УДК - 616.147.17-007.64-08:615.225.3:577.164.3

Чобей С.М.
Ужгородський національний університет, м. Ужгород.

Біофлавоноїди в комплексному лікуванні геморою

■ **Резюме**

■ **Ключові слова:** Нормовен, гострий та хронічний геморой, комплексне лікування.

В хірургічній клініці ЗОКЛ ім. Андрія Новака (м. Ужгород) за період 2012-2014 роки ми спостерігали 243 пацієнта із гострим та хронічним гемороєм віком від 21 до 69 років. Хворі поділені на дві групи. В І-у групу увійшли 117 пацієнтів, які мали гострий геморой з ускладненнями у вигляді тромбозів, кровотеч та вираженого запального процесу. ІІ-а група 126 пацієнтів з хронічним гемороєм ІІІ-ІV стадією.

Прийом Нормовену у до- та післяопераційному періоді достовірно знижує набряк, болючість, свербіж і парестезії в ділянці післяопераційної рани, дискомфорт при дефекації та зменшує кількість кров'янистих виділень, і таким чином, полегшує перебіг і сприяє скороченню післяопераційного періоду, як у хворих з гострим, так і у пацієнтів з хронічним гемороєм, пришвидшує повернення пацієнтів до праці та активного повноцінного життя.

■ **Вступ.** Актуальність проблеми пов'язана з широкою розповсюдженістю хронічного геморою, на яка складає 130-150 випадків на 1000 дорослого населення та визначає провідне місце серед колопроктологічних захворювань і високий інтерес до проблеми його лікування [1,2]. Геморой виявляють у 10-15% дорослого населення світу, а його питома вага серед захворювань прямої кишки становить 42%. У зв'язку з цим геморой відносять до числа актуальних медичних та соціально-економічних проблем. За даними провідних колопроктологічних центрів, хірургічному лікуванню підлягають близько 30% хворих на хронічний геморой. Такі операції посідають перше місце в структурі хірургічних втручань будь-якого проктологічного відділення. Ускладнення після гемороїдектомії складає до 30-40%, до яких відносяться виражений больовий синдром, кровотеча, дизуричні прояви, гнійно-запальні процеси. Терміни тимчасової непрацездатності після гемороїдектомії залишаються тривалими і складає не менше 4-х тижнів.

Сучасній медицині відомо, що при гемороє має місце гіперплазія кавернозної тканини клінічного (хірургічного) анального каналу, яка виникає внаслідок порушення кровотоку в кавернозних тільцях. Порушення мікроциркуляції зумовлене в основному посиленим напливом артеріальної крові у кавернозні тільця по завиткових артеріях та ускладненим венозним відтоком.

В основі першого лежить дисфункція судин, яка призводить до посиленого притоку артеріальної крові та зменшення відтоку по кавернозних венах, що спричиняє збільшення кавернозних тілець та формування гемороїдальних вузлів. Другим фактором є розвиток дистрофічних процесів у поздовжньому м'язовому шарі стінки прямої кишки та зв'язці Паркса, що розташована у міжсфінктерному просторі, які утворюють своєрідний фіброзно-м'язовий каркас внутрішніх гемороїдальних вузлів та утримують їх в анальному каналі.

Таким чином, геморой - це переважно судинна патологія клінічного (хірургічного) анального каналу, зокрема нормальних кавернозних утворень підслизового шару його слизової оболонки. Дуже важливим для розуміння патогенезу та методів лікування геморою є те, що у функціональному відношенні кавернозні структури термінального відділу прямої кишки є своєрідним гідравлічним механізмом: заповнюючись кров'ю і збільшуючись у розмірах, вони стискають складки слизової оболонки та герметизують анальний отвір.

■ **Мета дослідження.** Дослідити вплив та оцінити клінічну ефективність біофлавоноїдів у лікуванні гострого та хронічного геморою.

■ **Матеріали та методи.** В хірургічній клініці ЗОКЛ ім. Андрія Новака (м. Ужгород) за період 2012-2014 роки ми спостерігали 243 пацієнта із гострим та хронічним гемороєм віком від 21 до 69 років. Хворі поділені на дві групи. В І групу увійшли 117 пацієнтів, які мали гострий геморой з ускладненнями у вигляді тромбозів, кровотеч та вираженого запального процесу. ІІ група 126 пацієнтів з хронічним гемороєм ІІІ-ІV стадією.

