



Миофолик

- Повышает фертильность
- Поддерживает здоровую беременность
- Рекомендован при СПКЯ*



1

ПОВЫШАЕТ ФЕРТИЛЬНОСТЬ

- Прием в течение 3-х месяцев достоверно увеличивает число овуляторных циклов и нормализует менструальный цикл^{1,9-11}
- Улучшает качество яйцеклеток и увеличивает шансы на успех при проведении ЭКО²

2

ПОДДЕРЖИВАЕТ ЗДОРОВУЮ БЕРЕМЕННОСТЬ

- Снижает риск развития гестационного диабета³
- Снижает риск развития дефектов нервной трубки плода⁴

3

РЕКОМЕНДОВАН ПРИ СПКЯ*

- Индуцирует овуляцию¹
- Достоверно снижает акне и гирсутизм через 6 месяцев приема^{5,6}
- Прием в течение 6 месяцев помогает пациенткам с СПКЯ снизить вес^{7,8}



Miofolic.com



* Синдром поликистозных яичников. ¹ Myo-inositol in patients with polycystic ovary syndrome: a novel method for ovulation induction. PAPALEO E, UNFER V, BAILLARGEON JP, DE SANTIS L, FUSI F, B RIGANTE C, MARELLI G, CINO I, REDAELLI A, FERRARI A. Gynecol Endocrinol 2007; 23:700-703. ² Myo-inositol may improve oocyte quality in intracytoplasmic sperm injection cycles. A prospective, controlled, randomized trial. PAPALEO E, UNFER V, BAILLARGEON JP, FUSI F, O CCHIF, DE SANTIS L. Fertil Steril 2009; 91:1750-1754. ³ Myo-inositol may prevent gestational diabetes in PCOS women. Danna R, DiBenedetto V, Rizzo P. Gynecol Endocrinol. 2011. ⁴ Homocysteine induces congenital defects of the heart and neural tube: effect of folic acid. Rosenquist TH, Ratashak SA, Selhub J. Proc Natl Acad Sci. 1996;93:15227-15232. ⁵ Efficacy of myo-inositol in the treatment of cutaneous disorders in young women with polycystic ovary syndrome. ZACCHE MM, CAPUTO L, FILIPPIS S, ZACCHE G, DINDELLI M, FERRARI A. Gynecol Endocrinol 2009; 25:508-513. ⁶ Treatment of hirsutism with myo-inositol a prospective clinical study. MINOZZIM, D'ANDREA G, UNFER V. Reprod Biomed Online 2008; 17:579-582. ⁷ Exercise for the treatment and management of overweight women with polycystic ovary syndrome: a review of the literature. Thomson RL, Buckley JD, Brinkworth GD. Obes Rev. 2011; 12: e202-e210. ⁸ Diet, metformin and inositol in overweight and obese women with polycystic ovary syndrome: effects on body composition. Le Donne M, Alibrandi A, Giarrusso R, Lo Monaco I, Muraca U. Minerva ginecologica. 2012;64(1):23-29. ⁹ Громова О. А., Торшин И. Ю., Гришина Т. Р., Громов А. Н., Лиманова О. А. Систематический анализ молекулярно-физиологических эффектов миоинозитола: данные молекулярной биологии, экспериментальной и клинической медицины. Эффективная фармакотерапия. 28,2013, с. 4-12. ¹⁰ Unfer V, Carlomagno G, Dante G, Facchinetti F. Effects of myo-inositol in women with PCOS: a systematic review of randomized controlled trials. Gynecological endocrinology: the official journal of the International Society of Gynecological Endocrinology. 2012, Vol. 28, no.7, p. 509-515. ¹¹ Venturella R, Moccioaro R, De Trana E, DAlessandro P, Morelli M, Zullo F. Assessment of the modification of the clinical, endocrinal and metabolic profile of patients with PCOS syndrome treated with myo-inositol// Minerva ginecologica, 2012, Vol. 64, n.3, p. 239-243. Информация предоставлена в сокращенном виде, более подробную информацию можно найти в инструкции для применения. Перед применением внимательно ознакомьтесь с инструкцией для применения. Информация публикуется в изданиях, предназначенных для медицинских и фармацевтических сотрудников. Предназначено для распространения на семинарах, конференциях, симпозиумах по медицинской тематике.



