



ЕВРАЗИЙСКАЯ  
АССОЦИАЦИЯ  
ТЕРАПЕВТОВ

# «МЕТАБОЛИЧЕСКАЯ СИНДЕМИЯ: НАДНОЗОЛОГИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ»

Материалы к вебинару №12 курса

«Синдемия метаболических заболеваний: от теории к практике»

СПИКЕРЫ КУРСА:



**Недогода С.В.**

д.м.н., проф.



**Лопатин Ю.М.**

д.м.н., проф.



**Арутюнов Г.П.**

д.м.н., проф.



Бесплатное участие



Сертификат в конце обучения



12 лекций в течение года

[SYNDEMIC.EUAT.RU](http://SYNDEMIC.EUAT.RU)

# ДЛЯ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИВЫЧЕК ПИТАНИЯ МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ ПРИНЦИП “ГАРВАРДСКОЙ ТАРЕЛКИ”



Можете распечатать понравившийся подход и повесить на видное место

## РАСТИТЕЛЬНОЕ МАСЛО



Используйте растительные масла (оливковое, рапсовое, подсолнечное). Ограничьте сливочное масло, трансжиры.

## ВОДА



Не забывайте о жидкости: воде, чае или кофе (с минимальным количеством сахара и без него). Потребляйте молочные продукты 1-2 раза в день. Ограничьте соки до 1 стакана в день. Избегайте напитки, содержащие сахар.

## ОВОЩИ



Чем больше овощей и чем они разнообразнее, тем лучше. Картофель не считается.

## Тарелка здорового питания

## ЦЕЛЬНОЗЕРНОВЫЕ ПРОДУКТЫ



Ешьте разнообразные цельнозерновые продукты (хлеб, пасту, коричневый рис). Ограничьте очищенные зерновые продукты (например, белый рис и белый хлеб).

## ФРУКТЫ



Ешьте больше фруктов разных цветов.

## ПОЛЕЗНЫЕ БЕЛКИ



Отдайте предпочтение рыбе, бобовым, птице и орехам. Ограничьте красное мясо и сыр; избегайте бекон, колбасу и другое обработанное мясо.



## ОСНОВНЫЕ

### Абдоминальное ожирение

Окружность талии  
≥ 88 см у женщин  
≥ 102 см у мужчин

или

### ИМТ

≥ 30 кг/м<sup>2</sup>

## ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ

### 01. Предиабет или диабет:

• Глюкоза натощак ≥ 5.55 ммоль/л или  
≥ 7.77 ммоль/л через 2 ч в ходе ОГТТ

или

• HbA1c ≥ 5/7%

или

• Прием сахароснижающих препаратов

### 02. Повышенный уровень ХС-не-ЛПВП:

• Не-ЛПВП ≥ 3.36 ммоль/л

или

• Прием гиполипидемических  
препаратов

### 03. Высоконормальное АД или АГ:

• САД ≥ 130 и/или ДАД ≥ 85 мм рт. ст. при  
офисном измерении

или

• САД ≥ 130 и/или ДАД ≥ 80 мм рт. ст. при  
домашнем измерении

или

• Прием гипотензивных препаратов

**МС** может быть диагностирован у пациентов с ожирением, которые имеют **2** из **3** дополнительных критериев



# АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТА С ЭКЗОГЕННО-КОНСТИТУЦИОНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ



# АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С КАРДИО-РЕНО-МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ 1-3 СТАДИЙ



## Стадия 1-3: Пациент с КРМс и риском ССЗ

**Укрепление сердечно-сосудистого здоровья** – 8 основных принципов: лучше питаться, быть более активным, не курить, здоровый сон, контроль веса, контроль холестерина, контроль сахара крови, контроль АД.

**Регулярный скрининг на СОЗ (социальное определение здоровья)**: использование достоверных мер оценки СОЗ, создание общественной группы с привлечением работников здравоохранения, использование общественных ресурсов и программ.

**Междисциплинарная работа** – наличие координатора КРМс и междисциплинарной команды, целевое направление пациентов высокого риска КРМс к узким специалистам.

