**ТИББИЁТДА ҚЎЛЛАНИЛИШИГА ДОИР ЙЎРИҚНОМА**

**ЦЕЛЕВО**

**CELEVO**

**Препаратнинг савдо номи:** Целево

**Таъсир этувчи моддалар (ХПН):** левофлоксацин

**Дори шакли:** плёнка қобиқ билан қопланган таблеткалар

**Таркиби:**

Хар бир плёнка қобиқ билан қопланган таблетка қуйидагиларни сақлайди:

*Фаол модда:*

Левофлоксацина гемигидрат 512,50 мг

левофлоксацинга қайта ҳисоблаганда 500 мг

*Ёрдамчи моддалар:*

Қайта желатинланган крахмал 26 мг

Маккажўхори крахмали 70 мг

Микрокристалл целлюлоза 51,50 мг

Лаурилсульфат натрий 4 мг

Натрий крахмали гликоляти 15 мг

Кроскармеллоза натрий 15 мг

Коллоидли кремний диоксиди 2 мг

Тальк 7 мг

Магний стеарати 7 мг

Химоя қатлами учун материал: оқ (IC -MS 218) намликдан изоляция қилувчи қатлам, титан диоксиди, изопропил спирти, метиленхлорид.

Плёнка қоплама материали: оқ (IG- 001) ёруғликдан ҳимояловчи қатлам, изопропанол, метиленхлорид

**Таърифи:** капсула шаклидагиоқ рангли,икки томонлама қавариқ, бир тамонида синдириш учун чизиқчаси бўлган, қобиқ билан қопланган таблеткалар.

**Фармакотерапевтик гуруҳи:** Кенг таъсир доирасига эга бўлган, фторхинолонлар гуруҳига мансуб микробларга қарши антибактериал восита.

**АТК коди:** J01MA12

**Фармакологик ҳусусиятлари**

***Фармакодинамикаси***

Кенг таъсир доирасига эга, фторхинолонлар гуруҳига мансуб, фаол модда сифатида офлоксациннинг чапга айланувчи изомерини сақловчи микробларга қарши препарат. Бактерицид таъсир қилади. ДНК – гираза (топоизомераза II) ва топоизомераза IV ни блоклайди, ДНКнинг суперспирилизациясини ва узилишларининг тикилишини бузади, ДНК синтезини сусайтиради, микроорганизмларнинг цитоплазмасида, хужайра деворида ва мембранасида чуқур морфологик ўзгаришларни чақиради. In vitro ва in vivo шароитида микроорганизмларнинг кўпчилик штаммларига нисбатан самарали.

***Левофлоксацинга сезгир микроорганизмлар:***

– ***Аэроб граммусбат микроорганизмлар:*** Сorynebacterium diphtheriae; Enterococcus faecalis; Listeria monocytogenes; Staphylococcus spp. (коагулаза-негатив метициллинга сезгир/метициллинга ўртача сезгир штаммлари), Staphylococcus aureus (метициллинга сезгир штаммлари), Staphylococcus epidermidis (метициллинга сезгир штаммлари), Staphylococcus spp. (лейкотоксин сақловчи); Streptococcus spp. С ва G гуруҳлари, Streptococcus agalactiae, Streptococcus pneumoniae (пенициллинга сезгир/пенициллинга ўртача сезгир/пенициллинга – чидамли штаммлари), Streptococcus pyogenes, Viridans гуруҳидаги Streptococcus (пенициллинга сезгир ва пенициллинга чидамли штаммлари) ни ҳам қўшиб;

– ***Аэроб грамманфий бактериялар:*** Acinetobacter spp., шу жумладан Acinetobacter baumanii; Acinobacillus actinomycetemcomitans; Citrobacter freundii, diversus; Eikenella corrodens; Enterobacter aerogenes, Enterobacter agglomerans, Enterobacter spp. (шу жумладан Enterobacter cloacae), Escherichia coli, Gardnerella vaginalis, Haemophilus ducreyi, Haemophilus influenzae (ампициллинга сезгир/ампициллинга – чидамли штаммлари), Haemophilus parainfluenzae, Helicobacter pylory; Klebsiella spp. (шу жумладан Klebsiella oxytoca, Klebsiella pneumoniae), Moraxella catarrhalis (бета-лактамаза ишлаб чиқарувчи ва ишлаб чиқармайдиган штаммлари), Morganella morganii; Neisseria gonorrhoeae (шу жумладан пенициллиназани ишлаб чиқарувчи ва ишлаб чиқармайдиган штаммлари), Neisseria meningitides, Pasteurella spp. (шу жумладан Pasteurella canis, Pasteurella dogmatis, Pasteurella multocida), Proteus mirabilis, Proteus vulgaris, Providencia spp. (шу жумладан Providencia rettgeri, Providencia stuartii), Pseudomonas spp. (шу жумладан Pseudomonas aeruginosa), Serratia spp. (шу жумладан Serratia marcescens), Salmonella spp.;

