

Инструкция по применению препарата

# Пантопразол-Акрихин

**РЕГИСТРАЦИОННЫЙ НОМЕР:** ЛП-005380

**ТОРГОВОЕ НАИМЕНОВАНИЕ::** Пантопразол-Акрихин

**МЕЖДУНАРОДНОЕ НЕПАТЕНТОВАННОЕ НАИМЕНОВАНИЕ:** Пантопразол

**ЛЕКАРСТВЕННАЯ ФОРМА:** таблетки кишечнорастворимые, покрытые пленочной оболочкой

## **СОСТАВ:**

*Одна таблетка содержит:*

*действующее вещество: пантопразола натрия сесквигидрат – 45,10 мг (в пересчете на пантопразол – 40 мг);*

*вспомогательные вещества: натрия карбонат безводный, маннитол, кросповидон, повидон (тип К90), кальция стеарат.*

*защитная оболочка: готовая смесь «ОПАДРАЙ» бесцветная (гипромеллоза-2910, триацетин, тальк);*

*кишечнорастворимая оболочка: готовая смесь «АКРИЛ-ИЗ» желтого цвета (метакриловой кислоты и этилакрилата сополимер (1:1), тальк, титана диоксид, оксид железа желтый, кремния диоксид коллоидный безводный, натрия гидрокарбонат, натрия лаурилсульфат), триэтилцитрат.*

## **ОПИСАНИЕ:**

*Круглые двояковыпуклые таблетки, покрытые оболочкой желтого цвета. На поперечном разрезе ядро от белого до белого с сероватым или желтоватым оттенком цвета.*

## **ФАРМАКОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ГРУППА:**

желез желудка секрецию понижающее средство – протонного насоса ингибитор

**КОД АТХ:** A02BC02

---

## **ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА**

### **ФАРМАКОДИНАМИКА**

Ингибитор протонного насоса (H<sup>+</sup> K<sup>+</sup> АТФ-азы). Блокирует заключительную стадию секреции соляной кислоты независимо от природы раздражителя.

Пантопразол является замещенным бензимидазолом, подавляющим секрецию соляной кислоты в желудке путем специфической блокады протонных насосов париетальных клеток.

Пантопразол трансформируется в свою активную форму в условиях кислой среды в париетальных клетках, где он подавляет активность фермента H<sup>+</sup> K<sup>+</sup> АТФ-азы, т.е. блокирует заключительный этап образования соляной кислоты в желудке. Подавление активности является дозозависимым и, в результате, снижается как базальная, так и стимулированная секреция кислоты. При лечении пантопразолом, как и при использовании других ингибиторов протонного насоса и блокаторов H<sub>2</sub>-рецепторов, снижается кислотность в желудке и, тем самым, повышается уровень гастрина пропорционально снижению кислотности. Повышение уровня гастрина обратимо. Поскольку

пантопразол связывает фермент дистально по отношению к клеточному рецептору, он может ингибировать секрецию соляной кислоты независимо от стимуляции другими веществами (ацетилхолин, гистамин, гастрин).

Также повышается содержание хромогранина А (СgА) в сыворотке крови вследствие снижения секреции соляной кислоты. Повышенное содержание СgА может исказить результаты диагностических исследований для выявления нейроэндокринных опухолей.

*Антисекреторная активность.* После первого перорального приема 40 мг препарата Пантопразол-Акрихин снижение секреции желудочного сока на 24 % наступает через 2,5-3,5 ч и на 26 % через 24,5-25,5 ч. После перорального приема пантопразола однократно в сутки в течение 7 дней его антисекреторная активность, измеренная через 2,5-3,5 ч после приема, возрастает до 56 %, а спустя 24,5-25,5 ч – до 50 %. При язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, ассоциированной с *Helicobacter pylori*, снижение желудочной секреции повышает чувствительность микроорганизмов к антибиотикам. Не влияет на моторику желудочно-кишечного тракта. Секреторная активность нормализуется через 3-4 дня после окончания приема.

По сравнению с другими ингибиторами протонного насоса Пантопразол-Акрихин имеет большую химическую стабильность при нейтральном рН, и меньший потенциал взаимодействия с оксидазной системой печени, зависящей от цитохрома Р450. Поэтому не наблюдалось клинически значимого взаимодействия между препаратом Пантопразол-Акрихин и многими другими препаратами.

