

Выбор в аптеке ОТС-препарата, корректирующего дисфункцию ЖКТ

Квитчатая Анна Ивановна — кандидат медицинских наук, доцент кафедры общей фармакологии и безопасности лекарств, *Институт повышения квалификации специалистов фармакологии*, Национальный фармацевтический университет, Харьков

Якущенко Виктория Анатольевна — кандидат фармацевтических наук, доцент кафедры общей фармакологии и безопасности лекарств, *Институт повышения квалификации специалистов фармакологии*, Национальный фармацевтический университет, Харьков

Пиминов Александр Фомич — доктор фармацевтических наук, профессор, заведующий кафедрой общей фармакологии и безопасности лекарств, директор *Института повышения квалификации специалистов фармакологии*, Национальный фармацевтический университет, Харьков

Человек играет первостепенную роль в сохранении собственного здоровья, поддержание которого находится в его руках (профилактический прием лекарственных препаратов, рациональное питание, достаточная физическая активность и другие аспекты здорового образа жизни). Современный способ жизни людей и повышение информированности в области медицины и фармакологии повышают уровень самолечения населения («self-care»). В такой ситуации особое значение приобретают ОТС-препараты (лекарственные средства, отпускающиеся в аптеке без рецепта, от англ. «over the counter»). Пациент сам принимает решение по вопросу выбора лекарственного средства в зависимости от выявленных у самого себя симптомов, что налагает огромную ответственность на провизоров, занимающихся отпускаем препаратов в аптеке. Провизору-первостольнику необходимо обеспечить пациента необходимой правдивой информацией о лекарственном средстве ОТС-группы, за которым он обратился, об особенностях его применения, режиме дозирования, взаимодействии с едой и другими лекарственными средствами и др. Следует отметить, что для ряда заболеваний самолечение выделено первым уровнем оказания помощи пациентам. В первую очередь сюда относятся различные нежелательные проявления функции желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), выделенные Гштаадским консенсусом (Tytgat G.N., 2008; Маев И.В., 2012; Полунина Т.Е., 2013), поэтому особенно актуально наличие ОТС-препаратов для купирования таких симптомов на этапе самолечения.

Сочетание таких распространенных симптомов, как боль, ощущение жжения и переполнения, тяжесть в подложечной области, раннее насыщение и дискомфорт в эпигастральной зоне, связанные или не связанные с приемом пищи, отрыжка, изжога, тошнота, рвота и другие неприятные ощущения в этой области, отмечаемые пациентом в последние 3 мес (общей продолжительностью 6 мес и более) и не имеющие отношения к органической патологии желудочно-кишечного тракта (органической диспепсии), носят название «функциональная диспепсия» (ФД, МКБ-10: К30) (Бабак О.Я., Харченко Н.В., 2005; Keoghane J., 2006; Tytgat G.N., 2008; Маев И.В., 2012; Самсонов А.А., 2012). Это самое распространенное патологическое состояние, которое отмечают у 12–54% населения развитых стран, а в 4–10% случаев составляет причину обращений к терапевту (Ткач С.М., 2007). К этиологическим факторам, способствующим развитию ФД, относят неблагоприятные эндогенные и экзогенные воздействия на организм человека. Патогенетическим механизмом развития ФД является нарушение моторной функции гастродуоденальной зоны в виде гастропареза (снижение двигательной функции антральной части желудка), тахигастрии, брадигастрии, антральной фибрилляции (нарушение ритма перистальтики желудка), дуодено-гастрального рефлюкса (заброс в желудок содержимого двенадцатиперстной кишки) и других (Бабак О.Я., Харченко Н.В., 2005). Отклонения в работе органов ЖКТ, возникающие вследствие

нарушенной моторики сфинктеров и различных отделов пищеварительной трубки, приводят к нарушению всасывания жидкости, микроэлементов, белков, жиров, углеводов и других основных пищевых ингредиентов, то есть, к нарушению мембранного и полостного пищеварения. Это может спровоцировать возникновение мальабсорбции (нарушение собственного всасывания) и мальдигестии (нарушение переваривания) в тонкой кишке, синдромов, проявляющихся хронической диареей, приводящих к нарушениям питания и тяжелым метаболическим сдвигам. Такие интегрированные изменения обуславливают в конечном итоге снижение резистентности слизистой оболочки ЖКТ с дальнейшим развитием эрозивно-язвенной деструкции в ней, что требует назначения медикаментозной терапии.

