.**
4. Текст статьи и материалы к ней должны быть отредактированы и проверены автором. Содержание статьи должно иметь практическую направленность. К статье должны быть приложены все используемые в работе таблицы, иллюстрации, список литературы и акт экспертизы.
5. **Ф.И.О. автора, название статьи, резюме и ключевые слова подаются на русском, украинском и английском языках.**
6. Требования к иллюстративному материалу:
 - Иллюстрация может быть подана в виде: фотографии, слайда, рентгенограммы, электронного файла.
 - Иллюстрация должна быть подготовлена на высоком качественном уровне.
 - Поданные иллюстрации должны соответствовать основному смыслу статьи.
 - Иллюстрация должна быть максимально разгружена от надписей, которые следует перенести в подпись к ней.
- Подписи к иллюстрациям подаются на листе бумаги в конце статьи.
- Каждая иллюстрация должна иметь общее название.
- На обратной стороне иллюстрации необходимо указать порядковый номер, «верх» либо «низ».
- Иллюстрации следует передавать в отдельном конверте с указанием названия статьи и Ф.И.О. автора.
- В статье следует указать место, где, по мнению автора, желательно было бы поместить иллюстрацию.
- Иллюстрация, поданная в электронном виде, должна быть в формате EPS, TIF или JPEG и иметь разрешение не менее 300 dpi (масштаб 1:1).
7. Таблицы должны быть компактными. Название столбцов и строк должны соответствовать их содержанию, текст подается без сокращений.
8. Список цитированной литературы подается в соответствии с общепринятыми правилами оформления.
9. В статье не допускается сокращения слов, кроме общепринятых в научной литературе. Все измерения подаются в системе единиц СИ.
10. Статья должна содержать практические выводы и рекомендации для клиницистов.
11. Редакция оставляет за собой право редактировать статью.
12. При несоблюдении указанных требований оформления статьи, редакция возвращает ее авторам без рассмотрения.
13. Статья должна быть записана в формате WORD-97, 98, 2000–2003; размер шрифта — 12 пунктов.
14. Материалы статей, принятых к печати (рукописи, иллюстрации, дискеты), не возвращаются.

Статьи просим присылать на адрес:

Адрес: 03039, Киев, а/я 36, Редакция журнала «Здоровье женщины»;
e-mail: office@zdr.kiev.ua. Тел./факс: (044) 220-15-66, 220-15-67.