#### **ФАРМАКОКИНЕТИКА**

Пантопразол быстро всасывается после приема внутрь. Максимальная концентрация в плазме крови ( $C_{max}$ ) при пероральном применении достигается уже после первой дозы в 40 мг. В среднем, примерно через 2-2,5 ч после приема достигается максимальная концентрация в сыворотке, около 1,0-1,5 мкг/мл и  $C_{max}$  и остается постоянной после многократного применения данного препарата.

Фармакокинетика пантопразола после однократного и многократного применения одинакова. В диапазоне доз 10-80 мг фармакокинетика пантопразола в плазме крови остается линейной как при пероральном, так и при внутривенном применении.

Абсолютная биодоступность таблеток пантопразола составляет около 77%. Совместный прием пищи не влияет на площадь под кривой «концентрация-время» (AUC), на максимальную концентрацию в сыворотке и, соответственно, на биодоступность. При совместном приеме с пищей может варьироваться время начала действия препарата.

Связывание пантопразола с белками плазмы крови составляет 98%. Объем распределения составляет 0,15 л/кг.

Метаболизируется главным образом в печени. Основным метаболическим путем является деметилирование с помощью СYP2C19 с последующей сульфатной конъюгацией. К другим метаболическим путям относится окисление с помощью СYP3A4.

Конечный период полувыведения составляет примерно 1 час, а клиренс около 0,1 л/ч/кг. Вследствие специфического связывания пантопразола с протонными насосами париетальных клеток период полувыведения не коррелирует с гораздо более длинным по продолжительности действием (ингибированием секреции кислоты).

Основной путь выведения – через почки (около 80%) в виде метаболитов пантопразола, остальная часть выводится с калом. Основным метаболитом в плазме крови и в моче является десметилпантопразол, конъюгирующий с сульфатом. Период полувыведения основного метаболита составляет около 1,5 ч, что ненамного превышает период полувыведения пантопразола.

У лиц с низкой функциональной активностью изофермента СYP2C19 (т.н. медленных метаболизаторов), метаболизм пантопразола осуществляется, вероятно, в основном изоферментом СYP3A4. После

однократного приема дозы пантопразола 40 мг средняя площадь под кривой «концентрация-время» была примерно в 6 раз больше у медленных метаболизаторов, чем у лиц, имеющих функционально активный изофермент CYP2C19 (быстрые метаболизаторы). Средние значения максимальных концентраций в плазме повышены примерно на 60 %. Указанные особенности не влияют на дозировку пантопразола.

При применении пантопразола у пациентов с ограниченным функционированием почек (включая пациентов, находящихся на гемодиализе) снижения дозы не требуется. Как и у здоровых добровольцев, период полувыведения пантопразола является коротким. Диализируется только очень небольшая часть препарата. Несмотря на умеренно длительный период полувыведения основного метаболита (2-3 ч), его выведение происходит достаточно быстро, и поэтому накопления не происходит.

У пациентов с циррозом печени (классов А и В по классификации Чайлд-Пью) время периода полувыведения увеличивается до 3-6 ч, значения AUC возрастают в 3-5 раз, максимальная концентрация в сыворотке повышается незначительно, лишь в 1,5 раза в сравнении с таковой у здоровых добровольцев.

Небольшое повышение показателя AUC и  $C_{max}$  у пожилых людей по сравнению с соответствующими показателями у более молодых лиц не является клинически значимым.

### **ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ**

- язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (в фазе обострения), эрозивный гастрит (в том числе, связанные с приемом нестероидных противовоспалительных препаратов НПВП);
- синдром Золлингера-Эллисона;
- эрадикация *Helicobacter pylori* в комбинации с антибактериальными средствами.

### **ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ**

- повышенная чувствительность к любому из компонентов препарата, а также к замещенным бензимидазолам;
- диспепсия невротического генеза;
- возраст до 18 лет;
- беременность, период лактации.

### **ПРИМЕНЕНИЕ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ И В ПЕРИОД ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ**

#### *Применение во время беременности*

В связи с отсутствием данных о применении пантопразола у беременных женщин, в качестве меры предосторожности, необходимо исключить использование препарата Пантопразол-Акрихин во время беременности.

#### *Грудное вскармливание*

По причине недостаточной информации о применении препарата Пантопразол-Акрихин у женщин в период грудного вскармливания, нельзя исключить потенциальный риск для новорожденных и младенцев, находящихся на грудном вскармливании. В связи с этим, необходимо принятие решения о прекращении грудного вскармливания, либо об отмене/приостановлении лечения препаратом Пантопразол-Акрихин.

