

Міністерство охорони здоров'я України

УНІФІКОВАНИЙ КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ ІЗ ХВОРОБОЮ КРОНА

Наказ МОЗ України №59 від 29.01.2013

Київ – 2013

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства охорони здоров'я України

Від 29.01.2013 р. №59

Перелік скорочень, що використовуються в протоколі:

АСК – 5 аміносаліцилова кислота

МКХ-10 – міжнародна статистична класифікація хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я 10-го перегляду

МОЗ – Міністерство охорони здоров'я України

ХК – хвороба Крона

ШОЕ – швидкість осідання еритроцитів

А. ПАСПОРТНА ЧАСТИНА**А. 1 Діагноз:** Хвороба Крона**А. 2 Шифр згідно МКХ-10:** K50 Хвороба Крона**А. 3 Потенційні користувачі:** дитячі гастроентерологи, лікарі-педіатри, лікарі загальної практики-сімейної медицини, організатори охорони здоров'я**А. 4 Мета протоколу:** стандартизувати медичну допомогу дітям дітям із хворобою Крона.**А. 5 Дата складання** – 2012 р.**А. 6 Дата планового перегляду протоколу** – 2017 р.**Б. 1 ЕПІДЕМІОЛОГІЯ:**

Хвороба Крона (ХК) – хронічне рецидивуюче захворювання, що характеризується трансмуральним гранульоматозним запаленням із сегментарним ураженням різних відділів травного тракту.

Захворюваність в окремих країнах Європи до 5 на 100000 дитячого населення.

Б. 2 ПРОТОКОЛ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
Б. 2. 1 Амбулаторний етап		
Діти з підозрою на ХК повинні бути обстежені	Світовий досвід лікування дітей свідчить, що рання діагностика ХК зменшує ризик розвитку ускладнень [The second European evidence-based Consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease: special situation, 2010] (Рівень доказовості В)	Обстеження та спостереження лікарем — дитячим гастроентерологом, педіатром чи лікарем загальної практики — сімейної медицини.
Обстеження пацієнтів із підозрою на ХК здійснюється амбулаторно та стаціонарно	Діагноз ХК встановлюється лікарем згідно класифікаційних критеріїв	Забезпечення своєчасного встановлення діагнозу ХК.
Б. 2.2 Стаціонарний етап		
Госпіталізація в стаціонар здійснюється у разі неможливості адекватної медикаментозної терапії або розвитку ускладнень, обстеження та лікування яких потребує стаціонарного спостереження за хворим	Направлення на госпіталізацію здійснюється лікарем	Хворі на ХК госпіталізуються для обстеження та стаціонарного лікування.
Тривалість стаціонарного лікування	Підтверджується даними клінічної практики та кафедри дитячої гастроентерології та нутріціології ХМАПО	Індивідуально, до одержання терапевтичного ефекту.
Б. 2.3 Діагностика		
Встановлення діагнозу ХК	Світовий досвід лікування дітей свідчить, що рання діагностика ХК зменшує ризик розвитку ускладнень (Рівень доказовості В)	Об'єм діагностики: Обов'язкові дослідження: клінічний аналіз крові, клінічний аналіз сечі, протеїнограма, показники запалення, копрограма (розгорнута), аналіз калу на дисбактеріоз, рентгенологічне дослідження шлунково-кишкового тракту (іріографія), ендоскопічне обстеження (колоноскопія), морфологічне дослідження біоптатів кишковика, шлунку, 12-типалої кишки
Б. 2. 4 Лікування		
Діти з ХК у період ремісії потребують дієтотерапії	Підтверджується даними клінічної практики (Рівень доказовості D)	Лікувальний стіл 5.