– ***Анаэроб микроорганизмлар:*** Bacteroides fragilis, Bifidobacterium spp., Clostridium perfringens, Fusobacterium spp., Pеptostreptococcus spp., Propionibacterium spp., Veilonella spp.;

– ***Бошқа микроорганизмлар:*** Bartonella spp., Chlamydia pneumoniae, Chlamydia psittaci, Chlamydia trachomatis, Legionella spp. (шу жумладан Legionella pneumophila), Mycobacterium spp. (шу жумладан Mycobacterium leprae, Mycobacterium tuberculosis); Mycoplasma hominis, Mycoplasma pneumoniae, Rickettsia spp., Ureaplasma urealyticum.

***Левофлоксацинга ўртача сезгир микроорганизмлар*** (МПК > 4 мг/л):

- ***Аэроб граммусбат микроорганизмлар:*** Corynebacterium urealyticum, Corynebacterium xerosis, Enterococcus faecium, Staphylococcus epidermidis (метициллин-резистентли штаммлари), Staphylococcus haemolyticus (метициллин-резистентли штаммлари);

- ***Аэроб грамманфий микроорганизмлар:*** Burkholderia cepacia, Campylobacter jejuni, Campylobacter coli;

- ***Анаэроб микроорганизмлар:*** Bacteroides thetaiotaomicron, Bacteroides vulgatus, Bacteroides ovatus, Prevotella spp., Porphyromonas spp.

***Левофлоксацинга чидамли микроорганизмлар*** (МПК > 8 мг/л):

- ***Аэроб граммусбат микроорганизмлар:*** Corynebacterium jeikeium, Staphylococcus aureus (метициллин-резистентли штаммлари), бошқа Staphylococcus spp. (коагулаза-негатив метициллин-резистентли штаммлари);

- ***Аэроб грамманфий микроорганизмлар:*** Alcaligenes xylosoxidans;

- ***Бошқа микроорганизмлар:*** Mycobacterium avium.

***Фармакокинетикаси***

**Сўрилиши**

Ичга қабул қилинганида левофлоксацин тез ва деярли тўлиқ сўрилади (овқат қабул қилиш сўрилиш тезлигига ва тўлиқлигига кам таъсир қилади).

Биокираолишлиги – 99%. Плазмадаги максимал концентрацияга эришиш вақти (Тmах) - 1-2 соат. 500 мг қабул қилинганида плазмадаги максимал концентрацияси (Сmах) 5,2 мкг/мл ни ташкил қилади.

**Тақсимланиши**

Плазма оқсиллари билан боғланиши тахминан 30-40%. Левофлоксациннинг ўртача кумуляцияси препарат 500 мг дозада кунига 2 марта қабул қилинганида учинчи куни кузатилади. Аъзо ва тўқималарга яхши киради: ўпка, бронхларни шиллиқ қавати, балғам, сийдик-жинсий тизими аъзолари, полиморф-ядроли лейкоцитлар, альвеоляр макрофаглар.

*Левофлоксацинни Сmах кўрсаткичлари 500 мг препаратни перорал қабул қилинганидан кейин:*

– бронхларнинг шиллиқ қаватида ва эпителиал қоплами суюқлигида мувофиқ равишда – 8,3 мкг/г ва 10,8 мкг/мл;

– қавариқларнинг суюқлигида – 4,0-6,7 мкг/мл (Тmах эса бунда 2-4 соатни ташкил қилади);

– ўпка тўқимасидаги – 11,3 мкг/г (Тmах эса -4-6 соатни ташкил қилади);

– простата бези тўқимасида даволашнинг учинчи куни препарат қабул қилинганидан сўнг 2, 6 ва 24 соат ўтганидан кейин мувофиқ равишда – 8,7 мкг/г, 8,2 мкг/г ва 2,0 мкг/г;

– сийдикда қабул қилинганидан сўнг 8-12 соатдан кейин – 200 мкг/л.

