

## **Состав**

*действующее вещество:* гидрохлоротиазид;

1 таблетка содержит гидрохлоротиазида (в пересчете на 100% сухое вещество) - 25 мг;

*вспомогательные вещества:* лактозы моногидрат, повидон, целлюлоза микрокристаллическая, крахмал кукурузный, магния стеарат.

## **Лекарственная форма**

Таблетки.

*Основные физико-химические свойства:* таблетки белого или белого с желтоватым оттенком цвета, с чертой. На поверхности таблеток допускаются мраморность и вкрапления серого цвета.

## **Фармакотерапевтическая группа**

Мочегонные препараты с умеренно выраженной активностью, группа тиазидов. Простые тиазидные диуретики. Гидрохлортиазид. Код АТХ С03А А03.

## **Фармакодинамика**

Гидрохлортиазид является тиазидным диуретиком средней силы действия. Снижает реабсорбцию ионов натрия на уровне кортикального сегмента петли Генле, не влияя на участок, проходит в мозговом слое почки. Гидрохлортиазид блокирует карбоангидразы в проксимальном отделе извитых канальцев, ускоряет выведение с мочой ионов калия, гидрокарбонатов и фосфатов. Практически не влияет на состояние кислотно-щелочного баланса (ионы натрия выводятся или вместе с ионами хлора, или гидрокарбонат-ионами, поэтому при алкалозе усиливается выведение гидрокарбонатов, при ацидозе - хлоридов). Гидрохлортиазид повышает выведение ионов магния, задерживает выведение уратов. Гидрохлортиазид снижает выведение кальция с мочой, уменьшая образование кальциевых почечных камней.

Гидрохлортиазид оказывает гипотензивное действие. Антигипертензивное действие наступает через 3-4 дня, но для достижения оптимального терапевтического эффекта может потребоваться 3-4 недели. Гипотензивное действие сохраняется в течение недели после отмены препарата.

Действие гидрохлоротиазида снижается при уменьшении скорости клубочковой фильтрации и прекращается при клиренсе креатинина менее 30 мл / мин.

Немеланомный рак кожи. Результаты двух фармакоэпидемиологических исследований, базировавшихся на данных Датского национального реестра онкологических заболеваний, продемонстрировали кумулятивную дозозависимую связь между гидрохлоротиазидом (ГХТЗ) и возникновением базальноклеточной карциномы (БКК) и плоскоклеточной карциномы (ПКК).

Одно исследование включало популяцию с 71533 пациентов с БКК и 8629 пациентов с ПКК, которых сравнивали с 1430833 и 172462 пациентами из контрольной популяции соответственно. Применение высоких доз ГХТЗ ( $\geq 50\,000$  мг кумулятивно) было связано с скорректированным коэффициентом риска (КР) 1,29 (95% доверительный интервал (CI): 1,23-1,35) для БКК и 3,98 (95% CI : 3,68-4,31) для ПКК. Четкая кумулятивная дозозависимая связь наблюдалась как для БКК, так и для ПКК.

Другое исследование показало возможную связь между раком губы (ПКК) и применением ГХТЗ: 633 случая рака губы (ПКК) сравнивали с 63067 пациентами контрольной популяции, используя стратегию случайной выборочной совокупности. Кумулятивная дозозависимая связь была продемонстрирована со скорректированным КР 2,1 (95% CI: 1,7-2,6), который увеличивался в КР 3,9 (3,0-4,9) для высоких доз ( $\sim 25\,000$  мг) и КР 7,7 (5,7-10,5) для высокой кумулятивной дозы ( $\sim 100\,000$  мг) (см. раздел «Особенности применения»).

## **Фармакокинетика**

После приема гидрохлоротиазид быстро, но не полностью (60-80%) всасывается из желудочно-кишечного тракта. Диуретический эффект развивается через 1-2 часа, достигает максимума через 4 часа и продолжается 10-12 часов.

Связывание с белками плазмы крови составляет 40%. Гидрохлоротиазид проникает через плацентарный барьер и в грудное молоко.

Гидрохлоротиазид не подлежит существенному метаболизму. Первичный путь элиминации - почечная экскреция в неизмененном виде. Период полувыведения у пациентов с нормальной функцией почек составляет около 6 часов, у пациентов с умеренно выраженной почечной недостаточностью - 11,5 часов.

