



Фиксированные комбинации топических противоаллергических средств в достижении контроля симптомов аллергического ринита

Аллергический ринит существенно снижает качество жизни пациентов и требует постоянного применения лекарственных препаратов. Адекватная медикаментозная терапия позволяет предотвратить прогрессирование заболевания и повысить качество жизни пациентов. В рамках 15-го Международного междисциплинарного конгресса по аллергологии и иммунологии состоялся симпозиум, посвященный современным методам лечения аллергического ринита с использованием фиксированных комбинаций интраназальных противоаллергических и противовоспалительных средств.



Профессор, д.м.н.
А.С. Лопатин

Симпозиум открыл президент Российского общества ринологов, профессор, д.м.н. Андрей Станиславович ЛОПАТИН. Он отметил, что принципы диагностики и лечения аллергического ринита (АР) отражены в современных клинических рекомендациях и согласительных международных документах. Основным докумен-

Лекарственная терапия аллергического ринита: место фиксированных комбинаций в международных и российских клинических рекомендациях

том признано руководство ARIA (Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma – Аллергический ринит и его влияние на астму). В 2018 г. под эгидой Американской академии оториноларингологии – хирургии головы и шеи (AAO – HNS) с участием международных экспертов в оториноларингологии и аллергологии подготовлен согласительный документ по проблеме аллергического ринита ICAR-AR (International consensus statement on allergy and rhinology: Allergic Rhinitis)¹.

Российские национальные клинические рекомендации по диагностике и лечению АР были разработаны экспертами Российской ассоциации аллергологов и клинических иммунологов (РААКИ)².

Аллергический ринит занимает одно из ведущих мест в структу-

ре аллергических заболеваний во всем мире. В Западной Европе распространенность АР составляет 23–30%, в США – 12–30%. При этом данные варьируются в зависимости от методологии, дефиниций, географических условий и сезонности. Самая высокая заболеваемость (до 75%) зарегистрирована в Бразилии, самая низкая – на Тайване³. Распространенность АР в России зависит от региона. Так, если заболеваемость в Санкт-Петербурге составляет 10%, Москве – 17,5%, то в Волгодонске – 35%, Новосибирске – 33,3%, Томске – 28,8%⁴. Последние годы отмечается рост заболеваемости среди детской популяции в Центральной России⁵.

Аллергический ринит не только снижает качество жизни больных, но также влияет на профессиональную деятельность и спо-

¹ Wise S.K., Lin S.Y., Toskala E. et al. International consensus statement on allergy and rhinology: allergic rhinitis // Int. Forum Allergy Rhinol. 2018. Vol. 8. № 2. P. 108–352.

² Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению аллергического ринита. Российская ассоциация аллергологов и клинических иммунологов. М., 2013.

³ Katelaris C.H., Lee B.W., Potter P.C. et al. Prevalence and diversity of allergic rhinitis in regions of the world beyond Europe and North America // Clin. Exp. Allergy. 2012. Vol. 42. № 2. P. 186–207.

⁴ Лопатин А.С. Ринит: патогенетические механизмы и принципы фармакотерапии. М.: ЛитТерра, 2013.

⁵ Asher M.I., Montefort S., Björkstén B. et al. Worldwide time trends in the prevalence of symptoms of asthma, allergic rhinoconjunctivitis, and eczema in childhood: ISAAC Phases One and Three repeat multicountry cross-sectional surveys // Lancet. 2006. Vol. 368. № 9537. P. 733–743.



Сателлитный симпозиум компании Glenmark

способность к обучению. У больных сезонным интермиттирующим АР, вызванным сенсibilизацией пылью амброзии, в течение восьмичасового рабочего дня регистрируется 96 неточностей, оплошностей и ошибок профессионального характера⁶.

Кроме того, доказано влияние антигистаминных препаратов (АГП) на способность к вождению автомобиля. Наличие симптомов АР у пациентов и получаемое ими лечение приравниваются к наличию примерно 0,03–0,05% алкоголя в крови. То есть пациенты с АР предрасположены к дорожно-транспортным происшествиям в большей степени, чем здоровые лица⁷.

Несмотря на стремление пациентов с АР избавиться от мучительных симптомов, более половины из них не обращаются к врачу, предпочитая самостоятельно лечиться безрецептурными препаратами (назальными деконгестантами)⁸.

