

С.М. Ткач, д. мед. н., професор, Український науково-практичний центр ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів та тканин МОЗ України,
А.Е. Дорофєєв, д. мед. н., професор, Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

Необстежена диспепсія: практичні рекомендації Української гастроентерологічної асоціації та результати післямаркетингового дослідження Empiric DSR



С.М. Ткач



А.Е. Дорофєєв

Диспепсія – це один з найбільш поширених симптомокомплексів, що зустрічаються в практиці внутрішньої медицини. Диспепсія є глобальною проблемою, проте її розповсюдженість суттєво відрізняється в різних регіонах. Систематичні огляди свідчать, що симптоми диспепсії в усьому світі мають близько 20% населення, в деяких країнах вони є причиною 4-10% усіх звернень за медичною допомогою. Загалом захворюваність на диспепсію є вищою в західних популяціях порівняно зі східними.

Диспепсія частіше зустрічається у жінок, курців, у осіб з *H. pylori* (Hр) та пацієнтів, що приймають нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП). Люди з диспепсією мають нормальну тривалість життя, проте симптоми цього

захворювання негативно впливають на якість життя, що пов'язано з емоційним пригніченням, необхідністю придбання ліків

та зниженням працездатності. Хоча більша частина людей з диспепсією за медичною допомогою не звертається, їх ведення пов'язане з істотними економічними витратами, оскільки пацієнти з диспепсією використовують значно більше різних медичних ресурсів, ніж люди з іншою гастроентерологічною патологією. Таким чином, діагностика, лікування і тривале ведення хворих з диспепсією є актуальною медичною проблемою в усьому світі, включаючи Україну.

Диспепсія не є специфічним синдромом і може зустрічатися при різній патології шлунково-кишкового тракту (ШКТ) – як органічній, так і функціональній. Приблизно у 60-70% пацієнтів з диспепсією будь-яких структурних змін з боку гастро-дуоденальної ділянки при езофагогастро-дуоденоскопії (ЕГДС) не виявляється і ці хворі вважаються такими, що страждають на функціональну диспепсію (ФД). ФД зустрічається приблизно у 7-12% усього населення розвинутих країн, причому значно частіше хворіють люди у молодому та середньому віці. Приблизно у 30-40% пацієнтів диспепсичні скарги зумовлені органічною патологією. В таких випадках мова йде про вторинну (органічну) диспепсію (ВД), основні причини якої наведені у таблиці 1.

Українська гастроентерологічна асоціація (УГА) запропонувала та затвердила

6 тверджень (таблиця 2) та 15 практичних рекомендацій (таблиця 3) по веденню хворих на диспепсію. Ці рекомендації засновані на даних, що є в електронних базах PubMed, NCBI, CochraneLibrary, ResearchGate, GoogleScholar, а також на рекомендаціях провідних міжнародних гастроентерологічних та інших асоціацій і товариств – AGA, CAG, ACG, NICE, UEG. При їх підготовці враховували тільки оригінальні (проспективні, рандомізовані, контрольовані та подвійні сліпі) дослідження, систематичні огляди та метааналізи. Для оцінки якості фактичних даних щодо фармакологічних методів лікування диспепсії застосована система GRADE, згідно якої для оцінки виділяють високий, середній, низький та дуже низький рівні доказів. Високий рівень доказів свідчить про те, що подальші дослідження для зміни думки

Таблиця 1. Потенційні причини диспепсії	
ФД (60-70% усіх випадків)	
ВД (органічна) внаслідок структурних змін ШКТ (30-40% випадків)	• пептичні виразки; • гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ); • біліарна патологія; • панкреатит; • пухлини стравоходу, шлунка, печінки або підшлункової залози; • гастротоксичні медикаменти (аспірин, НПЗП, стероїди, препарати заліза, калію, дігліталіс, теофілін та ін.); • змішані причини (цукровий діабет, гіпер- або гіпотиреоз, гіперпаратиреоз, електролітний дисбаланс (гіперкаліємія, гіперкальціємія), гастропарез або інтестинальна псевдообструкція, синдром мальабсорбції).

