ИНСТРУКЦИЯ
по медицинскому применению препарата
ЛИДАЛОК

Регистрационный номер:

Торговое название: Лидалок

Международное непатентованное название: метопролол

Лекарственная форма: таблетки пролонгированного действия, покрытые пленочной оболочкой

Состав

на 1 таблетку:
активное вещество: метопролола сукцината (в пересчете на сухое вещество) 23,75 мг или 47,50 мг или 95,0 мг, в пересчете на метопролола тартрат 25,0 мг или 50, 0 мг или 100, 0 мг;

вспомогательные вещества: гипромеллоза (гидроксипропилметилцеллюлоза), гиэтеллоза (гидроксиэтилцеллюлоза), Коллидон SR [поливинилацетат 80 %, повидон 19 %, натрия лаурилсульфат 0,8 %, кремния диоксид 0,2 %], коповидон (кополивидон), магния стеарат.

вспомогательные вещества для оболочки: гипромеллоза (гидроксипропилметилцеллюлоза), макрогол 6000 (полиэтиленгликоль 6000), тальк, титана диоксид, краситель хинолиновый желтый.

Описание

Таблетки, покрытые пленочной оболочкой желтого цвета (при дозировке 25 мг) и белого или почти белого цвета (при дозировке 50 мг и 100 мг); круглые, двояковыпуклой формы без риски (при дозировке 25 мг и 50 мг) или двояковыпуклые, продолговатой формы со скругленными концами с риской (при дозировке 100 мг).

Фармакотерапевтическая группа: бета$_1$-адреноблокатор селективный.

Код АТХ: C07AB02

Фармакологические свойства

Фармакодинамика

Метопролол – бета$_1$-адреноблокатор, блокирующий бета$_1$-адренорецепторы в дозах значительно меньших, чем дозы, требующиеся для блокирования бета$_2$-адренорецепторов.

Метопролол обладает незначительным мембраностабилизирующим действием и не обладает внутренней симпатомиметической активностью.

Обладает гипотензивным, антиангинальным и антиаритмическим действием.

Блокируя в бета$_1$-адренорецепторы сердца, уменьшает стимулированное катехоламинами образование циклического аденозинмонофосфата (цАМФ) из аденозинтрифосфата, снижает внутриклеточный ток ионов кальция, оказывает отрицательное хроно-, дромо-, батмо- и инотропное действие (урежает частоту сердечных сокращений (ЧСС), угнетает проводимость и возбудимость, снижает сократимость миокарда).

Общее периферическое сосудистое сопротивление в начале применения бета-адреноблокаторов (в первые 24 ч после приема внутрь) увеличивается (в результате реципрокного возрастания активности альфа-адренорецепторов и устранения стимуляции бета$_2$-адренорецепторов), которое через 1-3 дня возвращается к исходному, а при длительном назначении - снижается.

Гипотензивное действие обусловлено рефлекторным уменьшением минутного объема крови и синтеза ренина, угнетением активности ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (имеет большее значение у больных с исходной гиперсекрецией ренина) и центральной нервной системы (ЦНС), восстановлением чувствительности барорецепторов дуги аорты (не происходит усиления их активности в ответ на снижение артериального давления (АД)) и в итоге уменьшением периферических симпатических влияний. Снижает повышенное АД в покое, при физическом напряжении и стрессе. При артериальной гипертензии эффект наступает через 2-5 дней, стабильное действие отмечается через 1-2 месяца.

Антиангинальный эффект определяется снижением потребности миокарда в кислороде в результате уменьшения ЧСС (удлинение диастолы и улучшение перфузии миокарда) и сократимости, а также снижением чувствительности миокарда к воздействию симпатической иннервации. Уменьшает число и тяжесть приступов стенокардии и повышает переносимость физической нагрузки. За счет повышения конечного диастолического давления левого желудочка и увеличения растяжения мышечных волокон желудочков может повышать потребность в кислороде, особенно у больных с хронической сердечной недостаточностью.

Антиаритмический эффект обусловлен устранением аритмогенных факторов (тахикардии, повышенной активности симпатической нервной системы, увеличенного содержания цАМФ, артериальной гипертензии), уменьшением скорости спонтанного возбуждения синусного и эктопического водителей ритма и замедлением атриовентрикулярного (AV) проведения (преимущественно в антеградном и в меньшей степени в ретроградном направлениях через атриовентрикулярный узел) и по дополнительным путям.