Діти з ХК у період загострення потребують дієтотерапії	Підтверджується даними клінічної практики [The second European evidence-based Consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease: special situation, 2010] (Рівень доказовості С)	<p>Фульмінантна форма При наявності синдрому мальабсорбції: А. Повне ентеральне харчування — суміш Peptamen* через зонд або перорально. Розрахунок дози суміші проводиться, виходячи з добової потреби дитини на наявну масу тіла (ккал/кг/доба). Прийом суміші Peptamen дозволено дітям шкільного віку та підліткам. У першу добу пацієнт повинен отримати не більше 50% від необхідного добового раціону. При адекватній переносимості суміші на другу добу доза збільшується до 75%, на третю добу становить 100%. Б. Зондове ентеральне харчування сумішшю Peptamen Режим введення та дози: крапельно або струйно не більше 200 мл за годину. Перорально: 100–200 мл протягом 30–40 хвилин невеликими ковтками. Без синдрому мальабсорбції: А. Повне ентеральне харчування сумішшю Modulen IBD** через зонд або перорально. Розрахунок дози суміші проводиться, виходячи з добової потреби дитини на наявну масу тіла (ккал/кг/доба). Прийом суміші Modulen IBD дозволено дітям шкільного віку та підліткам. У першу добу пацієнт отримує не більше 50% від необхідного добового колоражу. При адекватній переносимості суміші на другу добу доза збільшується до 75 %, на третю добу становить 100 %. Б. Зондове ентеральне харчування. Режим введення та дози: крапельно або струйно не більше 200 мл за годину. Перорально: 100–200 мл суміші протягом 30–40 хвилин невеликими ковтками.</p>
У період загострення суміш Modulen IBD призначається в залежності від ступеня важкості ХК	Підтверджується даними клінічної практики [The second European evidence-based Consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease: special situation, 2010] (Рівень доказовості С)	<p>1. Тяжка форма хвороби У випадках ураження тонкого кишковика та наявності синдрому мальабсорбції сумішшю першої лінії проведення повного ентерального харчування є суміш Peptamen із наступним переходом на суміш Modulen IBD. Суміш Peptamen використовується або як єдине джерело харчування, при цьому розрахунок дози суміші проводиться на відповідних масі тіла (ккал/кг/доба), або в якості допоміжного джерела харчування: 400–600 мл на добу. При ураженні товстої кишки призначають суміш Modulen IBD. Добовий раціон дитини рекомендується повністю замінити сумішшю Modulen IBD. Розрахунок дози суміші проводиться, враховуючи добову потребу дитини на наявну масу тіла (ккал/кг/доба). Час між прийомами суміші не повинен бути більше 1,5 годин. При адекватній переносимості прийом суміші продовжується протягом 8 тижнів, після чого раціон дитини розширюється (лікувальні столи 5п, 5) та зберігається прийом суміші в дозі 400–600 мл на добу протягом 4 тижнів, далі — в дозі 200–400 мл на добу до отримання стійкої клініко-морфологічної ремісії. 2. Середньоважка ступінь тяжкості хвороби. Призначення суміші Modulen IBD, розрахунок дози, режим прийому суміші та термін вживання як при важкій формі захворювання. 3. Легка форма Ентеральне харчування проводять сумішшю Modulen IBD в якості допоміжного джерела харчування в дозі 400–800 мл на добу. Розрахунок дози проводиться, виходячи з добової потреби дитини на наявну масу тіла (ккал/кг/доба). Суміш приймають протягом 30–40 хвилин невеликими ковтками.</p>
Діти з ХК потребують медикаментозного лікування	Досвід лікування дітей у світі доводить, що патогенетична медикаментозна терапія сприяє більш швидкому усуненню клінічних проявів захворювання, скорочує терміни госпіталізації (Рівень доказовості В)	<p>Загальні рекомендації: Ліки 5 — АСК (месалазін): — Салофальк (таблетки, гранули, ректальна суспензія, супозиторії): дітям 2–12 років у періоді загострення призначається із розрахунку 30–50 мг/кг маси тіла/доба, підліткам — 3,0–4,5 г/доба; в періоді ремісії — дітям із розрахунку 15–30 мг/кг маси тіла/доба, підліткам — 1,0–1,5 г/добу (рівень доказовості — А); — Пентаса: дітям 2–12 років у періоді загострення призначається із розрахунку 30–50 мг/кг маси тіла/доба, підліткам — 1,5–4 г/доба; в періоді ремісії — дітям із розрахунку 15–30 мг/кг маси тіла/доба, підліткам — 2 г/добу; — Глюкокортикостероїди показані хворим із відсутністю ефекту на використання ліків 5-АСК; пацієнтам із ураженням шлунково-кишкового тракту (від стравоходу до порожньої кишки) та/або з позакишковими проявами (рівень доказовості — В). Топічний кортикостероїд будесонід показаний хворим із легкими та середньоважкими формами хвороби в фазі загострення, а також пацієнтам з ураженням дистальних відділів підвздошної кишки і відхідно-ободової кишки; оптимальна доза будесоніда складає 9 мг на добу (рівень доказовості — А); — цитостатики (азотіоприн або його активний метаболіт 6-меркаптопурин) показаний гормонорезистентним хворим або при необхідності знизити дозу глюкокортикостероїдів внаслідок наявності побічних їх ефектів (ступінь доказовості А). Рекомендована доза азотіоприна складає 2,5 мг/кг маси тіла на добу, 6-МП-1–1,5 мг/кг маси тіла на добу. — Антибактеріальна терапія: метронідазол в дозі 20 мг/кг маси тіла на добу хворим із переважною локалізацією в ободовій кишці (ступінь доказовості А); антибіотики, фунгіцидні ліки — див. розділ «Виразковий коліт»; — Моноклональні антитіла до ФНО-α — інфліксимаб рекомендується для внутрішньовенного використання у дітей з 6 років при важкій та середньо важкій формі у разовій дозі 5 мг/кг маси тіла. Побічні ефекти — головний біль, задуха, кропивниця, інфекції, включаючи туберкульоз. Протипоказання до призначення препаратів (див. додаток 2)</p>

