



## Ессенціалє® форте Н

Світовий лідер серед гепатопротекторів\*



## Відновлює печінку клітина до клітини

- Ессенціалє® форте Н надійно захищає печінку від негативного впливу шкідливих факторів (алкоголь, токсичні речовини, ліки та ін.), відновлює її структуру та функцію<sup>1</sup>.
- Ессенціалє® форте Н містить унікальну EPL®-субстанцію природного походження, яка відновлює структуру мембран клітин печінки<sup>2</sup>.
- Ефективність Ессенціалє® форте Н доведена клінічною практикою і базується на даних 239 клінічних досліджень за участі більше 14 000 пацієнтів (жовтень 2009)<sup>1</sup>.
- Ессенціалє® форте Н — більше ніж 50 років досвіду застосування в практичній медицині<sup>3</sup>.

Спосіб застосування та дози<sup>2</sup>:

2 капсули 3 рази на добу (підтримуюча доза — 1 капсула 3 рази на добу), курс лікування — не менше 3 місяців.

\*За обсягом продажів (дослідження, проведені АйЕмЕс ХЕЛС, дані за останні 12 міс. станом на 3-й квартал 2010 р.).  
<sup>1</sup>Ессенціальні фосфолипиди в ліченні острих і хронічних захворювань печінки // Здоров'я України. — 2009. — 20. — С. 58–59.  
<sup>2</sup>Інструкція для медичного застосування препарату Ессенціалє® форте Н, Ессенціалє® Н.  
<sup>3</sup>Corporate data, September 2008.  
 Р.П. МОЗ України № UA/8682/01/01 від 15.08.08.  
 Перед застосуванням проконсультуйтеся з лікарем та уважно читайте інструкцію.  
 Зберігати в недоступному для дітей місці.  
 Реклама: лікарський засіб.

ТОВ «Санofi-Авентіс Україна»,  
 Київ, 01033, вул. Жилианська, 48–50а,  
 тел.: +38 (044) 354 20 00,  
 факс: +38 (044) 354 20 01,  
 www.sanofi-aventis.com.ua

**sanofi aventis**  
 Здоров'я — це важливо

### Теларпревир в ліченні вірусного гепатита С: результати дослідження REALIZE

Додавання перорального інгібітора протеази теларпревира к пегінтерферону альфа-2а і рибавіріну в ліченні вірусного гепатита С (ВГС) генотипа 1 у пацієнтів, у яких раніше не було відповіді на стандартну терапію, підвищує рівень устійчивого вірусологічного відповіді (УВО). Це підтвердило дослідження REALIZE, результати якого були представлені виступом вченим і директором Медичного центру при Франкфуртському університеті ім. Гете (Германія), доктором Ш. Цойземом (S. Zeuzem) на щорічному зборі Європейської асоціації по вивченню печінки (EASL-2011).

REALIZE входить в міжнародну програму реєстраційних клінічних досліджень теларпревира, що складається з трьох етапів III фази (ADVANCE, ILLUMINATE і REALIZE). В ньому взяли участь 662 пацієнта з ВГС генотипа 1, які пройшли курс стандартної терапії, але не мали позитивного результату. Серед усіх учасників майже у половині захворювання було на пізніх стадіях і у 89% виявлено вихідну вірусну навантаження >800 000 МЕ/мл. Середній вік пацієнтів становив 51 рік, більш двох третей були чоловіки.

В межах дослідження учасники були розподілені по групах методом випадкового вибору в співвідношенні 2:2:1. Першій групі призначили 12-тижневий курс лікування теларпревиром в комбінації з пегінтерфероном і рибавіріном з наступним 4-тижневим курсом плацебо, пегінтерферону і рибавіріну, а потім 36-тижневим додатковим лікуванням пегінтерфероном і рибавіріном (група T12/PR48). Другій групі призначили курс терапії «з відтермінованим початком», що передбачало 4-тижневе лікування пегінтерфероном і рибавіріном, після чого 12-тижневий курс теларпревира в комбінації з пегінтерфероном і рибавіріном, а потім 32-тижневий додатковий курс пегінтерферону і рибавіріну (група LT12/PR48). Пацієнти третьої групи пройшли 48-тижневий курс пегінтерферону, рибавіріну і плацебо (група Pbo/PR48). Первинною кінцевою точкою дослідження була частота досягнення УВО, визначеною як відсутність РНК HCV в крові на 24 тижнів після останнього запланованого прийому досліджуваного препарату. Теларпревир призначали в дозі 750 мг кожні 8 годин, пегінтерферон — 180 мкг/тиждень і рибавірін — 1000–1200 мг/сут.

