МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ИНСТРУКЦИЯ

по применению лекарственного препарата

для медицинского применения

НАРОПИН®

Регистрационный номер:

Торговое название: Наропин®

Международное непатентованное название: Ропивакаин

Химическое название: (S)-(-)-1-пропил-пиперидин-2-карбоксиловой кислоты (2,6-диметил-фенил)-амид гидрохлорид моногидрат

Лекарственная форма: раствор для инъекций

Состав на 1 мл

Активное вещество: ропивакаина гидрохлорид моногидрат, соответствующий ропивакаина гидрохлориду 5,0 мг.

Вспомогательные вещества: натрия хлорид 8,0 мг, натрия гидроксид и/или хлористоводородная кислота для доведения pH до 4,0 – 6,0, вода для инъекций до 1,0 мл.

Описание

Прозрачный бесцветный раствор.

Характеристика

Раствор препарата Наропин® представляет собой стерильный изотонический водный раствор, не содержит консервантов и предназначен только для однократного применения. pKa ропивакаина 8,1; коэффициент распределения – 141 (n-оканол/фосфатный буфер pH 7,4 при 25°C).

Фармакотерапевтическая группа: местноанестезирующее средство.

Код АТХ: N01BB09

ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА

Фармакодинамика

Ропивакаин – длительно действующий местный анестетик амидного типа, являющийся чистым левовращающим энантиомером. Обладает как анестезирующим, так и обезболивающим действием. Высокие концентрации ропивакаина применяются для местной анестезии при хирургических вмешательствах. В низких концентрациях вызывает сенсорный блок (анальгезию) с минимальным и непрогрессирующим моторным блоком. Обратимо блокируя потенциалзависимые натриевые каналы, препятствует генерации импульсов в окончаниях чувствительных нервов и проведению импульсов по нервным волокнам. Как и другие местные анестетики может оказывать влияние на другие возбудимые клеточные мембраны (например, в головном мозге и миокарде), при этом возможно проявление признаков системной токсичности. Попадая в избыточных количествах в системный кровоток, может оказать угнетающее действие на центральную нервную систему и миокард (снижает возбудимость, автоматизм и проводимость). Признаки токсичности со стороны центральной нервной системы (см. раздел «Передозировка») предшествуют признакам токсичности со стороны сердечно-сосудистой системы, так как наблюдаются при более низких концентрациях ропивакаина в плазме. Наропин® имеет широкий терапевтический диапазон (диапазон между дозами, оказывающими терапевтическое и токсическое действие). В исследованиях *in vivo* на животных показано, что ропивакаин оказывает меньшее токсическое действие на миокард по сравнению с бупивакаином. Непрямые сердечно-сосудистые эффекты (снижение АД, брадикардия), которые могут возникать после эпидурального введения ропивакаина, обусловлены возникающей симпатической блокадой.

Начало и длительность анестезии препаратом Наропин® зависят от концентрации и места введения препарата. На длительность и интенсивность блокады, вызванной ропивакаином, добавление эпинефрина практически не влияет.

Фармакокинетика

Концентрация ропивакаина в плазме крови зависит от дозы, пути введения и степени васкуляризации области инъекции. Фармакокинетика ропивакаина линейная, максимальная концентрация (Cmax) пропорциональна введенной дозе. После эпидурального введения ропивакаин полностью абсорбируется в кровь. Абсорбция носит двухфазный характер. Период полувыведения ($T_{1/2}$) для каждой фазы составляет, соответственно, 14 мин и 4 ч. Замедление элиминации ропивакаина определяется медленной абсорбцией, что объясняет

более длительный $T_{1/2}$ после эпидурального введения по сравнению с внутривенным введением.

Общий плазменный клиренс ропивакаина – 440 мл/мин, плазменный клиренс несвязанного вещества - 8 л/мин, почечный клиренс - 1 мл/мин, объем распределения в равновесном состоянии - 47 л, показатель печеночной экстракции около 0,4, $T_{1/2}$-1,8 ч.

Ропивакаин интенсивно связывается с белками плазмы крови (главным образом с альфа1-кислыми гликопротеинами), несвязанная фракция ропивакаина составляет около 6%.

