

**ФГУ**  
**«Московский НИИ педиатрии и детской хирургии Росздрава»**

**КАРНИЭЛЬ®**  
**при расстройствах**  
**мочеиспускания**  
**у детей**

*Е.Л. Вишневский, И.С. Белоусова*

**2010**

**Евгений Леонидович Вишневский**

руководитель отдела урологии и нейроурологии ФГУ «Московский НИИ педиатрии и детской хирургии Росздрава» профессор, д-р мед. Наук

**Ирина Станиславовна Белоусова**

сотрудник отдела урологии и нейроурологии, ФГУ «Московский НИИ педиатрии и детской хирургии Росздрава», канд. мед. наук

Международным обществом по вопросам удержания мочи в 2004 году для описания расстройств мочеиспускания рекомендован к использованию новый термин – синдром гиперактивного мочевого пузыря (ГАМП), характеризующийся поллакиурией, императивными позывами и императивными недержаниями мочи различной степени выраженности, часто – в сочетании с энурезом.

В отечественной литературе для обозначения данного состояния традиционно использовался термин «нейрогенная дисфункция мочевого пузыря», в рамках которого в зависимости от состояния резервуарной пузырьной функции выделялось три варианта патологии: гипер-, нормо- и гипорефлекторный мочевой пузырь.

### **В каком возрасте симптомокомплекс ГАМП у детей стоит считать заболеванием?**

К 4 годам большинство детей имеют волевой контроль основных функций мочевого пузыря и формируют «зрелый тип мочеиспускания», характеризующийся:

- полным удержанием мочи днем и ночью;
- умением задерживать и прерывать при необходимости акт мочеиспускания;
- умением опорожнять мочевой пузырь без предшествующего позыва на мочеиспускание;
- поведенческие реакции, сопровождающие акт мочеиспускания – стремление к уединению при появлении позыва и пр.

В норме дети 3–4 лет опорожняют мочевой пузырь 5–8 раз во время бодрствования; средний эффективный объем мочевого пузыря колеблется от 80 до 150 мл.

Таким образом, о формировании симптомо комплекса ГАМП можно говорить, если у ребенка 4 лет и старше число мочеиспусканий и эффективный объем мочевого пузыря выходят за рамки нормативных показателей, мочеиспускание неконтролируемо в той или иной степени.

Очевидно, что в силу негативного влияния ГАМП на качество жизни и риска присоединения микробно-воспалительных заболеваний мочевой системы нарушения мочеиспускания подлежат ранней диагностике и лечению.

## Принципы лечения ГАМП

С 1870 года единственными хорошо изученными и эффективными средствами медикаментозного лечения данной патологии являются препараты на основе атропина – М-холиноблокаторы. И в настоящий момент М-холиноблокаторы (оксибутинина гидрохлорид, толтеродин тартрат) остаются препаратами первого ряда в лечении симптомов гиперактивного мочевого пузыря (Международное общество по вопросам удержания мочи, 2000).

М-холиноблокаторы демонстрируют высокую эффективность при подавлении неконтролируемых сокращений детрузора. Однако наряду с этим им свойственна высокая частота появления системных побочных эффектов: общая атропинизация (40–65%) и нарушения со стороны центральной нервной системы (10–15%), которые становятся главным ограничением при лечении. При этом частота возникновения побочных эффектов у детей в 4 раза превосходит таковую у взрослых. Из-за выраженности побочных эффектов терапию вынуждены прекращать 10–30% пациентов.

Все вышеперечисленное диктует необходимость поиска новых этиопатогенетических методов лечения гиперактивного мочевого пузыря у детей.

В последние годы детально изучается влияние гипоксии на функцию мочевого пузыря. Нарушения кровоснабжения мочевого пузыря, тканевая гипоксия и сопряженные нарушения биоэнергетики детрузора признаны важнейшими патогенетическими звеньями расстройств мочеиспускания. Объясним интерес к средствам оптимального фармакологического воздействия на них.

Основным средством метаболической терапии, широко используемым при лечении расстройств мочеиспускания, является препарат из группы ноотропных средств – Пикамилон.

Ранее было показано, что у большинства детей симптомокомплекс ГАМП разворачивается на измененном биоэнергетическом фоне (на фоне политканевой митохондриальной дисфункции), оказывающем заметное влияние на формирование и клинические проявления расстройств мочеиспускания. Это явилось основанием для использования в лечении данной патологии препарата L-карнитина (Карниэль®).