Терапия ФД проводится в нескольких направлениях, предусматривающих коррекцию режима в виде индивидуально подобранной диеты, минимизацию стрессовых факторов, проведение психотерапии и назначение комплексного медикаментозного лечения, которое зависит от клинического варианта течения ФД (дискинетический, неспецифический и язвенноподобный) (Ивашкин В.Т., 2011). Комплексная терапия проводится с помощью антацидных лекарственных препаратов, нейротропных средств, спазмолитиков, при необходимости — панкреатических ферментов, биопрепаратов и фитопрепаратов. В настоящее время доказательная медицина оправдывает включение в комплексную терапию ФД антисекреторных препаратов (блокаторов H₂-рецепторов гистамина и ингибиторов протонной помпы) и лекарственных веществ, стимулирующих двигательную активность ЖКТ (прокинетики) (Бельмер С.В., 2006; Moayyedi P. et al., 2003), которые входят в утвержденные схемы медикаментозного лечения дискинетического и неспецифического вариантов функциональной диспепсии (**приказ МЗ Украины от 13.06.2005 г. № 271**). Основными критериями эффективности лечения считаются излечение больного, уменьшение выраженности или исчезновение симптомов диспепсии, эрадикация инфекции *H. pylori*, улучшение качества жизни. Приблизительно у 30% больных наступает спонтанное излечение. У большинства больных, к сожалению, достоверность рецидива симптомов после успешного курсового лечения достаточно большая, невзирая на отсутствие органической патологии. В связи с этим такие пациенты эпизодически вынуждены прибегать к приему ОТС-препаратов, которые уменьшают выраженность или устраняют проявления функционального расстройства деятельности ЖКТ без врачебной консультации. Особое значение среди них приобрели прокинетики.

Прокинетики — лекарственные вещества, стимулирующие двигательную активность ЖКТ. Им принадлежит ключевая роль в комплексном лечении патологии органов ЖКТ. Прокинетики быстро купируют клинические проявления нарушений моторной и эвакуаторной функций желудка, кишечника и пищевода. Они сокращают сроки течения заболеваний органов пищеварения, а значит, улучшают самочувствие больного и качество его жизни. На фармацевтическом рынке Украины прокинетики представлены несколькими группами по международным непатентованным наименованиям (МНН) (таблица).

Таблица Сравнительная фармакологическая характеристика лекарственных средств —

МНН	Фармакодинамика	Эффекты, оказываемые на двигательные функции ЖКТ	Противоречивое действие	Экстрапирамидные расстройства	Прокинети́ческие эффекты
Бромоприд	Антагонизм с D ₂ -	Регулирование моторики ЖКТ	Выраженно	Часто	Выражены

	дофаминовым и рецепторами Агонизм с 5-НТ ₄ -рецепторами	Повышение тонуса и усиление перистальтики			
Домперидон (применяется чаще других прокинетиков)	Блокирование дофаминовых и серотониновых рецепторов Блокада хеморецепторов в триггерной зоне рвотного центра	Устранение спазма нижнего пищеводного сфинктера (син. — кардиальный сфинктер, гастроэзофагеальный сфинктер) и привратника желудка Увеличение продолжительности антральных и дуоденальных сокращений Усиление перистальтики двенадцатиперстной кишки Стимуляция двигательной функции желудка Ускорение опорожнения желудка Повышение давления сфинктера нижнего отдела пищевода Нормализация гастродуоденальной координации	Умеренное	Редко	Выражены
Итоприд	Антагонизм с	Стимуляция	Выраженно	Редко	Выражены