#### *Фертильность*

Данные о воздействии препарата Пантопразол-Акрихин на фертильность у человека отсутствуют. Доклинические исследования показали отсутствие эффекта на мужскую или женскую фертильность.

## СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ И ДОЗЫ

Пантопразол-Акрихин принимают внутрь, до еды, не разжевывая и не измельчая, запивая достаточным количеством жидкости.

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, эрозивный гастрит (в том числе, связанные с количеством жидкости).

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, эрозивный гастрит (в том числе, связанные с приемом нестероидных противовоспалительных препаратов НПВП).

По 40-80 мг в сутки.

Курс лечения – 2 недели при обострении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, если этого времени недостаточно, то заживление обычно может быть достигнуто в течение последующих 2-х недель терапии. Курс лечения 4-8 недель при обострении язвенной болезни желудка и эрозивном гастрите.

Эрадикация *Helicobacter pylori*.

Рекомендованы следующие комбинации:

1. Пантопразол-Акрихин по 40 мг 2 раза в сутки + амоксициллин по 1000 мг 2 раза в сутки + кларитромицин по 500 мг 2 раза в сутки
2. Пантопразол-Акрихин по 40 мг 2 раза в сутки + метронидазол по 500 мг 2 раза в сутки + кларитромицин по 500 мг 2 раза в сутки
3. Пантопразол-Акрихин по 40 мг 2 раза в сутки + амоксициллин по 1000 мг 2 раза в сутки + метронидазол по 500 мг 2 раза в сутки.

Курс лечения – 7-14 дней.

*Синдром Золлингера-Эллисона.*

Для длительного лечения синдрома Золлингера-Эллисона и других патологических гиперсекреторных состояний, лечение следует начинать с суточной дозы 80 мг (2 таблетки Пантопразол-Акрихин по 40 мг). Затем, при необходимости, дозу можно повышать или уменьшать, в зависимости от показателей кислотности желудочного сока. Дозы выше 80 мг в день следует разделять и применять два раза в день. Возможно временное повышение дозы пантопразола выше 160 мг, но оно не должно продолжаться дольше, чем это требуется для достижения контроля кислотности. Продолжительность лечения при синдроме Золлингера-Эллисона и при других патологических гиперсекреторных состояниях не ограничена, и сроки терапии могут определяться в зависимости от клинической необходимости.

У пациентов с выраженными нарушениями функции печени суточная доза пантопразола не должна превышать 20 мг в сутки (1 таблетка пантопразола 20 мг). В связи с этим, применение пантопразола в дозировке 40 мг у данной группы пациентов не рекомендуется. Следует регулярно контролировать уровень печеночных ферментов во время лечения пантопразолом, особенно при длительном применении препарата. В случае повышения уровня печеночных ферментов лечение следует прекратить.

Не требуется коррекции дозы у пожилых пациентов и пациентов с почечной недостаточностью.

В связи с отсутствием данных о применении препарата Пантопразол-Акрихин в составе комбинированной антимикробной терапии в отношении *Helicobacter pylori* у пациентов с нарушением функции почек, а также у пациентов со средней и тяжелой степенью печеночной недостаточности, препарат применять не следует.

## ПОБОЧНОЕ ДЕЙСТВИЕ

При приеме препарата Пантопразол-Акрихин в соответствии с показаниями и в рекомендуемых дозах нежелательные реакции возникают крайне редко. Наиболее частыми нежелательными реакциями являются диарея и головная боль – наблюдаются примерно у 1 % пациентов.

Ниже приводятся данные о нежелательных реакциях в зависимости от частоты их возникновения:

*Очень часто*  $\geq 1/10$

*Часто*  $\geq 1/100$  и  $< 1/10$

*Нечасто*  $\geq 1/1000$  и  $< 1/100$

*Редко*  $\geq 1/10000$  и  $< 1/1000$

*Очень редко*  $< 1/10000$ , включая отдельные случаи

*Частота неизвестна* (невозможно оценить на основании имеющихся данных).

*Нарушения со стороны кровеносной и лимфатической системы:*

*Редко:* Агранулоцитоз.

*Очень редко:* Тромбоцитопения, лейкопения, панцитопения.

*Нарушения со стороны нервной системы:*

*Нечасто:* Головная боль, головокружение.

*Редко:* Нарушения вкуса.

*Нарушения со стороны органов зрения:*

*Редко:* Нарушение зрения (затуманивание).

*Нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта:*

*Часто:* Полипы фундальных желез желудка (доброкачественные).