Как известно, основным принципом лечения АР является контроль симптомов. Достижению контроля способствует ступенчатая терапия. Каждая ступень предусматривает разные варианты фармакологической терапии в зависимости от выраженности симптомов АР. Для контроля симптомов АР применяются пероральные и топические (интраназальные) АГП, антагонисты лейкотриеновых рецепторов, интраназальные ГКС. Согласно рекомендациям ARIA, больным АР не рекомендуется назначать АГП первого поколения в силу их седативного и кардиотоксического эффектов.

Безусловно, гистамин в патогенезе АР играет важную, но далеко

не последнюю роль. Он участвует практически во всех механизмах ранней фазы аллергического ответа и способствует развитию симптомов АР (зуд, раздражение, приступы чихания, выделения из носа). В развитии поздней фазы аллергической реакции задействован и ряд других медиаторов, продуцируемых клетками – участниками воспаления. Поэтому лечение больных АР предполагает применение многофункциональных препаратов, характеризующихся не только антигистаминным действием.

В соответствии с международными рекомендациями ICAR-AR, интраназальные ГКС демонстрируют преимущество перед другими методами лечения и считаются препаратами первой линии терапии АР. Курсы лечения при АР должны быть адекватными по дозе и длительности: при обострении заболевания – не менее 200 мкг/сут, при тяжелых формах – 400 мкг/сут в течение не менее двух-трех месяцев¹.

Поскольку при длительном применении интраназальных ГКС повышается риск развития системных эффектов, при выборе препарата необходимо ориентироваться на показатели его системной биодоступности. Пациентам с АР целесообразно назначать интраназальные ГКС с минимальной биодоступностью. Самыми низкими показателями системной биодоступности характеризуются мометазона фуоат и циклезонид⁹. Таким образом, интраназальные ГКС одинаково эффективны при аллергическом риноконъюнктивите, существенно отличаются по системной биодоступности и про-

филю безопасности. Эти различия необходимо учитывать в случае применения интраназальных ГКС в высоких дозах, длительными курсами, а также у детей, в период постменопаузы и т.д.

От лечения пациенты с АР ожидают быстрого эффекта, полного контроля симптомов, восстановления качества жизни и удобства применения. Для контроля симптомов АР помимо интраназальных ГКС используют интраназальные АГП, способствующие быстрому наступлению эффекта. Речь идет об азеластане и левокабастине в форме назального спрея и глазных капель¹⁰.

Лечение тяжелых форм АР с поливалентной сенсibilизацией, резистентностью к АГП и интраназальным ГКС и тяжелой медикаментозной зависимостью (деконгестанты) предусматривает комплексный подход, включающий ирригационную терапию (промывание большим объемом жидкости), комбинации интраназальных ГКС и АГП, системные ГКС или хирургическое вмешательство. Промывание полости носа изотоническим раствором рассматривается как важная составляющая терапевтической стратегии при АР. Следует учитывать, что проникновение раствора лучше при промывании большим объемом жидкости (более 100 мл). Промывание полости носа изотоническим раствором можно сочетать с терапией интраназальными ГКС¹¹.

В рекомендациях ICAR и РААКИ также указано, что пероральные ГКС противопоказаны для рутинного использования при АР. В отдельных клинических сце-

⁶ Wilken J.A., Berkowitz R., Kane R. Decrements in vigilance and cognitive functioning associated with ragweed-induced allergic rhinitis // Ann. Allergy Asthma Immunol. 2002. Vol. 89. № 4. P. 372–380.

⁷ Spector S.L., Tan R.A. Fatal consequence of allergic rhinitis // J. Allergy Clin. Immunol. 2010. Vol. 126. № 5. P. 1077.

⁸ Mehuys E., Gevaert P., Brusselle G. et al. Self-medication in persistent rhinitis: overuse of decongestants in half of the patients // J. Allergy Clin. Immunol. Pract. 2014. Vol. 2. № 3. P. 313–319.

⁹ Derendorf H., Meltzer E.O. Molecular and clinical pharmacology of intranasal corticosteroids: clinical and therapeutic implications // Allergy. 2008. Vol. 63. № 10. P. 1292–1300.

¹⁰ Seidman M.D., Gurgel R.K., Lin S.Y. et al. Clinical practice guideline: Allergic rhinitis // Otolaryngol. Head Neck Surg. 2015. Vol. 152. № 1. Suppl. P. S1–43.

¹¹ Barham H.P., Harvey R.J. Nasal saline irrigation: therapeutic or homeopathic // Braz. J. Otorhinolaryngol. 2015. Vol. 81. № 5. P. 457–458.