	D ₂ -дофаминовым и рецепторами. Ингибиция ацелинхолинэс теразы	перистальтики желудка Активизация прохождения пищевого болюса по желудку Оптимизация опорожнения желудка	е		
Метоклопрамид	Блокирование дофаминергических и 5-НТ ₃ -серотониновых рецепторов (периферических) Повышение выделения ацетилхолина из пресинаптических мембран постганглионарных нервных окончаний	Снижение двигательной активности пищевода Повышение тонуса нижнего пищеводного сфинктера Улучшение эвакуации пищи из желудка	Выраженно е	Часто	Выражены
Пруклоприд	Агонизм (высокоселективный) к серотониновым рецепторам IV типа (5-НТ ₄). Холиномиметик Агонизм с ацетилхолином	Нормализует перистальтику толстой кишки Устраняет явления хронического запора Оказывает слабительное действие	Отсутствует	Не вызывает	Выражены
Тагесарод	Агонизм с 5-НТ ₄ -рецепторами Холиномиметик	Селективно воздействует на кишечник посредством активации 5-НТ ₄ -рецепторов нервной	Нет сведений	Не вызывает	Выражены

	Агонизм с ацетилхолином	системы в ЖКТ			
Тримебутин	<p>Стимуляция периферических энкефалиновых рецепторов (m, k, d)</p> <p>Имитация эффектов энкефалинов</p> <p>Стимуляция выделения гормонов ЖКТ</p>	<p>Снижает мышечную активность при гиперкинетических состояниях гладких мышц кишечника</p> <p>Стимулирует мышечную активность при гипокинетических состояниях гладких мышц кишечника</p> <p>Стимулирует эвакуаторную функцию желудка</p> <p>Снижает висцеральную гиперчувствительность</p>	Нет сведений	Нет сведений	Выражены
Цизаприд	<p>Повышает выделение ацетилхолина из окончаний брыжеечных холинергических нервов</p> <p>По некоторым сведениям относится к агонистам серотониновых 5-HT₄-рецепторов</p>	<p>Активизирует двигательную активность и тонус органов ЖКТ</p> <p>Тонизирует сфинктер нижнего отдела пищевода</p> <p>Стимулирует желудочное и дуоденальное опорожнение</p> <p>Предупреждает развитие стаза и гастродуоденального рефлюкса</p>	Отсутствует	Вызывает	Выражены

		<p>Стимулирует прохождение болюса пищи по тонкому и толстому кишечнику</p> <p>Способствует снижению порога антральной стимуляции</p>			
Ондансетрон	Антагонизм с 5HT ₃ -рецепторами серотонина	Селективно блокирует 5HT ₃ -рецепторы центральной и периферической нервной системы, включая нейронные центры, регулирующие рвотные рефлексы	Выражено	Нет сведений	Отсутствуют
Трописетрон	Избирательное блокирование центральных и периферических серотониновых рецепторов (5-HT ₃)	<p>Контроль двигательной активности тонкой и/или толстой кишки</p> <p>Уменьшение частоты дефекаций и позывов</p> <p>Снижение перцепции боли в ответ на растяжение толстой кишки</p>	Выражено	Нет сведений	Отсутствуют
Цилансетрон	Антагонизм с 5-HT ₃ -рецепторами	<p>Контроль двигательной активности тонкой и/или толстой кишки</p> <p>Уменьшение</p>	Выражено	Нет сведений	Отсутствуют

частоты дефекаций и позывов

Снижение перцепции боли в ответ на растяжение толстой кишки

Выделяют несколько групп прокинетики по механизму действия (Рачкова Н.С., Хавкин А.И., 2007):

АЛГОРИТМ ВЫБОРА ОТС-ПРЕПАРАТА В АПТЕКЕ ПРИ ДИСПЕПТИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ



I. Блокаторы рецепторов дофамина и серотонина:

I.1. Неселективные блокаторы рецепторов дофамина и серотонина (метоклопрамид).

I.2. Селективные блокаторы рецепторов дофамина и серотонина 1-го поколения (домперидон).