Таблиця 2. Твердження УГА щодо диспепсії	
Твердження 1	Диспепсія – це будь-який середньинний епігастральний біль/печіння/дискомфорт, почуття переповнення після їди, почуття раннього насичення, відрижка, печія, нудота/блювання, здуття в епігастрії, що вказують на залучення верхніх відділів ШКТ та наявні не менше 4 тижнів. Диспепсію слід трактувати подвійно – і як синдром (ВД), і як самостійну нозологічну форму (ФД).
Твердження 2	В якості попереднього діагнозу в необстеженого первинного пацієнта слід використовувати термін «необстежена диспепсія». Після відповідного клініко-анамнестичного, лабораторного та інструментального дообстеження всі пацієнти з симптомами диспепсії можуть бути поділені на дві основні групи – з ВД та ФД.
Твердження 3	ВД діагностується у пацієнтів з органічними, системними або метаболічними причинами диспепсичних симптомів, що можуть бути ідентифіковані при проведенні таких діагностичних процедур, як ЕГДС та ультразвукове дослідження (УЗД) органів черевної порожнини (ОЧП), а також шляхом лабораторної діагностики (таблиця 1). При відповідному лікуванні симптоми диспепсії зазвичай значно зменшуються або повністю зникають.
Твердження 4	Нр-асоційована диспепсія, згідно з Київським глобальним консенсусом, розглядається як підгрупа ВД, симптоми якої протягом 6-12 місяців зникають або значно зменшуються після ерадикації.
Твердження 5	ФД, яка є самостійною нозологічною формою, діагностується у пацієнтів з наявністю одного або більше симптомів: почуття переповнення після їди, швидке насичення, епігастральний біль або печіння, які неможливо пояснити стандартними клінічними обстеженнями – ЕГДС, УЗД ОЧП та лабораторними аналізами.
Твердження 6	Етіологія та патофізіологія ВД зумовлена супутнім захворюванням чи станом (таблиця 1). Етіологія ФД точно не відома. В якості ймовірних факторів ризику розвитку ФД розглядають зв'язок з перенесеними гострими гастроінтестинальними інфекціями (так звана постінфекційна ФД), інфекцією Нр, алергією, генетичною схильністю (поліморфізм гена GNB3). У якості патофізіологічних факторів ФД розглядають дисмоторні розлади (сповільнення спорожнення та порушення акомодатції шлунка), вісцеральну гіперчутливість на розтягнення шлунка або дванадцятипалої кишки (ДПК), гіперчутливість ДПК до кислоти та ліпідів, низькоінтенсивне запалення та імунну активацію слизової оболонки, дуоденальну еозинофілію, психосоціальні розлади.