резонатив®

Иммуноглобулин
человека антирезус
Rho (D)

Безопасное будущее Профилактика резус-конфликта у резус-отрицательных женщин

1 мл/625 ME - до 12 недель беременности
2 мл/1250 ME - после 12 недель беременности

- огромный опыт применения с 1969 года¹
- во всём мире введено более 2 млн. доз²
- крайне низкое содержание IgA²
- высокий уровень вирусной инактивации, осуществляемый под международным контролем¹
- доказанная эффективность и отличная переносимость³⁻⁹

КРАТКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РЕЗОНАТИВА®

Описание. Раствор для инъекций – 625 ME/мл (125 мкг/мл); объем готового раствора: 1 мл и 2 мл. Содержание IgA не превышает 0,05% от общего содержания белка. **Показания.** Профилактика резус-иммунизации у резус-отрицательных или частично резус-отрицательных женщин.
- беременности/роды резус-положительного ребенка,
- аборт/угрожающий аборт, внематочная беременность или пузырный занос,
- трансплантационное кровотечение (ТПК) в результате дородового кровотечения (ДРК), амниоцентеза, биопсии хориона или акушерских манипуляций, например, наружного акушерского поворота или абдоминальной травмы.
Лечение резус-отрицательных или частично резус-отрицательных женщин после переливания им несовместимой крови (резус-положительной) или других препаратов, содержащих эритроциты. **Дозировка.** 1. При беременности, родах и гинекологических процедурах беременным женщинам/матерям следует вводить препарата в следующих дозах: Дородовая профилактика: 1250 ME (250 мкг) на 28-30-й неделях беременности. Послеродовая профилактика: в постнатальном периоде препарат следует вводить как можно раньше в течение 72 часов с момента родов. При подозрении на массивное кровотечение у плода или матери, временные рамки введения препарата должны быть определены с помощью соответствующего метода, и, по показаниям, можно вводить дополнительные дозы иммуноглобулина человека антирезуса Rho (D). Стандартная доза: 1250 ME (250 мкг). В последующих особых ситуациях: самопроизвольный или искусственный аборт, внематочная беременность, пузырный занос, или при наличии других факторов риска возникновения кровотечения у матери или плода, например, при наружном акушерском повороте или абдоминальной травме.
- до 12-й недели беременности: 625 ME (125 мкг)
- после 12-й недели беременности: 1250 ME (250 мкг)
- после амниоцентеза или биопсии хориона: 1250 ME (250 мкг)
2. После переливания крови, несовместимой по резус-фактору: 1250 ME (250 мкг) на 15 мл перелитой эритроцитарной массы. При необходимости следует проконсультироваться с трансфузиологом. **Противопоказания.** Гиперчувствительность к любому из компонентов. **Срок хранения и условия хранения.** 30 месяцев. Содержимое открытой ампулы следует использовать немедленно. Хранить в холодильнике при температуре 2°C - 8°C. Для защиты от света необходимо хранить контейнер во внешней картонной упаковке. **Нежелательные эффекты.** В месте инъекции могут отмечаться местная боль и болезненность, что можно предотвратить, разделив большие дозы на несколько введений в разные места. Нечастые общие проявления: транзиторная лихорадка (38-40 °C), недомогание, головная боль, озноб, (1/100-1/1000). Информация предоставлена в сокращенном виде, более подробную информацию можно найти в инструкции для применения. Перед применением внимательно ознакомьтесь с инструкцией для применения. Информация публикуется в изданиях, предназначенных для медицинских и фармацевтических сотрудников. Предназначено для распространения на семинарах, конференциях, симпозиумах по медицинской тематике.
¹ Octapharma data, ² Инструкция по применению препарата, ³ Bartsch F and Kjellman H. Postpartum prophylaxis with 250 µg of anti-D. Kabi Scientific report No. 79 99 023, Stockholm 1979. ⁴ Herrmann M, et al. Postnatal Rh-prophylaxis with immunoglobulin anti-D. A clinical study at Växjö Hospital, Sweden. Kabi Scientific report No 79 99 025, Stockholm 1979. ⁵ Dambrosio F. Prevention of Rh-haemolytic disease: Intramuscular injection of immunoglobulin anti-D. 250 µg of anti-D. Kabi Scientific report no 79 99 005, Stockholm 1979. ⁶ Ørjasæter H. Rh-antibodies in women receiving immunoprophylaxis against Rh immunization. Tidsskr Nor Laegeforen 1972, 92, 2412-2414. ⁷ Eklund J. Prevention of Rh immunization in Finland. A national study, 1969-1977. Acta Paediatr Scand 1978, Suppl. 274,1-57. ⁸ Herrmann M, et al. Antenatal prophylaxis of Rh-immunization with 250 µg anti-D immunoglobulin. Acta Obstet Gynecol Scand 1984, Suppl 124. ⁹ Boyle N. Post-marketing surveillance of the use of Rhesonativ® 1250 IU (human immunoglobulin/anti-D) in Irish obstetric in-patients. July 2001. Data on file.



