

ПРИМЕНЕНИЕ КОМБИНИРОВАННЫХ ФОРМ ЖАРОПОНИЖАЮЩИХ СРЕДСТВ ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ЛИХОРАДКИ У ДЕТЕЙ

Лихорадка у детей – один из самых частых симптомов заболевания. Это объясняется тем, что повышение температуры тела является защитной реакцией организма, которая возникает в ответ на воздействие пирогенных раздражителей. Доступность жаропонижающих лекарственных препаратов приводит к их бесконтрольному применению, передозировке, осложнениям и побочным эффектам. Задача педиатра определить рациональный подход к ведению ребенка с лихорадкой и оправданное назначение жаропонижающих препаратов, учитывая возможность применения монотерапии и комбинированных препаратов.

Ключевые слова: дети, лихорадка, купирование лихорадки, жаропонижающие, Ибуклин.

V.K. KOTLUKOV, PhD in medicine, B.M. BLOKHIN, MD, Prof., N.V. ANTIPOVA
Russian National Research Medical University named after N.I. Pirogov, Moscow
ADMINISTRATION OF COMBINATION ANTIPIRETTICS FOR RELIEF OF FEVER IN CHILDREN

Fever in children is one of the most common symptoms of a disease. This is due to the fact that fever is a defensive reaction of the organism which occurs as response to pyrogenic stimuli. Availability of fever-lowering drugs leads to uncontrolled use, overdose, complications and side effects. Pediatrician's task is to determine a rational approach to the management of children with fever and justified prescription of antipyretic drugs, given the possibility of monotherapy and combined medications.

Keywords: children, fever, fever relief, antipyretics, Ibutlin.

При взаимодействии организма ребенка и различных пирогенов (в основном вирусно-бактериального генеза) развивается температурная реакция, которую принято считать лихорадкой. Лихорадка (от *лат. febris*) – в классическом ее понимании – является защитно-приспособительной реакцией организма, возникающей в ответ на воздействие патогенных раздражителей и характеризующейся перестройкой процессов терморегуляции. Это приводит к повышению температуры тела, что стимулирует естественную реактивность организма.

Выделяют инфекционную (при инфекционных заболеваниях) и неинфекционную лихорадку (асептическое воспаление, различные нарушения функции центральной нервной системы (ЦНС)) (табл. 1).

НЕИНФЕКЦИОННАЯ ЛИХОРАДКА

Повышение температуры тела у ребенка неинфекционного характера может быть различного генеза: центрального – повреждение различных отделов ЦНС (кровоизлияние, опухоль, травма, отек мозга), психогенного (невроз, психические расстройства, эмоциональное напряжение), рефлекторного (болевого синдром при мочекаменной болезни), эндокринного (гипертиреоз, феохромоцитомы), резорбтивного (ушиб, некроз, асептическое воспаление, гемолиз), в ответ на введение некоторых лекарственных препаратов (эфедрина, ксантиновых производных, антибиотиков и др.).

ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Наиболее частой причиной возникновения лихорадки у детей являются инфекционные заболевания. Лихорадочная реакция организма ребенка в острый период инфекционного заболевания – основная причина родителей для обращения за помощью к врачу-педиатру. При наличии у больного ребенка лихорадки большая часть родителей испытывают страх, что приводит к чрезмерно агрессивной тактике лечения повышенной температуры тела. Это касается в основном назначения жаропонижающих средств при температуре тела ниже 38 °С.

Таблица 1. Виды лихорадки [1]

ИНФЕКЦИОННАЯ	НЕИНФЕКЦИОННАЯ
Защитно-приспособительная реакция организма: повышение температуры тела выше 37,2 °С (выше 37,8 °С в прямой кишке) → влияние вирусов, бактерий, грибов, паразитов, риккетсий, микоплазмы, хламидий и других агентов	При асептических воспалениях (ожог, травма, инфаркт, внутреннее кровоизлияние, аллергическая альтерация тканей); При различных нарушениях функции ЦНС (эмоциональный стресс, истерия); При гормональном расстройстве; При введении некоторых фармакологических препаратов (кофеин, эфедрин, метиленовая синь, дифенин, сульфаниламиды, антибиотики, гипертонический раствор)

Стремление врачей найти средства снижения температуры тела путем назначения жаропонижающих средств вполне оправданы, главная задача – выбрать наиболее безопасные из них.

