

Ессенціалє® форте Н ВІДНОВЛЮЄ ПЕЧІНКУ КЛІТИНА ДО КЛІТИНКИ



- ДОВЕДЕНА ЕФЕКТИВНІСТЬ В ЛІКУВАННІ ТА ПРОФІЛАКТИЦІ ЗАХВОРЮВАНЬ ПЕЧІНКИ
- ЗАХИЩАЄ МЕМБРАНИ ГЕПАТОЦИТІВ ТА ВІДНОВЛЮЄ ЇХНЮ ЦІЛІСНІСТЬ
- ВІДНОВЛЮЄ ФУНКЦІЮ КЛІТИН ПЕЧІНКИ
- НОРМАЛІЗУЄ БІОХІМІЧНІ ПОКАЗНИКИ КРОВІ

«Клінічна ефективність Ессенціалє® доведена у 239 мультицентрових дослідженнях за участі 14 196 пацієнтів»



Дозування: 2 капсули 3 рази на добу.
Курс лікування: 8–12 тижнів.

Р.П. МОЗ України № UA/8682/01/01 від 15.08.08, UA/8626/01/01 від 15.08.08.
Перед застосуванням проконсультуйтеся з лікарем та уважно ознайомтеся з інструкцією.
Зберігати в недоступному для дітей місці.
Реклама лікарського засобу.
Виробник: «Санofi-Авентіс».

sanofi aventis
Здоров'я — це важливо

УДХК В ВИСОКИХ ДОЗАХ МОЖЕТ УХУДШАТИ ТЕЧЕННЯ ХОЛАНГИТА

Первичный склерозирующий холангит – редкое хроническое заболевание, которое в большинстве случаев за 10-15-летний период прогрессирует в билиарный цирроз, портальную гипертензию и печеночную недостаточность. Эффективного лечения до настоящего времени не найдено, однако в нескольких исследованиях на фоне применения урсодезоксихолевой кислоты (УДХК) в дозах 13-23 мг/кг/сут наблюдался некоторый положительный эффект, не достигавший статистической значимости.

Целью настоящего рандомизированного исследования, проведенного специалистами американской клиники Мейо, было изучить влияние длительного лечения высокими дозами УДХК на течение первичного склерозирующего холангита. Из 150 взрослых пациентов 76 принимали УДХК 28-30 мг/кг/сут, 74 больных – плацебо. До рандомизации и через 5 лет лечения всем пациентам проводили холангиографию и биопсию печени. Участники обеих групп были сопоставимы по таким параметрам, как пол, возраст, длительность заболевания, активность аминотрансфераз и щелочной фосфатазы, гистологическая картина печени и оценка по шкале Мейо.

После 6 лет лечения дальнейшее наблюдение было признано нецелесообразным, и исследование было досрочно прекращено. Несмотря на снижение уровней печеночных ферментов, другие главные конечные точки – развитие цирроза, варикозного расширения вен желудка и/или пищевода, холангиокарциномы, трансплантация печени и смерть – имели четкую тенденцию к ухудшению в группе УДХК.

Более глубокий анализ выявил, что, по крайней мере, одной конечной точки достигли 39% больных группы УДХК и 26% пациентов, которые получали плацебо. Тяжелые неблагоприятные события также происходили чаще в группе активной терапии (63 vs 37%, $p < 0,001$).

С учетом влияния сопутствующих факторов лечение УДХК практически утраивало риск достижения главной конечной точки (относительный риск 2,73; $p = 0,004$).

Авторы предполагают, что при лечении высокими дозами УДХК часть неабсорбированной урсодезоксихолевой кислоты поступает в толстый кишечник, где она трансформируется в токсичные желчные кислоты. Другая возможная причина данного эффекта может состоять в том, что УДХК предотвращает апоптоз и этим способствует фиброгенезу и прогрессированию патологического процесса в печени.

Таким образом, у пациентов с первичным склерозирующим холангитом длительное лечение УДХК в дозе 25-30 мг/кг/сут не улучшает выживаемость и ассоциируется с повышенной частотой тяжелых неблагоприятных событий.

