

КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ

КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ

Опыт успешного применения саморасправляемого билиарного стента при синдроме Мириззи

**М.В. Мерзляков, Е.В. Лишов, А.А. Харитонов, А.А. Шапкин,
А.А. Перминов, Т.Н. Хапаева**

Кемеровская областная клиническая больница
Кемеровская государственная медицинская академия, г. Кемерово

Одно из возможных и наиболее тяжелых осложнений желчно-каменной болезни (ЖКБ) – образование внутренних желчных свищей (ВЖС), представляющих актуальную проблему в абдоминальной хирургии. Клиническая картина данной патологии разнообразна и неспецифична, а актуальность проблемы подчеркивают высокие цифры послеоперационной летальности (20%) [5, 6].

Синдром Мириззи (СМ) относится к редко встречающейся патологии, характеризующейся расширением общего печеночного протока в результате сдавления извне его проксимальной части или холедоха желчным конкрементом, фиксированным в пузырном протоке или шейке желчного пузыря, что приводит к образованию холецисто-холедохеальный свища, обтурационной желтухи, холангита. Синдром Мириззи остается трудным для диагностики заболеванием желчевыводящих путей и, по данным литературы, диагностируется до операции у 0,5–5% больных желчно-каменной болезнью [5, 6, 7].

Морфологическая основа синдрома Мириззи – сужение общего печеночного протока вследствие давления конкремента, находящегося в пузырном протоке или гарднеровском кармане. (F.O.Crus, R.L.Toscano). По данным M. Pasqualini, морфологическая основа осложнения – пузырно-холедохеальный свищ.

КЛАССИФИКАЦИЯ СИНДРОМА МИРИЗЗИ

McSherry (1982), основываясь на данных эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии (ЭРХПГ), выделил два типа синдрома Мириззи исходя из положения, что острое воспаление в шейке желчного пузыря, вызывающее сдавление общего печеночного протока (ОПП), приводит к образованию свища между гепатикохоледохом и желчным пузырем [5, 6]:

I тип – наружное сдавление общего желчного протока вколоченным в пузырный проток конкрементом;

II тип – образовавшиеся холецистохоледохеальные свищи.

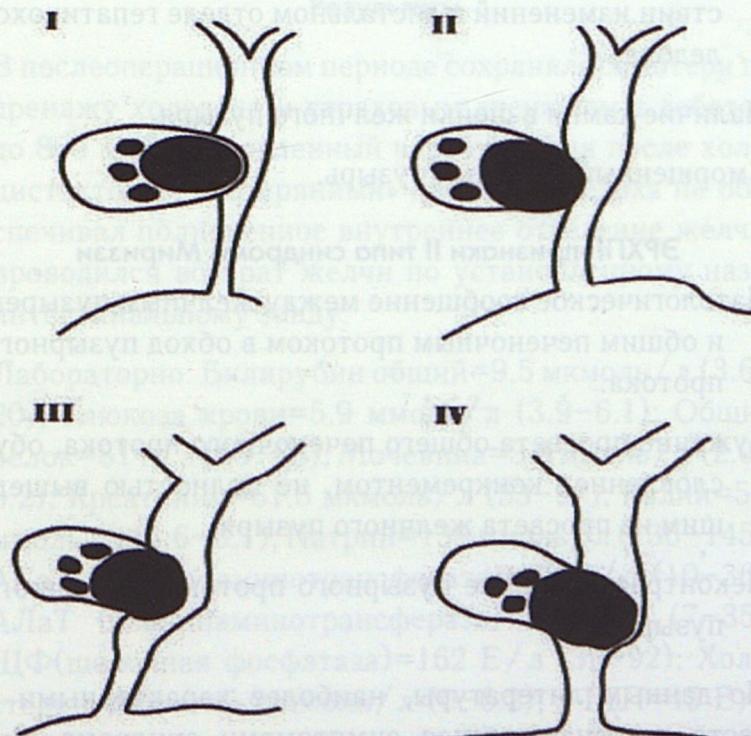
A. Csendes (1989) – предложил классификацию, исходя из принципа, что различные типы синдрома являются стадиями одного процесса:

I тип – сдавление ОПП вклиниченным в пузырный проток конкрементом;

II тип – наличие холецисто-холедохеальный фистулы размеры её, не превышающие 1/3 размера гепатикохоледоха;

III тип – наличие холецисто-холедохеальный фистулы, размеры которого варьируют от 1/3 до 2/3 окружности гепатикохоледоха;

IV тип – полное разрушение стенки гепатикохоледоха.



КЛИНИКА

При I типе синдрома Мириззи заболевание начинается с приступа острого холецистита. Спустя 2–3 дня от начала у больных появляются признаки механической желтухи. По данным УЗИ обнаруживают умеренное расширение внепеченочных желчных путей, без расширения внутрипеченочных желчных прото-

ков, незначительное утолщение стенок желчного пузыря и прилежащие к внепеченочным желчным путям конкременты. Для уточнения диагноза необходимо ЭРХПГ.