При суправентрикулярной тахикардии, мерцании предсердий, синусовой тахикардии при функциональных заболеваниях сердца и тиреотоксикозе урежает ЧСС или даже может привести к восстановлению ритма.

Предупреждает развитие мигрени.

В отличие от неселективных бета-адреноблокаторов при назначении в средних терапевтических дозах оказывает менее выраженное влияние на органы, содержащие бета$_2$-адренорецепторы (поджелудочная железа, скелетные мышцы, гладкая мускулатура периферических артерий, бронхов и матки) и на углеводный обмен; выраженность атерогенного действия не отличается от действия пропранолола. При применении в больших дозах (более 100 мг/сут) оказывает блокирующий эффект на оба подтипа бета-адренорецепторов.

Фармакокинетика

Метопролол полностью абсорбируется после приема внутрь (95%). Системная биодоступность после приема внутрь однократной дозы составляет приблизительно 30-40%.

Длительность терапевтического эффекта после приема метопролола в лекарственной форме таблетки пролонгированного действия составляет более 24 часов, при этом достигается постоянная скорость высвобождения активного вещества в течение 20 часов. Период полувыведения составляет в среднем 3,5 часа.

Метопролол метаболизируется в печени, 3 основных метаболита не оказывают клинически значимого бета-адреноблокирующего действия. Около 5% принятой внутрь дозы препарата выводится почками в неизмененном виде, остальная часть препарата выводится в виде метаболитов.

Связь с белками плазмы крови низкая, примерно 5-10%. Быстро распределяется в тканях, проникает через гематоэнцефалический барьер. Проникает в грудное молоко. Не удаляется при гемодиализе.

Показания к применению

- Артериальная гипертензия;
- Стенокардия напряжения;
- Стабильная симптоматическая хроническая сердечная недостаточность II-IV функционального класса по классификации NYHA;
- Снижение смертности и частоты повторного инфаркта после острой фазы инфаркта миокарда;
- Нарушения сердечного ритма, включая наджелудочковую тахикардию, снижение частоты сокращения желудочков при фибрилляции предсердий и желудочковой экстрасистолии;
- Функциональные нарушения сердечной деятельности, сопровождающиеся тахикардией;
- Профилактика приступов мигрени.

Противопоказания

-повышенная чувствительность к метопрололу и его компонентам или к другим бета-адреноблокаторам;

-атриовентрикулярная блокада II и III степени;

-острая и хроническая сердечная недостаточность (ХСН) в стадии декомпенсации;

-пациенты, получающие длительную инотропную терапию или средства, влияющие на бета-адренорецепторы;

-клинически значимая синусовая брадикардия;

-синдром слабости синусового узла;

- кардиогенный шок;

- артериальная гипотензия;

-больные с острым инфарктом миокарда при ЧСС менее 45 уд./мин, интервалом PQ более 0,24 сек. или систолическим АД менее 100 мм рт.ст;

-выраженные нарушения периферического кровообращения (при угрозе гангрены);

-одновременное внутривенное введение блокаторов «медленных» кальциевых каналов типа верапамила;

-феохромоцитома (без одновременного применения альфа-адреноблокаторов);

-возраст до 18 лет (эффективность и безопасность не установлены).

С осторожностью: атриовентрикулярная блокада I степени, стенокардия Принцметала, бронхиальная астма, хроническая обструктивная болезнь легких, сахарный диабет, выраженная почечная недостаточность, тяжелая печеночная недостаточность, метаболический ацидоз, нарушения периферического кровообращения, псориаз, депрессия (в том числе и в анамнезе), миастения, феохромоцитома при одновременном применении альфа-адреноблокаторов, тиреотоксикоз.

Применение при беременности и в период лактации

При беременности препарат Лидалок назначают, если польза для матери превышает риск для плода и/или новорожденного (в связи с возможным развитием у новорожденного брадикардии, артериальной гипотензии, гипогликемии и остановки дыхания). Лечение необходимо прерывать за 48-72 ч до родов. В тех случаях, когда это невозможно, необходимо обеспечивать строгое наблюдение за новорожденными в течение 48-72 ч после родоразрешения.

Метопролол проникает в грудное молоко (незначительно), при необходимости применения препарата Лидалок в период лактации, грудное вскармливание необходимо отменить.

Способ применения и дозы

Лидалок предназначен для ежедневного приема 1 раз в сутки, рекомендуется принимать препарат утром. Таблетку препарата Лидалок следует проглатывать целиком, запивая жидкостью. Таблетки (или таблетки, разделенные пополам) не следует разжевывать или крошить.