Таблиця 3. Практичні рекомендації УГА щодо диспепсії			
№	Рекомендації	Сила рекомендації	Рівень доказів
1	Пацієнтам старше 50 років з необстеженою диспепсією або наявністю симптомів тривоги, так званих симптомів червоних прапорців (таблиця 4), для виключення неоплазії верхніх відділів ШКТ та іншої органічної патології рекомендовано обов'язкове проведення ЕГДС	Умовна рекомендація	Докази помірної якості
2	Пацієнтам молодше 50 років з диспепсією та відсутністю симптомів тривоги рекомендується проведення неінвазивного тесту на Нр (¹³ С-сечовинний дихальний тест або визначення фекального антигену Нр) та ерадикаційної терапії Нр-інфекції у разі позитивності, так звана стратегія test-and-treat	Сильна рекомендація	Докази високої якості
3	Діагностика ФД базується на основі Римських критеріїв IV, що рекомендують розглядати її як широке поняття (таблиця 5), яке описує пацієнтів з постпрандіальним дистрес-синдромом (ПДС), пацієнтів з епігастральним больовим синдромом (ЕБС), а також пацієнтів із перхресними симптомами ПДС та ЕБС – оверлеп-синдром або поєднання ЕБС та ПДС	Сильна рекомендація	Докази високої якості
4	Пацієнтам з ФД не рекомендується проводити рутинне дослідження шлункової моторики або шлункової секреції	Умовна рекомендація	Докази дуже низької якості
5	Спеціальне дослідження шлункової моторики рекомендується проводити тільки пацієнтам з ФД з високою підозрою на наявність гастропарезу	Умовна рекомендація	Докази дуже низької якості
6	Нр-негативним хворим на диспепсію молодше 50 років за відсутності симптомів тривоги або хворим, у яких залишаються симптоми після ерадикації, рекомендується емпірична терапія (таблиця 4) інгібіторами протонної помпи (ІПП) або призначення комбінації ІПП+прокінетик* (рис. 1)	Сильна рекомендація	Докази високої якості
7	У разі виникнення НПВП-індукованої диспепсії альтернативним препаратом є ребаміпід	Умовна рекомендація	Докази низької якості
8	Пацієнтам з необстеженою диспепсією молодше 50 років за відсутності симптомів тривоги та відповіді на ерадикацію Нр прийом ІПП, прокінетиків або їх комбінації рекомендується терапія низькими дозами трициклічних антидепресантів (ТЦА)	Умовна рекомендація	Докази дуже низької якості
9	Нр-позитивним пацієнтам з ФД рекомендується ерадикаційна терапія із застосуванням високих доз ІПП згідно з рекомендаціями Маастрихтського консенсусу V	Сильна рекомендація	Докази високої якості
10	Нр-негативним хворим на ФД ЕБС або хворим, у яких залишаються симптоми після ерадикації інфекції, рекомендується терапія ІПП у стандартних дозах	Сильна рекомендація	Докази помірної якості
11	Нр-негативним пацієнтам з ФД ПДС рекомендується терапія прокінетиками з доведеною ефективністю (таблиця 6)	Умовна рекомендація	Докази низької якості
12	Нр-негативним пацієнтам з поєднанням ФД ПДС та ФД ЕБС (оверлеп-синдром) рекомендується комбінований прийом ІПП та прокінетика	Умовна рекомендація	Докази низької якості
13	Пацієнтам з ФД, що не відповідають на лікування ІПП, прокінетиками, комбінацією ІПП+прокінетик або ерадикацію інфекції Нр, рекомендується призначити низькі дози ТЦА (амітриптилін, іміпрамін)	Умовна рекомендація	Докази помірної якості
14	Пацієнтам з ФД не рекомендується рутинне застосування альтернативних препаратів або комплементарної медицини	Умовна рекомендація	Докази низької якості
15	Пацієнтам з ФД, що не відповіли на лікування ІПП, прокінетиками, комбінацією ІПП+прокінетик, ерадикацію інфекції Нр або ТЦА, можна розглядати терапію альтернативними препаратами резерву**	Слабка рекомендація	Докази дуже низької якості
16	Пацієнтам з ФД, що не відповіли на будь-яке медикаментозне лікування, рекомендується консультація психотерапевта та проведення психотерапевтичного лікування (рис. 2)	Умовна рекомендація	Докази дуже низької якості

* В Україні комбінація ІПП+прокінетик (омепразол+домперидон) зареєстрована як препарати Омез Д (капсула містить омепразолу 10 мг, домперидону 10 мг) та Омез ДСР (капсула містить омепразолу 20 мг, домперидону 30 мг у вигляді пелет пролонгованої дії);
** альтернативні засоби – ребаміпід, буспірон, прагабалін, монтелукаст, Н₁-гістаміноблокатори, гомеопатичні засоби.

Продовження на стор. 22.

Необстежена диспенсія: практичні рекомендації Української гастроентерологічної асоціації та результати післямаркетингового дослідження Empiric DSR

Таблиця 4. Симптоми тривоги (симптоми «червоних прапорців»)
• Дисфагія, одинокість • Персистуюче блювання • Зниження/відсутність апетиту • Немотивоване зниження маси тіла • Блідість шкірних покривів, ознаки залізодефіцитної анемії • Утворення в епігастрії, що пальпується, лімфоаденопатія • Підвищення температури тіла • Зміни лабораторних показників (анемія, лейкоцитоз, підвищення швидкості осідання еритроцитів (ШОЕ) та ін.) • Несприятливий сімейний анамнез щодо раку верхніх відділів ШКТ

