



ИНСТРУКЦИЯ  
ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА  
**Индапамид Реневал**

**Регистрационный номер:**

**Торговое наименование:** Индапамид Реневал

**Международное непатентованное или группировочное наименование:** индапамид

**Лекарственная форма:** таблетки, покрытые пленочной оболочкой

**Состав на одну таблетку**

*Действующее вещество:* индапамид – 2,50 мг; *вспомогательные вещества:* лактозы моногидрат, крахмал кукурузный, повидон К30, тальк, магния стеарат; *состав оболочки:* гипромеллоза, титана диоксид, глицерол, магния стеарат, макрогол 6000, натрия лаурилсульфат

**Описание**

Круглые двояковыпуклые таблетки, покрытые пленочной оболочкой белого или почти белого цвета. Допускается шероховатость поверхности. На поперечном разрезе ядро белого или почти белого цвета.

[Индапамид Реневал 2,5 мг: скачать инструкцию по применению на официальном сайте производителя](#)



**Фармакотерапевтическая группа:** диуретическое средство.

**Код АТХ:** С03ВА11

### **Фармакологические свойства**

#### ***Фармакодинамика***

##### *Механизм действия*

Индапамид относится к производным сульфонида с индольным кольцом и по фармакологическим свойствам близок к тиазидным диуретикам, которые ингибируют реабсорбцию ионов натрия в кортикальном сегменте петли нефрона.

При этом увеличивается выделение почками ионов натрия, хлора и, в меньшей степени, ионов калия и магния, что сопровождается увеличением диуреза и гипотензивным эффектом.

##### *Фармакодинамические эффекты*

В клинических исследованиях II и III фаз при использовании индапамида в режиме монотерапии в дозах, не оказывающих выраженного диуретического эффекта, был продемонстрирован 24-часовой гипотензивный эффект.

Антигипертензивная активность индапамида связана с улучшением эластических свойств крупных артерий, уменьшением артериолярного и общего периферического сосудистого сопротивления.

Индапамид уменьшает гипертрофию левого желудочка.

Тиазидные и тиазидоподобные диуретики при определенной дозе достигают плато терапевтического эффекта, в то время как частота побочных эффектов продолжает увеличиваться при дальнейшем повышении дозы препарата. Поэтому не следует увеличивать дозу препарата, если при применении рекомендованной дозы не достигнут терапевтический эффект.

В коротких, средней длительности и долгосрочных исследованиях с участием пациентов с артериальной гипертензией было показано, что индапамид:

- не влияет на показатели липидного обмена, в том числе на уровень триглицеридов, холестерина, липопротеинов низкой плотности и липопротеинов высокой плотности;
- не влияет на показатели обмена углеводов, в том числе у пациентов с сахарным



диабетом.

### **Фармакокинетика**

#### *Всасывание*

Биодоступность индапамида – 93 %. Максимальной концентрации в плазме крови ( $T_{max}$ ) препарат достигает через 1-2 часа после перорального приема однократной дозы 2,5 мг.

#### *Распределение*

Около 75 % препарата связывается с белками плазмы крови. Период полувыведения препарата составляет 14-24 часа (в среднем 18 часов). При регулярном приеме препарата равновесная концентрация индапамида в плазме крови увеличивается (по сравнению с однократным приемом). Вместе с тем, достигнутое равновесное состояние сохраняется в течение длительного периода времени, свидетельствуя о том, что повторный прием препарата не сопровождается накоплением индапамида в организме.

#### *Выведение*

Индапамид выводится в виде неактивных метаболитов в основном с мочой (60-80 % от введенной дозы). Не более 5 % индапамида выводится из организма с мочой в неизменном виде. У пациентов с почечной недостаточностью фармакокинетические свойства индапамида не изменяются.

### **Показания к применению**

Артериальная гипертензия у взрослых.