I.3. Селективные блокаторы рецепторов дофамина и серотонина 2-го поколения (итоприд).

II. Агонисты к рецепторам 5-НТ₄ (тегасерод).

III. Антагонисты рецепторов 5-НТ₃ (ондансетрон, трописетрон, цилансетрон).

Кроме того, тримебутин — миотропный спазмолитик, часто относят к прокинетики (Алексеева Е.В. и др., 2010). Также прокинетики выявлены у антибиотиков-макролидов, гормональных пептидов (октреотид) и у антагонистов к опиатным рецепторам.

Прокинетики — блокаторы рецепторов дофамина и серотонина, используются в комплексном лечении ахалазии пищевода, гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, диабетического гастропареза, дискинезии желчевыводящих путей, метеоризма, послеоперационных парезов кишечника, функциональной диспепсии, язвенной болезни (желудка и двенадцатиперстной кишки). Прокинетики рассматриваемой группы

применяются при тошноте и рвоте, возникающих вследствие черепно-мозговой травмы,

инфаркта миокарда, общей анестезии, лучевой терапии, заболеваний печени и почек, погрешностей в диете, при раннем токсикозе беременных и для предупреждения рвоты при проведении эндоскопических и рентгеноконтрастных исследований.

В ряду первых лекарственных препаратов, применяемых в ипостаси прокинетиков, был метоклопрамид. Он подавляет икоту, тошноту, рвотный рефлекс, что определяется угнетением дофаминовых рецепторов (механизм действия). Препарат усиливает перистальтику и ускоряет опорожнение желудка, расслабляет сфинктер привратника и сфинктер луковицы двенадцатиперстной кишки наряду с повышением тонуса нижнего сфинктера пищевода. Метоклопрамид быстро всасывается (максимальная концентрация препарата в крови достигается через 1–2 ч), но в то же время проникает через гематоэнцефалический барьер, что значительно ограничивает его применение, особенно в детском возрасте. Кроме того, он отпускается по рецепту.

Близким к метоклопрамиду по механизму действия, но более эффективным является домперидон. На украинском рынке компанией «Джонсон и Джонсон Украина» представлен лекарственный препарат ОТС-статуса (с 1993 г.), содержащий домперидон, — **Мотилиум**[®]. Он выпускается в форме таблеток, покрытых оболочкой, с содержанием домперидона 10 мг. Показаниями к применению **Мотилиума** являются многочисленные проявления дисфункции ЖКТ. Его назначают для уменьшения выраженности дискомфорта и изжоги, возникающих после еды, для устранения ощущения переполнения желудка и вздутия в эпигастрии, тошноты и отрыжки. **Мотилиум**[®] также показан для облегчения тошноты и рвоты, течение которых длится менее 48 ч (Компендиум — лекарственные препараты, 2012).

Блокируя дофаминовые рецепторы, домперидон усиливает моторно-эвакуаторную деятельность как пищевода, так и желудка, активизирует тонус нижнего пищеводного сфинктера, положительно влияя на пищеводный клиренс. Эффекты домперидона реализуются в виде увеличения продолжительности сокращений антральной части желудка (привратниковая пещера) и сокращений двенадцатиперстной кишки (Белоусов Ю.В., 2005). Максимальная концентрация достигается уже через 1 ч, а период полувыведения домперидона — в пределах 7–8 ч. Считают, что противорвотное действие домперидона обусловлено его блокадой дофаминовых хеморецепторов триггерной зоны и периферическим гастрокинетическим действием. Особенностью домперидона является разнонаправленность его действия, зависящая от варианта двигательной дисфункции. При ослабленной перистальтике домперидон повышает тонус желудка и нормализует его перистальтику, а при сократительной гиперактивности желудочной стенки — снижает ее тонус (Багненко С.Ф., 2004; Запруднов А.М., 2006). Домперидон хорошо сочетается с ингибиторами протонной помпы. Так, установлено, что домперидон в комбинации с омепразолом демонстрирует высокий уровень комплайенса и быстро купирует симптомы ФД наряду с улучшением самочувствия у детей старшего возраста при применении его в схеме лечения ФД в течение 14 дней (Аряев Н.Л., 2012).