Педиатру необходимо помнить об особенностях лихорадочного синдрома у детей. Температура тела регулируется термочувствительными нейронами, локализующимися в преоптическом и переднем гипоталамусе. В норме существует циркадный температурный ритм или дневные вариации температуры тела в регулируемых пределах [2]. Более низкая температура тела наблюдается в утренние часы и приблизительно на 1 °С выше во второй половине дня и ближе к вечеру. Известно, что температура тела является одним из основных показателей гомеостаза организма.

Температуру тела у детей принято измерять в подмышечной области, ротовой полости, прямой кишке. У новорожденных температура в подмышечной впадине составляет около 37 °С, у грудных детей и детей более старшего возраста – 36,7 °С, в прямой кишке – 37,8 °С. Биологическое значение лихорадки заключается в повышении естественной реактивности организма. Повышение температуры тела, возникающее в ответ на воздействие патогенов, характеризуется перестройкой процессов терморегуляции, усилением фагоцитоза, хемотаксиса, синтеза иммуноглобулинов, γ -интерферона и фактора некроза опухоли, стимуляцией формирования клеток памяти. Главным результатом этой перестройки являются угнетение жизнедеятельности патогенных микроорганизмов и стимуляция естественной реактивности организма [3]. Однако следует отметить, что длительно сохраняющаяся лихорадочная реакция с повышением температуры тела до высоких цифр (38,5 °С и более) достаточно быстро, особенно у детей грудного и раннего возраста, приводит к истощению компенсаторных реакций со стороны терморегуляторного центра, что угрожает развитием гипертермического синдрома. При гипертермическом синдроме развиваются метаболические расстройства (ацидоз), нарушается водно-электролитный баланс, усугубляются микроциркуляторные расстройства, нарастают тканевая гипоксия, эндотоксикоз, что может вызвать развитие нейротоксикоза с клинической картиной фебрильного судорожного синдрома, расстройства функциональной активности желудочно-кишечного тракта и сердечно-сосудистой системы (рис. 1).

Анатомо-физиологические особенности детского организма обуславливают быстрое развитие лихорадки в ответ на внедрение патогена (вирусы, бактерии) или воздействие любого физического фактора (перегревание, травма, оперативное вмешательство). У большинства детей умеренная лихорадка не вызывает серьезных нарушений в общем состоянии и самочувствии. В случае если ребенок с умеренной лихорадкой остается активным, у него не снизился аппетит, то в назначении жаропонижающих препаратов нет необходимости, а следует наблюдать за дальнейшим развитием заболевания.

Различают 3 стадии лихорадки (рис. 2) [5]:

- I стадия: температура тела повышается;
- II стадия: температура удерживается на повышенном уровне;
- III стадия: температура снижается до нормальной.

По продолжительности лихорадки выделяют:

- острая лихорадка (до 15 дней), характерна для инфекционных заболеваний, аллергических реакций, ряда отравлений и болезней;
- подострая лихорадка (16–45 дней), встречающаяся при некоторых инфекционных заболеваниях, но более характерная для диффузных заболеваний соединительной ткани и новообразований;
- хроническая лихорадка (свыше 45 дней).