### **Противопоказания**

- Повышенная чувствительность к действующему веществу, другим производным сульфонида или любому из вспомогательных веществ препарата (смотри раздел «Состав на одну таблетку»);
- тяжелая почечная недостаточность (клиренс креатинина менее 30 мл/мин);
- печеночная энцефалопатия или тяжелое нарушение функции печени;
- гипокалиемия;

[Индапамид Реневал 2,5 мг: скачать инструкцию по применению на официальном сайте производителя](#)

- пациенты с непереносимостью галактозы, дефицитом лактазы, глюкозо-галактозной мальабсорбцией;
- беременность и период грудного вскармливания;
- детский возраст до 18 лет.

### **С осторожностью**

Нарушения функции печени и почек легкой или умеренной степени тяжести, нарушения водно-электролитного баланса, применение у пациентов с увеличенным интервалом QT на ЭКГ, применение у истощенных пациентов, у пациентов, получающих одновременную терапию с препаратами, которые могут увеличивать интервал QT, применение с лекарственными препаратами, способными вызвать полиморфную желудочковую тахикардию типа «пируэт», препаратами лития, лекарственными препаратами, способными вызывать гипокалиемию, сердечными гликозидами (смотри раздел «Взаимодействие с другими лекарственными средствами»), периферические отеки или асцит, ишемическая болезнь сердца, сердечная недостаточность, гиперпаратиреоз, сахарный диабет, гиперурикемия и подагра.

### **Применение при беременности и в период грудного вскармливания**

#### *Беременность*

В настоящий момент нет достаточного количества данных о применении индапамида во время беременности (описано менее 300 случаев).

Длительное применение тиазидных диуретиков в III триместре беременности может вызывать гиповолемию у матери и снижение маточно-плацентарного кровотока, что приводит к фетоплацентарной ишемии и задержке развития плода.

Исследования на животных не выявили прямого или непрямого токсического воздействия на репродуктивную функцию.

В качестве меры предосторожности, рекомендуется избегать применения индапамида во время беременности.

#### *Период грудного вскармливания*

Данных о проникновении индапамида или его метаболитов в грудное молоко у человека недостаточно.



У новорожденного может развиваться повышенная чувствительность к производным сульфонамида и гипокалиемия. В связи с этим, риск для новорожденного /младенца не может быть исключен. Индапамид близок к тиазидным диуретикам, прием которых вызывает уменьшение количества грудного молока или даже подавление лактации.

Не следует применять индапамид в период грудного вскармливания.

#### *Фертильность*

Исследования репродуктивной токсичности показали отсутствие влияния на фертильность самок и самцов крыс.

Предположительно, влияние на фертильность у человека отсутствует.

#### **Способ применения и дозы**

Внутрь.

Применяется по 1 таблетке в сутки, желательно утром.

При лечении пациентов с артериальной гипертензией доза препарата не должна превышать 2,5 мг/сутки (увеличение риска побочного действия без усиления антигипертензивного эффекта).

#### ***Особые группы пациентов***

*Пациенты с нарушением функции почек (смотри разделы «Противопоказания» и «Особые указания»)*

Применение противопоказано пациентам с тяжелой почечной недостаточностью (клиренс креатинина менее 30 мл/мин). Тиазидные и тиазидоподобные диуретики в полной мере эффективны только у пациентов с нормальной функцией почек или минимальными ее нарушениями.

*Пациенты с нарушением функции печени (смотри разделы «Противопоказания» и «Особые указания»)*

Применение противопоказано пациентам с тяжелой печеночной недостаточностью.

*Пациенты пожилого возраста (смотри раздел «Особые указания»)*

У пожилых пациентов следует контролировать содержание креатинина в плазме крови с учетом возраста, массы тела и пола. Лекарственный препарат можно назначать пожилым пациентам с нормальной функцией почек или только с минимальными ее нарушениями.

*Дети и подростки в возрасте до 18 лет*

Безопасность и эффективность применения индапамида у детей и подростков не установлены. Данные отсутствуют.