### СТАДИЯ 1:

**Избыточное или дисфункциональное ожирение**  
Обсудить снижение массы тела, используя доступные инструменты:

Рассмотреть программу снижения веса с привлечением междисциплинарной команды (управление изменения образа жизни, применение различных программ по снижению веса – метаболическая хирургия, диетолог, медикаментозная терапия, психологическое здоровье и т.д.):

- Интенсивное изменение образа жизни
- Медикаментозная терапия (ИМТ > 30 кг/м<sup>2</sup>, без сопутствующих заболеваний)
- Бариатрическая хирургия (ИМТ > 40, без сопутствующих заболеваний)

При сохранении / прогрессировании нарушения толерантности к глюкозе, несмотря на коррекцию образа жизни, добавить метформин.

### СТАДИЯ 2:

**Подтвержденные факторы риска КРМс**  
При наличии МС необходимо интенсивное изменение образа жизни, направленное на контроль факторов риска  
**Фармакотерапия для комплексного контроля факторов риска метаболического синдрома**

#### Гипертриглицеридемия:

- Изменение образа жизни
- Интенсификация терапии статинами при среднем или высоком риске атеросклеротических ССЗ
- Триглицериды > 500 мг/дл – фибраты
- Триглицериды 135-499 мг/дл + СД + дополнительные факторы риска – рассмотреть назначение эйкозапентаеновой кислоты

#### Гипертензия:

- Изменение образа жизни
- Соблюдение рекомендаций для достижения АД < 130/80 мм рт.ст.
- При наличии СД и альбуминурии – приоритетность назначения иАПФ/БРА
- При наличии ХБП – приоритетность назначения иАПФ/БРА

#### Средний или высокий риск ХБП:

- С альбуминурией (А/КР > 30 мг/л) – иАПФ/БРА
- ХБП (с или без диабета) – инГЛТ-2
- ХБП с альбуминурией (> 30 мг/л) на фоне приема иАПФ/БРА – финеренон (может быть назначен и на фоне инГЛТ-2)

#### Диабет:

- Изменение образа жизни
- Интенсификация статинотерапии
- Эзетениб при высоком риске

#### Сахароснижающая терапия при коморбидных состояниях:

- ИМТ > 35 кг/м<sup>2</sup> – аГПП-1
- HbA1c > 9% или большие дозы инсулина – аГПП-1
- ХБП – инГЛТ-2

#### Возможности терапии метформином:

HbA1c > 7,5 или прием инсулина – назначение метформина и кардиопротективной сахароснижающей терапии

HbA1c < 7,5% – назначение кардиопротективной сахароснижающей терапии без начала терапии метформином (продолжить прием метформина, если он был назначен ранее)

### СТАДИЯ 3:

**Субклинические ССЗ при КРМс**

#### Субклинический атеросклероз:

- Кальцификация коронарных артерий > 0
- Применение статинов при промежуточном риске
- Кальцификация коронарных артерий > 100
- Применение аспирина при низком риске кровотечений
- Рассмотреть назначение других препаратов для снижения риска атеросклеротических ССЗ (аГПП-1, PCSK9, икосапент этил) исходя из профиля КРМс

#### Субклиническая СН:

- ФВ < 40% – иАПФ/БРА, бета-блокаторы
- Диабет – инГЛТ-2

#### Эквивалентность риска ССЗ КРМс 3 стадии:

- Очень высокий риск ХБП
- Высокий прогнозируемый риск ССЗ

# АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С КАРДИО-РЕНО-МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ 4-Й СТАДИИ



## Стадия 1-3: Пациент с КРМс и подтвержденными ССЗ

**Укрепление сердечно-сосудистого здоровья** – 8 основных принципов: лучше питаться, быть более активным, не курить, здоровый сон, контроль веса, контроль холестерина, контроль сахара крови, контроль АД.  
**Регулярный скрининг на СОЗ (социальное определение здоровья)**: использование достоверных мер оценки СОЗ, создание общественной группы с привлечением работников здравоохранения, использование общественных ресурсов и программ

**Сердечная недостаточность:** терапия согласно рекомендациям для всех пациентов.  
**ССЗ:** интенсивная терапия аспирином и статинами для всех пациентов, рассмотреть возможность добавления эзетимиба в зависимости от уровня ЛПНП высокого риска атеросклеротических ССЗ.