**L-карнитин – природная субстанция, производимая организмом. Участвует в процессах обмена веществ в качестве переносчика жирных кислот, регулирует ключевые звенья митохондриального энергетического метаболизма.**

## Клинические исследования

При анализе имеющихся разрозненных данных об эффективности использования различных метаболических препаратов возникают практические вопросы. Какова их сравнительная клиническая эффективность у детей с ГАМП? У какой категории пациентов использование изучаемых фармакологических средств является наиболее обоснованным и эффективным?

Нами была проведена сравнительная оценка клинической эффективности Карниэля и Пикамилона в режиме монотерапии у детей с ГАМП различной степени тяжести. Обследовано 77 детей с ГАМП в возрасте от 4 до 15 лет. Максимальное количество дисфункций приходилось на дошкольный возраст. Клиническая картина заболевания характеризовалась поллакиурией, императивными позывами и императивными недержаниями мочи различной степени выраженности, часто в сочетании с энурезом.

Использованы общепринятые лабораторные и рентген-урологические методы обследования. Учитывая вариабельность клинической картины, для объективизации оценки расстройств мочеиспускания использовалась квалитетрическая Таблица оценки расстройств мочеиспускания, составленная на основании рекомендаций Международного комитета по удержанию мочи у детей с учетом возрастных нормативов (табл.1).

**Таблица 1**

Ф.И.О. \_\_\_\_\_ № и/б \_\_\_\_\_  
Дата рождения \_\_\_\_\_ Пол \_\_\_\_\_

**ТАБЛИЦА ОЦЕНКИ МОЧЕИСПУСКАНИЯ (для детей от 4 до 15 лет)**

Параметр		Балл
1. Позыв на мочеиспускание	Нормальный	0
	Императивный — не каждый день	1
	Императивный — каждый день 1 раз	3
	Императивный — каждый день неск. раз	5
2. Императивное недержание мочи	Нет	0
	Не каждый день	1
	Каждый день — 1 раз	3
	Каждый день — несколько раз	5

**Карниэль® при расстройствах мочеиспускания у детей**

3. Непроизвольное мочеиспускание во время сна	Нет	0			
	Несколько раз в месяц	1			
	Несколько раз в неделю	3			
	Каждую ночь — 1 раз	5			
	Каждую ночь — несколько раз	7			
	Во время дневного сна	7			
4. Ритм спонтанных мочеиспусканий	<b>А. Число м/и в сутки:</b>				
	1-2	6			
	3-4	3			
	5-6	0			
	7-8	0			
	9-10	2			
	11-12	4			
	13-14	6			
	15-16	8			
	17-18	10			
	19-20	12			
	Более 21	14			
	<b>Б. Средний эффективный объем мочевого пузыря, мл</b>		<b>Возраст, лет</b>		
	До 50 мл	4-7	8-11	12-15	
	51-75	4	5	6	
	76—100	3	4	5	
	101—125	2	3	4	
	126-150	1	2	3	
	151—175	0	1	2	
	176—200	0	0	1	
201—250	0	0	0		
251-300	1	0	0		
Более 300	2	1	0		
Ср. эффективный объем, мл	3	2	1		
5. Диурез с 1800 до 600 в % от суточного	До 40%	0			
	41—50%	3			
	51—60%	6			
	61—70%	9			
	Более 71%	12			
Суммарный балл					

Результатом заполнения таблицы являлся суммарный балл расстройств мочеиспускания, определенный в качестве главного объективного критерия для оценки выраженности клинической симптоматики и эффективности терапии.

В зависимости от степени выраженности расстройств мочеиспускания, определенных по квалитетрическим таблицам, для анализа клинических наблюдений было выделено 3 группы больных:

- 1 группа – легкая степень расстройств мочеиспускания, суммарный балл 2–10.
- 2 группа – средняя степень расстройств, суммарный балл 11–20.
- 3 группа – тяжелая степень расстройств мочеиспускания, суммарный балл 21–30.

Курс терапии L-карнитином (Карниэль®, компания «Пик-Фарма», Россия) получили 43 ребенка. 34 пациентам проведено лечение вазоактивным препаратом Пикамилоном. Распределение детей случайное.