*Нечасто:* Диарея, тошнота/рвота, вздутие живота и метеоризм, запор, сухость во рту, дискомфорт и боли в животе.

*Нарушения со стороны почек и мочевыводящих путей:*

*Частота неизвестна:* Интерстициальный нефрит (с возможным прогрессированием до почечной недостаточности).

*Нарушения со стороны кожи и подкожных тканей:*

*Нечасто:* Экзантема/сыпь, зуд, дерматит.

*Редко:* Крапивница, ангионевротический отек.

*Частота неизвестна:* Злокачественная экссудативная эритема (синдром Стивенса-Джонсона), экссудативная многоформная эритема, токсический эпидермальный некролиз, светочувствительность, подострая кожная красная волчанка.

*Нарушения со стороны обмена веществ:*

*Редко:* Гиперлипидемия и повышенная концентрация липидов (триглицеридов, холестерина), изменение массы тела.

*Частота неизвестна:* Гипонатриемия, гипомагниемия, гипокальциемия<sup>1</sup>, гипокалиемия.

*Нарушения со стороны скелетно-мышечной и соединительной ткани:*

*Нечасто:* Перелом бедренной кости, костей запястья или позвоночника.

*Редко:* Артралгия, миалгия.

*Частота неизвестна:* спазм мышц<sup>2</sup>.

*Общие расстройства:*

*Нечасто:* Слабость, утомляемость и недомогание.

*Редко:* Повышение температуры тела, периферические отеки.

*Нарушения со стороны иммунной системы:*

*Редко:* Гиперчувствительность (в том числе анафилактические реакции и анафилактический шок).

*Нарушения со стороны печени и желчевыводящих путей:*

*Нечасто:* Повышение активности печеночных ферментов (трансаминаз,  $\gamma$ -глутаминтрансферазы).

*Редко:* Повышение уровня билирубина.

*Частота неизвестна:* Гепатоцеллюлярные повреждения, желтуха, печёночноклеточная недостаточность.

*Нарушения со стороны половых органов и молочной железы:*

*Редко:* Гинекомастия.

*Нарушения со стороны психики:*

*Нечасто:* Нарушения сна.

*Редко:* Депрессия (включая обострения имеющихся расстройств).

*Очень редко:* Дезориентация (включая обострения имеющихся расстройств). *Частота неизвестна:* Галлюцинации, спутанность сознания (в особенности у предрасположенных к этому пациентов), а также возможное обострение симптомов при их существовании до начала терапии.

<sup>1</sup> Гипокальциемия в сочетании с гипомагниемией

<sup>2</sup> Спазм мышц в результате нарушения электролитного баланса

## **ПЕРЕДОЗИРОВКА**

До настоящего времени явлений передозировки в результате применения препаратов пантопразола отмечено не было. Дозы до 240 мг вводились внутривенно в течение 2 минут и переносились хорошо.

В случае передозировки при наличии клинических проявлений интоксикации проводится симптоматическая и поддерживающая терапия.

Пантопразол не выводится посредством гемодиализа.

## **ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ С ДРУГИМИ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ СРЕДСТВАМИ**

Не рекомендуется одновременное применение других ингибиторов протонного насоса или блокаторов H<sub>2</sub>-гистаминовых рецепторов без консультации врача.

Одновременное применение препарата Пантопразол-Акрихин может уменьшить всасывание препаратов, биодоступность которых зависит от pH среды желудка (например, кетоконазол, итраконазол, позаконазол и других лекарственных средств, таких, как эрлотиниб).

Совместное применение пантопразола и ингибиторов ВИЧ-протеазы, абсорбция которых зависит от кислотности (pH) желудочного сока, таких как атазанавир, нелфинавир, значительно снижает их биодоступность.

Во время исследований по изучению лекарственного взаимодействия не было выявлено клинически значимых взаимодействий при применении препаратов пантопразола в следующих случаях:

– у пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, принимающих сердечные гликозиды (дигоксин), блокаторы медленных кальциевых каналов (нифедипин), бета-адреноблокаторы (метопролол);

– у пациентов с заболеваниями желудочно-кишечного тракта, принимающих антациды, антибиотики (амоксциллин, кларитромицин);

– у пациентов, принимающих пероральные контрацептивы, содержащие левоноргестрел и этинилэстрадиол;

– у пациентов, принимающих нестероидные противовоспалительные препараты (диклофенак, напроксен, пироксикам);