Артериальная гипертензия

50-100 мг один раз в сутки. При необходимости дозу можно увеличить до 100 мг в сутки или добавить другое антигипертензивное средство, предпочтительнее диуретик и блокатор «медленных» кальциевых каналов (БМКК), производное дигидропиридинового ряда.

Стенокардия напряжения

100-200 мг препарата Лидалок 1 раз в сутки. При необходимости к терапии может быть добавлено другое антиангинальное средство.

При стенокардии напряжения подобранная доза препарата Лидалок должна обеспечивать ЧСС в покое в пределах 55-60 уд/мин, при нагрузке - не более 110 уд/мин.

Стабильная ХСН II функционального класса по классификации NYHA

Пациенты должны находиться в стабильном состоянии без эпизодов обострения течения ХСН в течение последних 6 недель и без изменений в основной терапии в течение последних 2 недель.

Терапия ХСН бета-адреноблокаторами иногда может привести к временному ухудшению симптоматики. В некоторых случаях возможно продолжение терапии или снижение дозы, в ряде случаев может возникнуть необходимость отмены препарата.

В случае развития артериальной гипотензии и/или брадикардии может потребоваться коррекция сопутствующей терапии или снижение дозы препарата Лидалок. Артериальная гипотензия в начале терапии не обязательно указывает, что данная доза не будет переноситься пациентом при дальнейшем длительном лечении. Однако доза не должна увеличиваться до тех пор, пока состояние пациента не стабилизируется. Может потребоваться контроль функции почек.

Рекомендуемая начальная доза препарата Лидалок первые 2 недели 25 мг 1 раз в сутки. После 2-х недель терапии доза может быть увеличена до 50 мг 1 раз в сутки, и далее может удваиваться каждые 2 недели.

Поддерживающая доза для длительного лечения 200 мг препарата Лидалок 1 раз в сутки.

Стабильная ХСН III-IV функционального класса по классификации NYHA
Рекомендуемая начальная доза первые 2 недели 12,5 мг препарата Лидалок (возможно применение препарата метопролол в лекарственной форме таблетки пролонгированного действия по 25 мг с риской) 1 раз в сутки. Доза подбирается индивидуально. В период увеличения дозы пациент должен находиться под наблюдением, так как у некоторых пациентов возможно ухудшение течения ХСН.
Через 1-2 недели доза может быть увеличена до 25 мг 1 раз в сутки. Затем, по прошествии 2-х недель, доза может быть увеличена до 50 мг 1 раз в сутки. Пациентам, которые хорошо переносят препарат, можно удваивать дозу каждые 2 недели до достижения максимальной дозы 200 мг препарата Лидалок 1 раз в сутки.

Нарушения ритма сердца

100-200 мг 1 раз в сутки.

Поддерживающее лечение после инфаркта миокарда

200 мг 1 раз в сутки.

Функциональные нарушения сердечной деятельности, сопровождающиеся тахикардией
100 мг 1 раз в сутки. При необходимости дозу можно увеличить до максимальной суточной дозы 200 мг.

Профилактика приступов мигрени

100-200 мг 1 раз в сутки.

Нарушение функции почек

Нет необходимости корректировать дозу препарата у пациентов с нарушением функции почек.

Нарушение функции печени

Обычно из-за низкой степени связи с белками плазмы коррекции дозы не требуется. Однако при тяжелом нарушении функции печени (у пациентов с тяжелой формой цирроза печени или портокавальным анастомозом) следует рассмотреть возможность снижения дозы препарата.

Пожилой возраст

Нет необходимости корректировать дозу препарата у пациентов пожилого возраста.

Дети
Опыт применения препарата у детей до 18 лет ограничен.

Побочное действие

Для оценки частоты случаев применяли следующие критерии: очень часто (>10%), часто (1-9,9%), нечасто (0,1-0,9%), редко (0,01-0,09%) и очень редко (<0,01%).

Со стороны сердечно-сосудистой системы: часто - синусовая брадикардия, выраженное снижение АД, ортостатическая гипотензия (очень редко сопровождающиеся обмороком), похолодание конечностей, сердцебиение; нечасто - развитие (усугубление) течения ХСН (отечность стоп и/или нижней части голеней, одышка), AV блокада I степени; кардиогенный шок у пациентов с острым инфарктом миокарда; редко - другие нарушения проводимости миокарда, аритмии.

