

Склад

діюча речовина: пантопразол;

1 таблетка містить 20 мг пантопразолу (у вигляді пантопразолу натрію сесквігідрату);

допоміжні речовини: натрію карбонат безводний, целюлоза мікрокристалічна, кросповідон (тип А), гідроксипропілцелюлоза, кремнію діоксид колоїдний безводний, кальцію стеарат;

оболонка: опадрай жовтий (гіпромелоза, титану діоксид (Е 171), макрогол 400, хіноліновий жовтий (Е 104), заліза оксид жовтий (Е 172), Понсо 4R (Е 124)), метакрилатний сополімер (тип А), полісорбат 80, натрію лаурилсульфат.

Лікарська форма

Таблетки гастрорезистентні.

Основні фізико-хімічні властивості: жовті овальні таблетки, покриті оболонкою. Розміри: приблизно 8,9 x 4,6 мм.

Фармакотерапевтична група

Препарат для лікування кислотозалежних захворювань. Інгібітори протонної помпи. Код АТХ А02В С02.

Фармакодинаміка

Пантопразол є заміщеним бензimidазолом, який пригнічує секрецію соляної кислоти у шлунку шляхом специфічного впливу на протонну помпу парієтальних клітин шлунка.

Пантопразол перетворюється на активну форму в кислих каналцях парієтальних клітин, де він інгібує ферментну H^+-K^+-ATP азу, тобто кінцеву стадію утворення соляної кислоти. Це інгібування дозозалежне, впливає як на базальну, так і стимульовану шлункову секрецію кислоти. У більшості пацієнтів усунення симптомів відбувається протягом 2 тижнів. Як і інші інгібітори протонної помпи (ІПП) та інгібітори рецепторів H_2 , пантопразол призводить до зниження кислотності у шлунку, наслідком чого є пропорційне збільшення виділення гастрину. Збільшення рівня гастрину оборотне. Оскільки пантопразол зв'язується з ферментами, віддаленими від клітинних рецепторів, речовина впливає на секрецію соляної кислоти незалежно від стимуляції її виділення

іншими речовинами (ацетилхоліном, гістаміном, гастрином). Дія препарату однакова при пероральному прийомі та внутрішньовенному введенні.

Рівень гастрину натще на тлі прийому пантопразолу зростає. При короткочасному застосуванні у більшості випадків не перевищує верхню межу норми. При довготривалому лікуванні рівень гастрину в більшості випадків зростає вдвічі. Однак, надмірне зростання спостерігалось лише в окремих випадках. Як результат, у поодиноких випадках при довготривалому лікуванні відзначалось незначне або помірне збільшення кількості ентерохромафіноподібних (ECL) клітин у шлунку (подібно до аденоматоїдної гіперплазії). Однак, згідно з даними досліджень, утворення клітин-попередників нейроендокринних пухлин (атипова гіперплазія) або нейроендокринних пухлин шлунка при застосуванні препарату в терапії людини не спостерігалось.

Виходячи з результатів досліджень на тваринах, не можна виключати вплив довготривалого (більше 1 року) лікування пантопразолом на ендокринні параметри щитовидної залози.

На тлі лікування антисекреторними лікарськими засобами рівень гастрину в сироватці крові зростає у відповідь на зниження секреції кислоти. Крім того, через зниження кислотності шлунка підвищується рівень хромограніну А (CgA). Підвищений рівень CgA може впливати на результати досліджень при діагностиці нейроендокринних пухлин. Наявні опубліковані дані свідчать про те, що лікування ІПП слід припинити протягом періоду від 5 днів до 2 тижнів до вимірювань рівня CgA. Це дозволяє рівню CgA повернутися в діапазон нормальних значень, які можуть бути помилково підвищеними після лікування ІПП.

Фармакокінетика

Всмоктування. Пантопразол всмоктується швидко, а максимальна концентрація у плазмі крові досягається вже після одноразового перорального прийому дози 20 мг. У середньому через 2,5 години після прийому досягається максимальна концентрація в сироватці крові на рівні близько 1-1,5 мкг/мл; концентрація залишається постійною після багаторазового прийому.

Тривалість періоду кінцевого напіввиведення становить близько 1 години, а кліренс – 0,1 л/год/кг. Спостерігалось декілька випадків уповільненого виведення речовини з організму. Внаслідок специфічного зв'язування пантопразолу з протонними насосами у паріетальних клітинах тривалість періоду напіввиведення не корелює з тривалістю дії (пригнічення секреції кислоти), яка є набагато більшою.