Варіанти патогенетичної терапії в залежності від ступеню тяжкості хвороби	Досвід лікування дітей у світі доводить, що патогенетична медикаментозна терапія сприяє більш швидкому усуненню клінічних проявів захворювання, скорочує терміни госпіталізації (Рівень доказовості В)	Фульмінантний перебіг хвороби (лихоманка, блювання, діарея, кишкова кровотеча, м'язовий захист при пальпації живота, підвищення ШОЕ, загального білку, диспротеїнемія, анемія). Системні стероїди (преднізолон або метильовані аналоги в перерахунку на преднізолон) 1–1,5 мг/кг/доба + азатіоприн 1,5–2 мг/кг/доба. При позитивній відповіді поступово знижати дозу стероїдів (по 2,5 мг кожні 7–10 днів), азатіоприн — в тій же дозі. При досягненні ремісії — підтримуюча терапія азатіоприном в дозі 1,5–2 мг/кг/доба протягом 2-х р. При відсутності ефекту призначають інфліксімаб 5 мг/кг (внутрішньовенно протягом 2-х годин) за схемою 0–2–6 тижнів; в подальшому — кожні 8 тижнів до досягнення ремісії. При досягненні ремісії — підтримуюча терапія інфліксімабом 5 мг/кг кожні 8 тижнів протягом 1 року та азатіоприном 1,5–2 мг/кг не менше 2-х років. При відсутності ефекту — хірургічне лікування. Активність хвороби від помірної до високої Глюкокортикостероїди – преднізолон внутрішньо-венно в дозі 2 мг/кг маси тіла на добу, при відсутності ефекту від призначення преднізолону протягом 7 днів використовують цитостатики. Азатіоприн 1,5–2 мг/кг (до 100 мг/сутки), при досягненні ремісії — підтримуюча терапія азатіоприном 1,5–2 мг/кг не менше 2-х років. Активність хвороби від низької до помірної При ураженні дистальних відділів підвздошної кишки призначають ліки 5-АСК (месалазін в дозі 50 мг/кг маси тіла на добу, максимальна 4,5 г/добу). Якщо ураження обмежується ілеоцекальною областю та вихідно-ободовою кишкою призначають будесонід в дозі 9 мг на добу за схемою. Підтримуюча терапія месалазином із рахунку 15–30 мг/кг маси тіла/доба не менше одного року.
Діти з ХК потребують хірургічного втручання в разі ускладнень	Підтверджується даними клінічної практики (Рівень доказовості С)	Кишкова кровотеча, кишкова обструкція з ознаками непрохідності, абсцеси, фістули, рефрактерність до медикаментозної терапії, відставання у фізичному розвитку дитини.
Критерії якості лікування	Підтверджується даними клінічної практики та кафедри дитячої гастроентерології та нутриціології ХМАПО	Відсутність клінічних проявів захворювання, тривала клініко-ендоскопічної ремісії, відсутність ускладнень, відповідність рівня фізичного та психосоціального розвитку віку дитини.
Б. 2. 5 Диспансерний нагляд		
Термін спостереження дітей із ХК — постійно.	Підтверджується даними клінічної практики та кафедри дитячої гастроентерології та нутриціології ХМАПО	Огляд лікарем загальної практики — сімейної медицини, педіатром — щомісячно (перші 3 місяці після виписки із стаціонару, далі — кожні 3 місяці), дитячим гастроентерологом — 2 рази на рік; хірург — 1 раз на рік, інші спеціалісти — за вимогами. Протирецидивне лікування: 2 рази на рік в умовах стаціонару. Обсяг контрольно-діагностичних обстежень: клінічний аналіз крові 1 раз у 2 тижні (перші 3 місяці), далі — щомісячно протягом року, далі — 1 раз у три місяці; клінічний аналіз сечі та копрограма — 1 раз у 3 місяці (перші 2 роки), далі 1–2 рази на рік; аналіз калу на яйця глистів та простіші — 2 рази на рік; біохімічне дослідження калу (реакція Грегерсена, Трібуле) 1 раз у 3 місяці (перший рік), далі — 1 раз на рік; протеїнограма, біохімічні показники функцій печінки, коагулограма, гострофазові показники — за показаннями 1 раз у 3–6 місяців (перші два роки), далі — 1 раз на рік, ректороманоскопія за показаннями — 1 раз у 3–6 місяців (перший рік нагляду, далі 1–2 рази на рік), УЗД органів черевної порожнини — за вимогами, ірігографія — за показаннями 1 раз на рік.
Б. 2. 6 Санаторно-курортне лікування		
Санаторно-курортне лікування при ХК — не показане!!!	Наказ МОЗ України від 12.01.2009 №4 «Про направлення дітей на санаторно-курортне лікування в санаторно-курортні заклади (крім туберкульозного профілю)»	Не показане!