нариях могут использоваться короткие курсы системных ГКС, устраняющих обструкцию и повышающих эффективность топических препаратов¹.

Несколько лет медицинское сообщество активно обсуждает вопросы эффективности комбинированной терапии при АР. В ряде исследований комбинация флутиказона и азеластина продемонстрировала более высокую эффективность по сравнению с монотерапией этими препаратами. Однако в настоящее время фиксированные комбинации не входят в ряд клинических рекомендаций для лечения АР. По мнению американских экспертов, клиницист может предлагать комбинированное лечение пациенту с АР при недостаточной эффективности монотерапии. Более того, если пациент не отвечает на стандартную терапию интраназальными ГКС, пероральные АГП не следует рутинно использовать в качестве дополнительного средства. Тем не менее в клинических рекомендациях ICAR-AR сказано, что повышение стоимости и рецептурный отпуск ограничивают использование комбинации интраназальных ГКС и АГП в качестве средства первой линии. Между тем такая комбинация настоятельно рекомендуется

при среднетяжелых и тяжелых формах АР в случае неэффективности монотерапии¹.

В России было проведено рандомизированное открытое исследование III фазы с параллельными группами (семь центров). Всего в исследовании участвовало 149 пациентов с АР. Комбинация азеластина и флутиказона фууроата оказалась достоверно более эффективной по сравнению с монотерапией азелестином. Комбинированный препарат признан эффективным в отношении влияния как на назальные, так и глазные симптомы у больных АР¹².

Согласно клиническим рекомендациям РААКИ 2018 г., фиксированные комбинации целесообразно назначать при среднетяжелых и тяжелых формах АР. Третья ступень фармакотерапии для контроля симптомов АР включает комбинации интраназальных ГКС с одним препаратом или более из следующих групп: пероральные/интраназальные АГП, антагонисты антилейкотриеновых рецепторов. Комбинированные препараты интраназальных АГП и ГКС сочетают действие обоих классов препаратов – быстрое начало действия и выраженный противовоспалительный эффект. В России доступна единственная

фиксированная комбинация интраназального ГКС (мометазон) и H1-гистаминоблокатора (азеластин) в виде назального спрея Момат Рино Адванс.

Что касается хирургического лечения пациентов с АР, редукция нижних носовых раковин с септопластикой или без нее может использоваться при неэффективности медикаментозного лечения и наличии анатомических особенностей, являющихся причиной затрудненного носового дыхания. При АР применяют латеропозицию, вазотомию, подслизистую остеоконхотомию, радиоволновую, лазерную конхотомию, шейверную конхотомию. В заключение профессор А.С. Лопатин подчеркнул, что АР – заболевание, требующее систематических курсов медикаментозной терапии. Препаратами выбора являются системные и интраназальные АГП второго поколения, интраназальные ГКС, ирригационная терапия, антилейкотриеновые препараты. При неэффективности монотерапии используются комбинации интраназальных ГКС и топических АГП, антилейкотриеновые лекарственные средства. В наиболее тяжелых случаях назначают короткий курс системных ГКС или хирургическое лечение.



Профессор, д.м.н.
Т.Г. Федоскова

Обзор клинических исследований фиксированной комбинации мометазона фууроата и азеластина гидрохлорида в лечении аллергического ринита

Тему терапии АР продолжила д.м.н., заведующая лабораторией молекулярных механизмов аллергии ФГБУ «ГНЦ Институт иммунологии» ФМБА России, профессор кафедры иммунологии Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова Татьяна

Германовна ФЕДОСКОВА. По ее словам, распространенность АР в разных странах мира продолжает расти. Отмечается недостаточный уровень контроля течения заболевания у больных АР. В соответствии с алгоритмом дифференциальной диагностики, АР в зависимости от причинно-значимого аллергена подразделя-

¹² Ilyina N.I., Edin A.S., Astafieva N.G. et al. Efficacy of a novel intranasal formulation of azelastine hydrochloride and fluticasone propionate, delivered in a single spray, for the treatment of seasonal allergic rhinitis: results from Russia // Int. Arch. Allergy Immunol. 2019. Vol. 178. № 3. P. 255–263.



Сателлитный симпозиум компании Glenmark

ют на аллергический (интермиттирующий, персистирующий) и неаллергический (вазомоторный). В реальной клинической практике затруднения вызывает дифференциальная диагностика круглогодичного АР и ринитов неаллергической природы. Недостаточно внимания уделяется проблеме лечения вазомоторного ринита, обусловленного холодной погодой, перепадами температуры и влажности, стрессами и алкоголем.