Фармакокінетичні характеристики не змінюються при одноразовому або багаторазовому застосуванні. При прийомі дозами від 10 мг до 80 мг кінетичні характеристики пантопразолу у плазмі крові змінюються лінійно як після перорального прийому, так і після внутрішньовенного введення.

Зв'язування з білками плазми становить 98 %. Об'єм розподілу становить близько 0,15 л/кг. Препарат зазнає майже повного метаболічного перетворення у печінці. Основним метаболічним шляхом є деметилування за допомогою CYP2C19 з подальшою сульфатною кон'югацією; до інших метаболічних шляхів належить окислення за допомогою CYP3A4. Головним шляхом виведення метаболітів пантопразолу є нирковий (майже 80 %), решта виділяється з калом. Головним метаболітом як у сироватці крові, так і в сечі є дисметилпантопразол у формі кон'югату із сульфатом. Тривалість періоду напіввиведення головного метаболіту (1,5 години) не набагато перевищує тривалість періоду напіввиведення пантопразолу.

Біодоступність. Пантопразол повністю всмоктується після перорального прийому. Абсолютна біологічна доступність препарату у формі таблеток становить 77 %. Вживання їжі не впливає на показники AUC (площа під кривою «концентрація-час»), максимальної сироваткової концентрації та біодоступності. При прийомі разом з їжею збільшуються лише коливання тривалості латентного періоду.

Характеристики для особливих груп пацієнтів.

Близько 3 % європейців мають низьку функціональну активність ферменту CYP2C19; їх називають повільними метаболізаторами. В організмах таких осіб метаболізм пантопразолу, імовірно, головним чином каталізується ферментом CYP3A4. Після прийому однієї дози 40 мг пантопразолу AUC була приблизно в 6 разів більшою у повільних метаболізаторів, ніж в осіб, які мають функціонально активний фермент CYP2C19 (швидкі метаболізатори). Середня пікова концентрація у плазмі крові зросла приблизно на 60 %. Ці результати не впливають на дозування пантопразолу.

Пацієнтам із порушеннями функції нирок (у тому числі пацієнтам, які перебувають на гемодіалізі) зменшення дози пантопразолу не потрібне. Як і у здорових добровольців, період напіввиведення препарату у цих пацієнтів короткий. Незначна кількість пантопразолу діалізується. Незважаючи на те, що період напіввиведення головного метаболіту дещо зростає (2–3 години), він швидко виводиться і завдяки цьому не накопичується.

Хоча у пацієнтів із цирозом печінки (клас А та Б за класифікацією Чайлда-П'ю) період напіввиведення діючої речовини збільшується до 3–6 годин і відповідно до

цього у 3–5 раз збільшується AUC, максимальна концентрація пантопразолу у плазмі крові збільшується у 1,3 раза порівняно зі здоровими добровольцями.

Незначне збільшення показників AUC та максимальної концентрації у пацієнтів літнього віку, порівняно з молодшими пацієнтами, не є клінічно значущим.

Діти. Після одноразового прийому дози 20 або 40 мг пантопразолу перорально AUC та C_{max} у дітей віком від 5 до 16 років знаходилися у межах відповідних значень у дорослих. Після одноразового внутрішньовенного введення пантопразолу в дозах 0,8 або 1,6 мг/кг дітям віком від 2 до 16 років не було відзнаено значущого зв'язку між кліренсом пантопразолу і віком або масою тіла пацієнта. AUC та об'єм розподілу відповідали даним, одержаним під час досліджень за участю дорослих.

Показання

Дорослі та діти віком від 12 років.

Симптоматичне лікування гастроезофагеальної рефлюксної хвороби.

Тривале лікування та профілактика рецидивів рефлюкс-езофагіту.

Дорослі.

Профілактика утворення виразки шлунка та дванадцятипалої кишки, спричиненої прийомом неселективних нестероїдних протизапальних засобів (НПЗЗ) у пацієнтів групи ризику, яким необхідно застосовувати НПЗЗ протягом тривалого часу.

Протипоказання

Підвищена чутливість до активної речовини, похідних бензimidазолу або будь-якого компонента препарату.