В. КЛАСИФІКАЦІЯ ТА КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ ХВОРОБИ КРОНА**В. 1 Клінічна класифікація (В.Н. Колейкін і співавт., 2001 р.)**

Форма	Локалізація Період	Ілеїт Ілеоколіт Аноректальна Шлунка Дванадцятипалої к-ки Інші локалізації Інфільтрація Тріщини Рубцювання Стенозування
Фаза	Загострення Ремісія	Ступінь важкості: — легка — середньої важкості — важка
Перебіг	Гострий Підгострий Хронічний	
Позакишкові прояви: спондилоартрити, периферичні артрити, афтозний стоматит, вузлова еритема, увеїт, склерокон'юнктивіт, гепатит.		
Ускладнення: свищі (міжкишкові, проміжностні та інші), періанальні ураження, стенози кишечника, обтураційна непрохідність, перфорація кишки та перитоніт, кишкова кровотеча, токсичний мегаколон, амілоїдоз, септико-токсичні стани, судинні тромбози, тромбоемболії.		
Супутні захворювання		

В. 2 Ступінь тяжкості хвороби Крона

Ступінь тяжкості хвороби Крона визначається локалізацією патологічного процесу та наявністю ускладнень.

Тяжка форма хвороби: біль нападopodobний, сильний, може бути постійним; посилюється під час ходи, після їжі та перед актом дефекації; прояви кишкової диспепсії, порушення випорожнень (напіврідкий кашкоподібний стілець до 10–12 разів на добу з домішкою слизу, гною, крові), тенезми, позиви до дефекації вночі; пальпаторно: біль у місці поразки, може бути пухлино подібне утворення (при наявності між кишкових зрощувань); анорексія.

Середньоважка форма: біль нападopodobний, сильний, після їжі, може бути ниючим, постійним; локалізація залежить від місця найбільшого ураження; відчуття переливання, буркотіння, здуття животу, діарея (напіврідкі кашкоподібні випорожнення до 10 разів на добу, з домішками слизу, гною, рові), пальпаторно: гурчання, біль навколо пупка, шум плескання, болісний щільний відділ кишки, зниження апетиту.

Легка форма: абдомінальний біль, нестійкі випорожнення (закрепи змінюються кашкоподібними випорожненнями), зрідка метеоризм, зниження апетиту.

Г. ДІАГНОСТИЧНА ПРОГРАММА

- Збір анамнестичних даних.
- Фізикальне обстеження.
- Лабораторні дослідження.
- Колоноскопію з біопсією та гістологічним дослідженням і /або езофагогастроуденоскопію
- Рентгенологічне дослідження.

При оцінці анамнезу хвороби уточнюють симптоми хвороби, їх давність, можливі чинники клінічних проявів, сімейну схильність до хвороб кишківника.