Рівень досягнення УВО для пацієнтів з рецидивами захворювання становив 83% в групі T12/PR48, 88% — в групі LT12/PR48 і 24% — в групі Pbo/PR48. Рівень досягнення УВО для пацієнтів, у яких раніше не було відповіді на стандартну терапію, становив 41% в групах T12/PR48 і LT12/PR48 і 9% в групі Pbo/PR48. Показателі УВО у пацієнтів з рецидивами і у тих, у кого не було відповіді, в групах T12/PR48 і LT12/PR48 були ідентичними. Це говорить про те, що ввідний курс стандартного лікування не обов'язковий для тих, хто вже отримав неефективне передлікування. Частота досягнення УВО була вище серед пацієнтів, які мали частинну відповідь на раніше проведеної терапії, ніж у тих, у кого відповіді не було.

Частота рецидивів захворювання становила 10% в групах учасників, яким призначили теларпревир, і досягла 23% в групі Pbo/PR48. Серед найбільш поширених побічних ефектів, зареєстрованих в ході дослідження, була втома, яка виникла у 55% пацієнтів в групі T12/PR48, у 50% — в групі LT12/PR48 і у 40% — в групі Pbo/PR48. Аноректальні симптоми (анальний зуд, аноректальний дискомфорт, геморої) були виявлені у 28, 22 і 8% пацієнтів в групах T12/PR48, LT12/PR48 і Pbo/PR48 відповідно. Ці побічні явища, а також анемія, нудота, блювота і діарея зустрілися на 10% частіше у пацієнтів групи T12/PR48, ніж у пацієнтів групи Pbo/PR48. Частота учасників, які припинили терапію теларпревиром, становила 29%, причому причиною частіше було виникнення шкірної висипки (4%) і анемії (3%).

Результати цього і інших досліджень дозволяють передбачити, що комбінована схема з теларпревиром може в значній мірі збільшити ефективність лікування пацієнтів, страждаючих найбільш часто зустрічаючої формою ВГС і не досягнути позитивного результату при попередньому ліченні.

Zeuzem S. et al.  
 EASL 2011 Abstract 192.

### Вплив антибіотикотерапії на кишечний метаболізм

Загальна маса мікробів, що мешкають в шлунково-кишковому тракті людини, становить близько 2 кг. Останні дослідження показують, що мікробна екосистема в кишечнику грає різноманітну і важливу роль в підтримці нормального фізіологічного стану організму. Канадські вчені провели ряд експериментів на мишах і показали, що прийом антибіотиків може призвести до виражених порушень кишечного гомеостазу.

Відомо, що мікрофлора кишечника здатна виділяти шлункові ферменти, що покращує травлення їжі і прискорює її всмоктування. Також встановлено, що мікроорганізми, що мешкають в просвіті кишечника, здійснюють синтез багатьох життєво важливих вітамінів (В<sub>1</sub>, В<sub>2</sub>, В<sub>12</sub>, РР і др.), а також є одним з бар'єрів захисту організму від вторгнення інфекції. В даному дослідженні вчені використовували метод мас-спектрометрії в цілях ідентифікації і кількісного аналізу більш ніж 2 тис. молекул, екстрагованих з фекалій миші. Потім животному призначили антибіотики і повторно провели аналіз складу кишечної мікрофлори. Було показано, що після антибіотикотерапії

происходить кількісний і якісний зміна 87% досліджуваних молекул, при цьому їх вміст знизився від 2 до 10 тис. раз. Найглибші зміни відбулися в синтезі стероїдних гормонів, ейкозаноїдів, жовчних кислот і короткоцепочкових жирних кислот. Ці активні речовини відповідають за важливі функції в організмі людини: контролюють стан імунної системи, репродуктивні функції, мінеральний баланс, обмін речовин і др.

Отримані дані дослідження показують, що надмірне використання антибіотиків порушує життєдіяльність нормальної мікрофлори кишечника, що має негативний вплив на здоров'я людини. Крім того, необдумане і тривале вплив на кишечну флору може використовуватися в ліченні захворювань гормонального або метаболічного походження, таких як імунodefіцит, депресія і цукровий діабет.