Взаємодія з іншими лікарськими засобами та інші види взаємодій

Дія пантопразолу на абсорбцію інших лікарських препаратів. Пантопразол може зменшувати всмоктування препаратів, біодоступність яких залежить від рН шлункового соку (наприклад, деяких протигрибкових препаратів, таких як кетоконазол, ітраконазол, позаконазол, або інших препаратів, таких як ерлотиніб).

Препарати проти ВІЛ (атазанавір). Сумісне застосування ІПП з атазанавіром та іншими препаратами проти ВІЛ, адсорбція яких залежить від рН, може

призводити до суттєвого зниження біодоступності останніх та впливати на їх ефективність. Тому сумісне застосування ІПП з атазанавіром не рекомендується.

У випадку, коли сумісного застосування інгібіторів протеази ВІЛ з ІПП не можна уникнути, рекомендується ретельний клінічний моніторинг (наприклад, вірусного навантаження). Не слід перевищувати добову дозу пантопразолу 20 мг. Може виникнути необхідність коригування дози інгібіторів протеази ВІЛ.

Кумаринові антикоагулянти (фенпрокумон і варфарин). Незважаючи на відсутність взаємодії при одночасному призначенні з фенпрокумоном і варфарином під час проведення клінічних досліджень, були зареєстровані поодинокі випадки зміни МНІ (міжнародний нормалізаційний індекс) у постмаркетинговому періоді. Таким чином, пацієнтам, які застосовують кумаринові антикоагулянти (наприклад, фенпрокумон і варфарин), рекомендується здійснювати моніторинг протромбінового часу/МНІ після початку, припинення або при нерегулярному прийомі пантопразолу.

Метотрексат. Повідомляли, що одночасне застосування високих доз метотрексату (наприклад, 300 мг) та ІПП збільшує рівні метотрексату в крові у деяких пацієнтів. Пацієнтам, які застосовують високі дози метотрексату, наприклад, хворим на рак або псоріаз, рекомендується тимчасово припинити лікування пантопразолом.

Інші взаємодії. Пантопразол значною мірою метаболізується у печінці через систему ферментів цитохрому Р450. Основний шлях метаболізму – деметилування за допомогою СYP2С19 та інших метаболічних шляхів, у тому числі окиснення ферментом СYP3А4. Дослідження з лікарськими засобами, які також метаболізуються за допомогою цих шляхів, такими як карбамазепін, діазепам, глібенкламід, ніфедипін, фенпрокумон, та пероральними контрацептивами, які містять левоноргестрел та етинілестрадіол, не виявили клінічно значущих взаємодій.

Взаємодія пантопразолу з іншими лікарськими засобами, які метаболізуються за допомогою тієї ж системи ферментів, не виключена.

Результати цілого ряду досліджень щодо можливих взаємодій вказують, що пантопразол не впливає на метаболізм активних речовин, які метаболізуються за допомогою СYP1А2 (таких як кофеїн, теофілін), СYP2С9 (наприклад, піроксикам, диклофенак, напроксен), СYP2D6 (таких як метопролол), СYP2Е1 (таких як етанол), не впливає на р-глікопротеїн, який забезпечує всмоктування дигоксину.

Не виявлено взаємодії з одночасно призначеними антацидами.

Були проведені дослідження щодо взаємодії пантопризолу з одночасно призначеними певними антибіотиками (кларитроміцин, метронідазол, амоксицилін). Клінічно значущих взаємодій між цими препаратами не виявлено.

Лікарські препарати, які інгібують або індують CYP2C19. Інгібітори CYP2C19, такі як флувоксамін, можуть призвести до збільшення системного впливу пантопризолу. Слід розглянути зниження дози для пацієнтів, яким показане довготривале лікування високими дозами пантопризолу, або з порушеннями функції печінки.

Індуктори ферментів, що впливають на CYP2C19 і CYP3A4, такі як рифампіцин та засоби, що містять звіробій (*Hypericum perforatum*), можуть привести до зниження концентрації у плазмі ІПП, які метаболізуються через ці ферментні системи.

Особливості застосування

Порушення функцій печінки. Пацієнтам з тяжкими порушеннями функцій печінки необхідно регулярно контролювати рівень печінкових ферментів, особливо під час довготривалого лікування. У разі підвищення рівня печінкових ферментів лікування препаратом необхідно припинити.

Сумісне застосування з нестероїдними протизапальними засобами (НПЗЗ).