При II типе синдрома Мириззи клиника определяется развитием механической желтухи, часто холангитом. При УЗИ выявляется сморщеный желчный пузырь и выраженное расширение вне- и внутрипеченочных желчных протоков, конкременты в проекции внепеченочных желчных протоков. Верификация диагноза возможно только с помощью ЭРХПГ [6, 7].

ДИАГНОСТИКА

Диагностика синдрома Мириззи – одна из сложных задач хирургии. Данное патологическое состояние чаще обнаруживается во время операции. При обследовании таких больных прежде всего надо установить факт наличия свища и оценить состояние всего желчевыводящего тракта. Из анамнеза важно уточнить продолжительность желчекаменной болезни, а в остальном клиника схожа с острым калькулезным холециститом, холедохолитиазом. Особое значение предают инструментальным методам диагностики [6, 7, 8].

Ультразвуковые признаки синдрома Мириззи

Расширения общего печеночного протока при отсутствии изменений в дистальном отделе гепатикохоледоха.

Наличие камня в шейки желчного пузыря.

Сморщеный желчный пузырь.

ЭРХПГ-признаки II типа синдрома Мириззи

Патологическое сообщение между желчным пузырем и общим печеночным протоком в обход пузырного протока.

Сужение просвета общего печеночного протока, обусловленное конкрементом, не полностью вышедшем из просвета желчного пузыря.

Неконтрастирование пузырного протока и желчного пузыря.

По данным литературы, наиболее характерными и часто встречающимися симптомами синдрома Мириззи являются боль в верхнем правом квадранте живота, желтуха и симптомы холангита (озноб, повышение температуры тела). Боль и желтуха отмечаются в 60–100% наблюдений развития пузырно-холедохеального свища. Несмотря на расширение спектра методов медицинской визуализации, на сегодняшний день имеются разногласия по поводу их

эффективности при выявлении синдрома Мириззи [5, 7]. Безусловно, важна дооперационная диагностика синдрома, позволяющая предупредить случайное повреждение внепеченочных желчных протоков во время операции. Однако, по данным различных источников, правильный дооперационный диагноз устанавливается лишь у 12,5–21,9% пациентов. Только единичные авторы отмечают, что ценность ультразвукового исследования в дооперационной диагностике синдрома достигает 67,1%, магнитно-резонансной томографии – 94,4%, внутрипротоковой эхографии – 97% и эндоскопической ретроградной панкреатохолангиографии – 100%.

ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА МИРИЗЗИ

Оперативное лечение синдрома Мириззи остается сложным и упоминается в литературе как «капкан в хирургии желчных протоков». В этих ситуациях желчный пузырь сморщен, фиброзно изменен, с плотным инфильтратом в области треугольника Calot. Кроме того, анатомия желчных протоков очень искажена и легко принять общий печеночный проток за пузырный, что может привести к неизбежной травме печеночного протока [7, 8].

В настоящее время рассматривается вопрос о перспективах постоянного каркасного дренирования зоны билиодigestивного анастомоза с помощью полностью покрытых саморасправляющихся стентов из никелид титана (TiNi) с памятью формы, которое позволяет надежно и на долгое время устраниить нарушение оттока желчи [1, 2, 3, 4]. Однако данных о билиарном стентировании при дефектах холедоха в исходе лечения синдрома Мириззи в доступной литературе не встретили.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Больная Ч., 76, лет поступила 04.09.12 в хирургическое отделение №1 ГБУЗ КОКБ г. Кемерово с диагнозом ЖКБ. Хронический калькулезный холецистит. Внутренний дренаж холедоха.

Жалобы на момент госпитализации на боли тупого характера в правом подреберье после погрешности в приеме пищи. В анамнезе у больной 5 месяцев назад выполнена ЭРХПГ, эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ), холедохолитоэкстракция и установка «потерянного дренажа» холедоха по поводу ЖКБ хронического калькулезного холецистита, холедохолитиаза, механической желтухи средней степени тяжести (по Федорову В.Д., 2000), холангита (рис. 1).



Рис. 1. Этап установки «потерянного дренажа» холедоха

Было проведено клинико-лабораторное обследование. Общие анализы крови, мочи, биохимический анализ крови, сахар, амилаза крови были без патологических изменений.

По данным УЗИ: поджелудочная железа не увеличена, внутрипеченочные протоки незначительно расширены: долевые протоки 9–10 мм, сегментарные до 4 мм. Общий желчный проток – 7 мм. Селезенка не увеличена, без очаговых изменений. Свободной жидкости в брюшной полости нет. Желчный пузырь уменьшен в размерах, в просвете конкременты.

Заключение

Конкременты желчного пузыря, отключенный желчный пузырь?

По данным эзофагогастродуоденоскопии: луковица двенадцатиперстной кишки деформирована отёком – аппарат с трудом прошел в постбульбарный отдел. Слизистая оболочка контактно кровоточит. Постбульбарные отделы ДПК без особенностей. Большой дуоденальный сосочек в виде фистулы, находится в типичном месте. Диаметр 1 см. Фистула визуализируется, зияет. Желчь поступает мелкими порциями. Продольная складка рассечена в полном объёме.