Antunes L.C.M., Han J., Ferreira R.B.R. et al.  
 Antimicrobial Agents and Chemotherapy, 2011; 55 (4): 1494 DOI:  
 10.1128/AAC.01664-10

### Ефективність і безпеку ІПП у дітей з гастроєзофагеальним рефлюксом

На сьогоднішній день недостатньо доказано, що інгібітори протонної помпи (ІПП) є безпечними і ефективними засобами в ліченні дітей і підлітків з гастроєзофагеальною рефлюксною хворобою (ГЕРБ). Крім того, препарати цієї групи не повинні використовуватися у дітей раннього віку. К таким висновкам прийшли вчені з групи докторки Рейчел ван-дер-Поль (Rachel van der Pol) з Академічного медичного центру в г. Амстердамі (Нідерланди). Незважаючи на те, що ІПП хороше переносяться дітьми старшого вікового групи, дані про їх довготривалу безпеку і ефективність відсутні.

В даний час ІПП є найбільш поширеними препаратами, які використовують при ліченні кислотозалежних захворювань у дітей. Вчені провели систематичний огляд літератури і виявили лише 12 рандомізованих контрольованих досліджень з участю 895 дітей в віці до 17 років, в ліченні яких застосовували ІПП.

Вчені відзначили, що отримані дані достатньо відрізняються за дизайном і результатами, що не дозволяє провести метааналіз. В 2 оглядах ІПП порівнювали з плацебо і виявили неефективними в зменшенні симптомів ГЕРБ, ще в двох їх результативність була порівнянимою. Один з препаратів — омепразол — був більш ефективним, ніж плацебо, в зменшенні кислотності шлункового соку по результатам моніторингу рН.

В п'яти рандомізованих контрольованих дослідженнях вивчали ефективність ІПП у дітей з ГЕРБ в віці від 6 місяців до 13,4 років. З них в двох дослідженнях спостерігали різні дози препаратів; в інших трьох порівнювали їх з іншими лікарськими засобами антирефлюксової терапії, в тому числі ранітидіном. Во всіх п'яти дослідженнях зафіксовано, що ІПП настільки ж ефективні, як препарати порівняння, причому значно скорочують симптоми ГЕРБ во всіх підгрупах пацієнтів. В двох дослідженнях були зареєстровані легкі і помірні нежелателні явища, пов'язані з ліченням, найбільш поширеними з яких були головна біль і діарея.

Ще в 2 дослідженнях, в які були включені підлітки в віці від 12 до 17 років, вивчали дію різних доз препаратів ІПП, в якості порівняння використовували різні дози одного і того ж препарату. Було виявлено, що ці лікарські засоби призводять до достовірному зменшенню симптомів ГЕРБ. Однак в одному з досліджень було відзначено часте виникнення побічних ефектів терапії, включаючи головну біль, підвищеність температури і розвиток фарингіту, які були зареєстровані у 35, 23 і 19% учасників відповідно. В іншому дослідженні найбільш частими побічними ефектами лічення були головна біль, біль в животі і діарея, відзначені у 8, 3 і 2% пацієнтів відповідно.

В заключительному розділі огляду автори дослідження нагадують, що при виборі лікарського засобу, інгібірующего кислотозалежне утворення, у дітей з кислотозалежними захворюваннями необхідно враховувати, наскільки ефективний препарат відповідає профілю його безпеки. Однак дані, що підтверджують результативність і довготривалу безпеку ІПП у дітей, до сих пор недостатньо.

Van der Pol R.J. et al.  
 Pediatrics 2011 DOI: 10.1542/peds.2010-2719.

### Інфікування С. difficile в 6 разів підвищує ризик смерті пацієнтів з запальними захворюваннями кишечника

В Великій Британії запальними захворюваннями кишечника (ВЗК), включаючи хворобу Крона і неспецифічний язвенний коліт, страждає близько 240 тис. людей. Ця категорія хворих нерідко потребує в стаціонарному ліченні. Невдаване лікування показало, що госпіталізовані пацієнти з ВЗК мають в 6 разів вищий ризик смерті, якщо вони інфікуються Clostridium difficile.