Препарат практически не проникает через гематоэнцефалический барьер (в отличие от бромоприда и метоклопрамида) (Запруднов А.М., 2006), хотя у детей первых трех месяцев жизни гематоэнцефалический барьер в связи с его неполной зрелостью может быть проницаем для лекарственных препаратов, в том числе и для домперидона. В то же время получены сведения о нормализации процесса дефекации домперидоном при запорах у детей (Хавкин А.И., 1999).

Побочные эффекты домперидона отмечают редко (0,5–1,8% случаев), значительно реже, чем при применении других прокинетиков (Багненко С.Ф., 2004). Домперидон редко вызывает

экстрапирамидные побочные эффекты. Другие побочные эффекты, характерные для метоклопрамида (головная боль, повышенная тревожность, растерянность, слабость, сонливость, усталость, утомляемость, шум в ушах), при назначении домперидона выявляют редко, что позволяет предпочитать его метоклопрамиду. Известно, что безопасность домперидона в десятки раз превосходит таковую метоклопрамида (Бабак О.Я., Фадеенко Г.Д., 2000).

ФАРМАЦЕВТИЧЕСКАЯ ОПЕКА ПРИ ПРИМЕНЕНИИ МОТИЛИУМА

- **Мотилиум**[®] целесообразно принимать до еды, поскольку при приеме после еды замедляется абсорбция домперидона.
- Если в течение 2-недельного постоянного приема **Мотилиума** дискомфортные ощущения не проходят, — необходима консультация врача.
- Если на фоне лечения **Мотилиумом** тошнота и рвота продолжаются более 48 ч, — необходима консультация врача.
- Пациентам с наличием факторов риска (гипокалиемия, тяжелая гипомagneмия, органические заболевания сердца, удлинение интервала $Q-T$ на электрокардиограмме, нарушения функции печени и/или почек) **Мотилиум**[®] следует применять с осторожностью.
- В связи с риском возникновения осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы (желудочковые аритмии, внезапная остановка сердца у пациентов в возрасте старше 60 лет при приеме домперидона в дозах выше 30 мг/сут) **Мотилиум**[®] применять в минимальной эффективной дозе (дети, взрослые). При этом соотношение риск/польза домперидона сохраняется на благоприятном уровне.
- Не применять таблетки **Мотилиум**[®] у пациентов с непереносимостью лактозы, галактоземией и мальабсорбцией глюкозы-галактозы, так как в их состав входит лактоза.
- В период беременности применять **Мотилиум**[®] только в случае превышения ожидаемого положительного эффекта для матери потенциального риска для плода.
- Следует прекратить грудное вскармливание в период лечения **Мотилиумом**, так как домперидон проникает в грудное молоко.
- **Мотилиум**[®] можно применять у детей в возрасте старше 12 лет и массой тела 35 кг и более, используя минимальную эффективную дозу.
- При приеме **Мотилиума** следует соблюдать осторожность при вождении транспортного средства и работе с механизмами, так как домперидон может спровоцировать возникновение побочных эффектов со стороны центральной нервной системы.
- При сочетанном применении **Мотилиума** с антихолинергическими препаратами может происходить нейтрализация фармакологических эффектов **Мотилиума**.
- При одновременном применении **Мотилиума** и кетоконазола может удлиняться интервал $Q-T$ на электрокардиограмме, отражающий процесс сокращения желудочков сердца, поэтому следует использовать альтернативную противогрибковую терапию.
- Сочетанное применение домперидона с кетоконазолом, флуконазолом и другими лекарственными средствами, подавляющими изофермент CYP 3A4, — может спровоцировать повышение концентрации домперидона в плазме крови.