Общая оценка эффективности терапии проводилась на основании рекомендаций Международного общества по удержанию мочи у детей (1998 г.) по динамике эпизодов недержаний мочи и/или энуреза. Ответ на лечение считался полным в случае исчезновения более чем 90% эпизодов недержания мочи; частичным (улучшение) – при снижении числа эпизодов недержаний мочи на 50–90%; уменьшение числа эпизодов недержаний мочи менее чем на 50% расценивалось как отсутствие ответа (резистентность).

Проведенный по окончании месячного курса терапии анализ динамики исходных клинических показателей расстройств мочеиспускания показал, что терапевтическая эффективность Карниэля составила 84%, тогда как эффективность Пикамилона составила 80%. Более ем в половине наблюдений ответ на терапию Элкарром носил частичный характер и заключался в уменьшении количества эпизодов недержания мочи на 50–90%.

У пациентов, получавших Карниэль, было зарегистрировано достоверное снижение суммарного балла расстройств мочеиспускания с 13,8 до 6,3, т.е. на 56% от исходного, что не отличалось от регрессии клинической симптоматики на фоне приема Пикамилона.

На фоне терапии Карниэлем наиболее стабильно обратному развитию подвергались дневные симптомы ГАМП, в то время как энурез являлся стойким и медленно поддающимся обратному развитию симптомом – его редукция отмечена только в половине наблюдений.

Во всех немногочисленных случаях исчезновения энуреза достигнутый эффект был нестойким. У 4 детей на фоне уменьшения дневных симптомов расстройств мочеиспускания ночная продукция мочи и кратность энуреза увеличились.

Эффективность терапии Карниэлем зависела от исходной степени выраженности расстройств мочеиспускания. Так, при легкой и средней степени тяжести расстройств эффективность терапии составила 81 и 93% соответственно, при тяжелой степени – не превышала 66%. Во всех трех группах в большинстве наблюдений отмечался частичный ответ на терапию.

У детей с исходно сниженной емкостью мочевого пузыря Карниэль оказывал позитивное влияние на резервуарную функцию: при легкой и средней степени тяжести расстройств мочеиспускания среднеэффективный объем мочевого пузыря увеличился на треть (31 и 29%), а при тяжелой – более чем на половину.

Примечательно, что при тяжелой степени расстройств увеличение резервуарной способности мочевого пузыря на фоне приема Карниэля было более существенным по сравнению с Пикамилоном. В то время как влияние Пикамилона на резервуарную функцию было гораздо более значимым у детей со средней степенью нарушений.

У пациентов с исходно увеличенным среднеэффективным объемом мочевого пузыря вне зависимости от исходной степени тяжести расстройств Карниэль влияния на резервуарную функцию не оказывал. Практически все дети остались резистентными к терапии.