Застосування препарату ПанГастро, таблетки по 20 мг для профілактики виразки шлунка та дванадцятипалої кишки, спричинених прийомом НПЗЗ довгий час, слід обмежити для пацієнтів, які схильні до частих загострень виразки шлунка та дванадцятипалої кишки.

Оцінка рівня ризику проводиться з урахуванням індивідуальних факторів ризику, включаючи вік (> 65 років), анамнез розвитку виразки шлунка або дванадцятипалої кишки, а також шлунково-кишкових кровотеч.

Наявні тривожні симптоми. При наявності тривожних симптомів (наприклад, у разі суттєвої втрати маси тіла, періодичного блювання, дисфагії, блювання із кров'ю, анемії, мелени), а також при підозрі або наявності виразки шлунка потрібно виключити злоякісність, оскільки лікування пантопризолом може маскувати симптоми злоякісної виразки і відстрочувати встановлення діагнозу. Якщо симптоми зберігаються при подальшому адекватному лікуванні, необхідно продовжувати дослідження.

Сумісне застосування з атазанавіром. ІПП не рекомендується застосовувати сумісно з атазанавіром (див. розділ «Взаємодія з іншими лікарськими засобами та інші види взаємодій»). Якщо комбінація ПанГастро® з атазанавіром є

необхідною, слід проводити ретельний клінічний моніторинг (наприклад, вимірювання вірусного навантаження) у поєднанні зі збільшенням дози атазанавіру до 400 мг із застосуванням 100 мг ритонавіру. Дозу пантопразолу 20 мг на добу не слід перевищувати.

Абсорбція вітаміну В12. Пантопразол може знижувати всмоктування вітаміну В12 (ціанокобаламіну), що може призвести до гіпо- або ахлоргідрії. Це слід враховувати при довготривалому застосуванні препарату та пацієнтам зі зниженою масою тіла або при наявності факторів ризику під час довготривалої терапії або якщо спостерігаються відповідні клінічні симптоми.

Довготривале лікування. При довготривалому періоді лікування, особливо більше 1 року, пацієнти повинні знаходитися під постійним спостереженням лікаря.

Інфекції шлунково-кишкового тракту, спричинені бактеріями. Пантопразол, як і інші ІПП, може збільшувати кількість бактерій, які зазвичай присутні у верхніх відділах шлунково-кишкового тракту. Лікування препаратом може незначною мірою підвищити ризик виникнення шлунково-кишкових інфекцій, спричинених такими бактеріями як *Salmonella* і *Campylobacter* або *C. Difficile*.

Гіпомагніємія. Спостерігалися випадки тяжкої гіпомагніємії у пацієнтів, які отримували ІПП, такі як пантопразол, протягом не менше 3 місяців, та в більшості випадків протягом 1 року. Можуть виникнути та непомітно розвиватися наступні серйозні клінічні прояви гіпомагніємії: втома, тетанія, делірій, судоми, запаморочення та шлуночкова аритмія. У випадку гіпомагніємії у більшості випадків стан пацієнтів покращувався після замісної коригуючої терапії препаратами магнію та припинення прийому ІПП.

Пацієнтам, які потребують довготривалої терапії, або пацієнтам, які приймають ІПП у комбінації з дигоксином або препаратами, що можуть спричинити гіпомагніємію (наприклад, діуретики), потрібно проводити вимірювання рівня магнію перед початком лікування ІПП та періодично під час лікування.

Переломи кісток. Довготривале лікування (більше 1 року) високими дозами інгібіторів протонної помпи може незначною мірою збільшити ризик перелому стегна, зап'ястя та хребта, переважно у людей літнього віку або при наявності інших факторів ризику. Спостережні дослідження вказують на те, що застосування ІПП може збільшити загальний ризик переломів на 10-40 %. Деякі з них можуть бути зумовлені іншими факторами ризику. Пацієнти з ризиком розвитку остеопорозу повинні отримувати лікування відповідно до діючих клінічних рекомендацій та споживати достатню кількість вітаміну D та кальцію.

Пацієнтам не слід одночасно застосовувати будь-який інший ІПП або блокатор H₂-гістамінових рецепторів.

Пацієнти мають знати, що застосування таблеток пантопразолу не призначене для негайного полегшення симптомів. Пацієнти можуть відчувати полегшення симптомів приблизно через 1 день після початку лікування пантопразолом, але може знадобитися до 7 днів для досягнення повного зникнення симптомів печії. Пацієнтам не слід застосовувати пантопразол як профілактичний засіб.