### Лечение избыточного или дисфункционального ожирения Обсудить снижение массы тела, используя доступные инструменты:

Рассмотреть программу снижения веса с привлечением междисциплинарной команды (управление изменения образа жизни, применение различных программ по снижению веса – метаболическая хирургия, диетолог, медикаментозная терапия, психологическое здоровье и т.д.):

- Интенсивное изменение образа жизни
- Медикаментозная терапия (ИМТ > 27 кг/м<sup>2</sup>, без сопутствующих заболеваний)
- Бариатрическая хирургия (ИМТ > 35, без сопутствующих заболеваний)

При сохранении / прогрессировании нарушения толерантности к глюкозе, несмотря на коррекцию образа жизни, добавить метформин

### Гипертриглицеридемия:

- Изменение образа жизни и терапия статинами
- Триглицериды > 500 мг/дл-фибраты
- Триглицериды 135-499 мг/дл + СД + дополнительные факторы риска

### Гипертония:

- Изменение образа жизни
- Соблюдение рекомендаций для достижения АД <130/80 мм рт.ст.
- При наличии СД или ХБП – приоритетность назначения иАПФ/БРА, рассмотреть стероидные АМКР при наличии резистентной АГ
- Избегать назначение блокатора Са<sup>+</sup> каналов при СНнФВ
- При наличии ХБП – приоритетность назначения иАПФ/БРА
- Афроамериканцы с СНнФВ – приоритизировать назначение гидралазин + изосорбида динитрата после квадротерапии

### ХБП:

- С альбуминурией (А/КР > 30 мг/л) – иАПФ/БРА
- АРНИ предпочтительнее при СНнФВ
- ХБП (с или без диабета)-иНГЛТ-2
- ХБП с альбуминурией (>30 мг/л) на фоне приема иАПФ/БРА-финеренон (может быть назначен и на фоне иНГЛТ-2)

### Диабет:

- Изменение образа жизни
- Комбинированная терапия метформина с сахароснижающими препаратами с доказанными кардиопротективными свойствами, при HbA1c

### Атеросклеротические ССЗ:

- Снижение риска МАССЕ- иНГЛТ-2 или аГПП-1  
Снижение риска госпитализаций по причине СН – иНГЛТ-2, иНГЛТ-2/аГПП-1 при:
- ИМТ > 35 кг/м<sup>2</sup> – аГПП-1
  - HbA1c > 9% или большие дозы инсулина – аГПП-1
  - ХБП-иНГЛТ-2
  - Сопутствующая СН – иНГЛТ-2

### Сердечная недостаточность

Для уменьшения риска госпитализаций и сердечно-сосудистой смертности – иНГЛТ-2  
Избегать назначения – тиазалидины и иДПП-4  
**иНГЛТ-2 для всех пациентов с СН+**  
ИМТ > 35 кг/м<sup>2</sup> – добавить аГПП-1  
HbA1c > 9% или большие дозы инсулина – добавить аГПП-1  
Диабет с множественными коморбидными заболеваниями – добавить аГПП-1  
Альбуминурия – назначение финеренона

# КЛАССИФИКАЦИЯ ИЗМЕНЕНИЙ МАССЫ ТЕЛА ВОЗ, 1997



	Классификация	ИМТ (кг/м <sup>2</sup> )	Группа риска
	Норма*	18.5 – 24.9	Норма
	Повышение ИМТ или предожирение*	25.0 – 29.9	Невысокий
	Ожирение:	≥ 30.0	
	• Степень I *	30.0 – 34.9	Умеренный
	• Степень II *	35.0 – 39.9	Высокий
	• Степень III *	≥ 40.0	Очень высокий
	«СМЕРТЕЛЬНОЕ»	≥ 40.0 – 50.0	
	«СУПЕРОЖИРЕНИЕ»	≥ 50.0	

Различны «пороговые» значения ИТМ зависят от пола, расы, этнической группы и менопаузального статуса.  
Например, ИМТ >23 кг/м<sup>2</sup> может быть более предпочтительным пороговым значением для скрининга СД 2 типа  
среди азиатов, а при менопаузе может занижать степень жировых отложений.