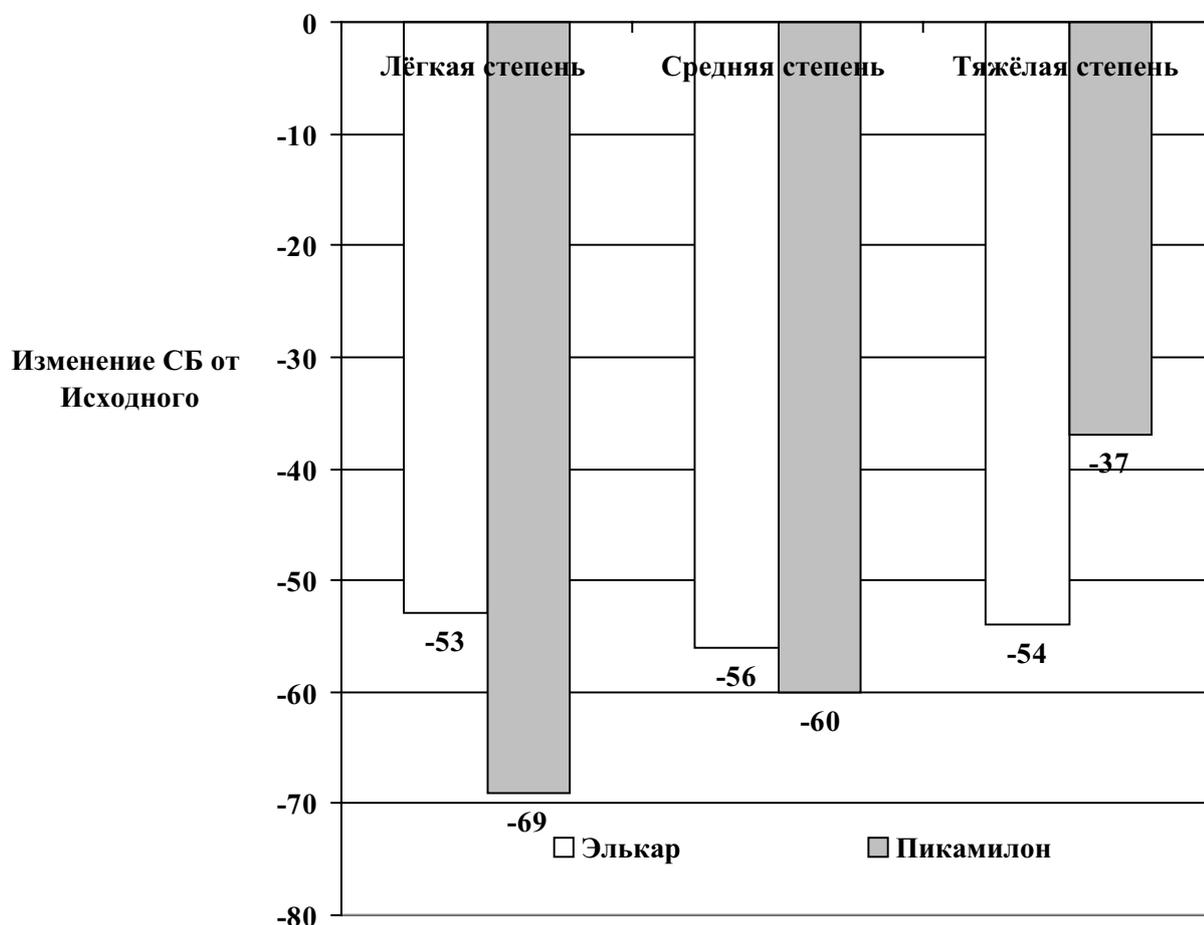
Обратная динамика симптомов расстройств мочеиспускания на фоне приема Карниэля в целом схожа с показателями, достигнутыми на фоне приема Пикамилона. Исключение составили дети с исходно тяжелой степенью расстройств, у которых улучшение клинической симптоматики на фоне приема Карниэля было более существенным (рис. 1).

Обратная динамика симптомов расстройств мочеиспускания на фоне терапии Карниэлем была практически одинаковой у детей с различной исходной тяжестью расстройств и составляла 53–56% от базового показателя. Однако, учитывая различный стартовый уровень выраженности клинических проявлений, достигнутые на фоне лечения показатели принципиально различались. Так, у детей с исходно умеренной степенью расстройств мочеиспускания произошло их

уменьшение до легкой степени, пациенты с тяжелой степенью расстройств к моменту окончания лечения сохраняли нарушения средней степени (рис.2).

Таким образом, проведенное исследование показало, что у детей с гиперактивным мочевым пузырем препарат Карниэль в режиме монотерапии демонстрирует высокую клиническую эффективность, сопоставимую с действием

Пикамилона – традиционного метаболического средства, используемого при лечении изучаемой патологии. Оба препарата имеют хорошую переносимость.



Примечание: СБ — суммарный балл по таблицам расстройств мочеиспускания.

**Рис. 1. Изменение суммарного балла расстройств мочеиспускания (по Таблицам расстройств мочеиспускания) от исходного у детей с ГАМП различной степени тяжести на фоне терапии Карниэлем и Пикамилоном**