Раціональний підхід до лікування гіперпролактинемії у жінок

Протягом останніх років накопичено багато нових доказових даних про роль гіперпролактинемії (ГПРЛ) у патогенезі дисгормональних порушень, раку молочної залози, порушень з боку кісткової системи в жінок, а також при пролактиномах гіпофіза, що зумовило перегляд діагностичних підходів і схем лікування ГПРЛ (М.Д. Тронько, Ю.Г. Антипкін, В.В. Камінський, Т.Ф. Татарчук та співавт., 2016).

Особливу увагу до цієї проблеми було прикуто під час секційного засідання «Акушерська та гінекологічна ендокринологія», організованого в рамках Науково-практичної конференції з міжнародною участю «Актуальні питання репродуктивної медицини в Україні», яка відбулася 23-24 березня 2017 року в м. Дніпро.



**доктор медичних наук, професор Юліанна
Олександрівна Дубоссарська.**

– Пролактин – це поліпептидний гормон, що секретується лактотропними клітинами передньої частки гіпофіза, які розташовуються в її задньолатеральній ділянці. Він був ідентифікований як окремий гормон людини тільки в 1970 р. Пролактин забезпечує понад 80 біологічних процесів в організмі жінки, зокрема розвиток молочних залоз, продукування молока після народження дитини, впливає на функцію матки та яєчників, справляє імуномодуючу дію та регулює вуглеводний і ліпідний обмін, у тому числі впливає на харчову поведінку. Це більше, ніж усі гіпофізарні гормони, разом узяті. Порушення нормального рівня цього гормону, а саме підвищення його концентрації – гіперпролактинемія, – є причиною розладів менструальної та генеративної функцій у більш ніж 25-30% випадків, а також доброякісних захворювань молочних залоз і матки (Г.А. Мельниченко та співавт., 2007; С.Ю. Калінченко, 2010).

По суті, ГПРЛ – патологічний стан, який характеризується підвищенням рівня пролактину в сироватці крові. У свою чергу, пов'язаний із цим станом синдром (синдром ГПРЛ) – це симптомокомплекс, що виникає на фоні підвищення рівня пролактину, найбільш характерними проявами якого є порушення функції репродуктивної системи, а в тяжких випадках, за наявності пролактин-секретуючих пухлин гіпофіза, – неврологічні та нейрофтальмологічні порушення.

На підвищення рівня пролактину може впливати багато факторів, але в першу чергу їх слід розподілити на фізіологічні (фізичне навантаження, особливості раціону харчування, стрес, сон, коїтус, вагітність, годування груддю, гіпогікемія) та патологічні. Щодо останніх, то на розвиток ГПРЛ впливають: порушення гіпоталамо-гіпофізарної системи (внаслідок гранулематозних та інфільтративних процесів, опромінення, кісти кишені Ратке — гіпофізарного ходу, травм і хірургічних втручань у ділянці турецького сідла з приводу пухлини — краніофарингіоми або герміноми, метастатичних уражень, менінгіоми чи розростання пухлини, що розташована супраселярно); патологія гіпофіза (пролактинома, ідіопатична форма ГПРЛ, параселярні пухлини або лімфоцитарний гіпофізит, компресійна макроаденома, мультигормональна аденома, акромегалія та порушення функцій гіпофіза внаслідок хірургічних втручань чи травми); системні розлади (травми чи хірургічні втручання в ділянці грудної клітки, оперізувальний лишай, хронічна ниркова недостатність, інфаркт міокарда, цироз печінки, епілепсія, синдром полікістозних яєчників, гіпотиреоз).