В плановом порядке решено выполнить операцию холецистэктомию, интраоперационную холангиографию.

Операция 06.09.12. После обработки операционного поля подреберная лапаротомия справа. В брюшной полости выпота нет. В подпеченочном пространстве выраженный спаечный процесс. В данной зоне пальпиру-

ется образование 7 на 5 см, плотное, бугристое, на нем расширенные сосуды печеночно-двенадцатиперстной связки. К этому инфильтрату интимно прилежат желудок, двенадцатиперстная кишка. Верификация инфильтрата невозможна, он неразделим. Под контролем УЗИ выполнена пункция инфильтрата – тканевой структуры не получено. С техническими трудностями вскрыто дно желчного пузыря (последний тую заполнен конкрементами с мутной, вязкой желчью с гнилостным запахом); конкременты удалены; в просвете пузыря (холедоха?) билиарный стент («потерянный дренаж»), который удален. Частично иссечены стенки пузыря для морфологического исследования. Заподозрено наличие фистулы в плотном инфильтрате. Через просвет желчного пузыря пальпируется сообщение с просветом холедоха протяженностью не менее 1 см. Гемостаз. Холецистэктомия типа Прибрама. В остатки желчного пузыря и холедох установлен силиконовый дренаж, фиксирован. Страховые дрениажи установлены к Винслоеву отверстию и над остатками пузыря. К инфильтрату подведен перчаточно-марлевый дренаж. Брюшная стенка после санации ушита послойно 2 провизорными швами.

Послеоперационный диагноз: ЖКБ. Хронический калькулезный холецистит. Синдром Мириззи 2 тип. Холангит. Состояние после стентирования холедоха (установки «потерянного дренажа») (24.04.12 г.).

Результаты

В послеоперационном периоде сохранялись потери по дренажу холедоха и страховым дренаажам с дебетом до 800 мл, установленный через три дня после холецистэктомии «потерянный» дренаж холедоха не обеспечивал полноценное внутреннее отведение желчи, проводился возврат желчи по установленному назоинтестинальному зонду.

Лабораторно: Билирубин общий=9.5 мкмоль/л (3.6–20); Глюкоза крови=5.9 ммоль/л (3.9–6.1); Общий белок=81 г/л (65–85); Мочевина=3.6 ммоль/л (2.9–8.2); Креатинин=61.6 мкмоль/л (53–97); Калий=5.6 ммоль/л (3.6–6.1); Натрий=139 ммоль/л (136–145); АСаТ(аспартатаминотрансфераза)=28 Е/л (10–36); АЛаT (аланинаминотрансфераза)=31 Е/л (7–35); ЩФ(щелочная фосфатаза)=162 Е/л (39–92); Холестерин общий=5.2 ммоль/л (0–6.2); γ-ГТП=45 Е/л (10–50).

По данным фистулографии: контрастировались внутрипеченочные протоки, холедох. Левый печеночный проток умеренно расширен, имеется дефект наполнения 0,7 см. В холедохе пристеночный дефект наполнения 0,5 см. Холедох не расширен. Отток в двенадцатиперстную кишку не нарушен. Отмечается выраженный дуоденогастральный рефлюкс (рис. 2).



Рис. 2. Фистулография через наружный дренаж холедоха

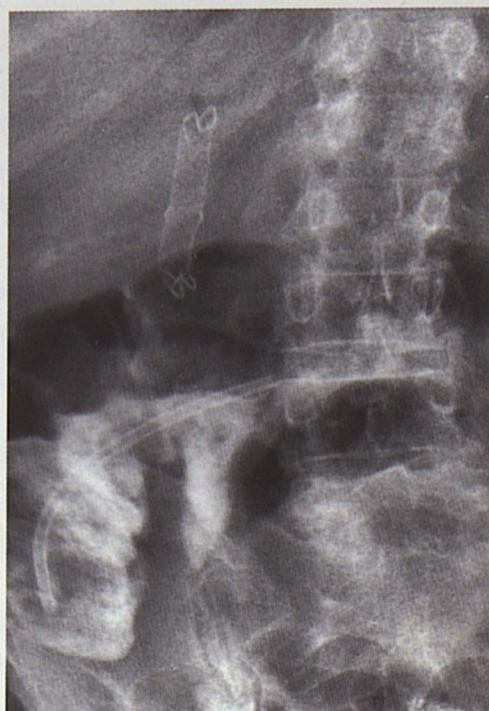


Рис. 3. Билиарный стент в расправленном состоянии (на снимке видна трубка мигрировавшего ранее «потерянного дренажа» находящаяся в области печеночного изгиба ободочной кишки)

Проводимые попытки тренировки дренажа путем возвышенного положения не уменьшали потери желчи. Устранение дефекта гепатикохоледоха было возможным путем применения каркасного стентирования холедоха саморасправляющимся билиарным стентом.