Длительная эпидуральная инфузия ропивакаина после хирургических операций приводит к повышению общего содержания препарата в плазме крови, что обусловлено увеличением содержания кислых гликопротеинов в крови, при этом концентрация несвязанной, фармакологически активной формы ропивакаина в плазме крови меняется в гораздо меньшей степени, чем общая концентрация ропивакаина.

Ропивакаин хорошо проникает через плацентарный барьер с быстрым достижением равновесия по несвязанной фракции. Степень связывания с белками плазмы крови у плода меньше, чем у матери, что приводит к более низким концентрациям ропивакаина в плазме плода по сравнению с общей концентрацией в плазме крови матери.

Ропивакаин активно метаболизируется в организме, главным образом, путем ароматического гидроксилирования (основные метаболиты: 3-гидроксиропивакаин, 4-гидроксиропивакаин, N-дезалкилированные метаболиты и 4-гидроксидезалкилированный ропивакаин). 3-гидроксиропивакаин (конъюгированный и неконъюгированный) обнаруживается в плазме крови. 3-гидрокси и 4-гидроксиропивакаин обладают более слабым местноанестезирущим действием по сравнению с ропивакаином.

После внутривенного введения 86% ропивакаина выводится с мочой (1% - в неизменном виде). Около 37 % 3-гидроксиропивакаина, основного метаболита ропивакаина, выводится с мочой (преимущественно в конъюгированной форме).

1-3% ропивакаина выводится с мочой в виде следующих метаболитов: 4-гидроксиропивакаина, N-дезалкилированных метаболитов и 4-гидроксидезалкилированного ропивакаина.

Нет данных о рацемизации ропивакаина *in vivo*.

ПОКАЗАНИЯ

Анестезия при хирургических вмешательствах:

- Интратекальная блокада

Купирование острого болевого синдрома в педиатрии:

- Блокада периферических нервов у детей с 1 до 12 летнего возраста включительно

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ

Известная повышенная чувствительность к местным анестетикам амидного типа.

Ввиду отсутствия достаточного количества клинических наблюдений не рекомендуется применение препарата Наропин® у детей младше 1-го года, а также интратекальное введение препарата.

С осторожностью: ослабленные пожилые пациенты или пациенты с тяжелыми сопутствующими заболеваниями, такими как блокады внутрисердечной проводимости II и III степеней (синоатриальная, атриовентрикулярная, внутрижелудочковая), прогрессирующие заболевания печени, тяжелая печеночная недостаточность, тяжелая хроническая почечная недостаточность, при терапии гиповолемического шока, беременность, период лактации. Для данных групп пациентов регионарная анестезия является предпочтительной, при проведении больших блокад с целью снижения риска развития тяжелых неблагоприятных явлений рекомендуется предварительно оптимизировать состояние пациента, а также скорректировать дозу анестетика.

Пациентам, находящимся на диете с ограничением натрия, необходимо принимать во внимание содержание натрия в препарате.

БЕРЕМЕННОСТЬ И ЛАКТАЦИЯ

Беременность

Не выявлено влияния ропивакаина на фертильность и репродуктивную функцию, а также его тератогенного действия. Не проводились исследования по оценке возможного действия ропивакаина на развитие плода у женщин.

Наропин® можно применять при беременности только в том случае, если ожидаемая польза для матери превосходит потенциальный риск для плода.

Лактация

Не изучалось выделение ропивакаина или его метаболитов с грудным молоком. Исходя из экспериментальных данных, доза препарата, получаемая новорожденным,

предположительно составляет 4% от дозы, введенной матери (т.е. общая доза ропивакаина, воздействующая на ребенка при грудном вскармливании, значительно меньше дозы, которая может быть получена новорожденным при введении анестетика матери при родах). При необходимости применения препарата в период грудного кормления следует рассмотреть соотношение потенциальной пользы для матери и возможного риска для младенца.

СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ И ДОЗЫ

Препарат применяется для эпидуральной, спинальной, инфильтрационной и проводниковой анестезии.

Наропин® должен использоваться только специалистами, имеющими достаточный опыт проведения регионарной анестезии, или под их наблюдением, при наличии оборудования и лекарственных препаратов для проведения реанимационных мероприятий. До начала выполнения больших блокад должны быть установлены внутривенные катетеры.

Наропин® вводят медленно или путем увеличения вводимых последовательно доз препарата со скоростью 25-50 мг/мин.