**Побочное действие**

***Общие данные о профиле безопасности***

Наиболее частыми нежелательными реакциями, о которых сообщалось, были: реакции повышенной чувствительности, в основном дерматологические, у пациентов с предрасположенностью к аллергическим и астматическим реакциям, а также макулопапулезная сыпь.

В ходе клинических исследований гипокалиемия (концентрация калия в плазме крови менее 3,4 ммоль/л) наблюдалась у 25 % пациентов, а концентрация калия в плазме крови менее 3,2 ммоль/л наблюдалась у 10 % пациентов через 4-6 недель после начала терапии. После 12 недель терапии среднее снижение концентрации калия в плазме составляло 0,41 ммоль/л.

Большинство нежелательных реакций (лабораторные и клинические показатели) носят дозозависимый характер.

Частота побочных реакций представлена в соответствии с классификатором MedDRA: очень часто ( $\geq 1/10$ ); часто ( $\geq 1/100$ ,  $< 1/10$ ); нечасто ( $\geq 1/1000$ ,  $< 1/100$ ); редко ( $\geq 1/10000$ ,  $< 1/1000$ ); очень редко ( $< 1/10000$ ); частота неизвестна (частота не может быть подсчитана по доступным данным).

<b>MedDRA классы и системы органов</b>	<b>Нежелательные реакции</b>	<b>Частота</b>
<b><i>Нарушения со стороны крови и лимфатической системы</i></b>	Агранулоцитоз	Очень редко
	Апластическая анемия	Очень редко
	Гемолитическая анемия,	Очень редко
	Лейкопения	Очень редко
	Тромбоцитопения	Очень редко
<b><i>Нарушения со стороны обмена веществ и питания</i></b>	Гиперкальциемия	Очень редко
	Снижение концентрации	Частота неизвестна

	калия и развития гипокалиемии, особенно значимое для пациентов, относящихся к группе риска (смотри раздел «Особые указания»).	
	Гипонатриемия (смотри раздел «Особые указания»)	Частота неизвестна
<b><i>Нарушения со стороны нервной системы</i></b>	Вертиго	Редко
	Повышенная утомляемость	Редко
	Головная боль	Редко
	Парестезия	Редко
	Обморок	Частота неизвестна
<b><i>Нарушения со стороны органа зрения</i></b>	Миопия	Частота неизвестна
	Нечеткое зрение	Частота неизвестна
	Нарушение зрения	Частота неизвестна
<b><i>Нарушения со стороны сердца</i></b>	Аритмия	Очень редко
	Полиморфная желудочковая тахикардия типа «пируэт» (возможно с летальным исходом) (смотри разделы «Особые указания» и «Взаимодействие с другими лекарственными средствами»)	Частота неизвестна
<b><i>Нарушения со стороны сосудов</i></b>	Артериальная гипотензия	Очень редко
<b><i>Нарушения со стороны</i></b>	Рвота	Нечасто

<i>желудочно-кишечного тракта</i>	Тошнота	Редко
	Запор	Редко
	Сухость слизистой оболочки полости рта	Редко
	Панкреатит	Очень редко
<i>Нарушения со стороны печени и желчевыводящих путей</i>	Нарушение функции печени	Очень редко
	Возможно развитие печеночной энцефалопатии в случае печеночной недостаточности (смотри разделы «Противопоказания» и «Особые указания»)	Частота неизвестна
	Гепатит	Частота неизвестна
<i>Нарушения со стороны кожи и подкожных тканей</i>	Реакции повышенной чувствительности	Часто
	Макуло-папулезная сыпь	Часто
	Геморрагический васкулит	Нечасто
	Ангioneвротический отек и/или крапивница	Очень редко
	Токсический эпидермальный некролиз,	Очень редко
	Синдром Стивенса- Джонсона	Очень редко
	Возможное обострение уже имеющейся острой системной красной волчанки	Частота неизвестна