В нормі ця бактерія присутня в кишечнику майже у 2/3 дітей і у 3% дорослих, але вона не є небезпечною для здорових людей. Антибіотики широкого спектра дії вбивають безвредні бактерії, які зазвичай знаходяться в просвіті кишечника. Змінення в його мікрофлорі призводять до активізації С. difficile, яка починає виділяти токсини в надмірній кількості, що викликає діарею і лихоманку. Інфекція рідко закінчується смертельним іходом у людей, які не страждають важкими захворюваннями. В огляді,

опубликованном в 2010 г., отмечено, что общий уровень смертности среди пациентов, инфицированных *C. difficile*, составляет около 6%. Основными методами снижения распространенности данной инфекции считаются усовершенствование больничной гигиены и изменение стратегии назначения антибиотиков.

Больные ВЗК, у которых есть хроническое воспаление в кишечнике, особенно уязвимы к инфекции *C. difficile*. В исследовании, результаты которого были опубликованы в журнале *Alimentary Pharmacology and Therapeutics*, специалисты Имперского колледжа Лондона и Траста им. Святого Георгия Национальной системы здравоохранения Великобритании изучили статистические данные стационарного лечения пациентов с ВЗК в период между 2002 и 2008 гг. После корректировки на различия между группами они обнаружили, что больные ВЗК, которые инфицированы *C. difficile* в больнице, имеют в 6 раз выше риск смерти, чем остальная популяция. В частности, показатель 30-дневной смертности у пациентов с ВЗК и *C. difficile* составил 25% по сравнению с 3% у неинфицированных этой бактерией. Результаты испытания также показали, что наличие *C. difficile* у пациентов с ВЗК продлевает их пребывание в больнице, увеличивая среднюю продолжительность стационарного лечения с 5 до 26 дней, и почти в 2 раза повышает необходимость проведения желудочно-кишечной хирургии.

Следовательно, весьма целесообразным представляется скрининг на *C. difficile* при поступлении в больницу больных высокого риска инфицирования, к которым относятся пациенты с ВЗК. Ведущий автор исследования, доктор Р. Поллок (R. Pollok) утверждает: «В больнице Святого Георгия мы наблюдали 70-процентное уменьшение распространенности внутрибольничных инфекций после внедрения ряда контрольных мероприятий, в частности тщательного мытья рук и сокращения применения антибиотиков широкого спектра действия. Но мы должны стараться сделать еще больше для защиты уязвимых групп пациентов, в том числе больных ВЗК».

Jen M.H. et al.

*Alimentary Pharmacology and Therapeutics*, 20 April 2011

## Революция в терапии ВГС: появление двух новых противовирусных препаратов повысит шансы пациентов на излечение

У больных ВГС, вероятно, в скором будущем увеличатся шансы на излечение. Это произойдет после того, как Управление по продуктам питания и лекарственным средствам США (FDA) окончательно одобрит два новых препарата для лечения ВГС.

28 апреля Консультативный комитет FDA единогласно порекомендовал одобрить к применению ингибитор протеазы теллапревир производства компании Vertex Pharmaceuticals, который доказал свою безопасность и эффективность в качестве альтернативы для лечения больных ВГС генотипа 1. За день до этого Консультативный комитет FDA утвердил применение другого ингибитора протеазы боцепревир компании Merck для лечения пациентов с этим же заболеванием. Участники дискуссии пришли к единодушному соглашению, что добавление ингибитора протеазы к лечению пегилированным интерфероном и рибавирином станет новым стандартом лечения ВГС генотипа 1.

Если FDA, следуя совету Консультативного комитета, утвердит теллапревир и боцепревир, то оба препарата станут первой таргетной терапией ВГС. Они блокируют фермент протеазы, позволяющий HCV репродуцироваться. Современный стандарт терапии ВГС включает комбинированное лечение пегилированным интерфероном и рибавирином; действие этих лекарственных средств направлено на стимулирование иммунной системы пациентов.

По оценкам, ВГС поражает от 3 до 4 млн человек в США; на генотип 1 приходится 2/3 всех случаев заболевания. У половины больных, получающих стандартное лечение пегинтерфероном и рибавирином, не удается достичь УВО. Исследования теллапревира показали, что добавление ингибитора протеазы может повысить уровень УВО до 70 и до 90% у пациентов, которые никогда не лечились от ВГС. В рекомендациях по дозированию препарата, предложенных компанией Vertex, указано, что теллапревир нужно назначать по 750 мг 3 р/сут в течение 12 нед, сочетая с терапией пегинтерфероном и рибавирином в стандартных дозах длительностью 24 или 48 нед в зависимости от реакции на лечение в первые 12 нед.