Левофлоксацин оз миқдорда орқа мия суюқлигига киради. Простата бези/плазма концентрацияларининг нисбати ўртача – 1,84 ни ташкил қилади.

**Метаболизми ва чиқарилиши**

Жигарда препаратнинг катта бўлмаган қисми оксидланади ва/ёки дезацетилланади. Ярим чиқарилиш даври (Т½) – 6-8 соат. Организмдан асосан буйраклар орқали (қабул қилинган дозанинг тахминан 85%) калавасимон найлар фильтрацияси ва найчалар секрецияси йўли билан чиқарилади. Левофлоксациннинг ичга қабул қилинган дозасининг 4% ичак орқали 72 соат давомида чиқарилади.

***Ўзига ҳос клиник ҳолатлардаги фармакокинетикаси***

Буйраклар фаолиятининг бузилишларида ва буйрак клиренсини камайишида Т½ ошади.

**Қўлланилиши**

Препаратга сезгир микроорганизмлар чақирадиган инфекцион-яллиғланиш касалликлари:

* ЛОР-аъзолари инфекцияларида (ўткир синусит, ўткир отит);
* қуйи нафас йўллари инфекцияларида (сурункали бронхит зўрайиш даври; касалхонадан ташқари пневмония);
* сийдик-таносил тизими инфекцияларида (шу жумладан ўткир пиелонефрит, простатит, урогенитал хламидиоз);
* тери ва юмшоқ тўқималарнинг инфекцияларида (йирингли атерома, абсцесс, фурункуллар);
* интраабдоминал (қорин бўшлиғи) инфекцияларида;
* туберкулёз (дориларга чидамли шаклларини мажмуавий даволашда) қўлланади.

**Қўллаш усули ва дозалари**

Буюриш вақтида унга нисбатан аниқланган микроорганизмлар сезувчанлигини аниқлаш тавсия этилади.

Доза касаллик оғирлиги, инфекция тури, организм ҳолати, беморнинг ёши, вазни ва буйраклар фаолиятига қараб аниқланади.

Целевони ичга, овқатланиш вақтида ёки овқат қабуллари орасида, чайнамасдан, етарли миқдордаги суюқлик билан бирга қабул қилиш керак.

**Нормал буйрак фаолияти бўлган катталар учун** (креатинин клиренси (КК) > 50 мг/мин) тавсия қилинадиган доза:

Ўткир бактериал синуситда – 500 мг дан суткада 1 марта 10-14 кун давомида;

Сурункали бронхитнинг зўрайишида – 250-500 мг дан суткада 1 марта 7-10 кун давомида;

Касалхонадан ташқари пневмонияда – 500 мг дан суткада 1 ёки 2 марта 7-14 кун давомида;

Сийдик-чиқариш йўлларининг асоратланмаган инфекцияларида – 250 мг дан (½ таблетка) суткада 1 марта 3 кун давомида;

Асоратланган сийдик-чиқариш инфекцияларида эса – 250 (½ таблетка) суткада 1 марта 7-10 кун давомида;

Сурункали бактериал простатитда – 500 мг дан суткада 1 марта 28 кун давомида;

Тери ва юмшоқ тўқималарнинг инфекцияларида – 250-500 мг дан суткада 1-2 марта 7-14 кун давомида.

Интраабдоминал инфекцияларда - 500 мг дан суткасига 1 марта 7-14 кун давомида (анаэроб флорага таъсир қилувчи антибактериал препаратлар билан мажмуада);

Туберкулёзда (дорига чидамли шаклларини даволашда мажмуавий таркибда) – 500 мг дан суткасига 1-2 марта, даволаниш курси 3 ойгача.