Об'єктивне обстеження: визначають зріст (із процентілями) та масу тіла (з процентілями). Відхилення процентилів нижче третього процентіля поряд із змінами показників росту допомагають при визначенні тяжкості перебігу хвороби:

- огляд ротової порожнини (наявність афт, гінгівіту);
- зміни шкіри та суглобів (вузлувата еритема, гангренозна піодермія, артрити, спондиліт, сакроілеїт);
- пальпація органів черевної порожнини — наявність інфільтрату у правому нижньому квадранті живота; сегментарна ущільненість товстої кишки; періанальні тріщини; збільшення розмірів печінки (при важких формах хвороби).

Незалежно від локалізації патологічного процесу при ХК мають місце загальні порушення: гарячка (від субфебрилітету до гектичної температури), зниження маси тіла, ознаки анемії, полігіповітамінозу, електролітної недостатності та гіпопротеїнемічних набряків.

Лабораторні дослідження.

Клінічний аналіз крові — анемія, лейкоцитоз, прискорене ШОЕ.

Біохімічне дослідження крові: під час загострення підвищення гострофазових показників, диспротеїнемія (гіпоальбумінемія, гіпер-альфа-2 глобулінемія).

Копрограма: стеаторея, позитивна проба Трибуле (з хлор- та три хлороцтовою кислотами), позитивна проба Грегерсена, дисбіотичні зміни мікрофлори кишечника.

Рентгенологічні показники обстеження органів черевної порожнини залежать від фази захворювання та розподіляються на нестенотичні (на початку) та стенотичні ознаки.

Нестенотичні ознаки мають переривчастий вигляд, характеризуються ригідністю уражених ділянок, мозаїчністю зображення за рахунок набряку, лінійних виразок, свищових ходів, проникнення контрасту за межі стінки кишки у вигляді кишені або бахроми. Надалі з'являються стенотичні ознаки: знижується або повністю зникає контрактильна здатність кишки, уповільнюється евакуація барію, має місце нерівномірне звуження просвіту кишки до стану «шнурка», одночасно понад зоною звуження спостерігається значне її поширення.

Ендоскопічне дослідження: картина поліморфна і залежить від фази захворювання (інфільтрації, тріщини, рубцювання). За тривалістю процес може бути локальним і дифузним.

Фаза інфільтрації: ураження глибоких слоїв стінки (звуження просвіту, набряк слизової оболонки, судинний малюнок визначається тільки крупними судинами, можуть бути невеликі афтозні дефекти).

Фаза розколин (деструктивна): великі виразкові дефекти у вигляді поздовжніх тріщин, які мають напрямок вздовж або поперек кишки, рельєф у вигляді «паперової бруківки».

Фаза рубцювання: рубцеві стенози, які обумовлюють кишкову непрохідність.

Гістологічне дослідження біоптату: наявність подовжньо розташованих виразок- тріщин, що проникають у м'язовий та субсерозний шари, гранульом туберкулоїдного та саркоїдного типів.

В. КЛАСИФІКАЦІЯ ТА КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ ХВОРОБИ КРОНА**В. 1 Клінічна класифікація (В.Н. Копейкін і співавт., 2001 р.)**

№ п/п	Індикатори	Порогове значення					Методика вимірювання (обчислення)	Заходи впливу
		2013	2014	2015	2016	2017		
1	Забезпечення навчання медичного персоналу медико-організаційним технологіям клінічного протоколу	75 %	80 %	85 %	90 %	95 %	Кількість одиниць медичних працівників, які задіяні у виконанні медико-організаційних технологій даного клінічного протоколу і пройшли навчання x100/ загальна кількість медичних працівників, які задіяні у виконанні клінічного протоколу (фізичних осіб)	Наявність наказу по закладу про впровадження клінічного протоколу, забезпечення мотивації медичного персоналу до впровадження клінічного протоколу
2	Відсутність клінічних проявів загострення	80 %	80 %	80 %	80 %	80 %	Кількість дітей без загострень ХК протягом року x100/кількість дітей, які звернулися у медичний заклад з приводу ХП	Проведення лікувальних заходів у повному обсязі відповідно до клінічного протоколу
3	Тривала ремісія	80 %	80 %	80 %	80 %	80 %	Кількість дітей, які перебувають в стадії ремісії ХК на протязі 3 років x100/ кількість дітей, які звернулися у медичний заклад з приводу ХК	Проведення лікувальних заходів у повному обсязі відповідно до клінічного протоколу