# ОПТИМАЛЬНЫЕ ЗНАЧЕНИЯ ЛИПИДНЫХ ПАРАМЕТРОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КАТЕГОРИИ РИСКА



Параметр	Низкий риск	Умеренный риск	Высокий риск	Очень высокий риск
ОХС	Рекомендовано измерение для расчета риска по SCORE 2			
ХС ЛНП, ммоль/л	<3,0	<2,6	<1,8	<1,4
ХС ЛВП, ммоль/л	мужчины > 1,0; женщины >1,2			
ТГ, ммоль/л	<1,7			
Лп(а), мг/дл	<50		<30	

Примечания: ОХС - общий холестерин; SCORE 2 - системная оценка коронарного риска (Systematic Coronary Risk Evaluation); ХС ЛВП - холестерин липопротеидов высокой плотности; ХС ЛНП - холестерин липопротеидов низкой плотности; ТГ - триглицериды; Лп(а) - липопротеид (а).



# РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ДИЕТЕ ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ ОБЩЕГО ПРОФИЛЯ ЛИПОПРОТЕИДОВ



Предпочтительно

Употреблять умеренно

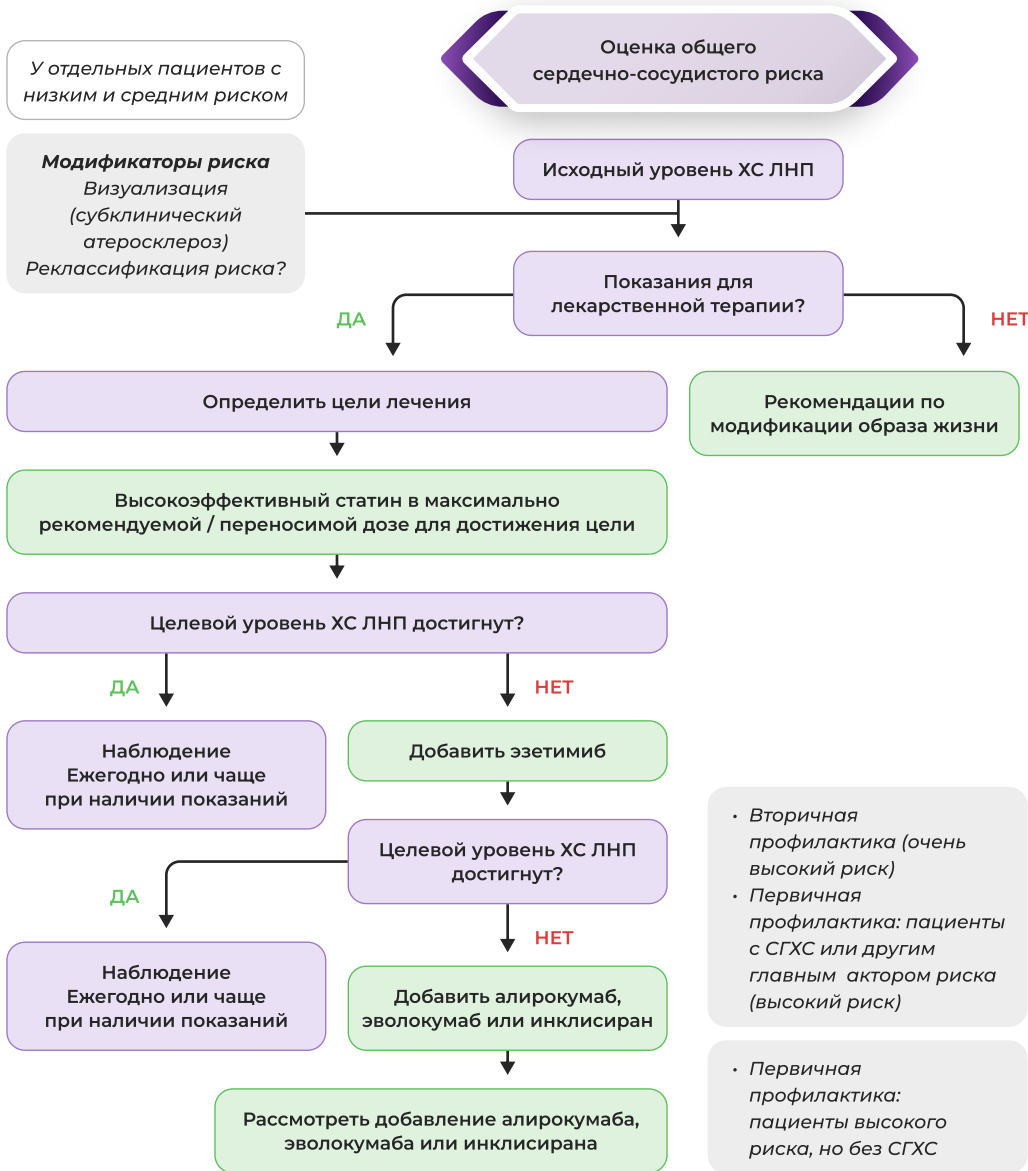
Употреблять редко и в  
ограниченных  
количествах