	Реакции фоточувствительности (смотри раздел «Особые указания»)	Частота неизвестна
<b><i>Нарушения со стороны почек и мочевыводящих путей</i></b>	Почечная недостаточность	Очень редко
<b><i>Лабораторные показатели</i></b>	Увеличение интервала QT на ЭКГ (смотри разделы «Взаимодействие с другими лекарственными средствами» и «Особые указания»)	Частота неизвестна
	Повышение концентрации глюкозы в крови (смотри раздел «Особые указания»)	Частота неизвестна
	Повышение концентрации мочевой кислоты в крови (смотри раздел «Особые указания»)	Частота неизвестна
	Повышение активности печеночных ферментов	Частота неизвестна

### **Передозировка**

Индапамид даже в очень высоких дозах (до 40 мг, то есть в 16 раз больше терапевтической дозы) не оказывает токсического действия.

*Симптомы острого отравления* связаны с нарушением водно-электролитного баланса (гипонатриемия, гипокалиемия). Также могут отмечаться тошнота, рвота, выраженное снижение артериального давления, судороги, головокружение, сонливость, спутанность сознания, полиурия или олигурия вплоть до анурии (вследствие гиповолемии).

*Лечение:* меры неотложной помощи сводятся к выведению препарата из организма: промывание желудка и/или назначение активированного угля с последующим восстановлением водно-электролитного баланса.

### **Взаимодействие с другими лекарственными средствами**

#### ***Комбинации, не рекомендуемые к применению***

- Препараты лития:

При одновременном применении индапамида и препаратов лития, также как и при соблюдении бессолевой диеты, может наблюдаться повышение концентрации лития в плазме крови вследствие снижения его экскреции, сопровождающееся появлением признаков передозировки. При необходимости диуретические препараты могут применяться в сочетании с препаратами лития, при этом следует контролировать содержание лития в плазме крови и соответствующим образом подбирать дозу препарата.

#### ***Комбинации, требующие предосторожности***

- Препараты, способные вызывать полиморфную желудочковую тахикардию типа «пируэт»:
    - антиаритмические препараты IA класса (хинидин, гидрохинидин, дизопирамид, прокаинамид) и IC класса (флекаинид);
    - антиаритмические препараты III класса (амиодарон, соталол, дофетилид, ибутилид, бретилия тозилат, дронедазон);
    - нейролептики: фенотиазины (хлорпромазин, циамемазин, левомепромазин, тиоридазин, трифторперазин), бензамиды (амисульприд, сульприд, сультоприд, тиаприд), бутирофеноны (дроперидол, галоперидол), пимозид сертиндол;
    - антидепрессанты: трициклические антидепрессанты, селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (циталопрам, эсциталопрам);
    - антибактериальные средства: фторхинолоны (левофлоксацин, моксифлоксацин, спарфлоксацин, цiproфлоксацин); макролиды (эритромицин при внутривенном введении, азитромицин, кларитромицин, рокситромицин, спирамицин), ко-тримоксазол;
- Противогрибковые средства ряда азолов (вориконазол, итраконазол, кетоконазол, флуконазол);

- противомаларийные средства (хинин, хлорохинин, мефлохин, галофантрин, лумефантрин);
- антиангинальные средства (ранолазин, бепридил);
- противоопухолевые препараты и иммуномодуляторы (вандетаниб, мышьяка триоксид, оксалиплатин, такролимус, анагрелид);
- противорвотные средства (ондансетрон);
- средства, влияющие на моторику желудочно-кишечного тракта (цизаприд, домперидон);
- антигистаминные средства (астемизол, терфенадин, мизоластин)
- другие: пентамидин, дифеманил, винкамин (в/в), вазопрессин, терлиприссин, кетансерин, пробукол, профонол, севофлуран, теродилин, цилостазол.