Как свидетельствуют результаты исследований, на фоне терапии теллапревиром уровень УВО, под которым подразумевалось отсутствие РНК вируса в крови в течение 24 нед после завершения терапии, был ниже у пациентов, у которых ранее не было ответа на противовирусное лечение, но все же намного выше, чем в контрольных группах, получавших очередную схему стандартного лечения. Частота рецидивов снижалась в группе больных, получавших теллапревир, по сравнению с контрольной группой: 5 против 26% у ранее нелеченных пациентов и 10 против 57% у пациентов, которым уже назначалась соответствующая терапия.

Хотя Консультативный комитет FDA уверен в отношении эффективности теллапревира, он обеспокоен увеличением количества серьезных, в том числе опасных для жизни, кожных реакций. В частности, у пациентов, принимавших препарат во время проведения испытаний, были зарегистрированы 3 случая синдрома Стивенса-Джонсона. Более чем у половины больных появлялась сыпь или зуд, по этой причине впоследствии 6% участников прекратили прием данного лекарственного средства. Эти показатели были примерно вдвое выше, чем в контрольных группах. Компания Vertex заверяет, что эти побочные эффекты, как правило, хорошо поддаются терапии и исчезают после отмены препарата.

Таким образом, значительно большая доля пациентов с помощью одного из двух новых ингибиторов протеазы сможет достичь УВО по сравнению с больными, у которых проводят

лечение только стандартными препаратами. Окончательное решение относительно боцепревира и теллапревира FDA планирует принять до конца мая нынешнего года.

[www.fda.gov](http://www.fda.gov)

## Препараты, повышающие чувствительность к инсулину, могут снизить риск рака кишечника

Согласно результатам большого ретроспективного исследования, использование препаратов, способных повышать чувствительность к инсулину, к которым относятся метформин и тиазолидиндионы, может предотвратить развитие полипов толстой кишки у пациентов с сахарным диабетом (СД) 2 типа. В испытании с участием более 132 тыс. больных СД 2 типа было показано, что вероятность развития полипов была значительно ниже среди тех, кто получал метформин (ОР 0,95) или тиазолидиндионы (ОР 0,83).

В соответствии с данными последних наблюдений наличие СД и использование экзогенного инсулина связаны с повышением риска рака толстой кишки, который чаще всего развивается из полипов. Ученые из Канзасского университета (США) провели исследование, в котором определили предикторы развития полипов у пациентов с СД 2 типа. Для этого проанализировали данные терапии 132 354 больных СД 2 типа, которым проводили скрининговую колоноскопию в одном из 10 центров г. Канзас-Сити с 2003 по 2008 год. Средний возраст пациентов составил 63 года, почти все из них были мужского пола (96,9%).

За период наблюдения среди всех участников исследования 41,4% пациентам проводили полипэктомию. После внесения поправок на индекс коморбидности Чарлсона и уровень HbA1c были обнаружены несколько предикторов развития полипов, в том числе пожилой возраст, мужской пол и потребление табака. Кроме того, с повышением риска полипэктомии ассоциировался уровень HbA1c >6,5% (ОР 1,06). Это подчеркивает роль контроля глюкозы в крови не только для профилактики основных осложнений СД, но и для снижения риска развития полипов толстой кишки, в том числе рака толстой кишки.

С более низким риском полипэктомии также ассоциировалось использование различных препаратов, включая аспирин; препараты, повышающие чувствительность к инсулину; сульфаниламочевину и нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП). При этом наиболее сильная корреляционная связь была обнаружена в отношении НПВП (ОР 0,63) и тиазолидиндионов (ОР 0,83).

Результаты данного исследования являются еще одним доказательством целесообразности назначения пациентам с СД 2 типа препаратов, повышающих чувствительность к инсулину, даже тем, кто достиг адекватного контроля глюкозы на фоне терапии другими пероральными сахароснижающими препаратами или инсулином.

Bulchandani D. et al.