Злаки	Цельнозерновые	Рафинированный хлеб, рис и макаронные изделия, печенье, кукурузные хлопья	Пирожные, кексы, пирожки, круассаны
Овощи	Сырые и обработанные овощи	Картофель	Овощи, приготовленные с маслом или сливками
Бобовые	Чечевица, фасоль, бобы, горох, нут, соя		
Фрукты	Свежие и замороженные	Сухофрукты, желе, варенье, консервированные фрукты, шербет, фруктовое мороженое, фруктовый сок	
Сладости и подсластители	Некалорийные подсластители	Сахароза, мед, шоколад, конфеты	Мороженое, фруктоза, безалкогольные напитки
Мясо и рыба	Постная и жирная рыба, мясо птицы без кожи	Постная вырезка говядины, баранины, свинины или телятины, морепродукты, моллюски и ракообразные	Колбасы, салями, бекон, свиные ребрышки, хот-доги, мясные субпродукты
Молочная пища и яйца	Обезжиренное молоко и йогурт	Молоко, сыры со сниженным содержанием жира, другие молочные продукты, яйца	Обычный сыр, сливки, цельное молоко и йогурт
Приправы	Уксус, горчица, обезжиренные приправы	Оливковое масло, нетропические растительные масла, мягкие маргарины, майонез, кетчуп	Трансжиры и твердые маргарины, пальмовое, кокосовое и сливочное масло, сало
Орехи		Все несоленые (кроме кокоса)	Кокос
Приготовление пищи	Гриль, варка на пару	Гриль	Жарка

*Примечание: умеренное употребление алкоголя (не более 50 мг в день крепких напитков, 200 мг красного или белого вина и не более 350 мл пива (во время приема пищи) является приемлемым при условии, что уровень ТГ не повышен, а также если отсутствует гипертоническая болезнь и/или печеночная недостаточность.*



# АЛГОРИТМЫ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ ДЛЯ ДОСТИЖЕНИЯ ЦЕЛЕВОГО УРОВНЯ ХОЛЕСТЕРИНА ЛИПОПРОТЕИДОВ НИЗКОЙ ПЛОТНОСТИ



Ступенчатая схема применения гиполипидемических препаратов для достижения целевого уровня холестерина липопротеидов низкой плотности для первичной и вторичной профилактики сердечно-сосудистых осложнений.

**Сокращения:** ЛНП — липопротеиды низкой плотности, СГХС — семейная гиперхолестеринемия, ХС — холестерин

# АЛГОРИТМ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРТРИГЛИЦЕРИДЕМИИ



**Примечание:** омега-3 ПНЖК — омега-3 кислоты этиловых эфиров, включая другие эфиры и кислоты, в дозе 2-4 г/сут. При тяжелой гипертриглицеридемии рассмотреть вопрос использования плазмафереза, плазмасорбции.