Перед назначением комбинированной терапии индапамидом и указанными выше препаратами следует провести исследование с целью выявления гипокалиемии и при необходимости провести коррекцию. Необходим контроль клинического состояния пациента, контроль уровня электролитов плазмы крови, показателей ЭКГ.

*У пациентов с гипокалиемией необходимо использовать препараты, не вызывающие аритмию типа «пируэт».*

- Нестероидные противовоспалительные препараты системного действия, включая селективные ингибиторы циклооксигеназы-2 (ЦОГ-2), высокие дозы ацетилсалициловой кислоты ( $\geq 3$  г/сутки):

Возможно снижение антигипертензивного эффекта индапамида. У обезвоженных пациентов существует риск развития острой почечной недостаточности вследствие снижения скорости клубочковой фильтрации. Пациентам необходимо компенсировать потерю жидкости и в начале терапии тщательно контролировать функцию почек.

- Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (АПФ):

Назначение ингибиторов АПФ пациентам со сниженным содержанием натрия в крови (особенно пациентам со стенозом почечной артерии) сопровождается риском внезапной артериальной гипотензии и/или острой почечной недостаточности.

Пациентам с *артериальной гипертензией* и, возможно, сниженным вследствие приема диуретиков содержанием ионов натрия в плазме крови необходимо:

- за 3 дня до начала терапии ингибитором АПФ прекратить прием диуретика. В дальнейшем, при необходимости, прием диуретика можно возобновить;
- или начинать терапию ингибитором АПФ с низких доз, с последующим постепенным увеличением дозы в случае необходимости.

*При хронической сердечной недостаточности* терапию ингибиторами АПФ следует начинать с низких доз с возможным предварительным снижением доз диуретиков.

Во всех случаях в первую неделю приема ингибиторов АПФ у пациентов необходимо контролировать функцию почек (содержание креатинина в плазме крови).

- Другие препараты, способные вызывать гипокалиемию: амфотерицин В (в/в), глюко- и минералокортикостероиды при системном применении, тетракозактид, слабительные средства, стимулирующие моторику кишечника:

Увеличение риска развития гипокалиемии (аддитивный эффект). Необходим постоянный контроль концентрации калия в плазме крови и, при необходимости, ее коррекция. Рекомендуется использовать слабительные средства, не стимулирующие моторику кишечника.

- Баклофен:

Отмечается усиление гипотензивного эффекта. Пациентам необходимо компенсировать потерю жидкости и в начале лечения тщательно контролировать функцию почек.

- Сердечные гликозиды:

Гипокалиемия усиливает токсическое действие сердечных гликозидов. При одновременном применении индапамида и сердечных гликозидов следует контролировать содержание калия в плазме крови, показатели ЭКГ и, при необходимости, корректировать терапию.

#### ***Комбинации, требующие особого внимания***

- Калийсберегающие диуретики (амилорид, спиронолактон, триамтерен):

Комбинированная терапия индапамидом и калийсберегающими диуретиками целесообразна у некоторых пациентов, однако при этом не исключается возможность развития гипокалиемии или гиперкалиемии (особенно у пациентов с почечной недостаточностью или у пациентов с сахарным диабетом).

Необходимо контролировать содержание калия в плазме крови, показатели ЭКГ и, при необходимости, корректировать терапию.

- **Метформин:**

Функциональная почечная недостаточность, которая может возникать на фоне диуретиков, особенно петлевых, при одновременном назначении метформина повышает риск развития молочнокислого ацидоза. Не следует использовать метформин, если уровень креатинина превышает 15 мг/л (135 мкмоль/л) у мужчин и 12 мг/л (110 мкмоль/л) у женщин.

- **Йодсодержащие контрастные вещества:**

В случае обезвоживания организма на фоне приема диуретических препаратов увеличивается риск развития острой почечной недостаточности, особенно при использовании высоких доз йодсодержащих контрастных веществ. Перед применением йодсодержащих контрастных веществ пациентам необходимо компенсировать потерю жидкости.