Lindor K.D. et al.
Hepatology 2009; 50 (3): 808-14

Больные колоректальным раком, принимающие аспирин, живут дольше

В последние годы появляется все больше данных о том, что аспирин и другие нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) могут проявлять химиопрофилактический эффект. В рандомизированных плацебо контролируемых исследованиях было установлено, что лечение аспирином или целекоксибом сопровождалось значительным снижением риска развития аденом и других предраковых изменений у пациентов с высоким риском развития колоректального рака (КРР). Протективный эффект аспирина в отношении злокачественных новообразований толстой кишки, по крайней мере, частично обусловлен подавлением циклооксигеназы 2 (ЦОГ-2), которая запускает воспаление и пролиферацию клеток и в высокой степени экспрессируется в большинстве колоректальных опухолей человека.

Целью исследования американских ученых было изучить связь между приемом аспирина и КРР у пациентов с неметастатическим КРР I-III стадии, участвовавших в двух масштабных проспективных исследованиях.

В статистический анализ включили данные 1279 пациентов (840 женщин из исследования Nurses' Health Study и 439 мужчин из исследования Health Professionals Follow-Up Study). Все участники были набраны до установления диагноза КРР.

В группе пациентов, принимавших аспирин, отмечалось меньше смертельных исходов, при этом регулярный прием аспирина после установления диагноза ассоциировался со значительным снижением как смертности от КРР ($p = 0,02$), так и общей смертности ($p = 0,03$).

На протяжении в среднем 12-летнего периода наблюдения среди 549 пациентов, регулярно принимавших аспирин, было зарегистрировано 193 (35%) смертельных исходов в целом и 81 (15%) случай смерти от КРР по сравнению с 287 (39%) смертельными исходами в целом и 141 (19%) смертельным исходом от КРР в группе из 730 больных, которые на постоянной основе аспирин не получали.

Среди 719 пациентов, которые до установления диагноза КРР аспирин не получали, прием этого препарата после установления диагноза сопровождался достоверным снижением КРР-специфической смертности на 48% и общей смертности на 32%. У пациентов, принимавших аспирин до выявления КРР и продолжавших его прием в дальнейшем, снижение показателей смертности было

менее выраженным (на 11 и 5% соответственно) и не достигло статистической значимости.

Связь между приемом аспирина и более низким риском смерти от КРР была наиболее выраженной у пациентов, опухоли которых характеризовались высокой экспрессией ЦОГ-2. По мнению авторов, это означает, что, во-первых, сопоставимую эффективность можно ожидать и при назначении других НПВП, в частности целекоксиба, а во-вторых – экспрессию ЦОГ-2 в опухоли можно использовать как предиктивный биомаркер ответа на лечение. Авторы также считают, что с учетом полученных данных аспирин в ближайшем будущем может стать стандартной адьювантной терапией пациентов с КРР.

Chan A. et al.
JAMA 2009; 302 (6): 649-59

Модуляторы серотониновых рецепторов могут улучшать течение СРК

Серотонин (5-НТ) играет важную роль в двигательной и чувствительной функции пищеварительного тракта, при этом у пациентов с синдромом раздраженного кишечника (СРК) уровень этого медиатора часто нарушен.

Британские авторы провели систематический поиск рандомизированных контролируемых исследований, изучавших эффективность 5-НТ3-антагонистов и 5-НТ4-антагонистов в лечении СРК.

Из 29 включенных исследований в 11 использовали 5-НТ3-антагонисты ($n = 7216$), в том числе в 3 – цилансетрон и в 8 – алосетрон. В 11 исследованиях изучали 5-НТ4-агонист тегасерод ($n = 9242$) и в 7 работах – препараты, обладающие свойствами 5-НТ3-антагонистов и 5-НТ4-агонистов (цизаприд и рензаприд; $n = 1043$).

Статистический анализ показал, что алосетрон, цилансетрон и тегасерод были достоверно эффективнее плацебо в лечении СРК. Количество пациентов, которым необходимо назначить терапию для предотвращения 1 случая персистенции симптомов, для этих препаратов составило соответственно 8, 6 и 10.

По сравнению с плацебо относительный риск персистенции симптомов СРК при лечении 5-НТ3-агонистами был 0,78 без значимых различий между алосетроном и цилансетроном. Тегасерод также был эффективнее плацебо в отличие от рензаприда и цизаприда.

В настоящее время во многих странах, в частности в США, использование модуляторов 5-НТ ограничено в связи с потенциальным риском развития тяжелых побочных эффектов, таких как ишемический колит, и небольшого, но значимого увеличения риска кардиоваскулярных ишемических событий. Однако авторы исследования считают, что эти препараты все же можно назначать в определенных ситуациях, например у пациентов с СРК, не ответивших на 1-ю и 2-ю линии терапии.