Со стороны центральной нервной системы: очень часто - повышенная утомляемость; часто - головокружение, головная боль; редко - повышенная возбудимость, тревожность, импотенция/сексуальная дисфункция; нечасто – парестезии в конечностях (у пациентов с «перемежающейся» хромотой и синдромом Рейно), судороги, депрессия, снижение концентрации внимания, сонливость, бессонница, «кошмарные» сновидения; очень редко – спутанность сознания или кратковременная потеря памяти, галлюцинации, тремор, астения, миастения, замедление скорости психических и двигательных реакций.

Со стороны пищеварительной системы: часто - тошнота, боль в животе, диарея, запор; нечасто - рвота; редко - сухость слизистой оболочки полости рта, нарушения функции печени (темная моча, желтушность склер или кожи, холестаз); очень редко – гепатит, изменение вкуса.

Со стороны кожных покровов: нечасто - кожная сыпь, зуд, крапивница, повышенное потоотделение; редко – обратимая алопеция; очень редко - фотосенсибилизация, обострение течения псориаза, псориазоподобные кожные реакции, гиперемия кожи.

Со стороны дыхательной системы: часто - одышка при физическом усилии; нечасто - бронхоспазм; редко - ринит.

Со стороны органов чувств: редко - нарушения зрения, сухость и/или раздражение глаз, конъюнктивит; очень редко - звон в ушах.

Со стороны костно-мышечной системы: очень редко – артралгия, боль в спине или в суставах.

Со стороны эндокринной системы: гипергликемия (у больных инсулиннезависимым сахарным диабетом), гипогликемия (у больных, получающих инсулин), гипотиреоидное состояние.

Со стороны обмена веществ: нечасто - увеличение массы тела.

Лабораторные показатели: очень редко – тромбоцитопения; агранулоцитоз, лейкопения, повышение активности «печеночных» ферментов, гипербилирубинемия.

Влияние на плод: внутриутробная задержка роста, гипогликемия, брадикардия.

Передозировка

Первые признаки передозировки проявляются через 20 мин - 2 ч после приема препарата.
Симптомы: при передозировке наиболее серьёзными являются симптомы со стороны сердечно-сосудистой системы, однако иногда, особенно у детей и подростков, могут преобладать симптомы со стороны ЦНС, брадикардия, AV блокада I-III степени (вплоть до развития полной поперечной блокады и остановки сердца), выраженная синусовая брадикардия, аритмия, желудочковая экстрасистолия, асистолия, выраженное снижение АД, слабая периферическая перфузия, сердечная недостаточность, кардиогенный шок; угнетение функции легких, апноэ, повышенная утомляемость, головокружение, обморок, кома, цианоз, тремор, судороги, повышенное потоотделение, парестезии, бронхоспазм, тошнота, рвота, возможен эзофагеальный спазм, гипогликемия (особенно у детей) или гипергликемия, гиперкалиемия; воздействие на почки; транзиторный миастенический синдром; сопутствующий прием алкоголя, антигипертензивных средств, хинидина или барбитуратов может ухудшить состояние пациента.
Лечение: прием активированного угля, в случае необходимости промывание желудка.

Атропин (0,25-0,5 мг в/в для взрослых, 10-20 мкг/кг для детей) должен быть назначен до промывания желудка (из-за риска стимулирования блуждающего нерва).

При необходимости поддержания проходимости дыхательных путей проводят интубацию и обеспечивают адекватную вентиляцию лёгких. Восполнение объёма циркулирующей крови и инфузии декстрозы (глюкозы). Контроль ЭКГ. При необходимости, повторное введение атропина, в дозе 1,0-2,0 мг в/в возможно в случае возникновения вагусных симптомов. При отсутствии положительного эффекта – допамин, добутамин.

В качестве последующих мер возможно назначение глюкагона 50-150 мкг/кг в/в с интервалом в 1 минуту. В некоторых случаях может быть эффективно добавление к терапии норэпинефрина (норадреналина). При аритмии и уширенном желудочковом комплексе (QRS) инфузионно вводят растворы натрия (хлорид или гидрокарбонат). Возможна установка искусственного водителя ритма. При остановке сердца вследствие передозировки могут понадобиться реанимационные мероприятия в течение нескольких часов. Для купирования бронхоспазма может применяться сальбутамол (ингаляционно). Лечение симптоматическое.