В1. ФД Діагностичні критерії* 1. Один або більше: – відчуття повноти шлунка після їди – швидке насичення – епігастральний біль – епігастральне печіння 2. Відсутність даних про органічну патологію (включаючи верхню ЕГДС), яка могла б пояснити ці симптоми * Відповідність критеріям має бути протягом 3 або більше місяців з початку проявів не менше 6 місяців перед діагностикою	В1а. ПДС Діагностичні критерії* Мають включати один або обидва симптоми, наведені нижче, щонайменше 3 дні на тиждень: • відчуття повноти шлунка після їди (тобто вираженість симптому така, що впливає на звичайну діяльність); • відчуття швидкого насичення (неможливо з'їсти звичайну порцію до кінця). Немає доказів на підставі рутинного обстеження (включаючи верхню ЕГДС) наявності органічних, системних або метаболічних захворювань, які могли б задовільно пояснити наявні диспепсичні симптоми. Відповідність критеріям має бути протягом 3 або більше місяців з початку проявів не менше 6 місяців перед діагностикою Зауваження • Також можуть бути наявними епігастральний біль або печіння після їди, здуття в епігастрії, надмірна відрижка та нудота • Наявність блювання може бути симптомом іншої патології • Печія не є диспепсичним симптомом, але часто може бути симптомом супровідної патології • Симптоми, прояви яких зменшуються після дефекації або відходження газів із кишечника, не мають розглядатися як прояви диспепсії
В1б. Епігастральний больовий синдром Діагностичні критерії* Мають включати один із наведених симптомів щонайменше 1 день на тиждень: • епігастральний біль, інтенсивність якого знижує звичайну активність	та/або • епігастральне печіння, інтенсивність якого знижує звичайну активність а також • немає доказів на підставі рутинного обстеження (включаючи верхню ЕГДС) наявності органічних, системних або метаболічних захворювань, які могли б пояснити ці симптоми Відповідність критеріям має бути протягом 3 або більше місяців з початку проявів не менше 6 місяців перед діагностикою
Зауваження • Біль може бути викликаний прийомом їжі, зменшуватися після прийому їжі або натщесерце • Також можуть бути наявними здуття в епігастрії, відрижка та нудота • Наявність повторюваного блювання дає підставу припустити іншу патологію • Печія не є диспепсичним симптомом, але часто може бути симптомом супутнього захворювання • Наявний біль не відповідає критеріям біліарного болю • Симптоми, прояви яких зменшуються після дефекації або відходження газів із кишечника, не мають розглядатися як прояви диспепсії	Інші симптоми захворювань органів травлення (таких як GERX та синдром подразненого кишечника) можуть супроводжувати ЕБС

Препарат	Кількість доказо- вих досліджень	Ефект/сумарна кіль- кість пацієнтів	SUCRA	Ймовірність ефекту, %
Метоклопрамід	1	50/68	0,925	92,5
Тримебутін	1	18/27	0,745	74,5
Мозаприд	5	244/335	0,633	63,3
Домперидон	13	571/773	0,629	62,9
Ітоприд	9	576/955	0,324	32,4
Акотіамід	5	379/713	0,243	24,3
Плацебо	18	603/1602	0,002	0,2
SUCRA – поверхня під кривою сукупного ранжування. Більш високе значення SUCRA вказує на кращі терапевтичні результати на основі непрямого порівняння.				

Прийняття наведених рекомендацій передувало проведенню великого після-маркетингового дослідження Empiric DSR, що проводилося з 1 квітня 2019 року по 31 березня 2020 року. Воно охопило 20 535 пацієнтів з необстеженою диспепсією в багатьох регіонах України (21 область). Більшість хворих була з Харківської (4240), Київської (3327), Дніпропетровської (2805), Одеської (1589) та Чернівецької (1241) областей.

```

graph TD
    A[Недосліджена диспепсія] --> B[Test and treat  
Добре працює  
при високому рівні Нр]
    A --> C[ЕГДС  
(біопсія, швидкий тест на Нр)  
Усім хворим після 50 років,  
хворим до 50 років за  
наявності симптомів тривоги,  
прийому НПЗП]
    A --> D[Емпіричне призначення  
ІПП або  
ІПП+прокінетик]
    B -- "Немає ефекту" --> C
    D -- "Немає ефекту" --> C
    C -- "Органічної патології  
немає" --> E[ФД  
Ерадикація Нр-інфекції, якщо Нр+  
В залежності від субтипу ФД:  
• ІПП  
• прокінетики  
• ІПП+прокінетик]
    C -- "Органічна патологія" --> F[ВД]
    F --> G[Лікування відповідно патології]
    E -- "Недостатній ефект" --> H[Трициклічні антидепресанти (низькі дози амітриптиліну, іміпраміну  
протягом 3-6 міс.; при недостатньому ефекті – психотерапія,  
альтернативні засоби або комплементарна медицина)]
  
```

```

graph TD
    A[Функціональна диспепсія] --> B[Стратегія Test and treat H. pylori]
    B --> C[ФД-ПДС  
Прокінетики  
або  
ІПП+прокінетик]
    B --> D[ФД-ЕБС  
ІПП  
(стандартна  
доза)]
    B --> E[ПДС+ЕБС  
ІПП+прокінетик]
    E -- Недостатній ефект, лікування в залежності від субтипу ФД --> F[Трициклічні антидепресанти (низькі дози)]
    C --> F
    D --> F
    F -- Недостатній ефект --> G[Гістопатологія/функціональні тести/психотерапія/  
альтернативні засоби або комплементарна медицина  
(фітотерапія/гомеопатія/акупунктура)]
  