***Алоҳида клиник ҳолатларда қўлланилиши***

Буйраклар фаолиятини бузилишлари мажуд бўлган беморлар учун (КК < 50 мл/дақиқа):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Буйракларнинг меъёрий фаолиятида дозалаш тартиби,**  **ҳар 24 соатда** | **КК, мл/дақиқа** | | |
| **50-20** | **19-10** | **< 10 (гемодиализни ва ДАПД\* ҳам қўшиб)** |
| 500 мг | биринчи дозаси: 500 мг, сўнгра: ҳар 24 соатда 250 мг дан | биринчи дозаси: 500 мг, сўнгра: ҳар 48 соатда 250 мг дан | биринчи дозаси: 500 мг, сўнгра: ҳар 48 соатда 250 мг дан |
| 250 мг | дозани тўғирлаш талаб қилинмайди | 250 мг дан ҳар 48 соатда, агарда сийдик-чиқариш йўлларининг инфекциялари оғирлашмаса, у ҳолда дозага тузатиш киритиш талаб қилинмайди | Дозани тузатиш киритиш мумкинлиги тўғрисида маълумотлар йўқ |

\* доимий амбулатор перитонеал диализ.

Гемодиализ сеансидан ёки доимий амбулатор перитонеал диализидан (ДАПД) сўнг, беморларга қўшимча доза буюрилиши шарт эмас.

Жигар фаолияти бузилиши бўлган беморларда дозани махсус танлаш талаб қилинмайди, чунки левофлоксацин жигарда оз миқдордагина парчаланади ва асосан буйраклар орқали чиқарилади. Агарда препаратни қабул қилиш ўтказиб юборилган бўлса, иложи борича тезроқ, кейинги қабул қилиш вақти яқинлашгунича қабул қилиш керак. Кейин левофлоксацинни схема бўйича қабул қилишни давом эттириш керак.

Кекса ёшдаги беморларга КК 50 мл/мин. ва ундан паст бўлган ҳолатлардан ташқари дозага тузатиш киритиш талаб этилмайди.

Барча ҳолларда даволашни касалликнинг белгилари йўқолганидан кейин 48 дан 72 соатгача давом эттириш керак.

**Ножўя таъсирлари**

Ножўя таъсирларининг пайдо бўлиш частотаси классификацияси (ЖССТ): жуда тез-тез >1/10; тез-тез >1/100 дан <1/10 гача; тез-тез эмас >1/1000 дан <1/100 гача; кам ҳолларда >1/10000 дан <1/1000 гача; жуда кам ҳолларда <1/10000, шу жумладан алоҳида ҳабарларни ҳисобга олганда.

*Аллергик реакциялар:* тез-тез эмас – тошма, қичишиш, эшакеми; кам ҳолларда – ангионевротик шиш (Квинке шиши); частотаси номаълум (постмаркетинг маълумотлар) – токсик эпидермал некролиз (Лайелл синдроми), кўп шаклли экссудатив эритема (шу жумладан ҳавфли экссудатив эритема ёки Стивенс-Джонсон синдроми), анафилактик шок, анафилактоид реакциялар, ёруғликка сезувчанлик реакциялари (қуёш ва ультрабинафша нурларига юқори сезувчанлик), лейкоцитокластик васкулит. Тери ва шиллиқ қаватлар томонидан кузатиладиган реакциялар ҳатто препаратнинг биринчи дозасини қабул қилгандан кейин ҳам ривожланиши мумкин.

*Нерв тизими томонидан:* тез-тез – бош оғриғи, бош айланиши, уйқусизлик; тез-тез эмас – уйқучанлик, тремор (қалтираш), дисгевзия (таъм билишнинг бузилиши), безовталик ҳисси, онгнинг чалкашиши; кам ҳолларда – парестезия, тиришишлар, руҳий бузилишлар (масалан, галлюцинациялар билан), депрессия, ажитация (қўзғалувчанлик), уйқуни бузилиши, тунги қўрқинчли тушлар; тез-тезлиги номаълум (постмаркетинг маълумотлар) – периферик сенсор нейропатия, периферик сенсор-мотор нейропатия, дискинезия, экстрапирамид бузилишлар, таъм билишни йўқолиши, паросмия (ҳид билишни, айниқса объектив ҳид билиш мавжуд бўлмаган, субъектив ҳид билишни бузилиши), жумладан, ҳид билишни йўқолиши, ўзига зарар етказувчи руҳият ва ҳатти-ҳаракатларнинг бузилиши, жумладан ўз жонига суиқасдлик ғоялари ва ҳаракатлари.

*Юрак-қон томир тизими томонидан:* кам ҳолларда – АБ (артериал қон босимининг) пасайиши, синусли тахикардия; частотаси номаълум (постмаркетинг маълумотлар) – QT интервалини узайиши («Дорилар билан ўзаро таъсири» ва «Дозанинг ошириб юборилиши» бўлимларига қаранг).