Також не слід забувати, що на розвиток ГПРЛ у багатьох випадках впливає і прийом фармакологічних засобів. Так, нейролептики і протиблювотні засоби є блокаторами допамінових рецепторів, а використання деяких антигіпертензивних препаратів (метилдопа) призводить до виснаження

запасів допаміну (інгібітора синтезу пролактину), і, як результат, – до підвищення концентрації пролактину в крові. Прийом препаратів, які стимулюють лактотропні клітини, а саме естрогенів у високих дозах (у складі гормональних контрацептивів), наркотичних препаратів (опіатів, морфіну, героїну, кокаїну), антагоністів кальцію (верапамілу) та гістамінових H_2 -рецепторів (циметидину, ранітидину, фамотидину) і трициклічних антидепресантів (амітриптіліну, кломіпранілу), також сприяє збільшенню секреції пролактину.

Згідно з Національним консенсусом щодо ведення пацієнтів з гіперпролактинемією (2016) для діагностики ГПРЛ достатньо одноразового проведення аналізу на рівень пролактину в сироватці крові (≥ 25 нг/мл у жінок) за умови виключення стресу при венепункції. Якщо є сумніви щодо встановлення діагнозу, рекомендовано повторити вимірювання рівня пролактину в інший день, виконавши 2 вимірювання з інтервалом 15-20 хв, щоб уникнути похибок, викликаних пульсуючою секрецією пролактину.

 **Слід пам'ятати, що у фолікулярній фазі менструального циклу концентрація пролактину є нижчою, ніж у лютеїновій, але перебуває у межах референтних значень.**

Крім цього, у пацієнток з ГПРЛ без клінічних проявів рекомендовано виключити феномен макропролактинемії, який спостерігається в 40% випадків ГПРЛ, у 20% з них супроводжується галактореєю, у 45% – оліго- чи аменореєю та у 20% – аденомою гіпофіза (S. Melded et al., 2011).

Серед візуалізаційних методів діагностики методом вибору є магнітно-резонансна томографія з гадолінієм з акцентом на селярній ділянці. Нейровізуалізаційні методи дослідження слід застосовувати у пацієнтів з будь-яким ступенем ГПРЛ, щоб виключити наявність патології в гіпоталамо-гіпофізарній ділянці.

До інших методів обстеження при ГПРЛ належать: аналіз на β -хоріонічний гормон людини або ультразвукове дослідження у пацієнток репродуктивного віку з аменореєю для виключення вагітності; визначення концентрацій тиреотропного гормону та вільного тироксину для виключення гіпотиреозу; консультація нейрохірурга й офтальмолога – при виявленні макропролактиноми або гормонально неактивної аденоми гіпофіза з супраселярним ростом; діагностика остеопорозу за шкалою FRAX або методом рентгівенської остеоденситометрії.

У разі підозри на ГПРЛ не слід також забувати про існування її стрес-індукованої форми, яка характеризується помірним підвищенням рівня пролактину або коливанням його рівня на верхній межі норми. У такому випадку лабораторні показники потрібно оцінювати в комплексі з клінічною картиною та даними додаткових методів дослідження (оцінки стресу, ультразвукової діагностики молочних залоз і/або мамографії, а також за результатами визначення рівнів гонадотропіну, естрадіолу та прогестерону).

Головною метою лікування при ГПРЛ є нормалізація рівня біологічно актив-ного пролактину, що вплине на віднов-лення функції статевих залоз і зумовить припинення галактореї. Коли етіологіч-ним фактором ГПРЛ є пролактинома, необхідно зменшити масу пухлини й ефекти локальної компресії та сприяти зусилля на профілактику прогресування

або рецидиву пухлинного процесу. У пацієнтів із безсимптомним перебігом ГПРЛ зазвичай достатньо періодичного клінічного контролю.