Наиболее тревожной является *фебрильная лихорадка*, при которой врачу следует провести следующие диагностические мероприятия:

- 1) оценить тяжесть состояния ребенка (признаки токсикоза, нарушение сознания, расстройство дыхания, обездвиживание, судороги, признаки шока);
- 2) оценить наличие общемозговых и менингеальных симптомов (головная боль, нарушение сознания, ригидность затылочных мышц);
- 3) выявление сыпи;
- 4) выявление признаков острого респираторного заболевания;
- 5) выявление признаков пневмонии;
- 6) выявление признаков отита;
- 7) выявление признаков ангины;
- 8) выявление бронхообструкции.

Надо помнить, что детей в возрасте до 3 мес. с лихорадкой и симптомами интоксикации необходимо госпитализировать, провести исследование культуры крови и мочи, немедленно начать парентеральную антибактериальную терапию. К группам риска относятся дети раннего возраста с фоновой патологией (анемия, рахит, атопиче-

Рисунок 1. Реакция организма на длительно сохраняющееся повышение температуры у детей грудного и раннего возраста



ские состояния), хроническими заболеваниями, иммунодефицитными состояниями.

Распространенность и многообразие болезней с лихорадкой приводят к тому, что дифференциально-диагностический поиск рекомендуется сосредоточить на трех группах заболеваний: инфекции, новообразования и диффузные болезни соединительной ткани, на долю которых приходится 90% всех случаев лихорадки «неясного» генеза [4].

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО КУПИРОВАНИЮ ЛИХОРАДКИ

Необходимо придерживаться рекомендаций международных экспертов при купировании лихорадочного синдрома. Если лихорадка у ребенка имеет высокие показатели (более 38,5 °С), сопровождается изменением самочувствия и общего состояния, а также имеются факторы высокого риска (дети до 2 мес., фебрильные судороги в анамнезе, заболевания ЦНС, хроническая патологии органов кровообращения, обструктивный синдром и др.), то педиатр должен ответить на вопрос: в каком случае, зачем и какими методами (физическими и/или медикаментозными) следует снижать температуру тела.

Рекомендации ВОЗ и международный опыт по применению жаропонижающих препаратов можно объединить в ряд положений (табл. 2) [22].

При выборе метода лечения лихорадки надо учитывать и аргументы против обязательного назначения жаропонижающих средств:

- лихорадка может служить единственным диагностическим и прогностическим индикатором заболевания [6–10];
- жаропонижающая терапия «затушевывает» клиническую картину заболевания (возникает ложное чувство безопасности, ошибки в диагностировании заболевания);
- лихорадка в первую очередь защитная реакция организма в ответ на внедрение пирогенов (стимуляция иммунитета);
- антипиретические препараты обладают побочным эффектом, следовательно, при выборе жаропонижающих средств важно ориентироваться на препараты с наименьшим риском возникновения побочных эффектов [11].

НАЗНАЧЕНИЕ ЖАРОПОНИЖАЮЩИХ СРЕДСТВ

Адекватная терапия лихорадки зависит от вида лихорадочной реакции – «красная» или «бледная».