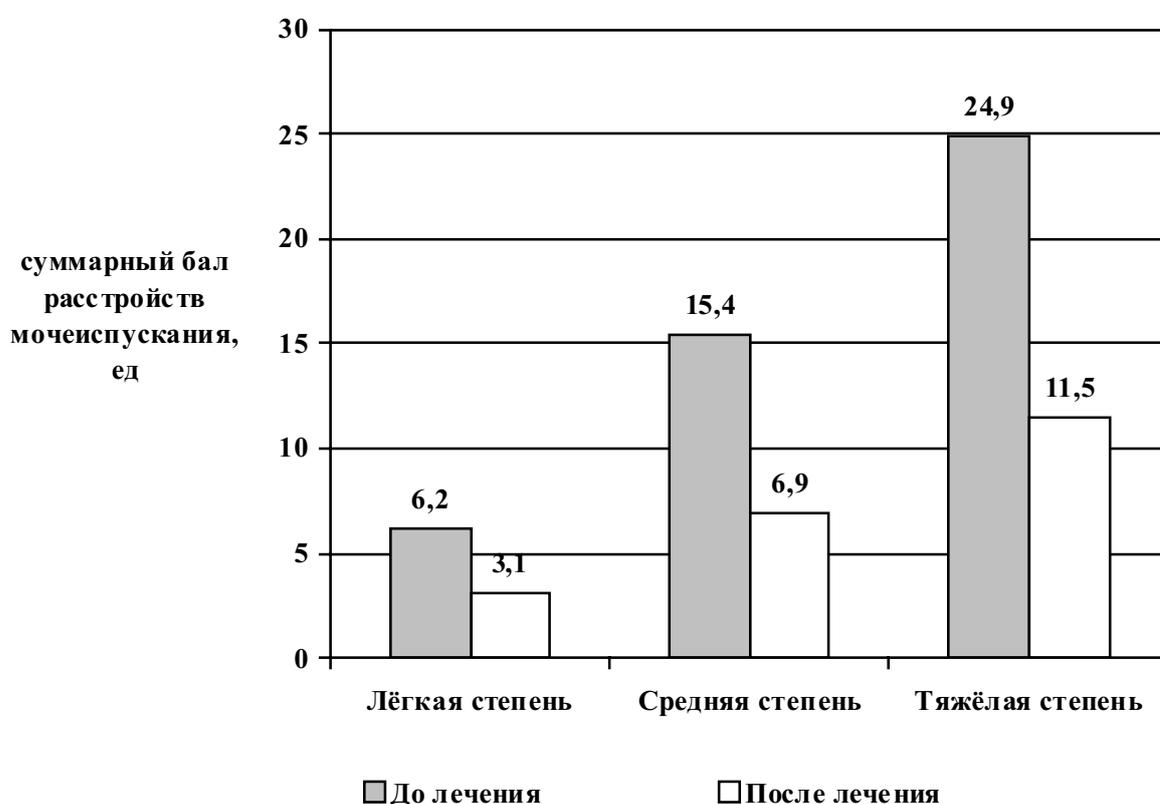
Карниэль оказывает более выраженное позитивное влияние на дневные симптомы расстройств мочеиспускания, отражающие выпадение резервуарной функции (поллакиурия, императивные позывы, императивное недержание мочи).

**Применение Карниэля в режиме монотерапии в лечении детей с гипер-активным мочевым пузырем является оправданным в случае исходной**

**выраженности расстройств мочеиспускания легкой (0–10 баллов) и средней (11–20 баллов) степени при сохранной или сниженной резервуарной функции.**

У детей с тяжелой выраженностью симптомов (более 21 балла) терапия Карниэлем оказывает достоверное позитивное действие на изучаемые клинические параметры расстройств мочеиспускания, однако достигнутый при этом эффект не является достаточным для их нормализации. Исходя из полученных данных, можно ожидать, что у данной категории пациентов включение Карниэля в комбинированную терапию позволит улучшить результаты лечения.

Данные клинических исследований позволяют применять обоснованный дифференцированный подход к лечению детей с ГАМП и оптимизировать лечебную тактику.



**Рис. 2. Суммарный балл расстройств мочеиспускания (по Таблицам расстройств мочеиспускания) у детей с ГАМП различной степени тяжести до и после терапии Карниэлем**

# Карніель®

(KARNIEL)

**ЗАТВЕРДЖЕНО**  
Наказ Міністерства  
охорони здоров'я України  
30.03.10 № 266  
Реєстраційне посвідчення  
№ UA/10553/01/01

## Склад лікарського засобу :

*діюча речовина:* левокарнітин;

1 мл розчину містить 200 мг левокарнітину;

*допоміжні речовини:* кислота сорбінова, вода очищена.

**Лікарська форма.** Розчин для орального застосування.

**Назва і місцезнаходження виробника.** ЗАТ «Корпорація ОЛІФЕН», Російська Федерація, 127299, Москва, Клари Цеткін, б. 18, ст. 1.