Підгострий шкірний червоний вовчак (ПШЧВ). ІПП асоціюються із дуже рідкісними випадками ПШЧВ. При ураженнях шкіри, особливо ураженнях внаслідок перебування під сонцем, та якщо ці ураження супроводжуються артралгією, пацієнту слід негайно звернутися за медичною допомогою, а фахівці охорони здоров'я мають розглянути можливість припинення прийому пантопразолу. ПШЧВ після попереднього лікування ІПП може підвищити ризик розвитку ПШЧВ при застосуванні інших ІПП.

Вплив на лабораторні аналізи

Підвищення рівня показника хромограніну А може зашкодити при діагностиці для нейроендокринних пухлин. Щоб уникнути цього впливу, лікування пантопразолом слід припинити щонайменше за 5 днів до початку вимірювань хромограніну А. Якщо показники хромограніну А і гастрину не повернулися в діапазон еталонних значень після початкових лабораторних тестів, слід повторно провести вимірювання цих показників через 14 днів після припинення лікування ІПП.

Здатність впливати на швидкість реакції при керуванні автотранспортом або іншими механізмами

Негативного впливу не спостерігалось, але слід враховувати імовірність таких побічних ефектів як запаморочення, нечіткість зору. При виникненні таких реакцій необхідно утримуватися від керування автотранспортом та інших потенційно небезпечних видів діяльності, що потребують підвищеної концентрації уваги і швидкості психомоторних реакцій.

Застосування у період вагітності або годування груддю

Вагітність. Наявні дані щодо застосування препарату вагітним жінкам (приблизно 300-1000 повідомлень про результати вагітності) вказують на відсутність ембріональної або фето/неонатальної токсичності препарату. У ході досліджень репродуктивної функції у тварин спостерігалася ембріотоксичність. Потенційний ризик для людини невідомий. Як запобіжний захід, слід уникати

застосування препарату вагітним жінкам.

Період годування груддю. Дослідження на тваринах показали екскрецію пантопразолу у грудне молоко. Є дані щодо екскреції пантопразолу у грудне молоко людини. Не можна виключати ризик для новонароджених/немовлят. Рішення про продовження/припинення годування груддю або продовження/припинення лікування препаратом ПанГастро, слід приймати з урахуванням користі від годування груддю для дитини і користі від лікування препаратом ПанГастро для жінки.

Фертильність. Пантопразол не порушував фертильність у дослідженнях на тваринах.

Спосіб застосування та дози

ПанГастро, гастрорезистентні таблетки, слід приймати за 1 годину до прийому їжі цілими, не розжовувати та не подрібнювати, запивати водою.

Рекомендоване дозування.

Дорослі та діти віком від 12 років.

Симптоматичне лікування гастроезофагеальної рефлюксної хвороби.

Рекомендована доза становить 20 мг (1 таблетка) препарату ПанГастро на добу. Зазвичай симптоми печії минають протягом 2-4 тижнів. Якщо цього терміну недостатньо, лікування продовжувати протягом наступних 4-х тижнів. Після зникнення симптоматики її рецидиви можна контролювати, застосовуючи 20 мг препарату залежно від необхідності. Перехід на тривалу терапію слід розглянути у випадку, коли не забезпечується задовільний контроль симптомів при терапії за потребою.

Тривале лікування та профілактика рецидивів рефлюкс-езофагіту.

Для довготривалого лікування підтримуюча доза становить 20 мг (1 таблетка) препарату ПанГастро на добу, при загостренні захворювання можливе збільшення дози до 40 мг на добу. У такому випадку рекомендується прийом таблеток ПанГастро 40 мг. Після усунення рецидиву дозу знову можна зменшити до 20 мг препарату на добу.

Дорослі.

Профілактика виразок шлунка та дванадцятипалої кишки, спричинених прийомом НПЗЗ у пацієнтів групи ризику, які повинні приймати НПЗЗ тривалий час.

Рекомендована доза становить 20 мг (1 таблетка) препарату ПанГастро на добу.

Порушення функцій печінки. Пацієнтам з тяжкими порушеннями функцій печінки не слід перевищувати дозу 20 мг (1 таблетка) на добу.

Порушення функцій нирок. Пацієнти з порушеннями функцій нирок не потребують коригування дози.

Пацієнти літнього віку не потребують коригування дози.