ДОДАТОК 1. Педіатричний індекс активності хвороби Крона (PCDAI):

Критерії		Бали
Абдомінальний біль	– немає	0
	– малої інтенсивності	5
	– сильної інтенсивності	10
Стілець, частота, консистенція	– раз на день, рідкий без суміші крові	0
	– 2-5 раз в день із невеликою кількістю крові	5
	– більше 6 разів	10
Самопочуття, активність	– немає обмеження активності	0
	– помірне обмеження активності	5
	– значне обмеження активності	10
Маса тіла	– немає зниження маси тіла	0
	– зниження маси тіла на 1-9 %	5
	– зниження маси тіла >10%	10
Ріст	– нижче 1 центіля	0
	– от 1-2 центілей	5
	– нижче 2 центілей	10
Пальпаторна болючість	– немає болючості	0
	– болючість, ущільнення кишківника	5
	– виразна болючість	10
Параректальні ознаки	– немає	0
	– фістула, абсцес	10
Позакишкові прояви	– немає	0
	– одне	5
	– більш двох	10
Гематокрит у дітей до 10 років	– > 33	0
	– 28-32	2,5
	– < 28	5
Гематокрит (дівчинки) 11-18 років	– > 34	0
	– 29-34	2,5
	– < 29	5
Гематокрит (хлопчики) 11-14 років	– > 35	0
	– 30-34	2,5
	– < 30	5
Гематокрит (хлопчики) 15-18 років	– > 37	0
	– 32-36	2,5
	– < 32	5
ШОЕ (мм/год)	– < 20	0
	– 20-50	2,5
	– > 50	5
Альбуміни (г/дл)	– > 3,5	0
	– 3,1-3,4	5
	– < 3,0	10

Інтерпретація:

< 10 балів – відсутність активності (ремісія);

11–30 балів – легка або середньоважка форма хвороби;

30–100 балів – важка форма хвороби.

ДОДАТОК 2. Протипоказання до призначення препаратів

Протипоказання до призначення препаратів 5-АСК – підвищена чутливість до салицилатів, хвороби крові, тяжкі порушення функцій печінки та нирок, вік дитини до 2-х років, пептична виразка шлунку та 12-типалої кишки.

Протипоказання до призначення глюкокортикостероїдів – пептична виразка шлунку та 12-типалої кишки, активний туберкульоз, системний остеопороз, ниркова недостатність, інфекції (вітряна віспа, простий герпес, грибова інфекція) та інші.

Протипоказання до призначення: азатіоприну – підвищена чутливість до препарату; до меркаптопурину – абсолютних протипоказань немає.

Моноклональні антитіла до ФНО- α – інфліксимаб. Абсолютні протипоказання до призначення інфліксимабу – туберкульоз, сепсис, абсцеси, опортуністичні інфекції, наявність в анамнезі реакції підвищеної чутливості до інфліксимабу.

Директор Департаменту реформ
та розвитку медичної допомоги МОЗ України

М. К. Хобзей

Домрид®

домперидон
суспензія оральна 100 мл



Препарат вибору при блюванні у дітей з перших днів життя



Нормалізує моторику шлунка

Інформація про лікарський засіб для професійної діяльності медичних і фармацевтичних працівників.
Домрид® Р.П. МОЗ України № UA/8976/02/01 від 21.07.2012 № 596. **Склад:** діюча речовина: domperidone; 1 мл суспензії містить домперидону 1 мг. **Лікарська форма.** Суспензія оральна. **Фармакотерапевтична група.** Стимулятори перистальтики (пропульсанти). Код АТС А03F А03. **Показання.** Ослаблення симптомів нудоти та блювання. **Противоказання.** Підвищена чутливість до компонентів препарату. Не слід застосовувати препарат, якщо стимуляція рухової функції шлунка може бути небезпечною, наприклад, при шлунково-кишковій кровотечі, механічній непрохідності або перфорації. **Побічні реакції.** З боку імунної системи: дуже рідко – анафілактичні реакції, включаючи анафілактичний шок, ангіоневротичний набряк, набряк обличчя, рук, гомілок або ступень, кропив'янка, алергічні реакції. З боку ендокринної системи: рідко – підвищення рівня пролактину у плазмі крові. **Повна інформація міститься в інструкції до медичного застосування препарату.**


Kusum

Виробник: ТОВ «Кусум Фарм»
Україна, м. Суми, (044) 495 82 88
www.kusumpharm.com