Для предотвращения попадания анестетика в сосуд следует обязательно проводить аспирационную пробу. Случайное внутрисосудистое введение распознается по временному увеличению частоты сердечных сокращений. Приведенная таблица является ориентировочным руководством по дозированию препарата для проведения интратекальной блокады. При подборе дозы препарата следует основываться на клиническом опыте с учетом физического состояния пациента.

Рекомендации по дозированию препарата Наропин® для взрослых:

	Концентрация препарата (мг/мл)	**Объем раствора (мл)**	**Доза (мг)**	**Начало действия (мин)**	**Длительность действия (ч)**
Анестезия при хирургических вмешательствах:					
Интратекальная блокада:					
Хирургические вмешательства	5,0	3 - 4	15- 20	1 - 5	2 - 6

Рекомендации по дозированию препарата Наропин® для детей от 1-го года:

	Концентрация препарата (мг/мл)	**Объем раствора (мл/кг)**	**Доза (мг/кг)**
Купирование острого болевого синдрома (интраоперационное и послеоперационное):			
Каудальное эпидуральное введение:			
Блокада периферических нервов у детей от 1 до 12 летнего возраста включительно: (например, для блокады подвздошно-пахового нерва)	5,0	0,6	3

Дозы, указанные в таблице, считаются достаточными для достижения надежной блокады и являются ориентировочными при использовании препарата у взрослых, так как существует индивидуальная вариабельность скорости развития блока и его длительности.

Для анестезии при кесаревом сечении интратекальный способ введения ропивакаина не изучался.

Для ознакомления с факторами, влияющими на метод выполнения отдельных блокад, и с требованиями, предъявляемыми к конкретным группам пациентов, следует использовать стандартные руководства.

Не изучено применение концентрации выше 5 мг/мл у детей, а также интратекальное введение любых концентраций препарата.

Инструкции по применению раствора

Раствор не содержит консервантов и предназначен только для однократного применения. Любое количество раствора, оставшегося в контейнере после использования, должно быть уничтожено.

Невскрытый контейнер с раствором не должен быть автоклавирован.

Невскрытая блистерная упаковка обеспечивает стерильность внешней поверхности инфузионного контейнера и предпочтительна для использования в условиях, требующих стерильности.

Ввиду отсутствия достаточного количества клинических наблюдений не рекомендуется применять Наропин® у детей в возрасте до 1-го года.

ПОБОЧНОЕ ДЕЙСТВИЕ

Нежелательные реакции на Наропин® аналогичны реакциям на другие местные

анестетики амидного типа. Их следует отличать от физиологических эффектов, возникающих из-за блокады симпатических нервов на фоне эпидуральной анестезии, таких как, снижение артериального давления, брадикардия, или эффектов, связанных с техникой введения препарата, таких как, местное повреждение нерва, менингит, постпункционная головная боль, эпидуральный абсцесс.

Побочные эффекты, присущие местным анестетикам

Со стороны центральной и периферической нервной системы

Возможны нейропатия и нарушение функции спинного мозга (синдром передней спинномозговой артерии, арахноидит, синдром конского хвоста), обычно связаны с техникой проведения регионарной анестезии, а не с действием препарата.

В результате случайного интратекального введения эпидуральной дозы может произойти полный спинальный блок.

Возможны серьезные осложнения при системной передозировке и непреднамеренном внутрисосудистом введении препарата (см. раздел «Передозировка»).

Острая системная токсичность

Наропин® может вызывать острые системные токсические реакции при использовании высоких доз или при быстром повышении его концентрации в крови при случайном внутрисосудистом введении препарата либо его передозировке (см. раздел «Фармакологические свойства» и «Передозировка»).

Наиболее часто встречающиеся побочные эффекты

Сообщалось о различных побочных эффектах препарата, подавляющее большинство которых было связано не с воздействием используемого анестетика, а с техникой проведения регионарной анестезии.

Наиболее часто (> 1%) отмечались следующие побочные эффекты, которые были расценены, как имеющие клиническое значение вне зависимости от того была ли установлена причинно-следственная связь с использованием анестетика: снижение артериального давления (АД)*, тошнота, брадикардия, рвота, парестезия, повышение температуры тела, головная боль, задержка мочеиспускания, головокружение, озноб, повышение артериального давления, тахикардия, гипестезия, беспокойство.