Ford A.C. et al.
Am J Gastroenterol 2009; 104: 1831-43

Низкий кровоток и высокий метаболизм – прогностически неблагоприятные факторы при раке поджелудочной железы

Рак поджелудочной железы (РПЖ) характеризуется резистентностью ко многим видам лечения, в том числе к химиотерапии (ХТ) и лучевой терапии (ЛТ). Результаты недавно завершившегося финского исследования выявили, что недостаточная эффективность ХТ и ЛТ в случае РПЖ, по крайней мере, частично объясняется снижением перфузии опухоли.

В ходе исследования авторы изучали кровоток и метаболическую активность панкреатических опухолей, используя позитронно-эмиссионную (ПЭТ) либо компьютерную (КТ) томографию с меченой кислородом-15 водой или фтордезоксиглюкозой; более достоверным неинвазивным методом оценки перфузии оказалась ПЭТ с меченой кислородом-15 водой.

Популяция исследования состояла из 26 больных: 7 с интактной поджелудочной железой (ПЖ), 8 с доброкачественными опухолями и 11 с РПЖ. У каждого пациента определяли кровоток и метаболизм в ПЖ, а также отношение стандартизованного значения накопления радиофармпрепарата (SUV) к величине кровотока.

Результаты показали, что у больных с доброкачественными и злокачественными новообразованиями в ПЖ кровоток в опухоли был снижен на 48 и 60% соответственно по сравнению с нормальной тканью ПЖ. Коэффициент SUV/кровоток, характеризующий интенсивность метаболизма, был значительно выше при РПЖ по сравнению с доброкачественными опухолями и неизменной ПЖ ($p < 0,05$). Кроме того, показатель SUV_{max} при РПЖ был в 3 раза выше, чем в двух других группах ($p < 0,05$), но достоверно не различался у пациентов с доброкачественными опухолями и интактной ПЖ.

Несоответствие между захватом глюкозы и интенсивностью кровотока может означать, что злокачественная опухоль в целом или какая-либо ее часть способна поддерживать высокий уровень метаболизма, несмотря на ограничение кровоснабжения. Эти опухоли потенциально лучше адаптируются к среде с низким содержанием кислорода и нутриентов и, следовательно, являются более агрессивными и хуже поддаются лечению, что в конечном итоге приводит к более неблагоприятному прогнозу таких больных.

Komar G. et al.
Clin Cancer Research 2009; 15 (17): 5511-7

Карведилол превосходит лигирование по эффективности профилактики кровотечения из варикозно расширенных вен

В исследование включили 152 больных циррозом печени с варикозно расширенными венами пищевода 2 ст. и выше без кровотечений в анамнезе. 77 пациентам назначили карведилол начиная с дозы 6,25 мг/сут с повышением до целевой 12,5 мг/сут; 75 больным каждые 2 нед выполняли лигирование варикозно расширенных вен до полного их устранения. Исходные характеристики пациентов не различались: у 73% была алкогольная болезнь печени, средний возраст – 54 года, средняя оценка по шкале Чайлд-Пью – 8 баллов.

После периода наблюдения в среднем 20 мес кровотечения из варикозно расширенных вен развились у 8 пациентов, получавших карведилол, и у 17 больных, которым было проведено лигирование (относительный риск 0,41). У 6 пациентов из группы лигирования кровотечение возникло в результате образования язвы.

Как отмечают авторы исследования, карведилол хорошо переносится, принимается 1 раз в день и у большинства пациентов снижает давление в портальной системе. Принимая также во внимание высокую приверженность к лечению карведилолом, этот препарат можно рекомендовать в качестве первичной профилактики кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода.

Hayes P.C. et al. Hepatology 2009; 50 (3): 825-33

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь и ночной сон

В развитых странах Западной Европы от гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) страдает более 40% населения. По данным литературы, около 75% больных с изжогой испытывают ночные симптомы ГЭРБ. Ночной кислотный рефлюкс особенно опасен в плане повреждения пищевода, так как обычно длится дольше по сравнению с дневным. В свою очередь, длительное воздействие кислоты на слизистую пищевода ассоциируется с развитием осложнений, в том числе пищевода Барретта и рака.