При судорогах - медленное в/в введение диазепама. Гемодиализ неэффективен.

Взаимодействие с другими лекарственными средствами

Метопролол является субстратом изофермента CYP2D6, в связи с чем, препараты, ингибирующие изофермент CYP2D6 (хинидин, тербинафин, пароксетин, флуоксетин, сертралин, целекоксиб, пропафенон и дифенгидрамин) могут влиять на плазменную концентрацию метопролола.

Следует избегать совместного применения со следующими лекарственными средствами:

Производные барбитуровой кислоты: барбитураты (исследование проводилось с пентобарбиталом) усиливают метаболизм метопролола, вследствие индукции микросомальных ферментов печени.

Комбинации со следующими препаратами может потребовать коррекции дозы:

Дифенгидрамин: дифенгидрамин уменьшает клиренс метопролола до альфа-гидроксиметопролола в 2,5 раза. Одновременно наблюдается усиление действия метопролола.

Дилтиазем: дилтиазем и бета-адреноблокаторы взаимно усиливают ингибирующий эффект на AV проводимость и функцию синусового узла. При комбинации метопролола с дилтиаземом отмечались случаи выраженной брадикардии.

Фенилпропаноламин: фенилпропаноламин в разовой дозе 50 мг может вызывать повышение диастолического АД до патологических значений у здоровых добровольцев. Пропранолол в основном препятствует повышению АД, вызываемому фенилпропаноламином. Однако бета-адреноблокаторы могут вызывать реакции парадоксальной артериальной гипертензии у пациентов, получающих высокие дозы фенилпропаноламина. Сообщалось о нескольких случаях развития гипертонического криза на фоне приема фенилпропаноламина.

Рифампицин: рифампицин может усиливать метаболизм метопролола, уменьшая плазменную концентрацию метопролола.

Пациенты, одновременно принимающие метопролол и другие бета-адреноблокаторы (в лекарственной форме капли глазные) или ингибиторы моноаминооксидазы (МАО), должны находиться под тщательным наблюдением.

При одновременном применении с ингибиторами МАО, вследствие значительного усиления гипотензивного действия, перерыв в лечении между приемом ингибиторов МАО и метопролола должен составлять не менее 14 дней.

На фоне приема бета-адреноблокаторов средства для ингаляционной анестезии (галогенизированные углеводороды) усиливают кардиодепрессивное действие и вероятность снижения АД.

На фоне приёма бета-адреноблокаторов пациентам, получающим гипогликемические средства для приёма внутрь, может потребоваться коррекция дозы последних.

Плазменная концентрация метопролола может повышаться при одновременном приеме циметидина или гидралазина.

Аллергены, используемые для иммунотерапии, или экстракты аллергенов для кожных проб повышают риск возникновения тяжелых системных аллергических реакций или анафилаксии у больных, получающих метопролол.
Йодсодержащие рентгеноконтрастные средства для в/в введения повышают риск развития анафилактических реакций.
Снижает клиренс лидокаина и ксантинов (кроме дипрофиллина) и повышает их концентрацию в плазме крови, особенно у больных с исходно повышенным клиренсом теофиллина под влиянием курения.

Сердечные гликозиды, метилдопа, резерпин и гуанфацин, БМКК (верапамил, дилтиазем), амиодарон и другие антиаритмические средства повышают риск развития или усугубления брадикардии, AV блокады, остановки сердца и сердечной недостаточности.
Диуретики, клонидин, симпатолитики, гидралазин, нифедипин и другие гипотензивные средства могут привести к чрезмерному снижению АД.
Удлиняет действие недеполяризующих миорелаксантов и антикоагулянтный эффект кумаринов.
Три- и тетрациклические антидепрессанты, антипсихотические средства (нейролептики), этанол, седативные и снотворные средства усиливают угнетение ЦНС.
Негидрированные алкалоиды спорыньи повышают риск развития нарушений периферического кровообращения.