**Фармакотерапевтична група.** Метаболічний засіб. Код АТС А16А А01.

*Фармакодинаміка.* Левокарнітин – це природна речовина, необхідна для енергетичного обміну ссавців. Левокарнітин облегшує надходження довголанцюгових жирних кислот у мітохондрії клітин, таким чином надає субстрат для окиснення і утворення енергії. Жирні кислоти використовуються як субстрат для утворення енергії у всіх тканинах, крім головного мозку. Первинний системний дефіцит карнітину характеризується низькою концентрацією левокарнітина в плазмі, еритроцитах та/або тканинах. Не з'ясовано, які саме симптоми спричинені нестатком карнітина і які – органічною ацидемією, так як очікується, що карнітин може покращити симптоми обох патологій. Карнітин покращує видалення надлишку органічних та жирних кислот у пацієнтів з порушенням метаболізму жирних кислот та/або зі специфічними органічними ацидопатіями, які спричиняють накопичення в організмі ацил-СоА.

Вторинна недостатність карнітину може бути наслідком вроджених розладів обміну речовин. Карнітин може зменшувати порушення метаболізму у пацієнтів з вродженими патологіями, які спричиняють накопичення токсичних органічних кислот. Такий ефект був продемонстрований для наступних станів: глутарова ацидурія II, метилмалонова ацидурія, пропіонова ацидемія і недостатність ацил-СоА-дегідрогенази середньоланцюгових жирних кислот. 7,8-Аутоінтоксикація у таких пацієнтів виникає внаслідок накопичення сполучень ацил-СоА, які порушують проміжний обмін. Подальший гідроліз сполук ацил-СоА до вільних кислот спричинює ацидоз, якій може загрожувати життю. Левокарнітин нейтралізує сполуки ацил-СоА, утворюючи ацилкарнітин, якій швидко виводиться з організму. Недостатність карнітину виявляється біохімічним методом за наднизькою концентрацією вільного карнітину в плазмі, менше 20 мкмоль/л через тиждень після прийому препарату, і може виявлятися одночасно низькими концентраціями у тканинах та/або сечі. Крім того, цей стан може бути пов'язаний зі співвідношенням концентрацій в плазмі ацилкарнітину/левокарнітину, що перевищує 0,4 або аномально високими концентраціями ацилкарнітину в сечі. У недоношених дітей і новонароджених вторинна недостатність виявляється як концентрація левокарнітину в плазмі крові нище вікової дози.

*Фармакокінетика.* Абсолютна біодоступність левокарнітину, розрахована після корекції відносно концентрації в плазмі циркулюючого ендогенного левокарнітину, становить

(15,1±5,3)%. Загальний кліренс левокарнітину (доза/AUC, включаючи ендogenous базові концентрації) в середньому становив 4,00 л/год. Левокарнітин не зв'язувався з білками плазми або альбуміном при тестуванні у будь-яких концентраціях або будь-яких тварин та людини.

Від 58 до 65 % левокарнітину виводиться з сечею та калом протягом 5-11 діб. Максимальна концентрація карнітину в сироватці крові відзначались через 2,0-4,5 годин після прийому препарату. Основними визначеними метаболітами були триметиламін-N-оксид, переважно в сечі (від 8 % до 49 % введеної дози), та [<sup>3</sup>H]-γ-бутиробетаїн, переважно в калі (від 0,44 % до 45 % введеної дози). Видалення незміненого левокарнітину з сечею становить від 4 до 8 % введеної дози. Видалення левокарнітину з калом становить менше 1 % введеної дози.

#### **Показання для застосування.**

- Первинна системна недостатність карнітину;
- вроджені порушення обміну речовин, які спричиняють вторинну недостатність карнітину.

#### **Протипоказання.**

Підвищена чутливість до компонентів препарату.

#### **Особливості застереження.**

Надто швидкий прийом левокарнітину спричинює побічні реакції з боку шлунково-кишкового тракту. Дозу необхідно рівномірно розділити протягом дня для максимальної переносимості.

При первинній системній недостатності карнітину клінічна картина уявляє собою повторну Рейє-подібну енцефалопатію, симптоми якої – гіпотонія, м'язова слабкість і затримка розвитку. Для встановлення діагнозу первинної недостатності карнітину необхідно, щоб рівень карнітину у сироватці крові, еритроцитах та/або тканинах був заниженим, та щоб у пацієнта не було первинного порушення окислення жирних кислот або органічних кислот.

У деяких пацієнтів, переважно у хворих на кардіоміопатію, лікування карнітином швидко сприяє зниженню важкості захворювання та одужанню. Лікування, крім карнітину, має включати підтримуючу та іншу терапію, необхідну за станом здоров'я пацієнта.