```

Омез ДСР та Омез Д). Опитування про-
водили 26 лікарів загальної практики
та 97 лікарів-гастроентерологів. Усього
було проанкетовано 9287 чоловіків (45,2%)
та 11 248 жінок (54,8%). Більша частина
хворих була у віковому діапазоні 25-44 ро-
ків (7612 пацієнтів, 37,1%) та 45-59 років
(6398 пацієнтів, 31,2%), менша частина –
у віці 18-24 роки (3492 пацієнта, 17%)
та старше 60 років (3033 хворих, 14,4%).
На наявність інфекції *H. pylori* було про-
тестовано 7220 пацієнтів (35,2%), з них
1468 пацієнтів (7,1%) були інфіковані,
а ерадикаційна терапія проводилася
1033 пацієнтам (70,4%). У 2977 хворих
на диспепсію були супутні захворювання
опорно-рухового апарату – остеохондроз
хребта (2208) або остеоартроз (7698), з при-
воду яких вони приймали НПЗП (селек-
тивні та неселективні) впродовж 7 діб по-
спіль або довше. Про супутній тривалий
прийом низьких доз ацетилсаліцилової
кислоти та/або клопідогрелю звітували
1407 пацієнтів, з них 1126 (80%) одночасно
приймали будь-який ІПП (омепразол, пан-
топразол, рабепразол та ін.).

приймала фіксовану комбінацію омепразол 10 мг + домперидон 10 мг (препарат Омез Д). Препарат Омез ДСР 1 раз на день приймали 18 417 пацієнтів (89,7%), протягом 28 та 7 днів відповідно 9597 (46,7%) та 5621 (27,4%) пацієнтів, протягом трьох днів – 1347 хворих, а за вимогою – 787.

Таким чином, проведені дослідження свідчать про те, що абсолютна більшість лікарів при веденні пацієнтів з необстеженою диспепсією надають перевагу емпіричному призначенню фіксованої комбінації омепразол 20 мг + домперидон 30 мг (препарат Омез ДСР) 1 раз на день протягом 4 тижнів. Сподіваємося, що наведені вище клінічні рекомендації УГА сприятимуть підвищенню рівня знань практичних лікарів про ведення хворих на недосліджену диспепсію та поліпшенню результатів лікування цих пацієнтів.

1. Camillieri M., Stanghellini V. Current management strategies and emerging treatments for functional dyspepsia. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol.* — 2013; 10: 187-194.
2. Drossman D.A. Functional Gastrointestinal Disorders: History, Pathophysiology, Clinical Features and Rome IV. *Gastroenterology*, 2016. — Vol. 150. — № 6. — P. 1262-1279.
3. Ford A.C., Marwaha A., Sood R., Moayyedi P. Global prevalence of and risk factors for uninvestigated dyspepsia: a meta-analysis. *Gut* 2015; 64: 1049.
4. Gisbert J.P., Calvet X. *Helicobacter pylori* test-and-treat strategy for management of dyspepsia: a comprehensive review. *Clin Transl Gastroenterol*, 2013; 4: e32.
5. Jaafar M., Safi S., Tan M. et al. Efficacy of Rebamipide in Organic and Functional Dyspepsia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Digestive Diseases and Sciences*. <https://doi.org/10.1007/s10620-017-4871-9>.
6. Koretz R.L., Rotblatt M. Complementary and alternative medicine in gastroenterology: the good, the bad and the ugly. *Clin Gastroenterol Hepatol*, 2004; 2: 957.
7. Lacy B.E., Talley N.J., Locke G.R. et al. Review article: current treatment options and management of functional dyspepsia. *Aliment Pharmacol Ther*, 2012; 36: 3.
8. Lan L., Zeng F., Liu G.J. et al. Acupuncture for functional dyspepsia. *Cochrane Database Syst Rev*, 2014; CD008487.
9. Malfertheiner P., Megraud F., O'Morain C.A. et al. Management of *Helicobacter pylori* infection — the Maastricht V/Florence Consensus Report. European *Helicobacter* and Microbiota Study Group and Consensus panel. *Gut*. 2017 Jan; 66(1): 6-30.
10. Mazzoleni L.E., Sander G.B., Francesconi C.F. et al. *Helicobacter pylori* eradication in functional dyspepsia: HEROES trial. *Arch Intern Med* 2011; 171: 1929.