09.11.12 – выполнено стентирование холедоха саморасправляющимся покрытым стентом.

Ход операции: Учитывая тяжесть состояния пациентки, от проведения внутривенного наркоза было решено воздержаться. Премедикация раствором сибазона 2,0 мл 0,5 % внутримышечно. БДС в виде фистулы, в просвете трубы «потерянного дренажа», петлей удалена. Под рентгенологическим контролем по рентгеноконтрастной струне проводнику 0,35" (MTW) в просвет холедоха, ниже бифуркации установлен саморасправляющийся покрытый стент с двойным плетением EGIS Biliary Stent Biotech INC. Double Covered, 7 cm DCE08050 с мембранным покрытием. Стент распространен, доставочное устройство удалено. Одномоментно с распространением стента подтягивался и был удален силиконовый дренаж гепатикохоледоха, установленный во время операции.

При рентгенологическом контроле в первые сутки: стент в гепатикохоледохе полностью распространен (рис. 3).

При контрольном ультразвуковом исследовании органов брюшной полости: свободной жидкости в брюшной полости, дополнительных образований подпеченочного пространства нет. У края печени участок

тканей сниженной эхогенности до 1,5 мм без достоверных признаков конкрементов. ОЖП 6–7 мм, в просвете стент. Внутрипеченочные протоки не расширены. Лабораторные данные в норме.

В послеоперационном периоде потеря желчи по страховым дренажам стабильно уменьшалась (с 700 мл до 30 мл за сутки). На 14 сутки после установки дренажа холедоха выполнено поэтапное удаление страховых дренажей с временным промежутком в трое суток. Отмечено полное заживление дренажных ран. Пациентка выписана в удовлетворительном состоянии на 15 сутки после установки металлоконструкции в просвет гепатикохоледоха.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Сложность хирургического лечения больных с холецисто-холедохеальным свищем, как осложнения желчнокаменной болезни, обусловлена рядом факторов: возможностями дооперационной диагностики, необходимостью длительных сроков лечения, высоким риском образования дефектов стенки гепатикохоледоха. Таким образом, на наш взгляд, постоянное каркасное билиарное стентирование имеет перспективу использования в сложных случаях осложненного течения желчно-каменной болезни с формированием холецисто-холедохеальных свищей. Алгоритм лечения может быть смешен в пользу применения щадящих эндоскопических малоинвазивных методик.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гальперин Э.И. Синдром Мириззи: особенности диагностики и лечение // Анналы хирургической гепатологии.–2006.– № 3.– С. 7–10.
2. Гонтер В.Э. Биосовместимые материалы с памятью формы и новые технологии в медицине. Томск: НЛТ 2004; 440.
3. Гонтер В.Э., Дамбаев Г.Ц., Сысолягин П.Г., Зиганьшин Р.В. и др. Медицинские материалы и имплантаты с памятью формы. –Томск: Изд-во Томского университета, 1998; 487.
4. Гонтер В.Э., Ходоренко В.Н., Ясенчук Ю.Ф. и др. Никелид титан. Медицинский материал нового поколения. Томск: МИЦ 2006; 296.
5. Майстренко Н.А. Современные возможности диагностики синдрома Мириззи (сообщение 1) // Вестник хирургии. – 2009.– № 2. С. 27–33.
6. Ревякин В.И. диагностика и лечение синдрома Мириззи // 50 лекций по хирургии: под ред. проф. В.С. Савельева. –М.: Триада-х, 2004.– 413–421 с.
7. Савельев В.С., Ревякин В.И. Синдром Мириззи. диагностика и лечение. М.– Медицина, 2003.– 12 с.
8. Шейко С.Б. Тактические и технические аспекты современного лечения больных с синдромом Мириззи (сообщение 2) // Вестник хирургии.– 2009.– № 3.–С. 25–28.
9. Madden B., Charokopos N. Experiens With Ultraflex Expandable Metallic Stents in the Management of Endobronchial Pathology. Ann. Thorac Surg 2002; 73: 938—944.

КОНТАКТЫ

Мерзляков Михаил Валерьевич – к.м.н., заведующий эндоскопическим отделением ГБУЗ АКО Кемеровская областная клиническая больница 650069, г. Кемерово, пр. Октябрьский 22.