*Нафас тизими томонидан:* тез-тез эмас – ҳансираш, частотаси номаълум (постмаркетинг маълумотлар) – бронхоспазм, аллергик пневмонит.

*Овқат ҳазм қилиш тизими томонидан:* тез-тез – диарея (ич кетиши), қусиш, кўнгил айниши, қондаги «жигар» ферментлари (масалан, АЛТ, АСТ) фаоллигининг ошиши; ҳар доим ҳам – қорин оғриғи, диспепсия, анорексия, қонда билирубин концентрациясининг ошиши; кам ҳолларда – гипогликемия, айниқса қандли диабети мавжуд бўлган беморларда (гипогликемияни кузатиладиган белгилари: «бўри» иштаҳаси, асабийлик, кўп терлаш, титраш); тез-тезлиги номаълум (постмаркетинг маълумотлар) – жуда кам ҳолларда энтероколит, жумладан соҳта мембраноз колитнинг белгилари бўлиши мумкин бўлган геморрагик диарея, оғир жигар етишмовчилиги, гепатит.

*Сийдик-таносил аъзолари томонидан:* тез-тез эмас – қон зардобидаги креатинин концентрациясининг ошиши; кам ҳолларда – ўткир буйрак етишмовчилиги (масалан, интерстициал нефрит ривожланиши оқибатида).

*Таянч-ҳаракат тизими томонидан:* тез-тез эмас – артралгия, миалгия; кам ҳолларда – пайларнинг шикастланиши, жумладан тендинит (масалан, ахилл пайи), соҳта паралитик миастенияси (myasthenia gravis) мавжуд бўлган беморларда айниқса ҳавфли бўлиши мумкин мушаклар кучсизлиги, («Эҳтиёткорлик чоралари» бўлимига қаранг); тез-тезлиги номаълум (постмаркетинг маълумотлар) – рабдомиолиз, пайни узилиши (масалан, ахилл пайини). Бу ножўя таъсир даволаш бошлангандан сўнг 48 соат давомида кузатилиши ва икки томонлама характерга эга бўлиши мумкин («Эҳтиёткорлик чоралари» бўлимига қаранг).

*Сезги аъзолари томонидан:* тез-тез эмас – вертиго (ўз танаси ёки атрофдаги жисмларни оғиши ёки айланиши ҳисси); кам ҳолларда – қулоқларнинг шанғиллаши; тез-тезлиги номаълум (постмаркетинг маълумотлар) – эшитишнинг пасайиши; жуда кам ҳолларда – кўринаётган тасвирни ноаниқлиги каби, кўришнинг бузилиши.

*Лаборатор кўрсаткичлар томонидан:* тез-тез эмас – лейкопения (периферик қонда лейкоцитлар миқдорининг камайиши), эозонофилия (периферик қонда эозонофиллар миқдорининг ошиши); кам ҳолларда – нейтропения (периферик қонда нейтрофиллар миқдорининг камайиши), тромбоцитопения (периферик қонда тромбоцитлар миқдорининг камайиши); частотаси номаълум (постмаркетинг маълумотлар) – панцитопения (периферик қонда барча шаклли элементлар миқдорининг камайиши), агранулоцитоз (периферик қонда гранулоцитлар миқдорининг кескин камайиши ёки йўқлиги), гемолитик анемия.

*Бошқалар:* тез-тез эмас – астения, замбуруғли инфекциялар, чидамли патоген микроорганизмларнинг ривожланиши; кам ҳолларда – пирексия (тана ҳароратини кўтарилиши).

*Барча фторхинолонларга тегишли бўлган бошқа ножўя таъсирлар:* жуда кам ҳолларда – порфирия касаллиги мавжуд беморларда порфирия ҳуружлари (моддалар алмашинувининг жуда кам учрайдиган касаллиги) кузатилиши мумкин.