**Сокращения:** ГМГ-КоА-редуктаза — гидроксиметилглутарил-кофермент А редуктаза, ТГ — триглицериды.

# ВЫБОР ЦЕЛЕВЫХ УРОВНЕЙ ХОЛЕСТЕРИНА ЛИПОПРОТЕИДОВ НИЗКОЙ ПЛОТНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА



Категория риска	Категория пациентов	ХЛНП, ммоль/л*
Очень высокого риска	Пациенты с атеросклеротическими сердечно-сосудистыми заболеваниями или Пациенты с поражением других органов-мишеней** или Пациенты с 3 и более основными факторами сердечно-сосудистого риска*** или Пациенты с ранним началом СД 1 типа (в возрасте $\leq 10$ лет) с длительностью СД $> 20$ лет	$< 1,4$
Высокого риска	Пациенты без поражения органов-мишеней с длительностью СД $\geq 10$ лет или Пациенты без поражения органов-мишеней с 1 или 2 основными факторами сердечно-сосудистого риска или Любые другие пациенты, не соответствующие категориям очень высокого и среднего риска	$< 1,8$
Среднего риска	Пациенты молодого возраста (СД 1 типа $< 35$ лет или СД 2 типа $< 50$ лет) с длительностью СД $< 10$ лет без поражения органов-мишеней и без факторов сердечно-сосудистого риска	$< 2,6$

## Примечание:

ХЛНП - холестерин липопротеинов низкой плотности.

\*Перевод из ммоль/л в мг/дл: ммоль/л  $\times 38,67 =$  мг/дл.

\*\*Протеинурия, рСКФ  $< 45$  мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>, рСКФ 45-59 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup> + микроальбуминурия, гипертрофия левого желудочка (ЛЖ) или ретинопатия.

\*\*\*Возраст пациента (СД 1 типа  $\geq 35$  лет или СД 2 типа  $\geq 50$  лет), артериальная гипертензия, дислипидемия, курение, ожирение.

# ВЫБОР ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНОГО САХАРОСНИЖАЮЩЕГО ПРЕПАРАТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДОМИНИРУЮЩЕЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРОБЛЕМЫ



Определить доминирующую клиническую проблему пациента

У пациента есть указания на высокий риск АССЗ, наличие АССЗ, ХБП, ХСН?

Да, есть указания на высокий риск АССЗ

Да, есть АССЗ

Да, есть ХБП

У пациента есть выраженная альбуминурия (>30 мг/ммоль)?

НЕТ

ДА

арГПП-1 или инГЛТ-2 с доказанными преимуществами в данной популяции

инГЛТ-2 с доказанными преимуществами в данной популяции или арГПП при непереносимости/противопоказаниях к инГЛТ-2

Да, есть ХСН

У пациента есть снижение фракции выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) <40%?

ДА

НЕТ

инГЛТ-2 с доказанными преимуществами в данной популяции

инГЛТ-2

НЕТ

У пациента есть ожирение или повышенный риск гипогликемии?