Перечисленные фармакологические эффекты домперидона, особенности его действия, низкая токсичность, минимальные побочные эффекты среди прокинетиков со схожим механизмом действия позволяют рекомендовать **Мотилиум**[®] для проведения быстрой и эффективной медикаментозной терапии симптомов дисфункции ЖКТ (см. Алгоритм выбора ОТС-

препарата в аптеке при диспептическом синдроме). **Мотилиум**[®] купирует главный механизм развития дисфункции ЖКТ — нарушение нейрогуморальной регуляции функций ЖКТ — и устраняет повышенную активность факторов агрессии, травмирующих слизистую оболочку ЖКТ. Осуществление помощи пациентам в выборе ОТС-препарата (**Мотилиум**[®]) для самолечения некоторых проявлений ФД полностью согласуется с принципами рациональной дифференцированной патогенетической терапии заболеваний ЖКТ.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Алексеева Е.В., Фоминых В.П., Тропская Н.С. и др. Применение прокинетики домперидона у больных в раннем послеоперационном периоде // Хирургия. — № 3. — 2010. — С. 62–69.
2. Аряев Н.Л. Клиническое значение комбинации омепразола и домперидона в терапии функциональной диспепсии у детей / Н.Л. Аряев, Н.А. Кононенко // Современная педиатрия. — № 1 (41). — 2012. — С. 96–98.
3. Бабак О.Я., Фадеев Г.Д. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. — К.: СП ЗАО «Интерфарма-Киев», 2000. — С. 175.
4. Багненко С.Ф., Методы фармакологической коррекции двигательного-эвакуаторных нарушений желудка и двенадцатиперстной кишки / С.Ф. Багненко, Е.В. Назаров, М.Ю. Кабанов // Рус. мед. журнал. Болезни органов пищеварения. — 2004. — № 1. — С. 19–23.
5. Белоусов Ю.В. Функциональные заболевания пищеварительной системы у детей: монография / Ю.В. Белоусов, О.Ю. Белоусова. — Х.: ИД «ИНЖЭК», 2005. — 256 с.
6. Бельмер С.В. Функциональные нарушения органов пищеварения у детей / С.В. Бельмер. — М., 2006. — 44 с.
7. Запруднов А.М. Моторно-эвакуаторные нарушения пищеварительного тракта и применение прокинетики в детском возрасте / А.М. Запруднов // Consilium medicum. Педиатрия. — 2006. — Т. 8. — № 2.
8. Ивашкин В.Т. Диагностика и лечение функциональной диспепсии. Методические рекомендации для врачей / В.Т. Ивашкин, А.А. Шептулин, Т.Л. Лапина и др. — М.: РГА, 2011. — 28 с.
9. Справочник «**КОМПЕНДИУМ — лекарственные препараты**» / под ред. В.Н. Коваленко — К.: МОРИОН, 2012. — 2320 с.
10. Маев И.В. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь — лидер кислотозависимой патологии верхних отделов желудочно-кишечного тракта / И.В. Маев, А.А. Самсонов, П.А. Белый и др. // Consilium medicum. — Гастроэнтерология. — 2012. — № 1. — С. 1–24.
11. Полунина Т.Е. Поэтапное лечение гастроэзофагеальной рефлюксной болезни / Т.Е. Полунина // Фарматека. — 2013. — № 6. — С. 59–67.
12. **Наказ МОЗ України від 13.06.2005 р. № 271** «Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Гастроентерологія»
13. Рациональная диагностика и фармакотерапия заболеваний органов пищеварения / Под ред. проф. О.Я. Бабака, Н.В. Харченко // Справочник «VADEMECUM Доктор Гастроэнтеролог». — Киев: ООО «ОИРА «Здоров'я України», 2005. — 320 с.
14. Рачкова Н.С., Хавкин А.И. Оценка и принципы дифференциальной терапии нарушений моторики желудка и ДПК у больных с функциональной диспепсией // Вестник педиатрической фармакологии и нутрициологии. — 2007. — Т. 4. — № 5. — С. 25–29.
15. Самсонов А.А. Современная терапия гастроэзофагеальной рефлюксной болезни / А.А. Самсонов // Медицинский вестник. — 2012. — № 9.