**Қўллаш мумкин бўлмаган ҳолатлар**

* препарат компонентлари ёки фторхинолонларга нисбатан юқори сезувчанлик;
* илгари хинолинлар билан даволаш ўтказилганидаги пайларнинг шикастланиши;
* тутқаноқ;
* ҳомиладорлик;
* болалар ва 18 ёшгача бўлган ўсмирларда қўллаш мумкин эмас;

***Эҳтиёткорлик билан***

* буйрак/жигар етишмовчилиги (шу жумладан жигар порфирияси);
* тутқаноқ реакцияларга мойиллик (бош мия қон-томирлари атеросклерози, анамнезида бош мия қон айланишининг бузилишлари, МАТ (марказий нерв тизимини) нинг органик касалликлари), анамнезидаги психоз ва бошқа психик бузилишлар;
* туғма QT интервалининг узайиш синдроми, юрак касалликлари (юрак етишмовчилиги, миокард инфаркти, брадикардия);
* бир вақтнинг ўзида QT интервалининг узайишига сабаб бўлувчи дориларни ва бош мияда тиришишга тайёргарлик бўсағасини пасайтирувчи дори (фенбуфен, теофиллин)
* электролит дисбаланси (масалан, гипокалиемия, гипомагниемия); воситалари қабул қилинганида («Дорилар билан ўзаро таъсири» бўлимига қаранг);
* қандли диабет;
* миастения;
* глюкозо-6-фосфатдегидрогеназани етишмовчилиги;
* кексалар (ёндош буйрак фаолиятининг пасайиши эҳтимоли юқори бўлганлиги сабабли).

**Дорилар билан ўзаро таъсири**

Хиналонлар теофиллин ва НЯҚДВ (ностероид яллиғланишга қарши дори воситалари) нинг тиришишга тайёргарлик бўсағасини пасайтирувчи хусусиятларини кучайтириши мумкин. Фенбуфен билан бирга қўлланганида левофлоксациннинг монотерапияга нисбатан юқори концентрациялари кузатилган.

Левофлоксацин таъсирини, ичак моторикасини сусайтирувчи, сукролфат, магний ёки алюминий сақловчи антацид воситалари, темир ва рух тузлари сақловчи дорилар пасайтиради.

ГКС (глюкокортикостероидлар) билан бир вақтда қабул қилиниши пайларнинг узилиш ҳавфини оширади.

Левофлоксацин варфариннинг антикоагулянтлик фаоллигини кучайтиради.

Циметидин ва пробенецид таъсирида левофлоксациннинг буйраклардаги каналчали секрецияси тўсилиши эҳтимоли ҳисобига, левофлоксациннинг чиқарилиши (буйрак клиренси) бир оз секинлашади.

Левофлоксацин циклоспориннинг Т½ вақтини узайтиради.

Бир вақтнинг ўзида левофлоксацин ва гипогликемик воситаларини қўллаш, қон плазмаси таркибидаги қанд миқдорининг ўзгаришига олиб келади (гипогликемия ва гипергликемия).

Бир вақтнинг ўзида QT интервалини узайишига сабаб бўлувчи дори воситалари билан бирга қабул қилинганида (I А ва III синфига мансуб антиаритмик дорилар, трициклик ва тетрациклик антидепрессантлар, нейролептиклар, макролидлар, замбуруғга қарши воситалар, имидазол ҳосилалари, баъзи антигистаминлар, шу жумладан астемизол, терфенадин, эбастин) QT интервали узайиши мумкин.

**Махсус кўрсатмалар**

Кўк йирингли таёқча (Pseudomonas aeruginosa) чақирадиган госпитал инфекциялари мажмуавий даволаш талаб қилиши мумкин.

Левофлоксацин билан даволаш вақтида ёки ундан сўнг ривожланувчи, айниқса оғир, кучли ва/ёки қонли диарея, Clostridium difficile чақирадиган соҳта мембранозли колит симптомлари бўлиши мумкин. Соҳта мембранозли колит ривожланганлигига гумон қилинганида левофлоксацин билан даволашни дарҳол тўхтатиш ва зудлик билан тегишли антибактериал даволашни (ванкомицин, тейкопланин ёки метронидазол ичишни) бошлаш керак.

Хинолонлар, жумладан левофлоксацин қўлланганида кам кузатиладиган тендинит, пайларни, жумладан ахилл пайини узилишига олиб келиши мумкин. Бу ножўя таъсир даволаш бошланганидан сўнг 48 соат давомида ривожланиши ва икки томонлама бўлиши мумкин. Кекса ёшдаги беморларда тендинитнинг ривожланишига мойиллик кўпроқ. Пайларни узилиш ҳавфи ГКС билан бир вақтда қабул қилинганида ошиши мумкин. Тендинитга гумон қилинганида Целево препарати билан даволашни дарҳол тўхтатиш ва шикастланган пайни тегишли равишда даволашни бошлаш, масалан, уни етарлича иммобилизация қилиш лозим.