Проктологічний огляд включав чотири обов'язкові послідовні етапи дослідження:

• огляд перианальної ділянки з пальпацією;

• пальцеве дослідження анального каналу та ампули прямої кишки;

• аноскопію (огляд анального каналу за допомогою аноскопа) або огляд за допомогою ректального дзеркала;

• ректороманоскопію (ендоскопічне дослідження прямої кишки, ректосигмоїдного згину товстої кишки та дистального відділу сигмоподібної кишки за допомогою ректороманоскопа) не менш ніж на 25см; неможливість огляду на вказану відстань пояснюється в описанні (протоколі), при можливості після повторної підготовки цей етап повторюється.

У 36 хворих, які отримували нормовен на ультразвуковому апараті ALOKA SSD 3500 з трасректальним та лінійним датчиком 7,5-12Мгц обстежуючи параректальну ділянку поглиблено вивчали ступінь регіонарної венозної гемодинаміки та мікроциркуляції. Десять хворих в післяопераційному періоді не отримували нормовен, створили - контрольну групу.

Критерії оцінки післяопераційної періоду:

- особливості клінічного перебігу післяопераційного періоду;

- аноскопічну динаміку репаративних процесів;

- вираженість і тривалість післяопераційного больового синдрому;

- терміни відновлення функціональної активності (самостійної дефекації);

- терміни тимчасової непрацездатності та тривалість стаціонарного лікування.

■ **Результати досліджень та їх обговорення.**

Відповідно до сучасної класифікації геморой має чотири ступені важкості залежно від вираженості характерних симптомів:

І ступінь - гемороїдальні вузли залишаються в межах відхідника, клінічні прояви - виділення незміненої (червоної) крові під час чи після акту дефекації;

ІІ ступінь - випадіння вузлів при дефекації і самостійне їх вправлення, клінічні ознаки - виділення незміненої (червоної) крові під час чи після акту дефекації, випадіння вузлів, виділення слизу, свербіж, дискомфорт;

ІІІ ступінь - випадіння вузлів при дефекації з необхідністю вправлення їх руками, клінічні ознаки - такі ж, як при І та ІІ ступенях, плюс випадіння з відхідника вузлів при фізичному навантаженні;

ІV ступінь - випадіння і укривання виразками вузлів, виділення незміненої (червоної) крові під час чи після акту дефекації, виразки, виділен-

ня слизу, свербіж, порушення замикаючої функції клінічного (анатомічного) анального каналу, що проявляється нетриманням калу і газів.

Окремо виділяють ускладнення геморою у вигляді тромбозу гемороїдальних вузлів, яке нерідко називають гострим гемороєм. Кровотеча є, швидше, не ускладненням, а основним і нерідко єдиним симптомом хронічного геморою та має місце на всіх стадіях його розвитку. Однак тривалі кровотечі при геморої швидко призводять до анемізації хворого, і тому анемія, що виникла внаслідок гемороїдальних кровотеч, повинна розглядатись як ускладнення геморою. Діагноз геморою повинен бути поставлений на основі характерних скарг хворого та після обов'язкового проведення проктологічного огляду хворого.

Простий (неускладнений, хронічний) геморой II-III ступеню вимагає медикаментозного лікування. Профілактикою ускладнень захворювання у цієї групи хворих є нормалізація фізіологічного акту дефекації і гігієна промежини після спорожнення.

Ускладнений геморой поділяють на дві форми - гострий геморой (аноректальний тромбоз) і кровоточивий геморой.

Гострий аноректальний тромбоз (гострий геморой) прийнято класифікувати на 3 ступеня тяжкості:

I ступінь - характеризується тромбозом одиничних кавернозних синусів гемороїдальних вузлів, клінічно проявляючись лише болем при дефекації або пальпації;

II ступінь - характеризується тромбозом одного або декількох гемороїдальних вузлів, ускладненого тромбофлебітом;

III ступінь - характеризується тромбозом гемороїдальних комплексів з розвитком гнійно-септичних ускладнень в параректальної клітковині (некрозом вузла, парапроктитом, висхідним тромбофлебітом).