– у пациентов с заболеваниями эндокринной системы, принимающих глибенкламид, левотироксин;

– у пациентов с тревожными состояниями и расстройствами сна, принимающих диазепам;

– у пациентов с эпилепсией, принимающих карбамазепин и фенитоин;

– у пациентов, принимающих непрямые антикоагулянты, такие как варфарин и фенпрокумон, под контролем протромбинового времени и МНО в начале и по окончании лечения, а также во время нерегулярного приема пантопразола. Одновременно нужно отметить, что известны случаи увеличения МНО и протромбинового времени у пациентов, получавших ингибиторы протонного насоса вместе с варфарином или с фенпрокумоном. Увеличение МНО и протромбинового времени может приводить к патологическим кровотечениям, опасным для жизни. В связи с этим, такие пациенты должны находиться под наблюдением с целью своевременного выявления увеличения МНО и протромбинового времени.

Также отмечено отсутствие клинически значимого лекарственного взаимодействия с кофеином, этанолом, теофиллином.

Имеются сообщения о повышении уровня метотрексата в крови у некоторых пациентов при его совместном применении в высоких дозах (например, 300 мг) с ингибиторами протонного насоса. Поэтому при использовании высоких доз метотрексата, например при раке или псориазе, может возникнуть необходимость в рассмотрении вопроса о временной отмене пантопразола.

Такие ингибиторы активности изофермента CYP2C19, как флувоксамин, могут повышать системную экспозицию пантопразола. Снижение дозы может понадобиться пациентам, получающим длительное лечение высокими дозами пантопразола или пациентам с печеночной недостаточностью.

Такие индукторы активности изоферментов CYP2C19 и CYP3A4, как рифампицин и зверобой (*Hypericum perforatum*), могут снижать концентрацию в плазме ингибиторов протонного насоса, метаболизирующихся с помощью этих ферментных систем.

**Ингибиторы протеаз ВИЧ.**

Пантопразол не рекомендуется применять вместе с ингибиторами протеаз ВИЧ, всасывание которых зависит от pH среды желудка (например, атазановир), из-за существенного снижения их биодоступности.

В случае, если совместное применение ингибиторов протеаз ВИЧ и ингибиторов протонного насоса все же необходимо, рекомендуется проводить тщательный клинический контроль (например, определение вирусной нагрузки). Доза пантопразола не должна превышать 20 мг в день. Также может потребоваться корректировка дозировки ингибитора протеаз ВИЧ.

## **ОСОБЫЕ УКАЗАНИЯ**

Перед началом лечения препаратом Пантопразол-Акрихин следует исключить возможность злокачественного новообразования, поскольку препарат может маскировать симптомы и отсрочить правильную постановку диагноза.

Пациенты должны проконсультироваться с врачом, если им предстоит проведение эндоскопии или

мочевинного дыхательного теста.

Пациенты должны проконсультироваться с врачом, если имеются следующие случаи:

- непреднамеренная потеря веса, анемия, желудочно-кишечное кровотечение, расстройство глотания, постоянная рвота или рвота с кровью. В этих случаях прием препарата может частично облегчить симптомы и отсрочить правильную диагностику;
- ранее перенесенное хирургическое вмешательство на желудочно-кишечном тракте или язва желудка;
- непрерывное симптоматическое лечение диспепсии и изжоги в течение 4 недель и более;
- заболевания печени, в том числе желтуха и печеночная недостаточность;
- другие серьезные заболевания, ухудшающие общее состояние здоровья.

Пациенты в возрасте старше 55 лет, при наличии новых или недавно изменившихся симптомов, должны проконсультироваться с врачом.

Пациентам не следует рассчитывать на мгновенное устранение симптомов недомогания. Облегчение симптомов возможно после приблизительно одного дня приема пантопразола, также необходимо учитывать, что для полного устранения изжоги может понадобиться приблизительно 7 дней.

При приеме препаратов, снижающих кислотность желудочного сока, незначительно повышается риск желудочно-кишечных инфекций, возбудителями которых являются бактерии рода *Salmonella spp.*, *Cam-pylobacter spp.* или *C. difficile*.

У пациентов с синдромом Золлингера-Эллисона и другими патологическими гиперсекреторными состояниями, которым требуется длительное лечение, пантопризол, как и другие препараты, блокирующие секрецию желудочного сока, может снижать всасывание витамина В12 (цианокобаламин) из-за гипо- и ахлоргидрии. Это следует учитывать при лечении пациентов со сниженными запасами данного витамина в организме, или при длительном лечении пациентов с факторами риска развития дефицита витамина В12, а также при наблюдении соответствующих клинических симптомов.