Частота возникновения нежелательных эффектов представлена следующим образом:

Очень часто (> 1/10); Часто (> 1/100, < 1/10); Нечасто (> 1/1000, < 1/100); Редко (> 1/10 000, < 1/1 000); Очень редко (< 1/10 000), включая отдельные сообщения.

Очень часто	Со стороны сердечно-сосудистой системы: снижение АД* Со стороны желудочно-кишечного тракта (ЖКТ): тошнота
Часто	Со стороны нервной системы: парестезия, головокружение, головная боль Со стороны сердечно-сосудистой системы: брадикардия, тахикардия, повышение АД Со стороны ЖКТ: рвота** Со стороны мочеполовой системы: задержка мочеиспускания Общие: боль в спине, озноб, повышение температуры тела
Нечасто	Со стороны нервной системы: беспокойство, симптомы токсичности со стороны ЦНС (судороги, большие судорожные припадки, парестезии в околоротовой зоне, дизартрия, онемение языка, нарушения зрения, звон в ушах, гиперакузия, тремор, мышечные судороги), гипестезия Со стороны сосудистой системы: обморок Со стороны дыхательной системы: одышка, затрудненное дыхание Общие: гипотермия
Редко	Со стороны сердечно-сосудистой системы: аритмия, остановка сердца Общие: аллергические реакции (анафилактические реакции, ангионевротический отек, крапивница)

* Снижение АД встречается у детей часто.

**Рвота встречается у детей очень часто.

ПЕРЕДОЗИРОВКА

Острая системная токсичность

При случайном внутрисосудистом введении при проведении блокад нервных сплетений или других периферических блокад наблюдались случаи возникновения судорог.

В случае неправильного введения эпидуральной дозы анестетика интратекально возможно возникновение полного спинального блока.

Случайное внутрисосудистое введение анестетика может вызвать немедленную токсическую реакцию.

При передозировке во время проведения регионарной анестезии симптомы системной токсической реакции появляются в отсроченном порядке через 15-60 мин после инъекции из-за медленного повышения концентрации местного анестетика в плазме крови. Системная токсичность, в первую очередь, проявляется симптомами со стороны центральной нервной системы (ЦНС) и сердечно-сосудистой системы (ССС). Данные реакции вызываются высокими концентрациями местного анестетика в крови, которые могут возникнуть вследствие (случайного) внутрисосудистого введения, передозировки или исключительно высокой адсорбции из сильно васкуляризированных областей. Реакции со стороны ЦНС схожи для всех местных анестетиков амидного типа, в то время как реакции со стороны сердечно-сосудистой системы в большей степени зависят от введенного препарата и его дозы.

Центральная нервная система

Проявления системной токсичности со стороны центральной нервной системы развиваются постепенно: сначала появляются расстройства зрения, онемение вокруг рта, онемение языка, гипераку зия, звон в ушах, головокружение. Дизартрия, тремор и мышечные подергивания являются более серьёзными проявлениями системной токсичности и могут предшествовать появлению генерализованных судорог (эти признаки не должны приниматься за невротическое поведение пациента). При прогрессировании интоксикации может наблюдаться потеря сознания, приступы судорог продолжительностью от нескольких секунд до нескольких минут, сопровождающиеся нарушением дыхания, быстрым развитием гипоксии и гиперкапнии из-за повышенной мышечной активности и неадекватной вентиляции. В тяжелых случаях может даже наступить остановка дыхания. Возникающие ацидоз, гиперкалиемия, гипокальциемия усиливают токсические эффекты анестетика.

Впоследствии, из-за перераспределения анестетика из ЦНС и его последующего

метаболизма и экскреции, происходит достаточно быстрое восстановление функций, если только не была введена большая доза препарата.

Сердечно-сосудистая система

Расстройства со стороны сердечно-сосудистой системы являются признаками более серьезных осложнений. Снижение АД, брадикардия, аритмия и, в ряде случаев, даже остановка сердца могут возникать вследствие высокой системной концентрации местных анестетиков. В редких случаях остановка сердца не сопровождается предшествующей симптоматикой со стороны ЦНС. В исследованиях на добровольцах внутривенная инфузия ропивакаина приводила к угнетению проводимости и сократительной способности сердечной мышцы. Симптомам со стороны сердечно-сосудистой системы обычно предшествуют проявления токсичности со стороны ЦНС, которые можно не заметить, если больной находится под действием седативных средств (бензодиазепины или барбитураты) или под общей анестезией.