При лікуванні пацієнток із ГПРЛ насамперед слід розглядати медикаментозну терапію, яка сьогодні включає призначення бромкриптину, каберголіну та стандартизованих екстрактів плодів *Vitex agnus castus* (прутьяка звичайного, аврамового дерева, вітеку священного). За даними доказової медицини та рекомендаціями, наведеними у Національному консенсусі щодо ведення пацієнтів з гіперпролактинемією (2016), при лікуванні розладів, асоційованих зі стрес-індукованою ГПРЛ, найбільш раціонально застосовувати рослинні лікарські засоби, що містять стандартизовані екстракти *Vitex agnus castus*. Рекомендації щодо використання цих екстрактів ґрунтуються на даних декількох рандомізованих подвійних сліпих плацебо-контрольованих досліджень, які продемонстрували їх ефективність як щодо зниження рівня пролактину (W. Wuttke et al., 1997; W. Wuttke, D. Seidlova-Wuttke, H. Jarry, N. Artyumuk, 2010), так і щодо нормалізації естроген-прогестеронової рівноваги та відновлення ритмічної секреції гонадотропінів (В.П. Сметник, 2005; Т.Ф. Татарчук, Т.Н. Тутченко, 2013).

Серед лікарських засобів, що містять екстракти *Vitex agnus castus*, на фармацевтичному ринку України особливої уваги

заслугує екстракт Ze 440 – Префемін – виробництва фармацевтичної компанії Ataxa Pharma. Доведено, що Префемін (екстракт Ze 440) чинить сильний агоністичний вплив на μ -опіатні рецептори та рецептори допаміну D₂ і таким чином знижує секрецію пролактину (B. Meier et al., 2000). Окрім ГПРЛ, Префемін (екстракт Ze 440) доцільно застосовувати за наявності таких патологічних станів, як передменструальний синдром (ПМС), мастодинія, масталгія та порушення менструального циклу. Терапевтична добова доза досягається при прийомі 1 таблетки (20 мг) 1 раз на день, курс лікування – не менше 3 міс без перерви на період менструації.

Як продемонстровано у багатоцентровому рандомізованому подвійному сліпому плацебо-контрольованому дослідженні за участі 162 пацієнток віком 18-45 років з ПМС, кращої ефективності щодо зниження вираженості 6 основних симптомів ПМС (перепади настрою, дратівливість, злість, головний біль, здуття живота та напруження в грудях) вдалося досягти при лікуванні препаратами, що містять екстракт *Vitex agnus castus* в дозі 20 мг (препарат Префемін) протягом 3 міс (R. Schellenberg et al., 2012).

Таким чином, враховуючи патофізіологічні механізми розвитку ГПРЛ, супутні розлади, які виникають у більшості жінок репродуктивного віку, а також високий профіль ефективності та безпечності рослинного препарату Префемін (екстракт Ze 440), його можна рекомендувати як раціональний засіб при лікуванні гіперпролактинемії та пов'язаних з нею станів.

Підготував **Антон Вовчек**



Префемін

екстракт прутняка звичайного Ze 440
20 мг

**При порушеннях
циклу та ПМС
1 таблетка
на добу**

- ✓ Мастодинія, масталгія, психологічна лабільність та ін.¹⁻⁴
- ✓ Порушення менструального циклу⁵
- ✓ Дисфункціональні кривотечі⁵
- ✓ Доведена клінічна ефективність дозування 20 мг на добу¹⁻⁵

КОМПЛЕКСНА НЕГОРМОНАЛЬНА ТЕРАПІЯ

Сімідона

екстракт цимицифуги Ze 450
6,5 мг/13 мг

**При клімаксі
1 таблетка
на добу**

- ✓ Ефективна та безпечна альтернатива ЗГТ^{7,9,10}
- ✓ Вазомоторні, психоемоційні та вегетативні порушення при клімаксі^{7,8}
- ✓ Індивідуальне дозування в залежності від важкості симптомів^{7,8}