От 15 до 30% пациентов, предъявляющих жалобы на нарушения ночного сна, имеют недиагностированную ГЭРБ. Проблеме ночных симптомов ГЭРБ были посвящены сразу три исследования, опубликованные в сентябрьском номере журнала Clinical Gastroenterology and Hepatology – официальном издании Американской гастроэнтерологической ассоциации (AGA).

Снотворный препарат усугубляет симптомы ГЭРБ

В клинической практике нередко встречается ситуация, когда частые ночные пробуждения, беспокоящие пациента в течение продолжительного времени, становятся поводом для применения – самостоятельного либо по рекомендации врача – снотворных препаратов без предварительного обследования и исключения ГЭРБ как возможной причины. В этом контексте интересны результаты исследования, проведенного учеными из Университета им. Томаса Джефферсона (США).

В рандомизированном плацебо контролируемом исследовании [1] приняли участие 16 пациентов с ГЭРБ и 8 здоровых добровольцев. Всем участникам в разные дни на ночь назначали гипнотик золпидем или плацебо. На протяжении ночного сна регистрировали число рефлюксов, рефлюкс-ассоциированных пробуждений и пробуждений в целом.

Как отмечают авторы, золпидем позволял пациентам не просыпаться во время рефлюкса, что сопровождалось увеличением времени воздействия кислоты на пищевод. Кислотный рефлюкс был причиной 89% пробуждений у всех участников исследования (с ГЭРБ и без) при назначении плацебо, и только 40% пробуждений после приема золпидема. У здоровых добровольцев при назначении плацебо кислотный рефлюкс продолжался 1-2 с, а после назначения золпидема – до 30 с. У больных ГЭРБ соответствующие показатели составили 20-55 с (плацебо) и 4-8 мин (золпидем). При назначении золпидема рефлюкс при условии пробуждения длился 30-68 с, а без пробуждения – до 15 мин.

Таким образом, использование снотворных у пациентов с ГЭРБ может ускорять развитие осложнений, так как ночной рефлюкс является главной причиной формирования пищевода Барретта – облигатного предракового состояния.

Ночные симптомы ГЭРБ встречаются очень часто и негативно влияют на качество сна

Эпидемиологии ночных симптомов ГЭРБ было посвящено исследование Mody и соавт. (США) [2]. Для анализа использовали данные по общей популяции за 2006 г.

Из 11 685 пациентов с ГЭРБ 88,9% имели ночные симптомы заболевания и 68,3% – какие-либо нарушения сна, при этом 49,1% жаловались на трудности с засыпанием и 58,3% – на частые пробуждения.

Расстройства сна у пациентов с ГЭРБ ассоциировались с достоверно более высоким использованием ресурсов здравоохранения (1 дополнительный визит врача в месяц), снижением трудоспособности на 5% и нарушением дневной активности на 11%.

Связь между ГЭРБ и расстройствами сна

В масштабном популяционном исследовании по типу «случай–контроль» была установлена двусторонняя взаимосвязь между ГЭРБ и нарушениями сна, то есть нарушения сна могут индуцировать развитие или усугублять течение ГЭРБ, а ГЭРБ, в свою очередь, способно вызывать или увеличивать тяжесть инсомнических расстройств [3].

Исследование основывалось на данных наблюдения, проведенного в Норвежской провинции Норд-Тронделаг в период с 1995 по 1997 год и включившего 65 333 участника (70% взрослого населения провинции). Всего было проанализировано 3151 случай ГЭРБ и 40 210 контрольных лиц. Используемая статистическая модель учитывала множество сопутствующих факторов. В частности, обнаруженная корреляция между ГЭРБ и нарушениями сна не зависела от пола, возраста, приверженности к курению, ожирения и социально-экономического статуса, а после стандартизации по наличию в анамнезе тревоги, депрессии, инфаркта миокарда, стенокардии, инсульта и гастроинтестинальных симптомов она становилась менее выраженной, однако все равно была статистически достоверной.

1. Cagliardi G.C. et al. Clin Gastroenterol Hepatol 2009; 7 (9): 948-952.
2. Mody R. et al. Clin Gastroenterol Hepatol 2009; 7 (9): 953-959.
3. Janson C. et al. Clin Gastroenterol Hepatol 2009; 7 (9): 960-965.