Рисунок 2. Характеристика стадий лихорадки

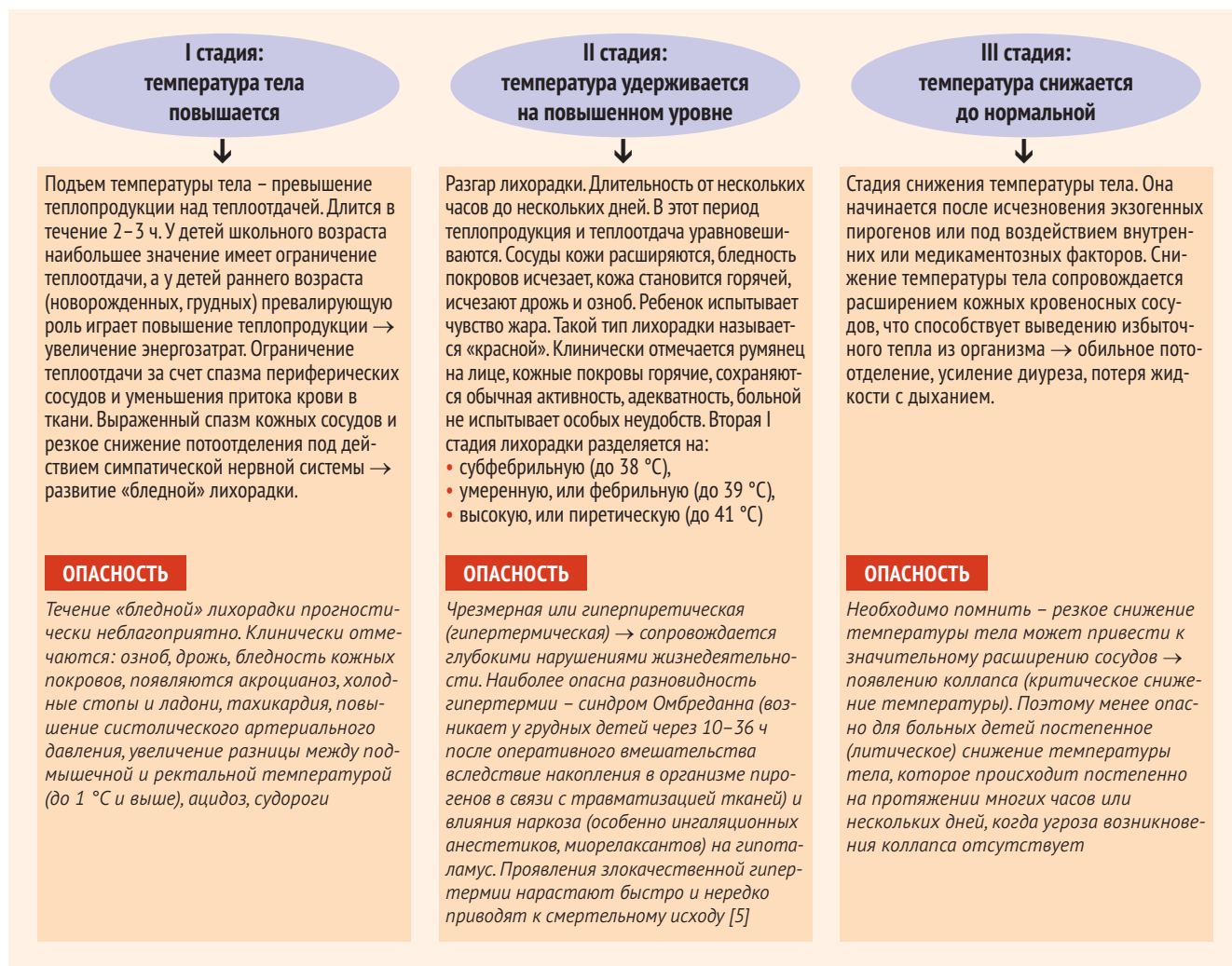


Таблица 2. Критерии применения жаропонижающих средств

Антипиретики показаны	
Группы детей	Показатели, °С
Здоровые дети в возрасте старше 3 мес. (признаки дискомфорта, мышечная ломота, головная боль)	>39
Дети с фебрильными судорогами в анамнезе	>38–38,5
Дети, страдающие тяжелыми заболеваниями сердца, легких, центральной нервной системы	>38,5
Дети первых 3 мес. жизни	>38

Возникновение «бледной» лихорадки является показанием для госпитализации и оказанием неотложной помощи.

При наличии «красной» лихорадки назначать антипиретическую терапию рекомендуют при температуре выше 39 °С. Однако педиатру необходимо помнить, что при наличии у детей заболеваний сердечно-сосудистой системы или неврологических отклонений, а также у детей первых 3 мес. жизни жаропонижающие мероприятия необходимо предпринимать при температуре 38 °С [22].