Препаратни қўллаш давомида суперинфекция ривожланиши мумкин, айниқса узоқ муддат юқори дозада қабул қилинганида. Шу сабаб даволаш вақтида беморнинг ҳолатини албатта қайтадан баҳолаш ва суперинфекция ривожлангани тасдиқланганда тегишли чораларни кўриш керак.

Перорал гипогликемик воситалар, масалан, глибенкламид ёки инсулин қабул қиладиган қандли диабети мавжуд бўлган беморларда хинолонлар қўлланганида гипогликемияни ривожланиш ҳавфи ошади. Шу сабаб бу беморларда қонда глюкозанинг концентрациясини синчклаб мониторинг қилиш талаб қилинади.

Фторхинолонлар, жумладан левофлоксацин қабул қилаётган беморларда бошланиши тез бўлиши мумкин бўлган сенсор ва сенсор-мотор периферик нейропатия кузатилган. Агарда беморда нейропатиянинг симптомлари намоён бўлса, левофлоксацин қўллашни тўхтатиш керак. Бу келиб чиқиши мумкин бўлган қайтмас ўзгаришларнинг ривожланиши ҳавфини минималлаштиради.

***Ҳомиладорлик ва лактация даврида қўлланилиши***

Қўллаш мумкин эмас.

Препаратни лактация даврида ва ундан кейин (бир неча кун давомида) кўкрак билан эмизишни тўхтатиб туриш лозим.

***Автомобилни ва мураккаб механизмлар бошқариш қобилиятига таъсири***

Даволаш даврида юқори диққат ва тезкор психомотор реакция талаб қилувчи автомобилни хайдаш ва бошқа потенциал ҳавфли машғулот фаолият турлари билан ишлашда эҳтиёткорликка риоя қилиш лозим.

***Препарат яроқлилик муддати тугаганидан сўнг ишлатилмасин ва болалар ололмайдиган жойда сақлансин.***

**Дозанинг ошириб юборилиши**

*Симптомлари:* МАТ даражасида намоён бўлади (онгнинг чалкашиши, бош айланиши, онгнинг бузилиши ва тиришиш хуружлари). Бундан ташқари, меъда-ичак бузилишлари (масалан, кўнгил айниши) ва шиллиқ қаватларини шикстланиши; QT оралиғининг узайиши (тадқиқотларда, терапевтикдан юқори дозалар қўлланганида кўрсатилган) кузатилиши мумкин.

*Даволаш:* симптоматик. Левофлоксацин гемодиализ ва перитонеал диализ орқали чиқарилмайди. Махсус антидоти йўқ.

**Чиқарилиш шакли**

Бирламчи ўрам: плёнка қобиқ билан қопланган 10 та таблеткадан ҳар бир алу/ПВХ блистерда.

Иккиламчи ўрам: 1 блистер тиббиётда қўлланилишига доир йўриқнома билан бирга картон ўрамда.

**Сақлаш шароити**

Қуруқ, ёруғликдан ҳимояланган жойда, 25°C дан юқори бўлмаган ҳароратда сақлансин.

**Яроқлилик муддати**

2 йил. Яроқлилик муддати ўтгач қўлланилмасин.

**Дорихоналардан бериш тартиби**

Рецепт бўйича.

**Ишлаб чиқарувчи**

«UNITED BIOTECH (P) LTD», Ҳиндистон.

**Руйхатдан утилган гувохнома ва савдо белгининг эгаси**

«VEGAPHARM LIFE SCIENCES PVT. LTD**,** Хиндистон

**Ўзбекистон Республикаси ҳудудида дори воситасининг сифати бўйича шикоятлар (таклифлар) ни қабул қилувчи ташкилот номи ва манзили:**

МЧЖ “Ameliya Parm Service”, Тошкент шаҳри, Миробод тумани,100015, Ойбек кўчаси, 36, тел/факс: +998 71 150 50 81, +99871 150 50 82.

e-mail: [ameliyapharm@gmail.com](mailto:ameliyapharm@gmail.com)