## **Показания**

- Отечный синдром различного генеза (при застойной сердечной недостаточности, циррозе печени с асцитом, нефротическом синдроме,

хронической почечной недостаточности, предменструальном синдроме, задержке жидкости при ожирении, а также вызванный приемом лекарств, например кортикостероидами);

- артериальная гипертензия (в качестве монотерапии или в комбинации с другими антигипертензивными препаратами);
- симптоматическое лечение нефрогенного несахарного диабета (для уменьшения полиурии);
- субкомпенсированные формы глаукомы;
- профилактика образования кальциевых почечных конкрементов.

## **Противопоказания**

- Повышенная чувствительность к гидрохлоротиазиду, а так же к другим сульфаниламидам или к любому компоненту препарата;
- тяжелая почечная недостаточность (клиренс креатинина ниже 30 мл / мин);
- механическая непроходимость мочевыводящих путей;
- тяжелая печеночная недостаточность, печеночная энцефалопатия;
- анурия;
- подагра (тяжелые формы);
- гиповолемия;
- декомпенсированный сахарный диабет;
- нарушение водно-солевого обмена (гипокалиемия, гиперкальциемия, гипонатриемия).

## **Взаимодействие с другими лекарственными средствами и другие виды взаимодействий**

*Сердечные гликозиды:* повышается вероятность токсических эффектов гликозидов (в т.ч. повышенной возбудимости желудочков) вследствие развития тиазид-индуцированных гипокалиемии и гипомagneмии.

*Амфотерицин В (парентерально), слабительные, которые стимулируют моторику кишечника, глюкокортикостероиды, АКТГ, кальцитонин:* гидрохлоротиазид может усиливать электролитный дисбаланс, особенно гипокалиемию.

*Соли кальция и витамин D:* тиазидные диуретики снижают выведение кальция и могут повысить уровень кальция в плазме крови. Следует контролировать уровень кальция в сыворотке крови и корректировать дозу кальция / витамина D.

*Препараты, вызывающие изменения уровня калия в сыворотке крови:* повышается риск развития сердечных аритмий, в т. ч. желудочковой тахикардии

(например, torsade de pointes):

- Антиаритмические препараты класса Ia (хинидин, гидрохинидин, дизопирамид).
- Антиаритмические препараты класса III (амиодарон, соталол, дофетилида, ибутилид).
- Нейролептики (например, тиоридазин, хлорпромазин, левомепромазин, трифлуоперазин, циаемемазин, сульпирид, сультопридом, амисульпирид, тиаприд, пимозид, галоперидол, дроперидол).
- Другие (например, бепридил, цизаприд, дифеманил, эритромицин, галофантрин, мизоластин, пентамидин, терфенадин, винкамин).

*Карбамазепин*: развитие гипонатриемии. Следует контролировать уровень электролитов, в случае необходимости применять диуретики других групп.

*Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), включая селективные ингибиторы ЦОГ-2, ацетилсалициловую кислоту > 3 г / сут и неселективные НПВП*: при одновременном приеме НПВП могут ослаблять антигипертензивный эффект гидрохлоротиазида и усиливать влияние гидрохлоротиазида на уровень калия в сыворотке крови.

*Дифлузанил*: повышается концентрация гидрохлоротиазида в плазме крови и снижается его гиперурикемическое действие.

*Этанол, барбитураты (например, фенobarбитал), диазепам, наркотические анальгетики, антидепрессанты*: могут усиливать гипотензивное действие гидрохлоротиазида.

*Прессорные амины (например, эпинефрин, норэпинефрин)*: гидрохлоротиазид уменьшает их влияние на артериальное давление.

*Гипотензивные препараты*: при совместном применении с гидрохлоротиазидом может возникнуть необходимость уменьшения дозы гипотензивных препаратов для предупреждения чрезмерного снижения артериального давления.

*Соли лития*: следует избегать одновременного применения с гидрохлоротиазидом из-за возможности повышения концентрации солей лития в плазме крови до токсического уровня.

*Противодиабетические препараты (пероральные препараты, инсулин)*: на фоне лечения тиазидами возможно нарушение толерантности к глюкозе, развитие гипергликемии. Может возникнуть необходимость в изменении дозировки.

*Метформин*: применять с осторожностью, учитывая риск лактатного ацидоза из-за возможной гидрохлортиазид-индуцированной функциональной почечной недостаточности.

*Недеполяризующие миорелаксанты (например, тубокурарин)*: возможно усиление миорелаксирующего эффекта.