Представляем ENDOCLENS-NSX™

Автоматический Репроцессор Эндоскопов (АРЭ)

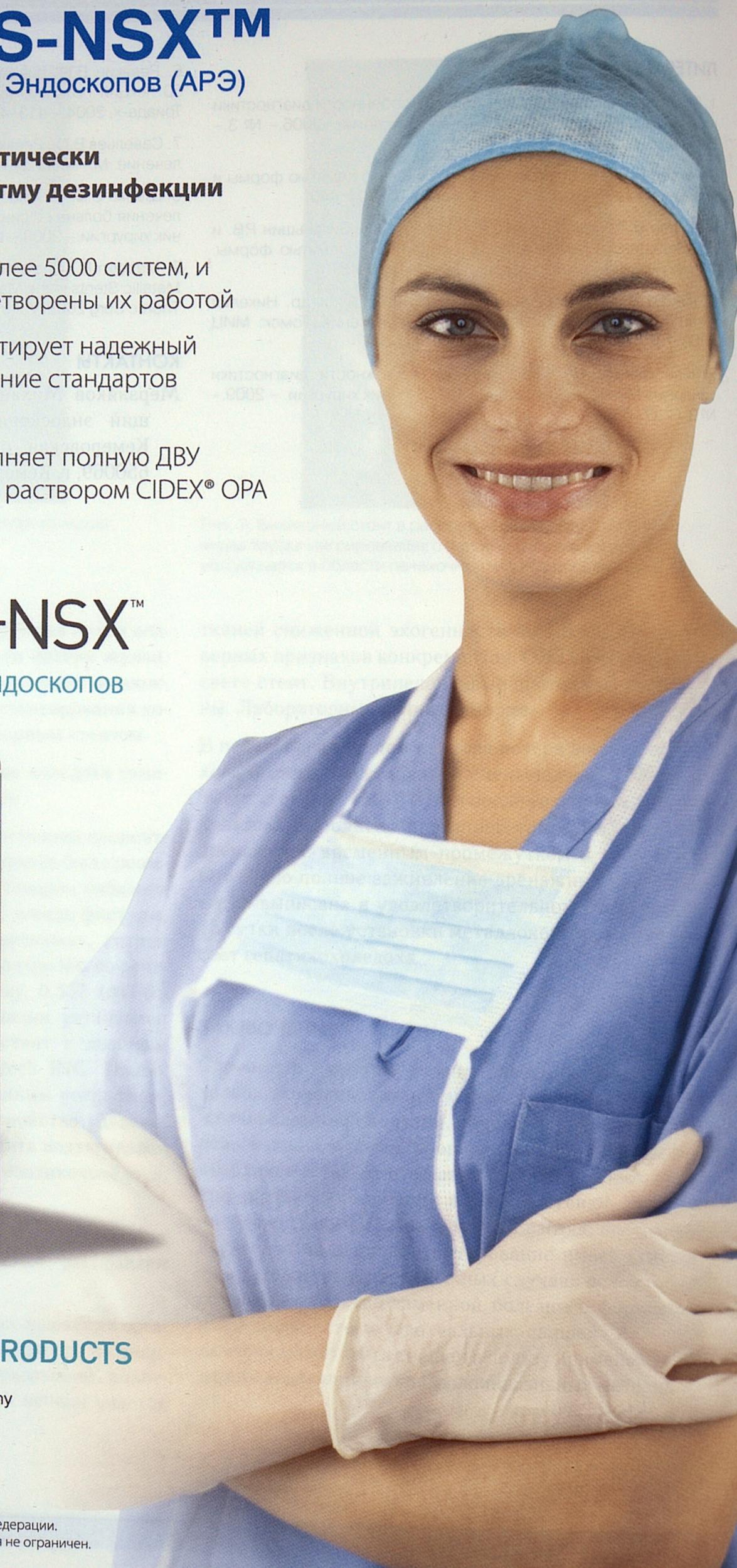
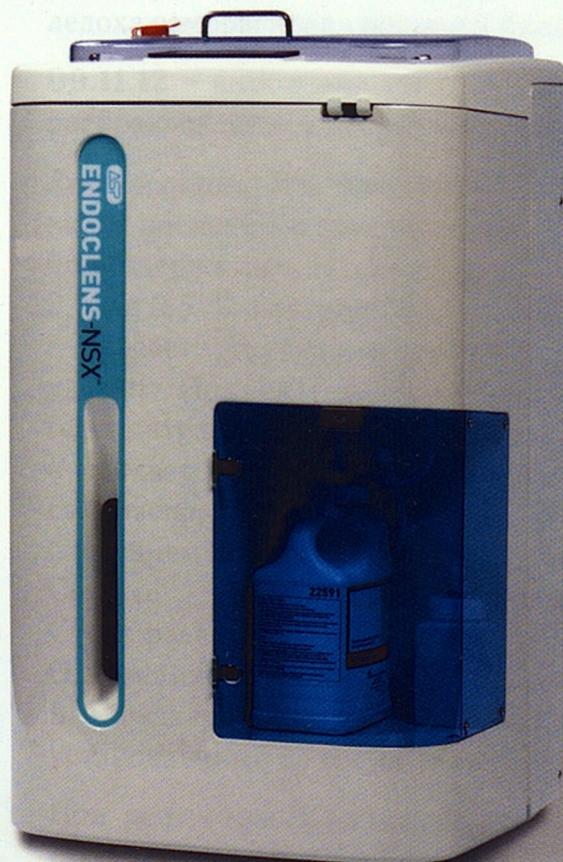
**От ручной обработки к автоматически
регламентированному алгоритму дезинфекции
высокого уровня**