Витяг із інструкції для медичного застосування Префемін. Фармакологічні властивості: Препарат є рослинним лікарським засобом для лікування передменструального синдрому та порушень менструального циклу. Показання: Передменструальний синдром (психічна лабільність, головні болі або мігрень, запор, мастодина (припухлість молочних залоз), яка часто супроводжується болем (масталгія), спазми та біль у животі та інші). Порушення менструального циклу. Протипоказання: Підвищене чутливість до складу препарату, значного або до безумовного із допоміжними компонентами препарату. Особливості застосування: Подати протину значного можуть чинити позитивний вплив на жіночу фертильність, зменшити регулювання менструального циклу. Слід застосовувати по 1 таблетці 1 раз на день. Таблетки, випиті обпозбачено, слід вжити, не розжовуючи, з достатньою кількістю води. Лікування триває протягом 3 місяців без перерви на період менструації. Наявність порушення статевої функції не вимагає припинення прийому препарату протягом 3 місяців. Слід звернутися за консультацією до лікаря. Повна інформація про лікарський засіб міститься в інструкції для медичного застосування. РТ, № UA 14657/02/05 від 25.09.2015 р. Витяг із інструкції для медичного застосування Сімідона універсального. Фармакологічні властивості: Застосування препарату сприяє поліпшенню клінічного зменшення симптомів клімаксу у пременопаузальній та клімактеричній періодах. Сімідона універсального також являє собою однією властивістю та позитивно впливає на вегетативну нервову систему і психічний стан. Показання для застосування: Вегетативно-судинні та психічні розлади в періоді пременопаузи, менопаузи і постменопаузи, такі як приливи, підвищена пітливість, порушення сну, нервозність, депресивний емоційний стан (клімактеричний синдром). Протипоказання: Індивідуальна підвищена чутливість до двох речовин або до інших компонентів препарату. Естрогензалежні захворювання. Не слід застосовувати Сімідона універсального при вагітності та у період, підготовки до вагітності. Слід застосовувати за дозою. Лікар не повинен припиняти інші, препарат приймають по 1 таблетці один раз на день, бажано в один і той самий час (ввечері). Таблетки слід вжити не розжовуючи і запивати достатньою кількістю рідини. Не слід припиняти прийому добу, якщо Ви пропустили один прийом, Терапевтичний ефект настане поступово і проявиться приблизно через 2 тижні від початку прийому препарату. Мінимальна тривалість прийому 6 тижнів. Не слід застосовувати препарат понад 6 місяців без консультації лікаря. Повна інформація про лікарський засіб міститься в інструкції для медичного застосування. РТ, № UA 14658/02/05 від 20.08.2015 р.

¹ Schellenberg R (2002) Treatment for the premenstrual syndrome with agnus-castus fruit extract: prospective, randomised, placebo-controlled study. BMJ 325(7296):1344-1347. ² Schellenberg R (2002) Dose-dependent efficacy of the Vitex agnus-castus extract Ze 440 in patients suffering from premenstrual syndrome. Phytomedicine 10(4):135-141. ³ Falso R et al. (2003) Die Behandlung des prämenstruellen Syndroms (PMS). Eine Therapieüberprüfung mit dem Vitex agnus-castus-Extrakt Ze 440. Schweizerische Medizinische Gesellschaft für Phytotherapie 32(2). ⁴ Berger D (2002) Efficacy of Vitex agnus-castus. Extract Ze 440 in patients with premenstrual syndrome (PMS). Arch Gynecol Obstet 266:150-153. ⁵ Ellenbogen R (2003) Vitex agnus-castus Extract (Ze 440) Improves Symptoms in Women with Menstrual Cycle Irregularities. Journal for Gynecological Endocrinology 20(5): 25-32. ⁶ Drews J et al. (2003) The effect of a Cimicifuga racemosa extract Ze 450 in the treatment of climacteric complaints – an observational study. Phytomedicine (Epub ahead of print). ⁷ Schellenberg R et al. (2003) Dose-dependent effects of the Cimicifuga racemosa Extract Ze 450 in the treatment of Climacteric Complaints: A Randomized, Placebo-Controlled Study. Evidence-based complementary and alternative medicine (Epub 2002 Dec 23). ⁸ Lopata et al. (2007) Die Traubeneibewurde in der Behandlung menopauseller Beschwerden – Ergebnisse einer Therapieüberprüfung mit Cimicifuga-Extrakt. Medizin für die Frau. Journal für Menopause 02/2007. ⁹ Vitek V et al. (2005) Black cohosh (just another phytoestrogen?) Trends in endocrinology and metabolism. 16(5):142-151. ¹⁰ Garcia-Hernandez M (2007) The growth inhibitory activity of the Cimicifuga racemosa extract Ze 450 is mediated through estrogen and progesterone receptor-independent pathways. Planta medica. 72(4):317-323.

Інформація надана в скороченому вигляді. Її слід детально інформація можна знайти в інструкції для медичного застосування. Перед застосуванням уважно ознайомитися з інструкцією для медичного застосування лікарського засобу. Інформація надана у відомостях, призначених для медичних та фармацевтичних працівників. Протягом дня розповсюдження на семінари, конференції, симпозіуми з медичної тематики.

AMAXA
WE CARE ABOUT YOUR HEALTH