Известно, что в ответ на действие пирогенов в организме возникает стимуляция выработки цитокинов (интерлейкин-1 β и ИЛ6, туморнекротизирующий фактор α , β -интерферон и интерферон- γ). Стимулированные лейкоциты и другие клетки продуцируют липиды, которые также служат эндогенными пирогенами, один из наиболее изученных – простагландин E2. Поэтому считается, что оптимальным выбором медикаментозного лечения лихорадки у детей является назначение нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), которые ингибируют циклооксигеназу (ЦОГ) – фермент, ответственный за синтез простагландинов (табл. 3) [12].

Необходимо учесть, что Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) официально признает только ибупрофен и парацетамол в качестве НПВП, полностью отвечающих критериям безопасности и эффективности в педиатрической практике, и рекомендует их применение у детей [13]. Оба препарата являются ингибиторами гипоталамической ЦОГ, останавливающими синтез простагландина E2. Парацетамол – производное парааминофенола, обладает жаропонижающим, анальгезирующим действием. Характеризуется практически полным отсутствием противовоспалительной активности, что объясняется его низким сродством к ЦОГ в условиях высокой концентрации перекисей в очаге воспаления, блокирует ЦОГ преимущественно в ЦНС, также он не нарушает активацию нейтрофилов и не обладает периферическим действием. Задержка выведения препарата и его метаболитов может отмечаться при нарушении функций печени и почек. При наличии у ребенка недостаточности глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы и глутатион-редуктазы назначение парацетамола может вызвать гемолиз эритроцитов, лекарственную гемолитическую анемию. Болезни печени,

прием активаторов печеночных оксидаз повышают токсичность парацетамола. Эффект от применения парацетамола проявляется быстро, но его действие кратковременно. Ибупрофен обладает выраженным жаропонижающим, анальгезирующим, противовоспалительным и антиагрегантным действием. Ибупрофен является неселективным блокатором обеих известных форм ЦОГ (ЦОГ-1 и ЦОГ-2), обладает свойством к стимуляции выработки в организме эндогенного интерферона и умеренным иммуномодулирующим действием. В ряде исследований показано, что жаропонижающий эффект ибупрофена в дозе 7,5 мг/кг выше, чем у парацетамола в дозе 10 мг/кг [14]. Ибупрофен блокирует ЦОГ как в ЦНС, так и в очаге воспаления (периферический механизм), что и обуславливает его антипиретический и противовоспалительный эффект. Показанием к назначению ибупрофена является также гипертермия после иммунизации. [15].

Необходимо помнить, что жаропонижающие препараты купируют симптомы, но не лечат причины их возникновения, поэтому они не могут длительно назначаться вне зависимости от уровня температуры. При такой «курсовой» тактике резко изменяется температурная кривая, что может создать чувство ложного благополучия, а это чревато гиподиагностикой пневмонии или другой бактериальной инфекции, основным признаком которых часто бывает лишь упорная лихорадка [7].

Жаропонижающие не следует назначать детям, получающим антибактериальные средства, поскольку они затрудняют оценку эффективности последних (могут замаскировать отсутствие снижения температуры тела при неэффективности лечения) [7]. Таким образом, несмотря на то что лихорадка является защитно-приспособительной реакцией организма в ответ на внедрение вирусов и бактерий, а также действие физических факторов, в ряде случаев она становится угрожающим для жизни состоянием. В педиатрической практике предъявляются особые требования к старту и методам терапии лихорадки и гипертермического синдрома в связи с анатомо-физиологическими особенностями детского организма. В первую очередь необходимо помнить, что растущий и развивающийся организм ребенка иначе реагирует даже на минимальное повышение температуры тела, а спектр антипиретиков ограничен возрастными рамками и возможными осложнениями.

Традиционно считалось, что при назначении антипиретической терапии у детей рекомендовалось избегать

Таблица 3. Жаропонижающие средства (НПВП) в практике педиатра

Препараты выбора/ лекарственная форма		Противопоказаны для применения у детей до 12 лет [22]	
Ибупрофен/ сироп, суспензия	С 6 мес.	Ацетилсалициловая кислота/таблетки	Риск развития тяжелых побочных реакций: внутренние кровотечения, синдром Рея и др.
Парацетамол/ сироп, суспензия, свечи	С 1 мес.		