У детей ранние признаки системной токсичности местных анестетиков иногда сложнее выявить вследствие затруднений, испытываемых детьми при описании симптомов, или в случае применения регионарной анестезии в сочетании с общей анестезией.

Лечение острой токсичности

При появлении первых признаков острой системной токсичности следует немедленно прекратить введение препарата.

При появлении судорог и симптомов угнетения ЦНС больному требуется адекватное лечение, целью которого является поддержание оксигенации, купирование судорог, поддержание деятельности сердечно-сосудистой системы. Следует обеспечить оксигенацию кислородом, а при необходимости – переход на искусственную вентиляцию легких. Если спустя 15-20 секунд судороги не прекращаются, следует использовать противосудорожные средства: тиопентал натрия 1-3 мг/кг в/в (обеспечивает быстрое купирование судорог) или диазепам 0,1 мг/кг в/в (действие развивается медленнее по сравнению с действием тиопентала натрия). Суксаметоний 1 мг/кг быстро купирует судороги, но при его использовании требуется интубация и искусственная вентиляция легких.

При угнетении деятельности сердечно-сосудистой системы (снижение АД, брадикардия) необходимо внутривенное введение 5-10 мг эфедрина, при необходимости через 2-3 мин

введение повторить. При развитии циркуляторной недостаточности или остановке сердца следует немедленно начать стандартные реанимационные мероприятия. Жизненно важно поддерживать оптимальную оксигенацию, вентиляцию и циркуляцию крови, а также корректировать ацидоз. При остановке сердца могут потребоваться более длительные реанимационные мероприятия.

При терапии системной токсичности у детей необходимо корректировать дозы соответственно возрасту и массе тела пациента.

ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ С ДРУГИМИ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ ПРЕПАРАТАМИ И ДРУГИЕ ФОРМЫ ЛЕКАРСТВЕННОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ

Возможно суммирование токсических эффектов при одновременном применении с другими местными анестетиками или препаратами структурно сходными с местными анестетиками амидного типа.

Клиренс ропивакаина уменьшается до 77 % при одновременном применении с флувоксамином (мощный конкурентный ингибитор изофермента CYP1A2); из-за возможности сходного взаимодействия следует избегать длительного применения препарата Наропин® на фоне действия флувоксамина.

Повышение pH раствора выше 6,0 может привести к образованию преципитата (снижение растворимости ропивакаина).

ОСОБЫЕ УКАЗАНИЯ

Анестезия должна проводиться опытными специалистами. Обязательно наличие оборудования и лекарственных препаратов для проведения реанимационных мероприятий. До начала выполнения больших блокад должен быть установлен внутривенно катетер.

Персонал, обеспечивающий выполнение анестезии, должен быть соответствующим образом подготовлен и знаком с диагностикой и лечением возможных побочных эффектов, системных токсических реакций и других возможных осложнений (см. раздел “Передозировка”).

Осложнением непреднамеренного субарахноидального введения может являться спинальный блок с остановкой дыхания и снижением АД. Судороги развиваются чаще при блокаде плечевого сплетения и эпидуральной блокаде, вероятно, вследствие случайного внутрисосудистого введения или быстрой абсорбции в месте инъекции.

Выполнение блокад периферийных нервов может требовать введение большого объема местного анестетика в зоны с большим количеством сосудов, часто вблизи крупных сосудов, что повышает риск внутрисосудистого введения и/или быстрого системного всасывания, что может привести к высокой концентрации препарата в плазме.

Некоторые процедуры, связанные с применением местных анестетиков, такие как инъекции в области головы и шеи, могут сопровождаться повышенной частотой развития серьезных побочных эффектов, вне зависимости от типа применяемого местного анестетика. Необходимо соблюдать осторожность для предотвращения инъекции в область воспаления.

Следует соблюдать осторожность при введении препарата пациентам с блокадой внутрисердечной проводимости II и III степеней, пациентам с тяжелой почечной недостаточностью, пожилым и ослабленным пациентам.