- Сегодня в мире используется более 5000 систем, и пользователи полностью удовлетворены их работой
- Автоматизация процессов гарантирует надежный результат и дальнейшее повышение стандартов обработки
- Интегрированная система выполняет полную ДВУ лидирующим на мировом рынке раствором CIDEX® OPA



ENDOCLENS-NSX™

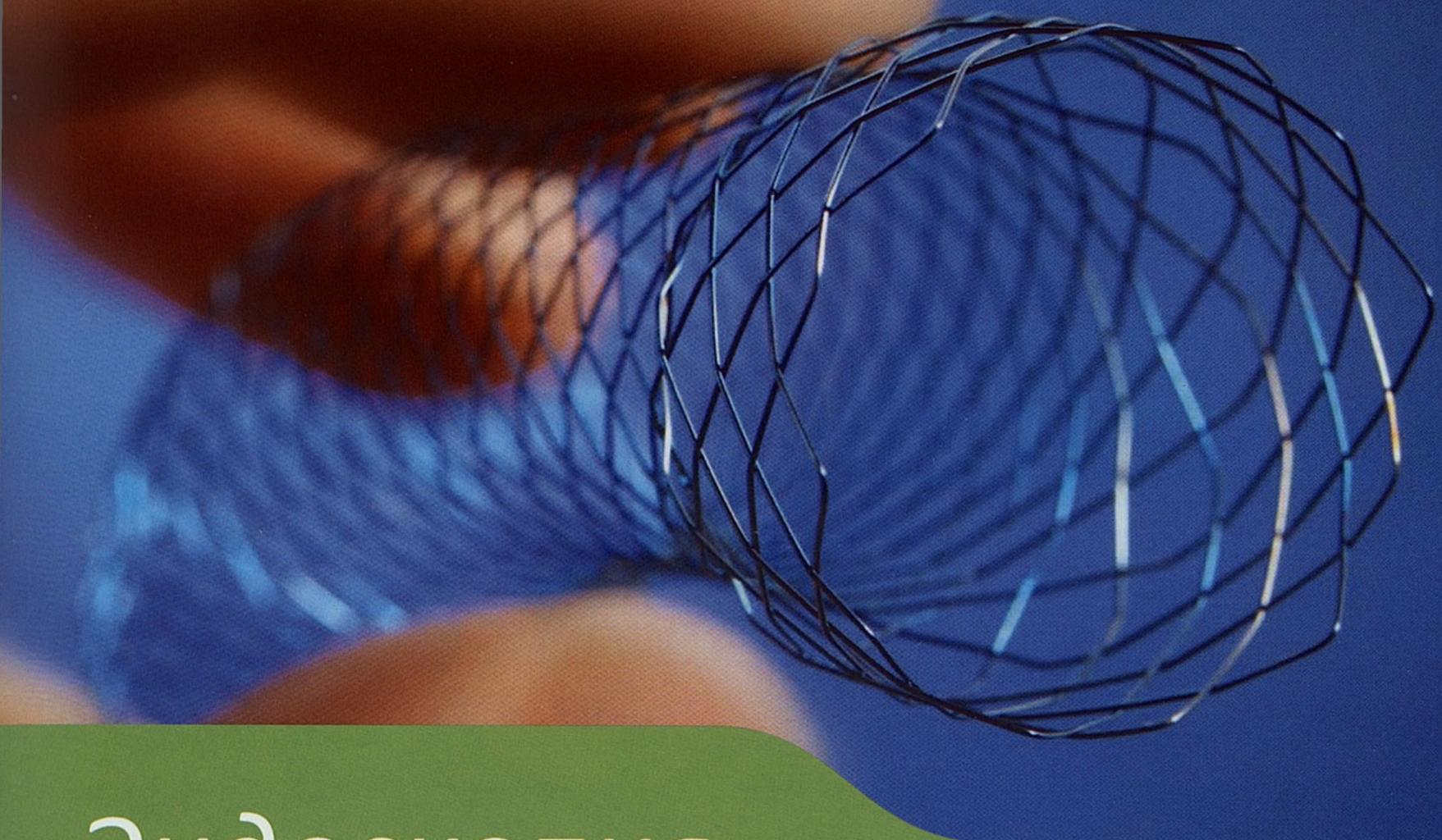
АВТОМАТИЧЕСКИЙ РЕПРОЦЕССОР ЭНДОСКОПОВ



ADVANCED STERILIZATION PRODUCTS

a **Johnson & Johnson** company

Boston
Scientific



Эндоскопия

Boston Scientific Endoscopy совершенствует эндоскопические технологии на протяжении многих лет.

Мы сохраняем верность инновационному пути развития: создаем эффективные малоинвазивные медицинские технологии, разрабатываем и совершенствуем эндоскопическую продукцию в сотрудничестве с ведущими клиническими специалистами.

Наша цель – предложить покупателям достойный ассортимент и полноценную сервисную поддержку – во благо жизни и здоровья людей.