Проведение длительной терапии, особенно продолжительностью более 1 года, требует регулярного наблюдения за пациентами.

Пантопризол не рекомендуется применять вместе с ингибиторами протеаз ВИЧ, всасывание которых зависит от рН среды желудка (например, атазановир), из-за существенного снижения их биодоступности.

Имеются сообщения о развитии тяжелой гипомagneмии у пациентов, получавших ИПН в течение не менее 3-х месяцев, а в большинстве случаев – в течение года. Могут возникнуть такие серьезные проявления гипомagneмии, как повышенная утомляемость, тетания, бред, судороги, головокружение и желудочковая аритмия, однако гипомagneмия может развиваться незаметно и своевременно не распознаваться. У большинства пациентов с гипомagneмией она уменьшается после заместительной терапии препаратами магния и отмены ИПН. У пациентов, которым планируется длительное лечение, или у пациентов, получающих ИПН вместе с дигоксином либо с другими препаратами, способными вызывать гипомagneмию (например, диуретики), необходимо проводить исследование содержания магния в сыворотке крови перед началом лечения ИПН и периодически во время лечения.

Ингибиторы протонного насоса, особенно при использовании высоких доз и в течение длительного времени (>1 года), могут умеренно повышать риск возникновения переломов бедренной кости, костей запястья и позвоночника, преимущественно у пожилых людей или при наличии других общепризнанных факторов риска. Наблюдательные исследования указывают на то, что ингибиторы протонного насоса могут повышать общий риск возникновения переломов на 10 – 40 %. Некоторые из этих переломов могут быть обусловлены наличием других факторов риска. Пациенты с риском остеопороза должны получать



лечение в соответствии с действующими клиническими руководствами и достаточное количество витамина D и кальция.

При лечении ингибиторами протонного насоса очень редко отмечается развитие подострой кожной красной волчанки (ПККВ). При возникновении поражений кожи, особенно на участках, подвергшихся воздействию солнечных лучей, а также при наличии сопутствующей артралгии, пациент должен немедленно обратиться за медицинской помощью, и врачу следует оценить необходимость прекращения лечения препаратом Пантопразол-Акрихин. Возникновение ПККВ после предшествующего лечения ингибитором протонного насоса может повысить риск развития ПККВ при лечении другими ингибиторами протонного насоса.

При проведении лабораторных исследований необходимо учитывать, что повышенное содержание СgА в сыворотке крови может искажать результаты диагностических исследований для выявления нейроэндокринных опухолей. В связи с этим применение препарата Пантопразол-Акрихин следует прекратить не менее чем за 5 дней до проведения исследования содержания СgА. Если содержание СgА и гастрин не возвратилось к нормальным значениям после первого определения, то исследование следует повторить через 14 дней после прекращения приема ингибитора протонного насоса.

#### ***Влияние на способность управления транспортными средствами/механизмами.***

Следует воздержаться от управления транспортными средствами и другими механизмами, требующими повышенного внимания, из-за вероятности головокружений и нарушения зрения.

#### **ФОРМА ВЫПУСКА**

*Таблетки кишечнорастворимые, покрытые пленочной оболочкой, 40 мг.*

По 10 таблеток в контурную ячейковую упаковку из фольги алюминиевой и пленки ПВХ/ПВДХ или пленки ПВХ/Аклар®, или комбинированного трехслойного материала ОПА/АЛ/ПВХ «Оптиформ».

1, 2 или 3 контурные ячейковые упаковки вместе с инструкцией по применению помещают в пачку из картона.

#### **УСЛОВИЯ ХРАНЕНИЯ**

При температуре не выше 25 °С. Хранить в недоступном для детей месте.

#### **СРОК ГОДНОСТИ**

2 года. Не применять по истечении срока годности.

#### **УСЛОВИЯ ОТПУСКА ИЗ АПТЕК**

Отпускают по рецепту.

#### **ПРОИЗВОДИТЕЛЬ/ОРГАНИЗАЦИЯ, ПРИНИМАЮЩАЯ ПРЕТЕНЗИИ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ**

Акционерное общество «Химико-фармацевтический комбинат «АКРИХИН»

(АО «АКРИХИН»), Россия

142450, Московская область, Ногинский район, г. Старая Купавна, ул. Кирова, д. 29.

Телефон/факс: +7 (495) 702-95-03.