- **Трициклические антидепрессанты, антипсихотические средства (нейролептики):**

Препараты этих классов усиливают антигипертензивное действие индапамида и увеличивают риск ортостатической гипотензии (аддитивный эффект).

- **Кальций (соли):**

При одновременном назначении возможно развитие гиперкальциемии вследствие снижения выведения ионов кальция почками.

- **Циклоспорин, такролимус:**

Возможно увеличение содержания креатинина в плазме крови без изменения концентрации, циркулирующего циклоспорина, даже при нормальном содержании жидкости и ионов натрия.

- **Кортикостероидные препараты, тетракозактид (при системном применении):**

Снижение гипотензивного действия (задержка жидкости и ионов натрия в результате действия кортикостероидов).

## **Особые указания**

### ***Нарушения функции печени***

При назначении тиазидных и тиазидоподобных диуретиков у пациентов с нарушениями функции печени, особенно в случае нарушения водно-электролитного баланса, возможно развитие печеночной энцефалопатии, которая может прогрессировать до печеночной комы. В этом случае прием диуретиков следует немедленно прекратить.

### ***Реакции фоточувствительности***

Сообщалось о случаях развития реакций фоточувствительности на фоне приема тиазидных и тиазидоподобных диуретиков (смотри раздел «Побочное действие»). В случае развития реакций фоточувствительности на фоне приема лекарственного препарата рекомендуется прекратить лечение. Если повторное назначение диуретика признано необходимым, рекомендуется защищать открытые участки от солнечных лучей или искусственных ультрафиолетовых лучей типа А.

### ***Водно-электролитный баланс***

- *Содержание ионов натрия в плазме крови*

До начала лечения необходимо определить концентрацию ионов натрия в плазме крови. На фоне приема препарата следует регулярно контролировать этот показатель. Необходим постоянный контроль концентрации ионов натрия, так как первоначально снижение концентрации натрия в плазме крови может быть бессимптомным. Более частый контроль концентрации ионов натрия показан пациентам с циррозом печени и лицам пожилого возраста (смотри разделы «Побочное действие» и «Передозировка»).

Любой диуретический препарат может вызывать гипонатриемию, приводящую иногда к крайне тяжелым последствиям.

Гипонатриемия в сочетании с гиповолемией могут быть причиной обезвоживания и ортостатической гипотензии.

Сопутствующее снижение концентрации ионов хлора в плазме крови может приводить к вторичному компенсаторному метаболическому алкалозу: частота развития и степень выраженности этого эффекта незначительны.

- *Содержание ионов калия в плазме крови*

При терапии тиазидными и тиазидоподобными диуретиками основной риск заключается в снижении концентрации калия в плазме крови и развитии гипокалиемии. Необходимо предотвращать развитие гипокалиемии ( $< 3,4$  ммоль/л) у пациентов группы повышенного риска: пациентов пожилого возраста, истощенных и/или получающих сочетанную медикаментозную терапию, пациентов с циррозом печени, периферическими отеками и асцитом, пациентов с ишемической болезнью сердца, сердечной недостаточностью. Гипокалиемия у этих пациентов усиливает кардиотоксичность сердечных гликозидов и повышает риск развития аритмии.

Пациенты с увеличенным интервалом QT, как врожденным, так и вызванным лекарственными препаратами относятся к группе риска.

Гипокалиемия, также как и брадикардия, является состоянием, способствующим развитию тяжелой аритмии, в частности, полиморфной желудочковой тахикардии типа «пируэт», которая может приводить к летальному исходу.

Во всех описанных выше случаях необходимо контролировать концентрацию калия в плазме крови, более часто, чем обычно. Первое измерение концентрации ионов калия в крови необходимо провести в течение первой недели от начала лечения.

При появлении гипокалиемии должно быть назначено соответствующее лечение.