*Цитотоксические препараты (например, циклофосфамид, метотрексат)*: тиазиды могут снижать почечную экскрецию цитотоксических препаратов и усиливать их миелосупрессивные эффекты.

*Холестирамин и смолы колестипола*: даже при однократном приеме холестирамин или смолы колестипола связывают гидрохлортиазид и уменьшают его всасывание из пищеварительного тракта на 85% и 43% соответственно.

*Антиподагрические средства (пробенецид, сульфинпиразон и аллопуринол)*: необходима коррекция дозы урикозурических препаратов, поскольку гидрохлортиазид может повысить уровень мочевой кислоты в сыворотке крови. Может потребоваться увеличение дозы пробенецида или сульфинпиразона. Одновременное применение тиазидных диуретиков, в том числе гидрохлортиазида, может увеличивать частоту реакций гиперчувствительности на аллопуринол.

*Антихолинергические средства (например, атропин, бипериден)*: повышают биодоступность тиазидных диуретиков, уменьшая моторику пищеварительного тракта и скорость опорожнения желудка.

*Салицилаты*: при высоких дозах салицилатов гидрохлортиазид может усиливать их токсическое действие на центральную нервную систему.

*Метилдопа*: сообщалось об отдельных случаях гемолитической анемии при одновременном применении с гидрохлортиазидом.

*Циклоспорин*: повышается риск возникновения гиперурикемии и подагры.

*β-блокаторы и диазоксид*: возможно повышение их гипергликемического эффекта за счет тиазидов.

*Амантадин*: гидрохлортиазид может повысить риск побочных реакций амантадина.

*Йодсодержащие контрастные средства*: в случае диуретик-индуцированного обезвоживания повышается риск развития острой почечной недостаточности,

особенно на фоне высоких доз препаратов йода. Перед применением следует провести регидратацию.

## **Особенности применения**

### *Немеланомный рак кожи.*

Повышение риска возникновения немеланомного рака кожи (НМРШ) с увеличением кумулятивной дозы ГХТЗ было обнаружено в двух фармакоэпидемиологических исследованиях. Фотосенсибилизирующее действие ГХТЗ может быть механизмом развития этой патологии.

Пациентов, принимающих ГХТЗ отдельно или в комбинации с другими лекарственными средствами, следует проинформировать о риске развития НМРШ, особенно при длительном применении, о необходимости регулярно осматривать кожу и немедленно сообщать врачу о новых поражениях или о любых подозрительных новообразованиях на коже, изменениях поражений кожи или родинок.

Для снижения риска развития рака кожи пациентов следует проинформировать о возможных профилактических мероприятиях, такие как ограничение влияния солнечного света и УФ-облучения, а в случае их воздействия - о необходимости адекватной защиты кожных покровов. Необходимо в кратчайшие сроки обследовать подозрительные поражения кожных покровов, включая гистологическое исследование биопсийного материала.

Пациентам, ранее перенесшим НМРШ, также может понадобиться просмотр применения ГХТЗ.

### *Нарушение функции почек.*

Пациентам с выраженными нарушениями функции почек следует с осторожностью применять диуретики, в т.ч. гидрохлортиазид. Тиазиды могут повлечь или ускорить развитие азотемии и усилить уже существующие нарушения функции почек. Возможны кумулятивные эффекты препарата. При прогрессировании нарушения функции почек, существенном усилении азотемии и развитии олигурии применения диуретика следует прекратить.

### *Нарушение функций печени.*

Тиазиды следует применять с осторожностью пациентам с нарушениями функции печени или с прогрессирующими заболеваниями печени, поскольку эти препараты могут вызвать внутрипеченочный холестаз, а даже незначительные изменения водно-электролитного баланса или уровня аммиака крови могут

спровоцировать / ускорить развитие печеночной комы, печеночной энцефалопатии, гепаторенального синдрома. В этом случае лечение диуретиками следует прекратить.

#### *Реакции гиперчувствительности.*

Следует помнить о возможности их возникновения у пациентов с / без аллергических заболеваний или бронхиальной астмы в анамнезе. Сообщалось о развитии или обострение заболеваний соединительной ткани, например системной красной волчанки, на фоне приема тиазидов.

#### *Хориоидальный выпот с дефектом зрительного поля, острая миопия и вторичная глаукома.*

Гидрохлоротиазид может вызвать реакцию идиосинкразии, что приводит к развитию хориоидального выпота с дефектом зрительного поля, острой транзиторной миопии и острой закрытоугольной глаукомы. Симптомы характеризуются острым началом снижения остроты зрения и / или глазной боли и обычно развиваются от нескольких часов до нескольких недель от начала лечения гидрохлоротиазидом.