Пацієнти першої групи крім загально-прийнятої терапії в доопераційне лікування включали препарат Нормовен по схемі 2т.х3 рази на день (перші три доби), далі 2т.х2 рази на добу (наступні дві доби), далі 1т.х2 рази на добу (протягом 1-3 місяців). Оперативне втручання виконували на 5-7 добу від початку лікування. В другій групі лікування препаратом Нормовен по вище приведеній схемі, але з першого дня післяопераційного періоду.

Геморой, ускладнений гострим аноректального тромбозом III ступеня, гемороїдальними кровотечами супроводжуються анемією підлягає хірургічному лікуванню. В інших випадках лікувальний підхід будується на принципі: "від простого до складного"- медикаментозне лікування, при неефективності - малоінвазивне хірургічне лікування (вакуумне лігування), при рецидиві - радикальне хірургічне лікування (операція Міллігана-Моргана, Уайтхеда)(таблиця 1).

Як видно з таблиці малоінвазивне лікування виконано тільки у 20(8,2%), решті хворим 223(91,8%) виконані радикальні втручання.

Таблиця №1

Види оперативних втручань в досліджуваних групах

Вид оперативного втручання	I група	II група
Операція Міллігана-Моргана	**86**	**77**
Операція Уайтхеда	**23**	**37**
Вакуумне лігування латексними кільцями	**8**	**12**
Всього	**117**	**126**

Найчастішими клінічним проявом незалежно від виду хірургічного лікування були: больовий синдром, виділення крові при дефекації, виражений набряк тканин післяопераційної рани, слабість сфінктера, парестезії, перианальний свербіж.

Ультразвукове дослідження перианальної ділянки та прямої кишки, що відбуваються на мікроциркуляторному рівні, свідчило про достовірне (p <0,001) збільшення базальної величини перфузії шкіри в середньому до 87,3±16,3 п.е. і зниженні парціального тиску кисню до 26,7±7,1мм рт. ст. (в нормі, відповідно, 67,7±8,2 п.е. і 55,5±3,7мм рт.ст.). На тлі порушення мікроциркуляції та трофіки тканин в частотному спектрі лазерних доплерограм домінували, так звані, LF-хвилі, частота яких була збільшена до 18-20/хв., а амплітуда - до 3,3-3,5мВ. Зазначені зміни пояснюються місцевими порушеннями метаболізму і регуляції судинного тонусу. У нормі ці показники становлять, відповідно, 10-14/хв. і 2,5-2,7мВ. Постішемічна гіперемічна відповідь була знижена достовірно (p <0,001) в середньому до 150,5±49,4% порівняно з нормою (334,6±127,6%), що відображало пригнічення реактивності і резерву мікроциркуляторного русла. Виявлено також важкі порушення симпатичної регуляції кровотоку, які проявлялися ортостатично достовірним (p <0,01) ЛДФ-потоку у хворих з хронічним гемороєм на 29,2±6,6% проти 49,6±14,4% в нормі.

Після курсового лікування препаратом Нормовен визначали достовірне (p <0,001) зростання рівня парціального тиску кисню до 32,6±8,3мм рт.ст. і зниження ЛДФ-потоку до 75,4±11,2п.е. При цьому слід зазначити, що частота LF-хвиль зменшилася до 13-16/хв., а амплітуда - до 2,8-3мВ. Зазначені зміни відображали тенденцію до нормалізації обмінних процесів в тканинах. Про збільшення реактивності мікроциркуляторного русла свідчив показник гіперемічної реакції, що досяг 235,7±74,3%. Відповідно до клінічним зменшенням набряку тканин мала місце достовірна (p <0,01) активація протинабряклого аксон-рефлексу: зниження лазерного допплерівського потоку в ортостазі склала 35,7±8,3% (таблиці 3).