Имеются сообщения о редких случаях остановки сердца при применении препарата Наропин® для эпидуральной анестезии или блокад периферических нервов, особенно после случайного внутрисосудистого введения препарата, у пожилых пациентов и у пациентов с сопутствующими сердечно-сосудистыми заболеваниями.

В ряде случаев реанимационные мероприятия были затруднительны. Остановка сердца, как правило, требует более длительных реанимационных мероприятий.

Поскольку Наропин® метаболизируется в печени, следует проявлять осторожность при применении препарата у больных с тяжелыми заболеваниями печени; в некоторых случаях из-за замедленной элиминации может возникнуть необходимость уменьшения повторно вводимых доз анестетика.

Обычно у больных с почечной недостаточностью при введении препарата однократно или при использовании препарата в течение непродолжительного периода времени не требуется корректировать дозу. Однако ацидоз и снижение концентрации белков в плазме крови, часто развивающиеся у больных с хронической почечной недостаточностью, могут повышать риск системного токсического действия препарата. Риск системной токсичности также повышен при применении препарата у пациентов с пониженной массой тела и пациентов с гиповолемическим шоком.

Эпидуральная анестезия может приводить к снижению АД и брадикардии. Введение сосудосуживающих препаратов или увеличение объёма циркулирующей крови может уменьшить риск развития подобных побочных эффектов. Следует своевременно корректировать снижение АД путем внутривенного введения 5-10 мг эфедрина, при необходимости введение можно повторить.

Пациенты, получающие терапию антиаритмическими препаратами III класса (например, амиадороном) должны находиться под тщательным наблюдением, рекомендуется ЭКГ-мониторинг в связи с риском усиления сердечно-сосудистых эффектов.

Следует избегать длительного применения препарата Наропин® у пациентов, принимающих мощные ингибиторы изофермента CYP1A2 (такие как, флувоксамин и эноксацин).

Следует учитывать возможность перекрестной гиперчувствительности при одновременном применении препарата Наропин® с другими местными анестетиками амидного типа.

Пациентам, находящимся на диете с ограничением натрия, необходимо принимать во внимание содержание натрия в препарате.

Применение препарата в концентрации выше 5 мг/мл, а также интратекальное применение препарата Наропин® у детей не исследовалось.

Наропин® потенциально способен вызывать порфирию и может применяться у пациентов с диагнозом острая порфирия только в случаях, если нет более безопасной альтернативы. В случае повышенной чувствительности пациентов должны быть приняты необходимые меры предосторожности.

ВЛИЯНИЕ НА СПОСОБНОСТЬ УПРАВЛЯТЬ ТРАНСПОРТНЫМИ СРЕДСТВАМИ И ДРУГИМИ МЕХАНИЗМАМИ

Помимо анальгезирующего эффекта, Наропин® может оказывать слабое транзиторное влияние на двигательную функцию и координацию. Учитывая профиль побочных эффектов препарата, необходимо соблюдать осторожность при управлении транспортными средствами и выполнении других потенциально опасных видов деятельности, требующих повышенной концентрации внимания и быстроты психомоторных реакций.

ФОРМА ВЫПУСКА

Раствор для инъекций 5 мг/мл. По 10 мл в запаянные ампулы из полипропилена. Каждую ампулу помещают в контурную ячейковую упаковку.

5 контурных ячейковых упаковок с инструкцией по применению в картонной пачке с контролем первого вскрытия.

УСЛОВИЯ ХРАНЕНИЯ

Хранить при температуре не выше 30°С. Не замораживать.

Хранить в местах, не доступных для детей.

СРОК ГОДНОСТИ

3 года. Не применять по истечении срока годности, указанного на упаковке.

ФИРМА-ПРОИЗВОДИТЕЛЬ

АстраЗенека АБ, SE-151 85 Содерталье, Швеция

Дополнительная информация предоставляется по требованию:

Представительство компании АстраЗенека ЮК Лимитед, Великобритания в г. Москве и

ООО АстраЗенека Фармасьютикалз

125284 г. Москва, ул. Беговая д. 3, стр. 1

тел. + 7 495 799 56 99, факс + 7 495 799 56 98

Наропин – товарный знак, собственность компании АстраЗенека.

©AstraZeneca 2006-2011

Представитель компании «АстраЗенека Фармасьютикалз» Limited liability company AstraZeneca Pharmaceuticals Раскуражев А.Б.