Діти. Препарат не рекомендується застосовувати дітям віком до 12 років, оскільки дані щодо безпеки та ефективності препарату для цієї вікової категорії обмежені.

Діти

ПанГастро не слід застосовувати дітям віком до 12 років.

Передозування

Симптоми передозування невідомі.

Дози до 240 мг при внутрішньовенному введенні протягом 2 хвилин добре переносилися. Пантопразол екстенсивно зв'язується з білками, повністю не виводиться за допомогою діалізу.

У разі передозування з клінічними ознаками інтоксикації застосовувати симптоматичну та підтримуючу терапію.

Побічні реакції

Виникнення побічних реакцій спостерігалось у близько 5% пацієнтів. Найчастіші побічні реакції – діарея і головний біль (близько 1%).

Небажані ефекти за частотою виникнення класифікують за такими категоріями:

- дуже часто (> 1/100);
- часто (> 1/100 і < 1/10);
- нечасто (> 1/1000 і < 1/100);
- рідко (> 1/10000 і < 1/1000);
- дуже рідко (< 1/10000);
- частота невідома (частота не визначена за наявними даними).

З боку крові та лімфатичної системи.

Рідко: агранулоцитоз.

Дуже рідко: лейкопенія, тромбоцитопенія, панцитопенія.

З боку імунної системи.

Рідко: реакції гіперчутливості (включаючи анафілактичні реакції, анафілактичний шок).

Метаболізм та розлади обміну речовин.

Рідко: гіперліпідемія і підвищення рівня ліпідів (тригліцериди, холестерин); зміни маси тіла.

Частота невідома: гіпонатріємія, гіпомагніємія, гіпокальціємія у зв'язку з гіпомагніємією, гіпокаліємія.

З боку психіки.

Нечасто: розлади сну.

Рідко: депресія (з ускладненнями).

Дуже рідко: дезорієнтація (з ускладненнями).

Частота невідома: галюцинації; сплутаність свідомості (особливо у пацієнтів зі схильністю до даних розладів, а також загострення цих симптомів у разі їх наявності).

З боку нервової системи.

Нечасто: головний біль, запаморочення.

Рідко: розлади смаку.

Частота невідома: парестезія.

З боку органів зору.

Рідко: порушення зору/затьмареність.

З боку травного тракту.

Часто: фундальні залозисті поліпи шлунка.

Нечасто: діарея, нудота, блювання, здуття живота, запор, сухість у роті, абдомінальний біль і дискомфорт.

Невідомо: мікроскопічний коліт.

З боку гепатобіліарної системи.

Нечасто: підвищення рівня печінкових ферментів (трансаміназ, g-ГТ).

Рідко: підвищення рівня білірубіну.

Частота невідома: ураження гепатоцитів, жовтяниця, гепатоцелюлярна недостатність.

З боку шкіри та підшкірних тканин.

Нечасто: шкірні висипання, екзантема, свербіж.

Рідко: кропив'янка, ангіоедема.

Дуже рідко: синдром Стівенса-Джонсона, синдром Лайелла, мультиформна еритема, фоточутливість.

Частота невідома: ПШЧВ.

З боку кістково-м'язової системи та сполучної тканини.

Нечасто: перелом стегна, зап'ястя або хребта.

Рідко: артралгія, міалгія.

Частота невідома: м'язовий спазм як наслідок порушення електролітного балансу.

З боку нирок та сечовидільної системи.

Частота невідома: інтерстиціальний нефрит (із можливим прогресуванням до ниркової недостатності).

З боку репродуктивної системи та молочних залоз.

Рідко: гінекомастія.

Загальні розлади.

Нечасто: астенія, втома, нездужання.

Рідко: підвищення температури тіла, периферичні набряки.

Термін придатності

3 роки.

Умови зберігання

Не потребує особливих умов зберігання. Зберігати у недоступному для дітей місці.

Упаковка

По 1 блістеру по 14 таблеток в картонній коробці.

Категорія відпуску

За рецептом.

Виробник

Лек Фармацевтична компанія д.д.

Місцезнаходження виробника та його адреса місця провадження діяльності

Веровшкова 57, Любляна 1526, Словенія або Тримліні, 2Д, 9220 Лендава, Словенія.

Джерело інструкції

Інструкцію лікарського засобу взято з офіційного джерела — [Державного реєстру лікарських засобів України](#).