Таблиця №3

Динаміка симптоматики у хворих протягом лікування

Симптоми	Вид оперативного втручання	
	Контрольна група (n=10)	Хворі за поглибленим ультразвуковим обстеженням, які отримували Нормовен (n=36)
Набряковий синдром	**96,8%**	**33%**
Больовий синдром	**90%**	**22,1%**
Свербіж шкіри	**100%**	**43,7%**
Парестезії	**100%**	**38%**

Нормовен має різнобічний механізм дії: підвищує тонус вен, знижує проникність капілярів, покращує відтік лімфи, мікроциркуляцію в кавернозних тільцях та нормалізує в них кровотік. Наслідком цього є поліпшення венозного і лімфатичного відтоку. Ряд механізмів забезпечує протизапальну дію Нормовену. Препарат перешкоджає утворенню основних медіаторів запалення - простагландинів PGE2 і PGE2a, а також тромбоксану B2. Знижується адгезія лейкоцитів до венозного ендотелію, їх активація і викид лейкотрієнів, цитокінів, протеолітичних ферментів і вільних радикалів. Клінічно ефекти препарату проявляються у вигляді зменшення болів і явищ дискомфорту; зменшення набряків. Нормовен проводиться в мікронізованому вигляді. Завдяки цьому, всмоктування препарату з просвіту кишечника відбувається швидко [7,9].

Нормовен зменшує діаметр лімфатичних судин, знижує лімфатичне тиск і покращує лімфатичний дренаж шляхом збільшення кількості відкритих лімфатичних судин. Все це сприяє кращому відтоку інтерстиціальної рідини. Нормовен пригнічує адгезію і міграцію лейкоцитів,

проявляючи захисну дію на мікроциркуляторне русло. Зниження гіперпроникності капілярів, підвищення резистентності їх стінки забезпечують поліпшення дифузії кисню і перфузії шкіри.

Нормовен зменшує розтяжність вен, підвищує їх тонус і зменшує венозний застій; знижує проникність капілярів і збільшує їх резистентність, поліпшує мікроциркуляцію; покращує лімфатичний дренаж, значно прискорює транспорт лімфи, а також пригнічує активність лейкоцитів і синтез медіаторів запалення. Надає флебопротективний, протинабряковий і протизапальний ефект. Отже, Нормовен надає патогенетичний вплив на основні ланки розвитку хронічного геморою, покращуючи суб'єктивні (болі, парестезії, зуд та ін.) і об'єктивні (зменшення набряку) клінічні ознаки гострого та хронічного геморою.

При хронічному геморої для запобігання рецидивів доцільно використовувати дві таблетки щоденно протягом 1-3 місяців, відповідно до ступеня важкості захворювання. При цьому вірогідно зменшується частота загострень, їх тривалість та вираженість симптомів захворювання.

Для місцевого лікування слід використовувати мікроклізми (30-50 мл) з розчином ромашки, звіробою, кори дуба; свічки або мазі - реліф або реліф-адванс, проктоглівенол, постеризан, ультрапрокт, проктозан-нео, долопрокт, анузол та інші.

Якщо консервативна терапія геморою не дала очікуваного результату, а хвороба прогресує і супроводжується різким зниженням працездатності, при кожній дефекації з'являються випадіння внутрішніх вузлів, кровотечі, тромбози, необхідно рекомендувати хірургічне втручання.

Гемороїдектомія - золотий стандарт хірургічного лікування хронічного геморою III-IV ступенів. Не дивлячись на те, що на сьогодні відомо понад 300 методів хірургічного лікування геморою, найпоширенішою та патогенетично обгрунтованою є гемороїдектомія за методом Мілліган-Моргана (висічення одним блоком гемороїдальних вузлів на 3, 7 та 11 годинах), яка доповнюється методикою відновлення слизової оболонки та анодерми клінічного (хірургічного) анального каналу. Це радикальна операція, і якщо вона проводиться відповідно до всіх правил та вимог, то пацієнт цілком виліковується, досягаються добрі функціональні результати.

Кінцевий результат проведеного лікування оцінювали при огляді пацієнта через 2 тижні від початку лікування. Відмінними результати вважали, якщо пацієнт суб'єктивно відзначав повне одужання з поліпшенням основних симптомів хвороби, а при огляді не виявлялися місцеві прояви захворювання; задовільними, якщо пацієнт суб'єктивно відзначав поліпшення свого стану і зникнення симптомів захворювання, однак патологічні зміни в гемороїдальних комплексах зберігалися; недостатніми, коли стан пацієнта залишався без змін. Відмінні результати були отримані в 109 (44,9%) випадках, добрі - 67 (27,5%), задовільні - у 49 (20,2%), без змін - 13 (5,3%), незадовільні - в 5 (2,1%).

Проведене нами дослідження застосування препарату Нормовен показало високий відсоток зменшення або усунення болю, зменшення та зникнення свербіння, припинення кровотечі. Не виявлено побічних реакцій, супроводжуючих прийом препарату. Таким чином, Нормовен може бути рекомендований до застосування в лікуванні гострого геморою.