Карнітин не виявляє мутагенних властивостей.

#### **Застосування у період вагітності або годування груддю.**

Адекватних і належно контрольованих досліджень з участю вагітних жінок не проводили.

Левокарнітин можна застосовувати під час вагітності або годування груддю лише при клінічній необхідності і коли потенційна користь переважає ризик для плода.

Левокарнітин проникає в грудне молоко, тому лікування препаратом призначає лікар.

Якщо лікування для матері важливе, годування груддю припиняють.

#### **Здатність впливати на швидкість реакції при керуванні автотранспортом або роботі з іншими механізмами.**

Немає повідомлень про вплив препарату на здатність керувати автомобілем або роботі з іншими механізмами.

**Діти.** Лікування дітей у віці до 3-х років здійснювати під наглядом лікаря.

### **Спосіб застосування та дози.**

Розчин для перорального застосування за 30 хв до їжі, додатково розбавляючи рідиною. Дорослі: рекомендована доза левокарнітину складає від 1 до 3 г/день для людини вагою 50 кг, що еквівалентно 5-15 мл/день. Високі дози слід призначати з обережністю і лише в тих випадках, коли клінічні і біохімічні дані дозволяють припустити, що підвищення дози принесе користь. Слід розпочинати з 1 г/день (5 мл/день) і надалі збільшувати дозу з постійною оцінкою переносимості і клінічної реакції. Контроль має включати періодичне біохімічне дослідження крові, перевірку основних показників життєдіяльності, концентрації карнітину в плазмі і загального клінічного стану.

Новонароджені і діти: Рекомендована доза левокарнітину складає від 50 до 100 мг/кг/день, що еквівалентно 0,25–0,5 мл/кг, день розчину для перорального застосування. Високі дози повинні призначатися з обережністю і лише в тих випадках, коли клінічні і біохімічні дані дозволяють припустити, що підвищення дози принесе користь. Дозування розпочинають з 50 мг/кг/день, і надалі збільшують до досягнення максимального рівня в 3 г/день (15 мл/день), постійно оцінюючи переносимість і клінічну відповідь. Контроль має включати періодичне біохімічне дослідження крові, перевірку основних показників життєдіяльності, концентрації карнітину в плазмі крові і загального клінічного стану.

### **Передозування.**

Повідомлень про токсичність левокарнітину при передозуванні не було. Великі дози препарату можуть спричинити діарею. Левокарнітин легко видалається з плазми діалізом. У випадку передозування здійснюють заходи для видалення препарату зі шлунково-кишкового тракту, проводять симптоматичне та підтримуюче лікування.

### **Побічні ефекти**

При тривалому застосуванні внутрішньо L- або D,L-карнітину повідомлялося про різні незначні розлади з боку шлунково-кишкового тракту: оборотні нудота та блювання, метеоризм, діарея. Тільки при застосуванні D,L-карнітину пацієнтам з уремією описані випадки легкої міастенії.

При зменшенні дози часто знижується або повністю зникає спричинений препаратом запах тіла пацієнта або розлади шлунково-кишкового тракту. Чутливість до препарату необхідно уважно оцінювати протягом першого тижня застосування препарату і після кожного підвищення дози.

Описані випадки судомних нападів у пацієнтів як з попередньою судомною активністю, так і без неї. У пацієнтів з попередньою судомною активністю підвищувалась частота та/або важкість судомних нападів.

### **Взаємодія з іншими лікарськими засобами та інші форми взаємодій.**

Одночасне застосування глюкокортикоїдів призводить до накопичення левокарнітину у тканинах організму (окрім печінки). Інші анаболічні засоби посилюють ефект препарату.

**Термін зберігання.** 3 роки.

**Умови зберігання.** Зберігати в недоступному для дітей і захищеному від світла місці при температурі не вище 25 °С. Після першого відкриття зберігати при температурі від +2 до +8 °С протягом 1 місяця.