НЕТ

Индивидуализированный выбор

Да, есть ожирение

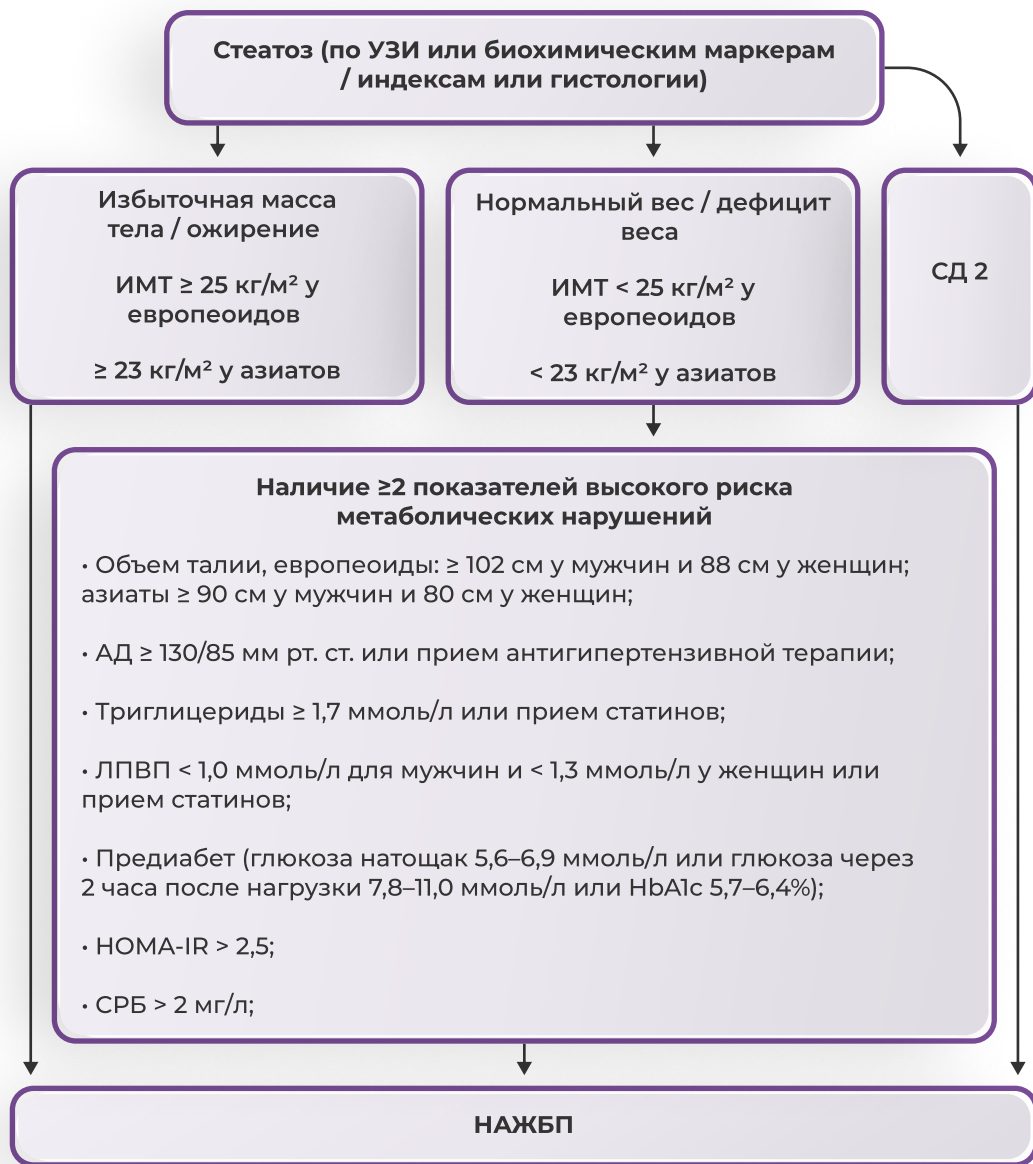
Предпочтительны: метформин, инГЛТ-2, арГПП-1, нейтральные: идПП-4

Да, есть высокий риск гипогликемии

Предпочтительны: метформин, инГЛТ-2, арГПП-1, идПП-4, ТЗД

**Примечание:** указания на высокий риск АССЗ: возраст  $\geq 55$  лет с наличием 50% стеноза коронарных, каротидных артерий или артерий нижних конечностей или гипертрофия левого желудочка.

**Сокращения:** идПП-4 – ингибитор дипептидилпептидазы 4 типа; инГЛТ-2 – ингибитор натрий-глюкозного котранспортера 2 типа; ТЗД – тиазолидинионы; арГПП-1 – агонист рецепторов ГПП-1; АССЗ – атеросклеротические сердечно-сосудистые заболевания; ХСН – хроническая сердечная недостаточность; ХБП – хроническая болезнь почек; ФВ ЛЖ – фракция выброса левого желудочка.