Диференційна діагностика має важливе значення, оскільки під "маскою" геморою може приховуватися низка серйозних захворювань, у першу чергу, пухлини анального каналу та ампулярного відділу прямої кишки, які внаслідок несвоєчасної діагностики часто розпізнаються в занедбаних стадіях з подальшим несприятливим онкологічним прогнозом. Для проведення диференційної діагностики з пухлинами товстої кишки показано використання іригографії, фіброколоноскопії, ультрасонографії, біопсії (в окремих випадках, за показаннями, КТ та/або МРТ).

Окрім пухлин, диференційну діагностику найчастіше доводиться проводити з гострим парапроктитом, поліпами анального каналу, кондиломатозом анального каналу та перианальної області, хронічною анальною тріщиною, а також з випадінням прямої кишки. Усе це проводиться саме під час проктологічного огляду.

Вибір методу лікування залежить від ступеня важкості хронічного геморою та наявності ускладнень (кровотечі, тромбозу, некрозу, запалення, виразкування гемороїдальних вузлів).

Консервативна терапія хронічного геморою дає реальний шанс хворому позбутися недуги на ранніх стадіях її розвитку. Основна мета - зниження частоти загострень, їх важкості й тривалості. Показанням до консервативного лікування є I та II ступені хронічного геморою.

У консервативному лікуванні важливе місце посідає профілактика загострення захворювання, його прогресування, що є обов'язковою складовою успіху. Особливо слід відзначити, що безперечною умовою успішного лікування геморою є нормалізація роботи органів травлення, в першу чергу, має значення консистенція кишкового вмісту і його пасаж по товстій кишці. На цьому етапі суттєву допомогу пацієнту може надати дільничний терапевт, порекомендувавши відповідну дієту та системне лікування для зменшення загострень.

У лікуванні ускладнених форм геморою використовують як монотерапію, так і комбінації препаратів з різних фармакологічних груп, причому найбільш часто застосовують такі групи медикаментів: антикоагулянти; дезагреганти; ангіопротектори і венотоніки; протизапальні нестероїдні і стероїдні препарати; антиангінальні препарати; в'яжучі; кровоспинні; антисептики; антихолінергічні препарати; проносні.

Схеми прийому ліків з перерахованих вище груп препаратів базуються на формі і ступеня тяжкості геморою, переважанні тих чи інших клінічних симптомів, наявності у пацієнта супутньої патології, протипоказань до прийому препарату або інгредієнтів входять до нього, підвищеній індивідуальній чутливості до медикаменту, фінансової спроможності пацієнта забезпечити повний курс лікування.

■ Висновки.

Прийом Нормовену у до- та післяопераційному періоді достовірно знижує набряк, болючість, свербіж і парестезії в ділянці післяопераційної рани, дискомфорт при дефекації та зменшує кількість кров'янистих виділень, і таким чином, полегшує перебіг і сприяє скороченню післяопераційного періоду, як у хворих з гострим, так і у пацієнтів з хронічним гемороєм, пришвидшує повернення пацієнтів до праці та активного повноцінного життя.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Дульцев Ю. В., Титов А. Ю., Каменецкая Т. М., Корнева Т. К. и др. Методы лечения геморроя // Хирургия, 1990, №12, с. 127-131.
2. Захараш М.П., Пойда О.І. Геморой як проблема сучасної колопроктології (Досвід Українського колопроктологічного центру), Медична газета "Здоров'я України", 2002.
3. Козубенко М. Ю. Удаление внутренних геморроидальных узлов при помощи аппаратов для наложения круговых анастомозов/ Автореф. дис. канд. мед. наук, Харьков, 1996, 20с.
4. Мельман Е. П. и др. Функциональная морфология прямой кишки и структурные основы патогенеза геморроя. М., Медицина,1986, 176 с.
5. Ривкин В. Л., Дульцев Ю. В., Капулер Л. Л. Геморрой и другие заболевания заднепроходного канала. М., Медицина, 1994, 240 с.
6. Колопроктология и тазовое дно. Патофизиология и лечение /под ред. М.М. Генри, М. Своша/ Перевод с англ. Н.В. Морозова, В.П. Ривкина/ М., Медицина, 1988, 46 с.
7. Корсак В.В., Русин В.В. Комплексне лікування варикозної хвороби нижніх кінцівок
8. Савченко Ю.П., Половинкин В.В., Хмелик В.И. Современные технологии оперативного лечения геморроя// Хирургия, 2002, №8, с. 53-57.
9. Никульников П.И., Влайков Г.Г., Гуч А.А. Лечение хронической венозной недостаточности нижних конечностей. Новые альтернативы // Кровообіг та гемостаз. - 2008. - № 1. - С. 76-78.
10. Мельман Е. П. и др. Функциональная морфология прямой кишки и структурные основы патогенеза геморроя. М., Медицина,1986, 176 с.
11. Ривкин В. Л., Дульцев Ю. В., Капулер Л. Л. Геморрой и другие заболевания заднепроходного канала. М., Медицина, 1994, 240 с.
12. Колопроктология и тазовое дно. Патофизиология и лечение /под ред. М.М. Генри, М. Своша/ Перевод с англ. Н.В. Морозова, В.П. Ривкина / М., Медицина, 1988, 46 с.
13. Савченко Ю.П., Половинкин В.В., Хмелик В.И. Современные технологии оперативного лечения геморроя // Хирургия, 2002, №8, с. 53-57.