Таблица 4. Форма выпуска и способы применения препарата Ибуклин

Торговое наименование препарата	Форма выпуска	Возраст	Способ применения (минимальный интервал 4 ч)	Продолжительность приема	
				Жаропонижающее	Противовоспалительное
Ибуклин Юниор 100/125	Диспергируемые таблетки (растворять в 5 мл воды)	С 3 до 6 лет (13–20 кг) С 6 до 12 лет (20–40 кг)	По 1 таблетке 3 раза в сутки По 1–2 таблетке 3 раза в сутки (максимальная разовая доза – 2 таблетки, максимальная суточная – до 6 таблеток)	Не более 3 дней	Не более 5 дней
Ибуклин 400/325	Таблетки, покрытые оболочкой	Дети старше 12 лет (масса тела более 40 кг) Взрослые	По 1 таблетке 2 р/сут По 1 таблетке 3 р/сут (максимальная суточная доза 3 таблетки)	Не более 3 дней	Не более 5 дней

использования комбинированных препаратов, содержащих более одного жаропонижающего средства. Однако в 1990-х гг. появились результаты первых исследований, посвященных возможности совместного и одномоментного использования парацетамола и ибупрофена за счет их взаимодополняющих фармакокинетических эффектов. В Российской Федерации зарегистрирован препарат, содержащий парацетамол и ибупрофен, Ибуклин [16]. В нескольких исследованиях показана достоверно большая эффективность такого сочетания антипиретиков в сравнении с монотерапией. Наряду с жаропонижающим эффектом, препарат снимает воспаление и боль (головная боль, боль в мышцах на фоне ОРВИ и др.) [17–19]. Также отмечено, что комбинированное применение ибупрофена и парацетамола экономически более выгодно, чем монотерапия [20]. Результаты исследования клинической эффективности препарата Ибуклин, проведенного сотрудниками кафедры общей врачебной практики лечебного факультета ММА им. И.М. Сеченова, показали, что применение Ибуклина позволяет с большей эффективностью

уменьшать температурную реакцию и улучшать общее состояние пациентов с острыми респираторными вирусными инфекциями, при этом побочных явлений при использовании Ибуклина практически не зарегистрировано. Необходимо отметить, что фиксированные дозы активных ингредиентов внутри комбинации обеспечивают не только суммарный эффект, но и их минимальное влияние на фармакокинетику друг друга, а также хорошую переносимость. При этом исключается опасность передозировки и развития токсических эффектов [21, 22].

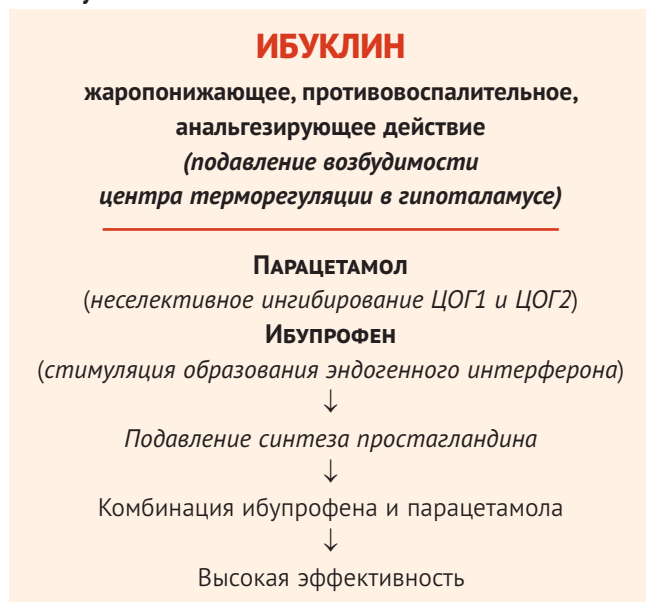
Благодаря действию парацетамола, входящего в состав препарата Ибуклин, достигается быстрое снижение температуры, а действие ибупрофена обеспечивает длительность жаропонижающего эффекта [17–23]. Один и тот же клинический результат на фоне комбинированного применения парацетамола и ибупрофена достигается при меньших дозах, чем двух препаратов по отдельности (рис. 3) [24, 25].