Во избежание осложнений диагностировать ринит и начинать его лечение следует на ранней стадии. Цель лечения – полный контроль над симптомами. Однако в большинстве случаев лечение АР проводится в амбулаторно-поликлинических условиях, что затрудняет качественное ведение пациентов. Госпитализация в стационар показана при тяжелом и/или осложненном течении заболевания, а также при необходимости проведения аллергенспецифической иммунотерапии (АСИТ). Медикаментозное лечение АР включает симптоматическую (купирование обострения) и базисное лечение) и патогенетическую терапию (АСИТ).

Клинические исследования и наблюдения в реальной клинической практике подтверждают необходимость применения одновременно нескольких препаратов для лечения симптомов АР.

Препарат Момат Рино Адванс в форме назального спрея представляет собой фиксированную комбинацию азеластина гидрохлорида и мометазона фууроата. Он предназначен для симптоматического лечения сезонного и круглогодичного АР. Препарат применяют по одной дозе спрея в каждую ноздрю два раза в день.

Мометазона фууроат – наиболее изученная и широко применяемая молекула интраназального ГКС, обладает высоким сродством с ГКС-рецептором. Мометазона фууроат характеризуется минимальной системной всасываемостью, продолжительным действием в назальной слизистой и самым высоким терапевтическим индексом среди интраназальных ГКС. Его биодоступность не влияет на скорость роста у детей. Продолжительность действия – до 24 часов¹³.

Азеластина гидрохлорид – селективный блокатор H1-рецепторов гистамина второго поколения. Не вызывает тахифилаксии, безопасен при непрерывном применении до шести месяцев. Биодоступность после интраназального введения составляет около 40%. При использовании азеластина наблюдается быстрый клинический эффект: через 15 минут после интраназального применения уменьшаются зуд, чихание, ринорея, заложенность носа и задняя ринорея. Продолжительность действия – 12 часов¹⁴.

Целью открытого многоцентрового клинического исследования на базе 16 клинических центров разных городов РФ стала сравнительная оценка эффективности, безопасности и переносимости препарата Момат Рино Адванс (фиксированной комбинации азеластина гидрохлорида 140 мкг + мометазона фууроата 50 мкг) и интраназальных оригинальных препаратов азеластина гидрохлорида и мометазона фууроата, применяемых в комбинации, в отношении назальных и неназальных симптомов ринита. Эффективность и безопасность терапии оценивали по рейтинговым шкалам в течение 14 дней у пациентов с сезонным

АР. Дополнительной целью был выбор наиболее эффективного и безопасного режима дозирования исследуемого препарата¹⁵.

Всего в исследовании участвовало 220 взрослых пациентов с установленным диагнозом сезонного АР. Два пациента были исключены из исследования. Больных распределили на четыре равные группы. Пациентам первой группы назначали Момат Рино Адванс (спрей назальный) по одному впрыскиванию в каждую ноздрю два раза в день утром и вечером, пациентам второй группы – по два впрыскивания в каждую ноздрю один раз в день утром. Больные третьей группы получали препараты сравнения – оригинальные азеластина гидрохлорид и мометазона фууроат (спрей назальные) в течение 14 дней по одному впрыскиванию в каждую ноздрю два раза в день утром и вечером. В четвертой группе назначались препараты сравнения оригинальные азеластина гидрохлорид и мометазона фууроат (спрей назальные) в течение 14 дней по два впрыскивания в каждую ноздрю один раз в день утром.

На фоне лечения отмечалось выраженное снижение назальных симптомов, оцениваемое по общей шкале назальных симптомов TNSS (Total Nasal Symptom Score), в среднем на 89,6% относительно исходного уровня ($p < 0,05$) и неназальных симптомов, оцениваемых по общей шкале неназальных симптомов TNNS (Total Non-Nasal Symptom Score), в среднем на 92,8% относительно исходного уровня ($p < 0,05$) у пациентов, получавших исследуемый препарат и препараты сравнения. Все препараты показали высокий уровень безопасности и хорошую переносимость. Нежелательные явления зарегистри-

¹³ Passali D., Spinosi M.C., Crisanti A., Bellussi L.M. Mometasone furoate nasal spray: a systematic review // Multidiscip. Respir. Med. 2016. Vol. 11. ID 18.