Endomedics

ООО «Эндомедикс»

101000, г. Москва, Покровский бул., 4/17, офис 39

Тел.: +7 (495) 935-84-71

Факс: +7 (495) 935-84-72

info@endomedics.ru

www.endomedics.ru



ООО «Медицина 2000»

190068, СПб, пр. Римского-Корсакова, д 45, офис 201

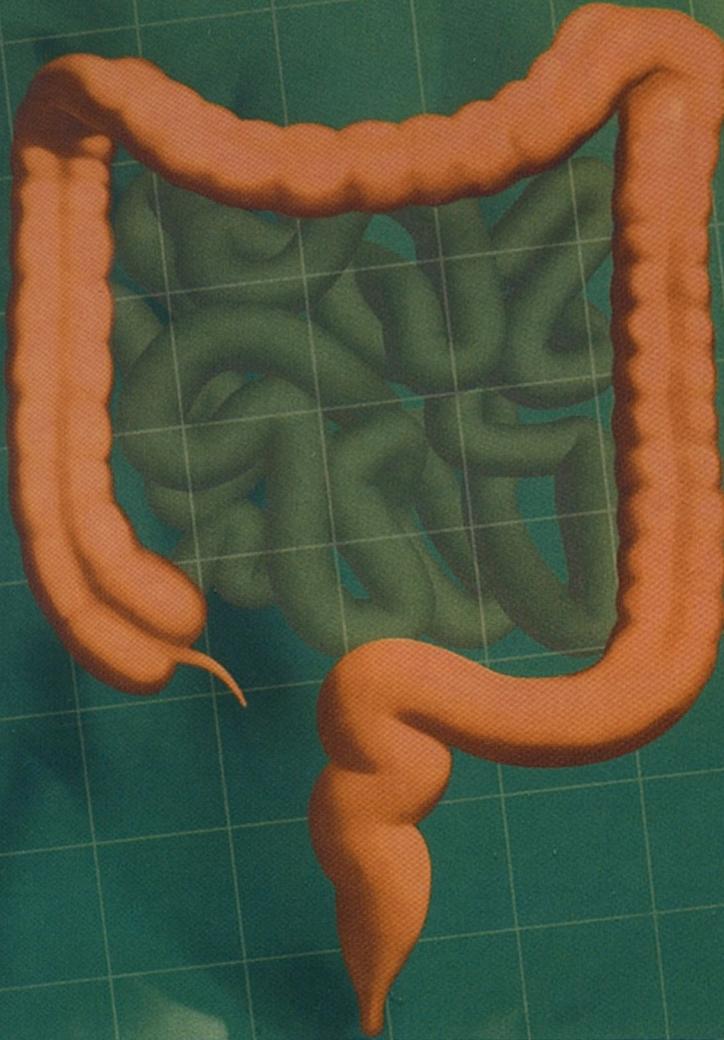
Тел.: +7 (812) 493 85 93

ФЛИТ

ФОСФО-СОДА

раствор для приема внутрь

Легкий способ эффективной подготовки кишечника



ФЛИТ ФОСФО-СОДА:

- При подготовке пациенту требуется выпить всего один стакан раствора и 3 литра любой жидкости
- действует местно
- обладает приятным вкусом имбиря и лимона

что делает процесс подготовки удобным и безопасным

Показания

- Подготовка к эндоскопическому и рентгенологическому исследованию толстой кишки
- Подготовка к оперативному вмешательству на толстой кишке

Способ применения и дозы

Схема применения препарата, если процедура назначена на время ДО полудня (утреннее назначение)

- 7:00 Вместо завтрака выпить не менее одного стакана жидкости*. После завтрака растворить содержимое первого флакона в половине стакана (120 мл) прохладной воды. Выпить раствор и запить одним стаканом воды (240 мл).
- 13:00 Вместо обеда выпейте 3 стакана жидкости* (720 мл).
- 19:00 Вместо ужина выпить один (или более) стакан жидкости*. После ужина растворить содержимое второго флакона в половине стакана (120 мл) прохладной воды. Выпить раствор и запить одним стаканом воды.

Схема применения препарата, если процедура назначена на время ПОСЛЕ полудня (вечернее назначение)

- 13:00 Во время обеда можно легко перекусить. После обеда нельзя употреблять никакой твердой пищи.
- 19:00 Вместо ужина выпить один стакан жидкости*. После ужина растворить содержимое первого флакона в половине стакана (120 мл) прохладной воды. Выпить раствор и запить одним стаканом воды. В течение вечера необходимо выпить по крайней мере 3 стакана жидкости* (720 мл).

День процедуры

- 7:00 Вместо завтрака выпить один стакан ((240 мл или более) жидкости*. После завтрака растворить содержимое второго флакона в половине стакана (120 мл) прохладной воды. Пить жидкость можно до 8:00.

* Понятие «жидкость» включает воду, освобожденные от твердых частиц супы, фруктовые соки без мякоти, чай и кофе, прозрачные газированные и негазированные безалкогольные напитки.