В таблице 4 представлены формы выпуска и особенности режимов дозирования препарата Ибуклин.

Показаниями к применению препарата Ибуклин являются:

- *симптоматическая терапия инфекционно-воспалительных заболеваний (ОРВИ, грипп), сопровождающихся высокой температурой, ознобом, головной болью, болью в мышцах и суставах, болью в горле (тонзиллит), острые инфекционно-воспалительные заболевания верхних/средних отделов дыхательных путей (фарингитах, трахеитах, ларингитах);*
- *болевого синдрома слабой или умеренной интенсивности различной этиологии.*

Анализ выявленных побочных эффектов комбинации ибупрофен/парацетамол показал, что все они были связаны в основном с раздражающим действием активных веществ сравниваемых лекарственных препаратов на слизистую оболочку верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) и проявлялись эпизодами снижения аппетита, тошноты, изжоги и дискомфорта в эпигастральной области. В связи с этим для снижения риска развития нежелательных явлений со стороны ЖКТ следует использовать минимальную эффективную дозу минимально возможным коротким курсом: препарат не следует принимать более 5 дней как обезболивающее и более 3 дней

Рисунок 3. Эффективность комбинированного препарата Ибуклин

как жаропонижающее средство без наблюдения врача. Следует особо отметить, что при суммировании обезболивающего и жаропонижающего эффекта нежелательные явления, связанные с приемом НПВП, не усиливаются. Кроме того, чтобы уменьшить негативное действие НПВП на слизистую оболочку желудка, рекомендуется запивать таблетки максимально большим количеством жидкости – лучше всего целым стаканом негазированной воды, прочие жидкости могут влиять на всасывание лекарства.

Ибуклин® и Ибуклин Юниор® как комбинированный препараты способны обеспечить необходимый терапевтический эффект. Взаимодействие комбинации компонентов в оптимальном соотношении доз представляет собой эффективный и безопасный препарат для проведения симптоматической и патогенетической терапии лихорадки в детской амбулаторной практике – быстрое купирование лихорадки на длительное время (жаропонижающее действие Ибуклина около 20,5 ч, ибупрофена – около 18 ч, парацетамола – около 16 ч) [17–19]. Парацетамол и ибупрофен, входящие в состав Ибуклина, официально рекомендуются ВОЗ и национальными программами в качестве жаропонижающих средств [26].