Normoven

Нормовен

(діосмін+гесперидин)

Турбується про вени!

- ЛІКВІДУЄ ВЕНОЗНИЙ СТАЗ
- ЗАБЕЗПЕЧУЄ НЕОБХІДНУ МІКРОЦИРКУЛЯЦІЮ
- ПОЛІПШУЄ ЛІМФАТИЧНИЙ ДРЕНАЖ

ЕФЕКТИВНИЙ ПРИ ЛІКУВАННІ НАБРЯКІВ, ТРОФІЧНИХ ПОРУШЕНЬ У ТКАНИНАХ ТА У ПРОФІЛАКТИЦІ ТРОМБОТИЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ

«КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД»
Якість без компромісів!
www.vitamin.com.ua

Реєстраційне посвідчення МОЗ України № UA/4475/01/01 від 18.05.2011
Перед застосуванням уважно ознайомтесь з інструкцією та проконсультуйтесь з лікарем

Краткая инструкция для медицинского применения

Состав:1 таблетка содержит флавоноидной фракции 500мг(диосмина 450мг,гесперидина 50мг).
Показания: Хроническая венолимфатическая недостаточность нижних конечностей органической и функциональной природы (отеки,боль,тяжесть в ногах). Острый и хронический геморрой.
Противопоказания. Повышенная чувствительность к любому компоненту препарата в анамнезе.
Особые предостережения.
Применение в период беременности или кормления грудью.
Экспериментальные исследования не выявили тератогенного действия препарата. Исследования с участием женщин в III триместре беременности доказали эффективность применения препарата и не выявили риска для плода.
Не рекомендуется кормление грудью во время применения препарата (в связи с отсутствием достаточного количества данных относительно проникновения препарата в грудное молоко).
Дети. Данные относительно применения препарата у детей отсутствуют,поэтому данный лекарственный препарат не применяют детям.
Способ применения и дозы. Препарат применяют перорально. Назначается взрослым.
Лечение хронической венолимфатической недостаточности :2 таблетки в сутки (в два приема),во время еды. После недели применения можно принимать 2 таблетки в сутки одноразово во время еды.
Хронический геморрой: 2 таблетки в сутки (в два приема) во время еды. После недели применения можно принимать 2 таблетки одноразово во время еды.
Острый геморрой: 6 таблеток в сутки в течение первых 4 дней и по 4 таблетки в сутки в течение следующих 3 дней. Применять во время еды. Суточное количество таблеток разделить на 2-3 приема.
Курс лечения. Продолжительность лечения зависит от показания к применению и течения заболевания. Средняя продолжительность лечения составляет 2-3 месяца.
Побочные эффекты. Обычно лечение переносится хорошо. Редко возможны незначительные нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта (диарея,диспепсия, тошнота,рвота) или вегетативной нервной системы (головная боль,головокружение),которые не требуют прекращения лечения препаратом. У лиц с повышенной чувствительностью возможно развитие аллергических реакций на компоненты препарата.
Категория отпуска. Без рецепта.