27. Zhao B., Zhao J., Cheng W.F. et al. Efficacy of Helicobacter pylori eradication therapy on functional dyspepsia: a meta-analysis of randomized controlled studies with 12-month follow-up. J Clin Gastroenterol, 2014; 48: 241-247.

3y

ОМЕЗ® ДСР

омепразол 20 мг домперидон 30 мг

наДійно уСуває пРоблеми*



сучасне лікування згідно міжнародного протоколу¹



зручний режим прийому – 1 раз на добу²



технологія модифікованого вивільнення²

ВСЬОГО

1  НА ДОБУ



* Під «надійністю усунення проблем» мається на увазі ефективне усунення чи зменшення різного рівня симптомів ГЕРХ у пацієнтів з високою частотою супутніх симптомів диспепсії. В групі ОмеЗ ДСР® достовірно частіше порівняно з омеПразолом спостерігали повне купірування рефлюксних симптомів через 8 тижнів лікування: 83,3 % порівняно з 43,3 % відповідно. Мараховський К.Ю. и соавт. Гастрозофагеальная рефлюксная болезнь: сопоставительная оценка зффективности и безопасности омеПразола в комбинации с домП-ридоном в сравнении с омеПразолом. ЛЕЧЕБНОЕ ДЕЛО, No 2 (42), 2015 г., с 7-16

1. Stanghellini V., Chan F., Hasler W. et al. Gastroduodenal Disorders // Gastroenterology. 2016 May;150(6):1380-92.

2. Інструкція з медичного застосування ОМЕЗ® ДСР (OMEZ DSR)

Витяг з інструкції з медичного застосування ОМЕЗ® ДСР (OMEZDSR) **Склад:** діючі речовини: omeprazole, domperidone; 1 капсула містить омеПразолу 20 мг (у вигляді кишковорозчинних пелет), домПеридону 30 мг (у вигляді пелет пролонгованої дії). Лікарська форма. Капсули з модифікованим вивільненням, тверді. **Фармакотерапевтична група.** Засоби для лікування кислотозалежних станів. Код АТХ А02Х. **Показання.** Короткочасне лікування кислотозалежних захворювань, що супроводжуються нудотою; – Лікування гастриту або гастроезофагеальної рефлюксної хвороби, що супроводжуються блюванням. **Протипоказання.** Підвищена чутливість до компонентів препарату, підвищена чутливість до замінених бензімідазолів. Період вагітності та годування груддю, дитячий вік до 12 років. **Спосіб застосування та дози.** ОмеЗ® ДСР застосовувати внутрішньо по 1 капсулі на добу вранці, за 1 годину до прийому їжі. Капсули застосовувати цілими, не розламуючи і не розжовуючи. Рекомендована максимальна доза для дорослих не повинна перевищувати 30 мг у розрахунку на домперидон (1 капсула). Курс лікування визначає лікар індивідуально залежно від характеру та перебігу захворювання. Максимальна тривалість прийому препарату ОмеЗ® ДСР не повинна перевищувати один тиждень. **Побічні реакції.** З боку печінки та жовчовивідних шляхів; метаболізму; центральної та периферичної нервової системи; з боку органів слуху та лабіринту; опорно-рухового апарату; алергічні реакції; з боку шкіри та підшкірних тканин; зміни лабораторних показників; з боку печінки; ендокринної системи; імунної системи; шлунково-кишкового тракту; серцево-судинної системи; психічні розлади; з боку репродуктивної системи та молочних залоз; опорно-рухової системи та сполучної тканини; сечовидільної системи; загальні порушення; інші побічні дії. Термін придатності. 2 роки. **Умови зберігання.** Зберігати у недоступному для дітей місці в оригінальній упаковці при температурі не вище 25 °С. Упаковка. По 10 капсул у блістері. По 3 блістери в картонній коробці. **Категорія відпуску.** За рецептом. Р.П. № UA/0235/02/01, Наказ МОЗ України №1313 від 13.07.2018 р.

Інформація про лікарський засіб, призначена для медичних і фармацевтичних працівників. Перед призначенням ознайомтесь з інструкцією для медичного застосування лікарського засобу. За додатковою інформацією звертайтеся за адресою: ТОВ «Др. Редді'с Лабораторіз» Столичне шосе, 103, оф. 11-А, м. Київ, Україна, 03131, тел. +380444923173.