16. Ткач С.М. Ведение больных с диспепсией: какая стратегия предпочтительна для Украины? / С.М. Ткач // Медицинская газета «Здоровье Украины». — 2007. — № 4. — С. 50–51.
17. Хавкин А.И., Приворотский В.Ф. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. В кн. Кислотозависимые состояния у детей / Под ред. акад. РАМН В.А. Таболина. — М., 1999. — 112 с.
18. Keohane J., Quigley E.M.M. Functional dyspepsia: The role of visceral hypersensitivity in its pathogenesis // World J. Gastroenterol. — 2006. — Vol. 12. — P. 2672–2676.
19. Systematic review: antacids, H₂receptor antagonists, prokinetics, bismuth and sucralfate therapy for nonulcer dyspepsia / Moayyedi P., Soo S., Deeks J. [et al.] // Aliment. Pharmacol. Ther. — 2003. — Vol. 17. — P. 1215–1227.
20. Tytgat G.N. New algorithm for the treatment of gastro-oesophageal reflux disease / G.N. Tytgat, R. McColi, J. Tack // Aliment. Pharmacol. Ther. — 2008. — № 27. — P. 249–256.

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ

МОТИЛИУМ® (MOTILUM®). Код АТС: А03F А03. Состав и формы выпуска:
МОТИЛИУМ® — табл., п/плен. оболочкой, содерж. домперидона 10 мг, блистер, № 10, № 30 (р.с.: № UA/10190/01/01 от 08.11.2010 г. до 08.11.2015 г.);
МОТИЛИУМ® ЛИНГВАЛЬНЫЙ — табл., дисперг. в рот. полости, содерж. домперидона 10 мг, № 10, № 30 (р.с.: № UA/0221/01/01 от 07.08.2009 г. до 07.08.2014 г.). Показания: Мотилиум® применяют для уменьшения выраженности симптомов дискомфорта и изжоги, отмечающихся после приема пищи (ощущение переполненности желудка, тошнота, вздутие в эпигастральной области и отрыжка), тошноты и рвоты, длящихся менее 48 ч. Побочные эффекты (нечасто ($\geq 1/1000$ до со стороны иммунной системы: очень редко — аллергические реакции, включая анафилаксию, анафилактический шок, ангионевротический отек, крапивницу, гиперчувствительность; *со стороны эндокринной системы*: редко — повышение уровня пролактина; психические нарушения: очень редко — нервозность, раздражительность, агитация, депрессия, тревожность, снижение или отсутствие либидо; *со стороны нервной системы*: очень редко — сухость во рту, бессонница, головокружение, жажда, судороги, вялость, головная боль, сонливость, акатизия, экстрапирамидные расстройства; *со стороны сердечно-сосудистой системы*: отек, ощущение сердцебиения, нарушение частоты и ритма сердечных сокращений, удлинение интервала Q–T (частота неизвестна), очень редко — желудочковые аритмии, внезапная смерть; *со стороны ЖКТ*: редко — гастроинтестинальные нарушения, включая боль в животе, регургитацию, изменение аппетита, тошноту, изжогу, запор, очень редко — сухость во рту, кратковременные кишечные спазмы, диарея; *со стороны кожи и подкожных тканей*: очень редко — зуд, высыпание (частота неизвестна), крапивница, ангионевротический отек; *со стороны репродуктивной системы и молочных желез*: редко — галакторея, увеличение молочных желез/гинекомастия, чувствительность молочных желез, выделения из молочных желез, аменорея, отек молочных желез, боль в области молочных желез, нарушение лактации, нерегулярный менструальный цикл; *со стороны опорно-двигательной системы и соединительной ткани*: редко — боль в ногах, астения; *со стороны мочевыделительной системы*: задержка мочи, дизурия, частое мочеиспускание; *общие расстройства*: редко — астения; *другое*: конъюнктивит, стоматит; *изменения лабораторных показателей*: очень редко — повышение уровня АЛТ, АсАТ и холестерина, нечасто — отклонение от нормы показателей функциональных тестов печени; редко — повышение уровня пролактина в крови.