Особые указания

Контроль за больными, принимающими бета-адреноблокаторы, включает наблюдение за ЧСС и АД (в начале приема - ежедневно, затем 1 раз в 3-4 мес), концентрацией глюкозы в крови у больных сахарным диабетом (1 раз в 4-5 мес). Следует обучить больного методике подсчета ЧСС и проинструктировать о необходимости врачебной консультации при ЧСС менее 50 уд./мин.
Возможно усиление выраженности аллергических реакций (на фоне отягощенного аллергологического анамнеза) и отсутствие эффекта от введения обычных доз эпинефрина (адреналина).
У пожилых пациентов рекомендуется осуществлять контроль функции почек (1 раз в 4-5 мес).
Лидалок может усилить симптомы нарушения периферического артериального кровообращения.
При артериальной гипертензии эффект наступает через 2-5 дней, стабильное действие отмечается через 1-2 мес.
У "курильщиков" эффективность бета-адреноблокаторов ниже.
При комбинированной терапии препарата Лидалок с клонидином прием последнего следует прекращать через несколько дней после отмены препарата Лидалок, во избежание гипертонического криза.
Лидалок может маскировать некоторые клинические проявления тиреотоксикоза (например, тахикардию). Резкая отмена у больных с тиреотоксикозом противопоказана, поскольку способна усилить симптоматику.
При сахарном диабете Лидалок может маскировать тахикардию, вызванную гипогликемией. В отличие от неселективных бета-адреноблокаторов практически не усиливает вызванную инсулином гипогликемию и не задерживает восстановление концентрации глюкозы в крови до нормального уровня.

При необходимости назначения препарата Лидалок пациентам с бронхиальной астмой, в качестве сопутствующей терапии, используют бета$_2$-адреномиметики; при феохромоцитоме - альфа-адреноблокаторы.
При необходимости проведения хирургического вмешательства необходимо предупредить врача-анестезиолога о приеме препарата Лидалок (выбор средства для общей анестезии с минимальным отрицательным инотропным действием), отмена препарата не рекомендуется.
Реципрокную активацию n.vagus можно устранить в/в введением атропина (1-2 мг).
Симпатолитики (например, резерпин), могут усилить действие бета-адреноблокаторов, поэтому больные, принимающие такие сочетания средств, должны находиться под постоянным наблюдением врача на предмет выявления чрезмерного снижения АД или брадикардии.
В случае появления нарастающей брадикардии (менее 50/мин), артериальной гипотензии (систолическое АД ниже 100 мм рт.ст.), AV блокады, бронхоспазма, желудочковых аритмий, тяжелых нарушений функции печени и почек необходимо уменьшить дозу препарата Лидалок или прекратить лечение.
Рекомендуется прекратить терапию при появлении кожных высыпаний и развитии депрессии, вызванной приемом бета-адреноблокаторов.
Отмену препарата Лидалок проводят постепенно, сокращая дозу в течение 10 дней. При резком прекращении лечения может возникнуть синдром "отмены" (усиление приступов стенокардии, повышение АД). Особое внимание при отмене препарата необходимо уделить больным стенокардией напряжения.
Больные, пользующиеся контактными линзами, должны учитывать, что на фоне лечения бета-адреноблокаторами возможно уменьшение продукции слезной жидкости.

Влияние на способность управлять автотранспортом и работать с техническими устройствами

В период лечения препаратом Лидалок возможны слабость, головокружение, судороги, сонливость и др. побочные эффекты, в связи с чем, необходимо соблюдать осторожность при вождении автотранспорта и занятии другими потенциально опасными видами деятельности, требующими повышенной концентрации внимания и быстроты психомоторных реакций.

Форма выпуска
Таблетки пролонгированного действия, покрытые пленочной оболочкой 25 мг, 50 мг, 100 мг.
По 10 или 14 таблеток в контурную ячейковую упаковку из пленки поливинилхлоридной и фольги алюминиевой печатной лакированной.

По 1, 2 или 3 контурных ячейковых упаковки вместе с инструкцией по применению помещают в пачку из картона.

Условия хранения
Список Б.

В сухом защищенном от света месте при температуре не выше 25 ^{0}C.

Хранить в недоступном для детей месте.

Срок годности
2 года.

Не применять по истечении срока годности, указанного на упаковке.

Условия отпуска из аптек
По рецепту.

Производитель/организация, принимающая претензии

ЗАО «Фармацевтическое предприятие «Оболенское»

142279, Московская обл., Серпуховский р-он, п. Оболенск, корп. 7-8

Тел./факс: (4967) 36-01-07.

Директор ЗАО «ФП «Оболенское» В.И. Волчков

РОСЗДРАВНАДЗОР
ЭКСПЕРТНЫЙ ОТЧЕТ
ДЕЙСТВИТЕЛЕН ДЛЯ ДАННОЙ
ВЕРСИИ ДОКУМЕНТА
0 0 0 0 0 0 0 0 0