¹⁴ Bernstein J.A. Azelastine hydrochloride: a review of pharmacology, pharmacokinetics, clinical efficacy and tolerability // Curr. Med. Res. Opin. 2007. Vol. 23. № 10. P. 2441–2452.

¹⁵ Ненашева Н.М. Эффективность препарата Момат Рино Адванс (фиксированной комбинации мометазона фууроата и азеластина гидрохлорида в виде назального спрея) у взрослых больных сезонным аллергическим ринитом: результаты рандомизированного открытого мультицентрового клинического исследования // Российская оториноларингология. 2016. № 2. С. 137–147.



рированы только у 23% больных. В большинстве своем это были локальные эффекты (жжение в носу и чихание), возникавшие в первые дни применения препарата. Результаты исследования выявили высокую эффективность как препарата Момат Рино Адванс в виде назального спрея, так и препаратов сравнения в отношении назальных и неназальных симптомов сезонного АР. Анализ качества жизни пациентов с помощью стандартизированного опросника RQLQ (Rhinoconjunctivitis Quality of Life Questionnaire) показал значимую положительную динамику на фоне терапии исследуемым препаратом и препаратами сравнения. Значительный и быстрый эффект в достижении контроля назальных и глазных симптомов сезонного АР обусловлен комбинированным действием интраназального ГКС и топического АГП. Дисперсионный анализ продемонстрировал разницу в пользу первой группы. Поэтому оптимальным был признан режим дозирования по одному впрыскиванию в каждую ноздрю два раза в день.

В другом открытом рандомизированном многоцентровом клиническом исследовании эффективность препарата Момат Рино Адванс не уступала таковой оригинальных препаратов мометазона фууроата и азеластина гидрохлорида, применяемых в комбинации из отдельных устройств, в отношении назальных и неназальных симптомов ринита у взрослых с круглогодичным АР¹⁶.

Больных распределили по двум группам. В первой группе назначали Момат Рино Адванс (спрей назальный) по одной ингаляции в каждую ноздрю два раза в день, во второй – азеластин по одной ингаляции в каждую ноздрю два раза в день (утром и вечером) и мометазона фууроат по две ингаляции.

Продолжительность терапии составила 28 дней. В результате сравнительного анализа оценки общего балла по четырехбалльной рейтинговой шкале назальных симптомов TNSS на первом, втором и третьем визитах у пациентов обеих групп не выявлено значимых различий. Сравнительный анализ оценки по общей шкале неназальных симптомов TNNSS также продемонстрировал отсутствие значимых различий между группами, что подтвердило гипотезу о не меньшей эффективности комбинированного препарата Момат Рино Адванс по сравнению с эффективностью комбинированной терапии оригинальными препаратами мометазона фууроата и азеластина гидрохлорида.

Уже через пять минут после первого применения препарата Момат Рино Адванс уменьшалась выраженность назальных симптомов на 20%, через 15 минут – на 47%, через 30 минут – на 65%. Неназальные симптомы (слезотечение, покраснение, чувство жжения в области глаз, зуд в области ушей или неба) также купировались в течение 5–30 минут. При сравнительном анализе оценки изменения качества жизни по опроснику RQLQ у пациентов обеих групп (Момат Рино Адванс и комбинации мометазона фууроата/азеластина гидрохлорида) на первом и третьем визитах значимых различий не выявлено. В основном все нежелательные явления были легкими и быстро купировались.

Таким образом, Момат Рино Адванс в форме спрея назального дозированного у пациентов с круглогодичным АР обладает не меньшей эффективностью и безопасностью, чем оригинальные препараты, применяемые из отдельных устройств. Момат Рино Адванс характеризуется быстрым эффектом в отношении назальных и неназальных симптомов, проявляющимся в течение пер-

вых 5–30 минут после первого применения.

Подводя итог, профессор Т.Г. Федоскова отметила, что пациентам с АР необходимы динамическая оценка и коррекция базисной терапии независимо от сезона. Основная задача медикаментозной терапии АР – быстрое и безопасное облегчение назальных и глазных симптомов. При лечении АР у взрослых следует применять весь комплекс лечебно-профилактических мероприятий на основании стандартов, изложенных в международных согласительных документах, с использованием современных препаратов, в том числе комбинированных, с доказанным антигистаминным и противовоспалительным эффектом.

Заключение

При среднетяжелом и тяжелом АР в схему терапии включают интраназальные ГКС и АГП. Наиболее рациональной комбинацией считается сочетание интраназального ГКС и местного АГП.