У пациентов с ГЭРБ удовлетворенность лечением зависит от типа назначенного лекарственного препарата

Успех лечения любой патологии зависит от множества факторов, немаловажным из которых является удовлетворенность пациента назначенной терапией. Поиску факторов, влияющих на комплаенс больных ГЭРБ, посвятили свое исследование ученые из Копенгагенского университета (Дания). Авторы проанализировали опубликованные за период 1970-2007 гг. работы и обнаружили 11 исследований, которые можно было использовать для обзора.

В результате было установлено, что пациенты, которым был назначен ингибитор протонной помпы, значительно чаще были удовлетворены эффективностью лечения по сравнению с больными, получавшими антагонисты H₂-рецепторов гистамина. При этом удовлетворенность лечением достоверно ассоциировалась с более высоким качеством жизни и полным разрешением симптомов. Еще одним фактором, оказывающим существенное влияние на удовлетворенность пациентов лечением, был уровень взаимоотношений между врачом и больным, в частности серьезное отношение врача к заболеванию пациента, оказание соответствующего внимания каждой его жалобе и проведение консультаций в режиме диалога.

Bytzer P. et al. Clin Gastroenterol Hepatol 2009; 7 (8): 816-822

ГЭРБ – лидирующая причина хронического кашля у детей

Американские исследователи наблюдали 40 детей в возрасте от 5 до 12 лет с хроническим кашлем (длительностью >8 нед) неизвестной этиологии, направленных на консультацию к врачу общей практики. Пациенты были подвергнуты всестороннему обследованию. Ответ на лечение оценивали через 8 нед с использованием визуально-аналоговой шкалы.

Результаты диагностических исследований подтвердили наличие ГЭРБ у 27,5% детей, аллергии у 22,5%, бронхиальной астмы у 12,5%, инфекции у 5%, аспирации у 2,5% и смешанную патологию у 20%. Назначенное с учетом этиологии лечение позволило купировать кашель в подавляющем большинстве случаев, в том числе при ГЭРБ – у 100% пациентов.

Khoshoo V. et al. Chest. September, 2009; 136: 811-815

Компания AstraZeneca объявила об успешной подаче заявки на регистрацию препарата Vimovo

31 августа Управление по контролю за продуктами и лекарствами (FDA) США приняло заявку на регистрацию препарата Vimovo (напроксен в энтеросолюбильной оболочке/эзомепразол магния немедленного высвобождения). Vimovo представляет собой фиксированную комбинацию нестероидного противовоспалительного препарата (НПВП) напроксена и ингибитора протонной помпы эзомепразола (Нексиум). В настоящее время эффективность и безопасность препарата изучается у пациентов с остеоартритом (ОА), ревматоидным артритом и анкилозирующим спондилитом, имеющих высокий риск развития НПВП-индуцированной язвы желудка.

Сегодня ОА страдают около 140 млн людей во всем мире, при этом основной группой лекарственных средств в лечении этого заболевания остаются НПВП. Данные препараты эффективно облегчают боль и уменьшают воспаление в суставах, однако у половины больных ОА, получающих длительное лечение НПВП, развиваются НПВП-индуцированные гастро- и энтеропатии, в том числе пептические язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. К сожалению, гастропротективную терапию, прежде всего ингибиторы протонной помпы, получают менее четверти нуждающихся в ней больных ОА, а 60% пациентов характеризуются низкой приверженностью к рекомендуемому лечению этими средствами после назначения третьего препарата из группы НПВП. Учитывая вышесказанное, препарат Vimovo может значительно улучшить комплаенс пациентов с системной патологией соединительной ткани, повысить эффективность лечения основного заболевания и предотвратить развитие НПВП-индуцированных гастроинтестинальных осложнений.

Ранее в мае 2009 г. компания AstraZeneca подала заявку в FDA на регистрацию другого комбинированного препарата, содержащего эзомепразол и ацетилсалициловую кислоту в низкой дозе. В клинических исследованиях препарат позволял осуществлять длительную кардиопротекцию и обеспечивал эффективную защиту от побочных эффектов со стороны пищеварительного тракта.

www.astrazeneca.com

Подготовил **Алексей Гладкий**



НЕКСИУМ – ИПП №1 в мире!¹

- Самый длительный контроль кислотности²
- Единственный S-изомер среди всех ИПП³
- Уникальная форма выпуска МАПС³

¹ IMS Data 2007
² Miner P et al. Am J of Gastr 2003;98(12):2616-20
³ Данные инструкции к препарату

AstraZeneca

Краткая информация по применению препарата НЕКСИУМ (эзомепразол) 20, 40 мг, таблетки, покрытые оболочкой

Фармакологические свойства. Нексиум уменьшает секрецию желудочного сока за счет высоконаправленного механизма действия. Он является специфическим ингибитором протонного насоса в париетальной клетке.