Не леченная острая глаукома может привести к постоянной потере зрения. Первичной мерой лечения является прекращение применения гидрохлоротиазида как можно скорее. В дальнейшем следует рассмотреть безотлагательное медикаментозное или хирургическое лечение, если внутриглазное давление остается неконтролируемым. Фактором риска развития острой закрытоугольной глаукомы может быть аллергия на сульфаниламиды или пенициллин в анамнезе.

#### *Водный и электролитный баланс.*

Применение тиазидов следует начинать только после коррекции уже существующих нарушений водно-электролитного баланса.

Всех пациентов, получающих терапию диуретиками, следует обследовать для выявления возможного водно-электролитного дисбаланса, в т.ч. гиповолемии, гипонатриемии, гипокалиемии, гипомагниемии, гипохлоремического алкалоза. Следует регулярно контролировать концентрацию калия, магния, натрия и других электролитов крови, а также клиренс креатинина плазмы крови при длительном применении диуретиков.

Определение уровней электролитов в сыворотке крови и моче особенно важно, когда пациент страдает избыточной рвотой и / или диареей или получает парентерально жидкости.

На уровень электролитов сыворотки крови также может влиять одновременное применение таких препаратов, как сердечные гликозиды, ГКС, АКТГ.

Тиазиды следует применять с осторожностью при заболеваниях, сопровождающихся повышенной потерей калия. Гипокалиемия может повышать токсические эффекты сердечных гликозидов (например, желудочковая возбудимость). Конкурентный дефицит магния может усложнить коррекцию гипокалиемии. При длительном применении гидрохлортиазида пациентам рекомендуется соблюдать диету, обогащенной калием и / или препараты калия.

У пациентов с отеками в жаркую погоду может возникать дилуционная гипонатриемия соответствующими корректирующими мерами ограничения воды, а не введение соли, кроме случаев, когда гипонатриемия угрожает жизни.

Мониторинг электролитов сыворотки крови особенно показан пациентам пожилого возраста, пациентам с асцитом вследствие цирроза печени или отеками вследствие нефротического синдрома. В случае нефротического синдрома гидрохлортиазид следует применять только под строгим контролем у пациентов с нормальным уровнем калия крови, без признаков гиповолемии или тяжелой гипоальбуминемии.

Предупредительными симптомами водно-электролитного дисбаланса, независимо от причины, является сухость во рту, жажда, слабость, вялость, сонливость, беспокойство, спутанность сознания, судороги, мышечные боли или спазмы (Крамп), мышечная усталость, артериальная гипотензия, олигурия, тахикардия, тошнота, рвота.

*Артериальная гипотензия и гипотензивные препараты.*

Как и при применении других антигипертензивных лекарственных средств, у некоторых пациентов может возникать симптоматическая артериальная гипотензия. Тиазиды могут усиливать действие других антигипертензивных препаратов. При совместном применении с гидрохлортиазидом может возникнуть необходимость уменьшения дозы гипотензивных препаратов для предупреждения чрезмерного снижения артериального давления.

Антигипертензивное действие гидрохлортиазида может усиливаться после симпатэктомии.

*Ишемическая болезнь сердца, сосудов головного мозга, стеноз аортального и митрального клапанов.*

Препарат следует назначать с осторожностью из-за возможного чрезмерного снижения артериального давления, которое может привести к

инфаркту миокарда или инсульту. С особой осторожностью назначать пациентам при церебральном и коронарном атеросклерозе.

#### *Пациенты пожилого возраста.*

При назначении гидрохлоротиазида следует учитывать, что пациенты этой возрастной категории могут быть более чувствительны к препарату, поэтому вдвойне уменьшенная терапевтическая доза может быть достаточной.

Необходимо учитывать, что у пациентов пожилого возраста клиренс креатинина зависит от возраста, массы тела, пола.

*Метаболические и эндокринные эффекты.* Диуретики, включая гидрохлоротиазид, могут привести к нарушению толерантности к глюкозе. Может возникнуть потребность в коррекции доз инсулина и оральных противодиабетических средств (см. Раздел «Взаимодействие с другими лекарственными средствами и другие виды взаимодействий»). Возможна манифестация латентного диабета во время терапии тиазидами.