Момат Рино Адванс (Glenmark Pharmaceuticals Ltd, Индия) представляет собой назальный дозированный спрей, в состав которого входит фиксированная комбинация азеластина гидрохлорида 140 мкг и мометазона фууроата 50 мкг.

По данным клинических исследований, Момат Рино Адванс характеризуется не меньшей эффективностью и безопасностью по сравнению с комбинацией оригинальных препаратов азеластина и мометазона (назальные спреи). Применение препарата Момат Рино Адванс при среднетяжелом и тяжелом течении АР приводит к быстрому контролю над симптомами заболевания. Одним из преимуществ препарата является повышение приверженности пациентов лечению. 🌟

¹⁶ Ненашева Н.М., Носуля Е.В., Кин И.А. и др. Эффективность препарата Момат Рино Адванс (фиксированной комбинации мометазона фууроата и азеластина гидрохлорида в виде назального спрея) у взрослых больных круглогодичным аллергическим ринитом: результаты рандомизированного открытого многоцентрового клинического исследования // Болезни органов дыхания. 2018. № 1. С. 38–47.

МОМАТ РИНО АДВАНС

назальный спрей дозированный (H-гистаминовых рецепторов блокатор + глюкокортикостероид)

УВЕРЕННЫЙ СТАРТ

АЗЕЛАСТИН – селективный H1-гистаминоблокатор антигистаминное противоаллергическое мембраностабилизирующее действие

2 в 1 ➤ АЗЕЛАСТИН + МОМЕТАЗОН



СТОЙКИЙ КОНТРОЛЬ

МОМЕТАЗОН – топический глюкокортикостероид

действие { противовоспалительное противоаллергическое

- **Свобода дыхания:** активный день + спокойный сон
- Для лечения **сезонного и круглогодичного** аллергического ринита¹
- Входит в федеральные клинические рекомендации²

НОВИНКА: 75 ДОЗ¹

КРАТКАЯ ИНСТРУКЦИЯ ПО ПРИМЕНЕНИЮ. Торговое название: Момат Рино Адванс. Международное непатентованное название: азеластин + мометазон. Лекарственная форма: спрей назальный дозированный. Состав: 1 доза спрея содержит: азеластина гидрохлорид — 140 мкг, мометазона фураат — 50 мкг. Противопоказания: гиперчувствительность к любому из компонентов препарата; недавнее оперативное вмешательство или травма носа с повреждением слизистой оболочки носовой полости — до заживления раны; возраст до 18 лет. Применение при беременности и в период грудного вскармливания: противопоказано. С осторожностью: туберкулезная инфекция респираторного тракта, нелеченная грибковая, бактериальная, системная вирусная инфекция или инфекция, вызванная Herpes simplex с поражением глаз. Побочное действие: азеластина гидрохлорид: часто: дисгевзия (неприятный вкус) как следствие неправильного применения. Мометазона фураат: часто: носовое кровотечение; фарингит; инфекции верхних дыхательных путей; головная боль; жжение, раздражение, изъязвление в носу; першение в горле. Перечень всех побочных эффектов представлен в инструкции по медицинскому применению. Условия хранения: в защищенном от света месте при температуре от 15 до 25 °С. Не замораживать. Хранить в недоступном для детей месте. Срок годности: 2 года. Не использовать препарат по истечении срока годности. Условия отпуска: по рецепту.

ПЕРЕД НАЗНАЧЕНИЕМ МОМАТ РИНО АДВАНС, ПОЖАЛУЙСТА, ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ПОЛНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНСТРУКЦИЕЙ ПО ПРИМЕНЕНИЮ ПРЕПАРАТА.

¹ Инструкция по медицинскому применению Момат Рино Адванс ЛП-003328. Государственный реестр лекарственных средств <http://grls.rosminzdrav.ru/Default.aspx> на дату 18.01.2019. ² Федеральные клинические рекомендации «Аллергический ринит». Российская ассоциация аллергологов и клинических иммунологов, 2018.

RUS-028-MRA-01.2019

000 «Гленмарк Импэкс», Россия, 115114, Москва, ул. Летниковская, д. 2, стр. 3, бизнес-центр «Вивальди Плаза». Тел.: +7 (499) 951-00-00. Факс: +7 (499) 951-00-00, доб. 7702/7703. www.glenmarkpharma.com, www.glenmark-pharma.ru

реклама

glenmark