*AACE 2011 Abstract 230.*

## Витамин Е и метформин в лечении детей и подростков с неалкогольной жировой болезнью печени: результаты исследования TONIC

Неалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП) наиболее часто встречается среди хронических заболеваний печени у детей. Для того чтобы определить, какое влияние оказывают витамин Е и метформин на течение данного заболевания, ученые из Колумбийского университета в г. Нью-Йорке (США) провели рандомизированное двойное слепое плацебо контролируемое исследование под названием TONIC (Treatment Of NAFLD in Children). В данном испытании приняли участие 173 пациента в возрасте от 8 до 17 лет, наблюдавшихся в 10 медицинских центрах, у которых был гистологически подтвержден диагноз НАЖБП. Участников испытания рандомизировали на 3 группы терапии для получения в течение 96 нед витамина Е в дозе 800 МЕ/сут, метформина 1000 мг/сут или плацебо. Первичной конечной точкой исследования служил показатель устойчивого снижения уровня аланинаминотрансферазы (АЛТ), определяемый как снижение концентрации фермента более чем на 50% от исходного или как уровень АЛТ менее 40 МЕ/л с 48-й по 96-ю неделю терапии. Вторичные исходы включали улучшение гистологических показателей НАЖБП, в том числе регрессию неалкогольного стеатогепатита (НАСГ).

К концу исследования достичь первичной конечной точки не удалось. Уровень достижения устойчивого снижения АЛТ составил 17% в группе плацебо, 26% в группе терапии витамином Е и 16% в группе метформина. Также не было обнаружено существенных различий в отношении среднего снижения АЛТ (-35,2 против -48,3 и -41,7 МЕ/л соответственно).

Однако ученые обратили внимание на 121 пациента, у которых был выявлен НАСГ в начале исследования. Оказалось, что регрессия НАСГ происходила значительно чаще в группе терапии витамином Е, чем в группе плацебо (58 против 28%;  $p=0,006$ ). Прием витамина Е также ассоциировался со значительным улучшением оценки активности НАЖБП ( $p=0,02$ ), хотя и не оказывал влияния на выраженность стеатоза, воспаления или фиброза. Метформин в исследуемой дозе не проявил эффективности в отношении любой из первичных или вторичных конечных точек, что может быть связано с развитием некоторых побочных эффектов, включая тошноту, рвоту и диарею.

Таким образом, исследование показало, что применение витамина Е или метформина не приводит к значительному снижению уровня АЛТ у детей и подростков с НАЖБП, однако витамин Е может быть эффективным в терапии прогрессирующих форм заболевания, сопровождающихся развитием НАСГ.

Lavine J.E. et al.

*JAMA 2011 305(16): 1659-1668*

Подготовила **Ольга Татаренко**

## Ентерожерміна

*Bacillus clausii*



Диарея

Инфекции

Антибиотики

Харчові токсикоінфекції

## Природний захист мікрофлори Ваших пацієнтів

- ✓ Відновлює мікрофлору кишечника<sup>1,3</sup>
- ✓ Має протимікробну та імуномодулюючу дію<sup>2</sup>
- ✓ Швидко усуває діарею у пацієнтів з кишковим дисбактеріозом<sup>1</sup>
- ✓ Для дорослих і дітей, починаючи з 28-го дня життя<sup>3</sup>



<sup>1</sup> Арцезе А. Пробиотическая активность *Bacillus clausii* при диарее у детей // Современная педиатрия. — 2008. — № 4(21). — С. 166–169.

<sup>2</sup> Urdaci M.C. et al. *Bacillus clausii* probiotic strains: antimicrobial and immunomodulatory activities // J Clin Gastroenterol; 2004; 38: S86–90.

<sup>3</sup> інструкція для медичного застосування препарату Ентерожерміна.

Р.Л. МОЗ України № UA/4234/01/01 від 01.09.2010.

Щодо способу вживання, обмежень і протипоказань уважно читайте інструкцію.

Перед застосуванням препарату проконсультуйтеся з лікарем.

Зберігати в недоступному для дітей місці при температурі нижче +30°C.

Реклама: лікарський засіб.

ТОВ «Санofi-Авентіс Україна», Київ, 01033, вул. Жиланська, 49–50а.

тел.: +38 (044) 354 20 00, факс: +38 (044) 354 20 01.

[www.sanofi-aventis.com.ua](http://www.sanofi-aventis.com.ua)

UA.ENT.11.03.03

sanofi aventis

Здоров'я — це важливо