Диуретики могут снижать выведение кальция с мочой и, как следствие, вызвать незначительное транзиторное повышение его уровня в плазме крови. Значительная гиперкальциемия может быть проявлением латентного гиперпаратиреоза. Патологические изменения в паращитовидных железах с гиперкальциемией и гипофосфатемией наблюдались у некоторых пациентов при длительной терапии тиазидами. Прием тиазидов следует прекратить перед обследованием функции паращитовидных желез.

При применении гидрохлоротиазида может повышаться концентрация свободного билирубина в сыворотке крови (вследствие вытеснения из связи с альбуминами). Возможно повышение уровня холестерина, ЛПНП и триглицеридов.

Тиазиды могут снижать уровень связанного с белками йода в плазме крови без признаков нарушения функции щитовидной железы.

У некоторых пациентов лечение тиазидами может привести к гиперурикемии и ухудшить течение / спровоцировать приступ подагры у предрасположенных пациентов.

На фоне применения гидрохлоротиазида возможные ложноположительные результаты допинг теста.

Препарат содержит лактозу, поэтому пациентам с редкими наследственными формами непереносимости галактозы, недостаточностью лактазы или синдромом глюкозо-галактозной мальабсорбции не следует применять препарат.

## **Способность влиять на скорость реакции при управлении автотранспортом или работе с механизмами**

Пока не будет выяснена индивидуальная реакция на препарат, следует воздерживаться от управления автотранспортом или другими механизмами, учитывая, что во время лечения возможно снижение способности к концентрации внимания и быстроты психомоторных реакций, возникновение головокружения, нарушения зрения.

## **Применение в период беременности или кормления грудью**

Гидрохлортиазид в период беременности можно назначать только после оценки соотношения польза для матери / риск для плода, поскольку препарат уменьшает объем плазмы у матери, маточно-плацентарный кровоснабжение и проникает через плацентарный барьер. Существует риск развития у плода эмбриональной или неонатальной желтухи, тромбоцитопении и других побочных эффектов.

Поскольку гидрохлортиазид проникает в грудное молоко, при необходимости применения препарата кормление грудью следует прекратить.

## **Способ применения и дозы**

Дозу гидрохлортиазида устанавливает врач индивидуально. Таблетки следует принимать после еды.

В связи с увеличением выведения калия и магния во время лечения может потребоваться проведение заместительной терапии калием ( $K^+$  < 3,0 ммоль / л) и магнием.

*При отеочном синдроме* начальная доза составляет 25-75 мг (в зависимости от клинической эффективности) 1 раз в сутки или 1 раз в 2 дня. Максимальная суточная доза - 100 мг.

*Как антигипотензивное средство* гидрохлортиазид назначать в начальной дозе 25-50 мг на один прием в виде монотерапии или в комбинации с другими гипотензивными препаратами.

В отдельных случаях эффективно применение в начальной дозе 12,5 мг. При необходимости дозу повышать, но максимальная суточная доза не должна превышать 100 мг в сутки.

Гипотензивное действие гидрохлортиазида проявляется в течение 3-4 дней, однако для достижения оптимального эффекта может потребоваться до 3-4

недель. После окончания лечения гипотензивный эффект сохраняется около 1 недели.

*При предменструальном отеке* обычная доза составляет 25 мг в сутки, ее следует применять в период от начала проявления симптомов до начала менструации.

*При нефрогенном несахарном диабете* средняя терапевтическая доза составляет 50 мг в сутки. В случае необходимости доза может быть повышена до 100 мг в сутки.

*Для профилактики образования конкрементов (камней)* назначать по 50 мг 2 раза в сутки.

*Для снижения внутриглазного давления при глаукоме* назначать по 25 мг 1 раз в 1-6 дней эффект наступает через 24-48 часа.

Суточная доза *для детей от 2 лет* составляет 1-2 мг / кг массы тела. В зависимости от массы тела детям от 2 до 12 лет - 37,5-100 мг в сутки. Кратность приема - 1-2 раза в сутки.

## **Дети**

Применять детям в возрасте от 2 лет.

## **Передозировка**

*Симптомы:* дегидратация, гипокалиемия, гипонатриемия, гипохлоремия. В результате возникают: жажда, тошнота, рвота, тахикардия, усталость, слабость, головокружение, нарушение сознания, артериальная гипотензия, брадикардия, нарушение ритма сердца, спазмы / судороги икроножных мышц, парестезии, полиурия, олигурия или анурия, шок, алкалоз, повышенный уровень азота мочевины в крови (особенно у больных с почечной недостаточностью).