Подробную информацию можно найти в инструкции к препарату.

FERRING
PHARMACEUTICALS

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ НЕОБХОДИМО ОЗНАКОМИТЬСЯ С ИНСТРУКЦИЕЙ.



Блестящая подготовка кишечника

к исследованиям и операциям



- **Признанный стандарт подготовки кишечника***
- **Высокая степень очистки (в 90% случаев)***
- **Благоприятный профиль безопасности***

КРАТКАЯ ИНСТРУКЦИЯ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА ФОРТРАНС® (FORTRANS®)

РЕГИСТРАЦИОННЫЙ НОМЕР: П № 014306/01 от 17.08.2007.

ТОРГОВОЕ НАЗВАНИЕ: Фортранс®

МЕЖДУНАРОДНОЕ НЕПАТЕНТОВАННОЕ НАЗВАНИЕ: Макрол

ЛЕКАРСТВЕННАЯ ФОРМА: Порошок для приготовления раствора для приема внутрь

СОСТАВ (г/пакетик): Активные компоненты: Макрол 4000 – 64,0

Вспомогательные вещества: Натрия хлорид, Калия хлорид, Натрия гидрокарбонат, Натрия сульфат

безводный, Натрия сахаринат

ФАРМАКОТЕРАПЕТИЧЕСКАЯ ГРУППА: слабительное средство

Код ATХ: A06AD15

ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА: Высокомолекулярное соединение Макрол 4000 представляет собой линейный полимер, который посредством водородных связей удерживает молекулы воды. За счет этого увеличивается осмотическое давление и объем кишечного содержимого.

Электролиты, содержащиеся в препарате, препятствуют нарушению водно-электролитного баланса в организме. Макрол 4000 не абсорбируется в желудочно-кишечном тракте и не подвергается метаболизму.

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ: Очищение толстой кишки при подготовке пациента к эндоскопическому или рентгенологическому исследованию толстой кишки, оперативным вмешательствам, требующим отсутствия содержимого в толстой кише.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ: Тяжелое состояние пациента; дегидратация или тяжелая сердечная недостаточность; наличие злокачественной опухоли или другого заболевания толстой кишки, сопровождающегося обширным поражением слизистой оболочки кишечника; полная или частичная кишечная непроходимость; чувствительность к полизиэтиленгликолю; возраст до 15 лет (в связи с отсутствием клинических данных).

БЕРЕМЕННОСТЬ И ПЕРИОД ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ: Беременность: В настоящее время нет достаточных данных для оценки влияния Макрола 4000 на мальформацию плода при применении у беременных женщин, может применяться у беременных только в случае необходимости.

Период грудного вскармливания: Поскольку Макрол 4000 не абсорбируется из желудочно-кишечного тракта, можно применять в период грудного вскармливания.

СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ И ДОЗЫ: Только у взрослых пациентов (старше 15 лет).

Содержимое одного пакетика растворить в 1 л воды и разместить до полного растворения. Раствор следует принимать в дозировке, равной 1 л на 15-20 кг массы тела, что соответствует 3-4 литрам. Раствор можно принять однократно (4 литра вечером, накануне исследования или операции) или поделить на 2 приема (2 литра накануне вечером и 2 литра утром; прием препарата необходимо закончить на 3-4 часа до процедуры).

ПОБОЧНОЕ ДЕЙСТВИЕ: Тошнота и рвота в начале приема препарата, которые прекращались при продолжении приема; возможно вздутие живота; очень редкие случаи кожных аллергических реакций в виде сыпи и отека, единичные случаи анафилактического шока.

ПЕРЕДОЗИРОВКА: Нет данных.

ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ С ДРУГИМИ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ СРЕДСТВАМИ: Диарея, вызванная приемом Фортранса, может привести к нарушению абсорбции других одновременно принимаемых препаратов.

ОСОБЫЕ УКАЗАНИЯ: Лицам пожилого возраста рекомендуется применять препарат под наблюдением медицинского персонала.

ФОРМА ВЫПУСКА: Порошок для приготовления раствора для приема внутрь 64 г.

УСЛОВИЯ ХРАНЕНИЯ: При температуре не выше 30°C. Хранить в недоступном для детей месте.

СРОК ГОДНОСТИ: 5 лет. Не использовать по истечении срока годности, указанного на упаковке.

УСЛОВИЯ ОТПУСКА ИЗ АПТЕК: По рецепту.

ПРОИЗВОДИТЕЛЬ: Bofur Ipsen Индастрі (адрес: Франция, 28100, Дре).

В случае необходимости претензии потребителей направлять в адрес представительства в РФ: 109147, Москва, ул. Таганская, 19. Тел. (495) 258-54-00, факс (495) 258-54-01.

Полная информация о препарате содержится в инструкции по применению.

Обо всех побочных эффектах препарата необходимо сообщать в медицинский отдел компании Ипсен Фарма в России. По срочным и жизне-угрожающим вопросам — мобильный телефон: 8-916-999-30-28.