# НЕИНВАЗИВНАЯ ОЦЕНКА ВОЗМОЖНОГО ФИБРОЗА ПРИ НАЖБП (FIB-4)



$$FIB-4 = \frac{\text{Возраст} \times АСТ}{\text{Тромбоциты} \times \sqrt{АЛТ}}$$

Где:

- **Возраст** — возраст пациента в годах,
- **АСТ** — уровень аспартатаминотрансферазы (ед./л),
- **Тромбоциты** — количество тромбоцитов ( $10^9/\text{л}$ ),
- **АЛТ** — уровень аланинаминотрансферазы (ед./л).

## Интерпретация результата

**низкий риск  
выраженного  
фиброза**

**<1,3**

**средний риск  
выраженного  
фиброза**




**1,3-3,25**

**высокий риск  
выраженного  
фиброза**

**>3,25**

**Эдарби® Эдарби® Кло**

**УВЕРЕННОЕ**  
превосходство\*

-  **ПРЕВОСХОДСТВО В СНИЖЕНИИ АД<sup>1-6</sup>**  
над другими препаратами\*
-  **СТАБИЛЬНЫЙ КОНТРОЛЬ АД**  
в течение 24 часов<sup>7,8</sup>
-  **СТАНДАРТ ЛЕЧЕНИЯ АГ\***  
Минздрава РФ<sup>9,10</sup>



\*Азилсартана медоксомил (Эдарби®) превосходит в снижении АД другие сартаны по результатам сетевого мета-анализа (валсартан, олмесартан, лозартан, телмисартан, ирбесартан и кандесартан), а также некоторые ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (преимущественно рамиприл) по результатам регистрового исследования<sup>1</sup>. Азилсартана медоксомил + хлорталидон (Эдарби® Кло) превосходит в снижении АД другие препараты по результатам прямых сравнительных исследований (олмесартан медоксомил + гидрохлортиазид, ирбесартан + гидрохлортиазид, азилсартана медоксомил + гидрохлортиазид, периндоприл аргинин + индапамид)<sup>2-6</sup>. \*\*Азилсартана медоксомил и хлорталидон включены в Стандарты медицинской помощи взрослым при артериальной гипертензии, Азилсартана медоксомил включены в Стандарты медицинской помощи взрослым при сахарном диабете 2 типа Минздрава РФ<sup>9</sup>. АД – артериальное давление, АГ – артериальная гипертензия.  
 1. Wang J.G, et al. J Clin Hypertens (Greenwich). 2021 May;23(5):901-914. 2. Gitt A.K. BMC Cardiovascular Disorders (2016) 16:56. 3. Bakris G.L, et al. Am J Med. 2012 Dec;125(12):1229.e1-1229.e10. 4. Cushman WC, et al. Hypertension. 2012 Aug;60(2):310-8. 5. Драгунов Д. О., с соавт. Артериальная гипертензия. 2019;25(3):307-318. 6. Васюк Ю. А., с соавт. Российский кардиологический журнал. 2019;24(9):14-21. 7. Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата Эдарби® (азилсартана медоксомил). ЛП-002359 от 03.02.2014 (переоформлено 25.04.2023). 8. Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата Эдарби® Кло (азилсартана медоксомил + хлорталидон). ЛП-002941 от 02.04.2015 (переоформлено 21.06.2023). 9. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 2 ноября 2020 г. N 1193н "Об утверждении стандарта медицинской помощи взрослым при артериальной гипертензии". 10. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 1 октября 2020 г. N 1054н "Об утверждении стандартов медицинской помощи взрослым при сахарном диабете 2 типа".  
**ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ МЕДИЦИНСКИМ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ.**  
 АО «Нижфарм», 603105, Россия, г. Нижний Новгород, ул. Салганская, д. 7. Тел. +7 831 278 80 88, +7 800 250 50 00. E-mail: med@stada.ru.  
 Дата выпуска материала: август 2023. POS-20250721-1059

ИНСТРУКЦИЯ\*

Эдарби®



Эдарби® Кло



МАТЕРИАЛ ПРЕДНАЗНАЧЕН ИСКЛЮЧИТЕЛЬНО ДЛЯ СОТРУДНИКОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