ЛИТЕРАТУРА

- Захарова И.Н., Заплатников А.Л., Творогова Т.М., Мачнева Е.Б. Педиатру – о лихорадочных состояниях у детей: что нужно знать и уметь. *Медицинский совет*, 2016, 1: 140-146.
- Студеникин В.М., Турсунжуаева С.Ш., Шелковский В.И. и др. Современные представления о температуре тела и термометрии в педиатрии и детской неврологии (ч. 1–3). *Справочник педиатра*, 2010, 7-9.
- Баранов А.А., Таточенко В.К., Бахрадзе М.Д. Лихорадочные синдромы у детей. Рекомендации по диагностике и лечению. М., 2011.
- Руководство по внутренним болезням для врачей общей практики: от симптома до синдрома – к диагнозу и лечению. Комаров Ф.И., ред. М.: МИА, 2007.
- Цыган В.Н., Бахтин М.Ю., Ястребов Д.В. Лихорадка. *ДЖУ*, 1997, 24 с.
- The management of fever in young children with acute respiratory infections in developing countries. WHO. ARI/93.90/, Geneva, 1993.
- Таточенко В.К. Рациональное применение жаропонижающих препаратов у детей. *РМЖ*, 2000, 8(3-4): 40-42.
- Союз педиатров России, Международный фонд охраны здоровья матери и ребенка. Научно-практическая программа «Острые респираторные заболевания у детей. Лечение и профилактика». М. *Медицина*, 2002.
- Aksoylar S. et al. Evaluation of spong in gand antipyretic medicati onto reduce body temperature in febrile children. *Acta Paediatrica Japonica*, 1997, 39: 215-217.
- Баранов А.А., Геппе Н.А., Марахьянц М.Л., Усенко В.А. Оптимизация жаропонижающей терапии у детей раннего возраста с респираторными вирусными инфекциями. *Сучасні інфекції*, 2000, 1: 101-104.
- Федеральное руководство по использованию лекарственных средств (формулярная система). Вып. XII. М., 2011. 956 с.
- Локшина Э.Э., Зайцева О.В., Кешишян Е.С. и др. Выбор антипиретика в терапии острых респираторных заболеваний у детей. *Педиатрия. Приложение к Consilium Medicum*, 2011, 1: 3-6.
- Локшина Э.Э., Зайцева О.В., Кешишян Е.С. и др. Использование жаропонижающих препаратов у детей с острыми респираторными инфекциями. *Педиатрия*, 2010, 89(2): 113-119.
- Southey ER, Soares-Weiser K, Kleijnen J. Systematic review and meta-analysis of the clinical safety and tolerability of ibuprofen compared with paracetamol in paediatric pain and fever. *Curr. Med. Res. Opin.*, 2009, 25: 2207-2222.
- Al-Janabi AA. In vitro antibacterial activity of ibuprofen and acetaminophen. *J. Glob. Infect. Dis.*, 2010, 2: 105-108.
- <http://www.vidal.ru> (ссылка на Ибуклин).
- Erlweyn-Lajeunesse S, Coppens K, Hunt LP et al. Randomised controlled trial of combined paracetamol and ibuprofen for fever. *Arch Dis Child*, 2006, 91: 414-16.

Полный список литературы вы можете запросить в редакции.

ИБУКЛИН ЮНИОР®

ПРОТИВ ЖАРА И БОЛИ БЫСТРО И ПРОДОЛЖИТЕЛЬНО

ДЕЙСТВИЕ

ПАРАЦЕТАМОЛ

ИБУПРОФЕН

ГОЛОВНАЯ БОЛЬ

ЖАР

ОЗНОБ

БОЛИ В МЫШЦАХ

БОЛИ В СУСТАВАХ

ВРЕМЯ

ИБУКЛИН ЮНИОР®

Диспергируемые таблетки для детей
Ибупрофен 100 мг + Парацетамол 125 мг

ПОМОГАЕТ УСТРАНИТЬ ОСНОВНЫЕ СИМПТОМЫ ПРОСТУДЫ И ГРИППА:

- СОЧЕТАНИЕ БЫСТРОГО И ДЛИТЕЛЬНОГО ЖАРОПОНИЖАЮЩЕГО ЭФФЕКТА С ОБЕЗБОЛИВАЮЩИМ И ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМ ДЕЙСТВИЕМ
- ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНАЦИИ ПАРАЦЕТАМОЛА И ИБУПРОФЕНА ВЫШЕ, ЧЕМ ОТДЕЛЬНЫХ КОМПОНЕНТОВ*
- ДЕТАМ С 3-Х ЛЕТ

*Инструкция по медицинскому применению.
ООО «Др.Редди'с Лабораторис», 115035, Москва, Овчинниковская наб., д. 20, стр. 1. Тел. (495)795 29 01; факс (495)795 39 08; www.dreddys.ru; e-mail:inforus@dreddys.ru.
Реклама. Информация для врачей и медицинских работников.