*Лечение:* симптоматическая и поддерживающая терапия, специфического антидота нет. Рекомендуется промывание желудка и применение активированного угля для уменьшения абсорбции. В случае возникновения артериальной гипотензии необходимо предоставить пациенту горизонтальное положение с приподнятыми ногами. Следует компенсировать объем жидкости и нормализовать электролитный дисбаланс (в случае артериальной гипотензии или шока). В случае необходимости обеспечить доступ кислорода или сделать искусственное дыхание. Следует контролировать водно-электролитный баланс (особенно уровень калия в сыворотке крови) и лабораторные показатели

функции почек до их нормализации.

## **Побочные реакции**

*Кровь и лимфатическая система:* лейкопения, нейтропения / агранулоцитоз, тромбоцитопения с / без пурпура, гемолитическая и апластическая анемии, уменьшение гематокрита, миелосупрессия, лимфаденопатия.

*Иммунная система:* реакции гиперчувствительности, включая анафилактические реакции, анафилактический шок, ангионевротического отека (в т.ч. отеки лица, губ, языка, гортани, конечностей, кишечные отеки).

*Нарушение метаболизма:* гиперурикемия, что может провоцировать подагрические приступы у пациентов с асимптомным течением заболевания, нарушение баланса электролитов, включая гипонатриемию и гипокалиемию, гипомагниемии, гиперкальциемии, повышение уровня липидов крови подагра, гипергликемия, глюкозурия, нарушение толерантности к глюкозе, что может привести манифестацию латентного сахарного диабета, гипохлоремический алкалоз; повышение уровня мочевины и креатинина, ферментов печени и билирубина, холестерина, триглицеридов в плазме крови.

*Психические расстройства:* беспокойство, депрессия, нарушение сна, спутанность сознания, дезориентация, сонливость, изменение настроения и психики, нервозность.

*Нервная система:* головокружение, головная боль, парестезии, судороги, необычная утомляемость и слабость, апатия, замедление процесса мышления, сознания, астения.

*Органы зрения:* нечеткость зрения, ксантопсия, конъюнктивит, острая миопия и вторичная острая глаукома, хориоидальной выпот.

*Органы слуха и равновесия:* вертиго, звон в ушах.

*Сердечно-сосудистая система:* аритмии, ортостатическая гипотензия, артериальная гипотензия, тахикардия.

*Дыхательная система, органы грудной клетки и средостения:* респираторный дистресс-синдром, включая пневмонит и отек легких.

*Пищеварительная система:* анорексия, тошнота, рвота, диарея, запор, сухость во рту, усиление жажды, стоматит/афтозные язвы, глоссит, изменение вкусовых ощущений, боль / спазм в эпигастральной области, панкреатит.

*Гепатобилиарная система:* развитие печеночной энцефалопатии или печеночной комы, гепатоцеллюлярная или холестатическая желтуха, холецистит.

*Кожа и подкожная клетчатка:* кожная сыпь, фотосенсибилизация, зуд, крапивница, пурпура, эритродермия, некротический васкулит, синдром Стивенса-Джонсона, мультиформная эритема, эксфолиативный дерматит, токсический эпидермальный некролиз, кожные волчаночноподобные реакции, алопеция.

*Опорно-двигательный аппарат:* судороги или боль в мышцах.

*Мочевыделительная система:* нарушение функции почек, интерстициальный нефрит, почечная недостаточность.

*Новообразования:* немеланомного рака кожи (Базальноклеточный карцинома и плоскоклеточная карцинома) (см. Разделы «Фармакологические» и «Особенности применения»).

*Другие:* снижение потенции / импотенция, повышение температуры тела, сиалоденит.

### **Срок годности**

5 лет.

### **Условия хранения**

В оригинальной упаковке при температуре не выше 25 ° C.

Хранить в недоступном для детей месте.

### **Упаковка**

По 10 таблеток в блистере, по 2 блистера в пачке.

### **Категория отпуска**

По рецепту.

### **Производитель**

ПАО «Научно-производственный центр «Борщаговский химико-фармацевтический завод».

**Местонахождение производителя и его адрес места осуществления деятельности**

Украина, 03134, г. Киев, ул. Мира, 17.

**Источник инструкции**

Инструкция лекарственного средства взята из официального источника — [Государственного реестра лекарственных средств Украины](#).