- *Содержание кальция в плазме крови*

Тиазидные и тиазидоподобные диуретики могут уменьшать выведение кальция почками и приводить к незначительному и временному повышению уровня кальция в плазме крови. Истинная гиперкальциемия может быть следствием ранее не диагностированного гиперпаратиреоза.

Следует прекратить прием диуретических препаратов перед исследованием функции паращитовидных желез.

- *Содержание глюкозы в плазме крови*

Важно контролировать концентрацию глюкозы в крови у пациентов с сахарным диабетом, особенно при наличии гипокалиемии.

- *Мочевая кислота*

У пациентов с гиперурикемией может увеличиваться риск развития приступов подагры.

- *Диуретические препараты и функция почек*



Тиазидные и тиазидоподобные диуретики эффективны в полной мере только у пациентов с нормальной или незначительно нарушенной функцией почек (содержание креатинина в плазме крови у взрослых лиц ниже 25 мг/л или 220 мкмоль/л). У пациентов пожилого возраста нормальный уровень креатинина в плазме крови рассчитывают с учетом возраста, массы тела и пола.

Следует учитывать, что в начале лечения у пациентов может наблюдаться снижение скорости клубочковой фильтрации, обусловленное гиповолемией, которая, в свою очередь, вызвана потерей воды и ионов натрия на фоне приема диуретических препаратов. Как следствие, в плазме крови может увеличиваться концентрация мочевины и креатинина. Такая транзиторная функциональная почечная недостаточность не имеет клинического значения у пациентов с нормальной функцией почек, однако может усугублять уже имевшуюся до начала лечения почечную недостаточность.

- *Спортсмены*

Спортсменам следует обратить внимание на то, что действующее вещество, входящее в состав лекарственного препарата Индапамид, может давать положительный результат при проведении допинг-контроля.

***Влияние на способность управлять транспортными средствами, механизмами***

Индапамид не влияет на нарушение внимания, но в некоторых случаях могут возникать реакции связанные с понижением артериального давления, особенно в начале терапии или при добавлении к проводимой терапии других гипотензивных средств. В результате способность управлять транспортными средствами или другими механизмами может быть нарушена.

**Форма выпуска**

Таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 2,5 мг.

По 10, 14, 15 таблеток в контурную ячейковую упаковку из пленки поливинилхлоридной и фольги алюминиевой печатной лакированной.

2 контурные ячейковые упаковки по 14 таблеток или 3 контурные ячейковые упаковки по





10 таблеток, или 2 контурные ячейковые упаковки по 15 таблеток с инструкцией по применению помещают в пачку из картона для потребительской тары.

**Условия хранения**

При температуре не выше 25 °С в оригинальной упаковке (контурная ячейковая упаковка в пачке).

Хранить в недоступном для детей месте.

**Срок годности**

5 лет.

Не применять по истечении срока годности.

**Условия отпуска**

Отпускают по рецепту.

**Владелец регистрационного удостоверения**

Акционерное общество «Производственная фармацевтическая компания Обновление»

Юридический адрес: 633621, Новосибирская обл., Сузунский район, рп. Сузун, ул. Комиссара Зятыкова, д. 18.

Тел./факс: 8 (800) 200-09-95.

Интернет: [www.pfk-obnovlenie.ru](http://www.pfk-obnovlenie.ru)

**Производитель/Организация, принимающая претензии от потребителей**

*Производитель*

Акционерное общество «Производственная фармацевтическая компания Обновление»

*Адрес места производства*

630096, г. Новосибирск, ул. Станционная, д. 80.

*Организация, принимающая претензии от потребителей*

Акционерное общество «Производственная фармацевтическая компания Обновление»

630096, г. Новосибирск, ул. Станционная, д. 80,

e-mail: [pretenzii@pfk-obnovlenie.ru](mailto:pretenzii@pfk-obnovlenie.ru)

Директор по регистрации

АО «ПФК Обновление»

Е.В. Кустова