**Упаковка.** У флаконах № 1 по 25 мл, 50 мл або 100 мл розчину.

**Категорія відпуску.** Без рецепта.

# ЦИКЛОФЕРОН

## *Противовирусное, антихламидийное средство с противовоспалительным и иммуномодулирующим эффектом*

Противовирусное, антихламидийное средство с противовоспалительным и иммуномодулирующим эффектом Циклоферон -N-(1-дезоксид-глюцитол-1-ил)-N-метиламмоний-10-метил-карбоксилат акридон. Циклоферон является низкомолекулярным индуктором интерферона, что определяет широкий спектр его биологической активности (противовирусной, иммуномодулирующей, противовоспалительной и др.). Циклоферон эффективен в отношении вирусов клещевого энцефалита, гриппа, гепатита, герпеса, цитомегаловируса, вируса иммунодефицита человека, вируса папилломы и других вирусов. Установлена высокая эффективность препарата в комплексной терапии острых и хронических бактериальных инфекций (хламидиозы, рожистое воспаление, бронхиты, пневмонии, послеоперационные осложнения, бактериальные и грибковые инфекции мочеполовой системы, серозные менингиты, язвенная болезнь) в качестве компонента иммунотерапии. Циклоферон проявляет высокую эффективность при ревматических и системных заболеваниях соединительной ткани, подавляя аутоиммунные реакции и оказывая противовоспалительное и обезболивающее действие. Иммуномодулирующий эффект Циклоферона выражается в коррекции иммунного статуса организма при иммунодефицитных состояниях различного происхождения и аутоиммунных заболеваниях. Циклоферон применяют у взрослых и детей старше 4 лет.

### **АМПУЛЫ**

12,5 % - по 2 ml (в упаковке 5 ампул, в коробке 150 упаковок).  
Регистрационный номер П.05.03/06972 от 30.05.03

### **Показания к применению:**

*У детей:*

- при вирусных гепатитах А, В, С, дельта, GR и ВИЧ-инфекции;
- при герпетической инфекции (простой герпес, цитомегаловирусная инфекция, инфекционный мононуклеоз и др).

*У взрослых:*

- при лечении ВИЧ-инфекции (стадии 2А-3В);
- в комплексной терапии нейроинфекции (серозные менингиты, клещевой боррелиоз (болезнь Лайма), рассеянный склероз и др.);

- при лечении вирусных гепатитов (А, В, С), герпеса и цитомегаловирусной инфекции;
- при вторичных иммунодефицитах различной этиологии: острые и хронические бактериальные и грибковые инфекции, ожоги, радиационные поражения, язвенная болезнь и другие иммунодефицитные состояния;
- при хламидийных инфекциях (венерическая лимфогранулема, урогенитальные хламидиозы, хламидийные реактивные артриты);
- при ревматических и системных заболеваниях соединительной ткани (ревматоидные артриты, другие аутоиммунные заболевания соединительной ткани);
- при дегенеративно-дистрофических заболеваниях суставов (деформирующая остеоартроз и др.)

## **ТАБЛЕТКИ**

по 0,15 г, покрытые кишечнорастворимой оболочкой.

Упаковки по 10 и 50 таблеток, в коробке 300 и 100 упаковок.

Регистрационный номер P02.03/059588 от 17.02.03

### **Показания к применению:**

*Циклоферон применяют у взрослых в комплексной терапии:*

- ВИЧ-инфекции (стадии 1А-3В).
- Гриппа и острых респираторных заболеваний.
- Вирусных гепатитов А, В и С.
- Герпетической инфекции.
- Нейроинфекции: серозные менингиты, клещевой боррелиоз (болезнь Лайма).
- Острых кишечных инфекций.

*У детей, начиная с 10 лет, в комплексной терапии:*

- ВИЧ-инфекции (стадии 1А-3В).

*У детей, начиная с четырех лет, в комплексной терапии:*

- Острых и хронических гепатитов В и С.
- Герпетической инфекции.
- Профилактики и лечения гриппа и острых респираторных вирусных инфекций.
- Острых кишечных инфекций.

### **ПОБОЧНЫЕ ДЕЙСТВИЯ:**

Хорошо переносится больными. Побочного действия при применении не выявлено.

## ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ

### С ДРУГИМИ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ СРЕДСТВАМИ:

Циклоферон совместим и хорошо сочетается со всеми лекарственными препаратами, традиционно применяемыми при лечении указанных заболеваний (антибиотики, химиопрепараты и др.)

## ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ

### ДЛЯ ИНЪЕКЦИОННОЙ И ПЕРОРАЛЬНОЙ ФОРМ:

Не рекомендуется женщинам в период беременности и кормления грудью. Не рекомендуется применение Циклоферона у лиц с декомпенсированным циррозом печени. При заболеваниях щитовидной железы применение Циклоферона проводить под контролем эндокринолога.