Показания и дозы. Лечение рефлюкс-эзофагита у взрослых и детей с 12 лет: Нексиум 40 мг 1 раз в сутки на протяжении 4-8 недель. Длительная профилактика рецидивов эзофагита у излеченных взрослых и детей с 12 лет: 20 мг 1 раз в сутки. Симптоматическое лечение рефлюкс-эзофагита у взрослых и детей с 12 лет: 20 мг 1 раз в сутки пациентам без эзофагита. После исчезновения симптомов можно назначать по 20 мг 1 раз в сутки. У взрослых можно применять схему «по требованию», принимая 20 мг в сутки. Лечение Helicobacter-ассоциированной язвы двенадцатиперстной кишки, профилактика рецидивов пептических язв у пациентов с Helicobacter-ассоциированной язвой: Нексиум 20 мг, амоксициллин 1 г и кларитромицин 500 мг; 2 раза в сутки в течение недели. Лечение язв желудка, ассоциированных с приемом НПВП, у взрослых: Нексиум 20 мг 1 раз в сутки на протяжении 4-8 недель. Профилактика язв желудка и двенадцатиперстной кишки, ассоциированных с лечением НПВП, у взрослых пациентов группы риска: Нексиум 20 мг 1 раз в сутки. Лечение синдрома Золлингера-Эллисона у взрослых: 40 мг 2 раза в сутки.

Противопоказания. Повышенная чувствительность к эзомепразолу, к замещенным бензимидазолам или другим компонентам препарата; детский возраст (до 12 лет), прием атазанавира.

Побочные реакции. Возможны тошнота/рвота, диарея, запор, боль в животе, метеоризм, головная боль, дерматит, сыпь, крапивница, сухость во рту и головокружение.

Особенности применения. При наличиистораживающих симптомов (выраженное уменьшение массы тела, тошнота, дисфагия, гематемез или мелена) и при подозрении или наличии язвы желудка к началу лечения Нексиумом необходимо исключить злокачественный процесс. Пациенты, которые применяют препарат на протяжении длительного времени (особенно больные, принимающие его больше года), должны находиться под регулярным наблюдением. Существует риск лекарственного взаимодействия, особенно если эзомепразол назначают в комбинации с антибиотиками для эрадикации Helicobacter pylori или при лечении «по требованию».

Беременность и лактация. Нексиум необходимо с осторожностью назначать беременным. Не следует применять препарат в период лактации.

Взаимодействие с другими лекарственными средствами. В связи со снижением кислотности желудка всасывание итраконазола и кетоконазола может уменьшиться во время лечения Нексиумом. Когда Нексиум комбинируют с диазепамом, циталопрамом, имипраминном, кломипрамином и фенитоном, плазменные концентрации этих препаратов могут увеличиться, поэтому необходимо уменьшить их дозы. Одновременное назначение эзомепразола может привести к уменьшению клиренса диазепама. Одновременное назначение эзомепразола может увеличить плазменные концентрации фенитоина у больных эпилепсией. Следует определять плазменные концентрации фенитоина в начале лечения эзомепразолом и после его завершения. При одновременном применении эзомепразола и цизаприда значимого увеличения максимальной концентрации цизаприда не отмечалось.

Перед назначением ознакомьтесь с полной инструкцией по медицинскому применению.

Упаковка. Блisterы по 7 и 14 таблеток в картонных коробках.

Условия отпуска. По рецепту.

Регистрационные свидетельства: UA/2534/01/01; UA/2534/01/02.

Текст составлен согласно Инструкции по медицинскому применению, одобренной МЗ Украины 08.08.2007 г.

Текст подготовлен: январь 2009 г.

За полной информацией обращайтесь в Представительство компании «АстраЗенека» в Украине: 04080 г. Киев, ул. В. Хвойки, 15/15, тел.: 391-52-82.

Nexium – торговая марка, собственность компании «АстраЗенека» © AstraZeneca 2009