Кларитромицин Зентива



Код АТХ:

- J01FA09

Международное непатентованное название (Действующее вещество):

- Кларитромицин

Полезные ссылки:

Цена в Яндексе Горздрав Столички Апрель
Госреестр[МНН] Википедия[МНН] Реестр ЕАЭС
РЛС VIDAL Mail.Ru Drugs.com[англ]

Форма выпуска:

Таблетки, покрытые пленочной оболочкой желтого цвета, овальные, двояковыпуклые, заостренные с концов; на изломе - белого или почти белого цвета.

	1 таб.
кларитромицин	250 мг

Вспомогательные вещества: натрия кроскармелоза, крахмал прежелатинизированный, целлюлоза микрокристаллическая, кремний коллоидный безводный, повидон K-30, кислота стеариновая, тальк, магния стеарат, гидроксипропилцеллюлоза, гидроксипропилметилцеллюлоза, пропиленгликоль, сорбитана моноолеат, ванилин, титана диоксид, хинолиновый желтый (E104), сорбиновая кислота.

7 шт. - блистеры (2) - пачки картонные.

Таблетки, покрытые пленочной оболочкой желтого цвета, овальные, двояковыпуклые, с разделительной риской с одной стороны; на изломе - белого или почти белого цвета.

	1 таб.
кларитромицин	500 мг

Вспомогательные вещества: натрия кроскармелоза, крахмал прежелатинизированный, целлюлоза микрокристаллическая, кремний коллоидный безводный, повидон K-30, кислота стеариновая, тальк, магния стеарат, гидроксипропилцеллюлоза, гидроксипропилметилцеллюлоза, пропиленгликоль, сорбитана моноолеат, ванилин, титана диоксид, хинолиновый желтый (E104), сорбиновая кислота.

7 шт. - блистеры (2) - пачки картонные.

Фармакотерапевтическая группа:

- Противомикробные, противопаразитарные и противоглистные средства

Фармакологические свойства:

Фармакодинамика

Полусинтетический бактериостатический антибиотик группы макролидов II поколения, широкого спектра действия.

Противомикробное действие препарата обусловлено связыванием 50S субъединицы мембраны рибосом микробной клетки и подавлением синтеза белка микроорганизмов. Высоко эффективен в отношении многих аэробных и анаэробных грамположительных и грамотрицательных микроорганизмов, расположенных как вне-, так и внутриклеточно.

Препарат *активен в отношении аэробных грамположительных микроорганизмов:* Staphylococcus aureus, Staphylococcus aureus (чувствительный к метициллину), Streptococcus pneumoniae, Streptococcus pyogenes, Streptococcus agalactiae, Streptococcus viridans, Listeria monocytogenes; *аэробных грамотрицательных микроорганизмов:* Haemophilus influenzae, Haemophilus parainftuenzae, Moraxella (Branhamella) catarrhalis, Neisseria gonorrhoeae, Legionella pneumophila, Bordetella pertussis, Helicobacter pylori, Campylobacter jejuni; *других микроорганизмов:* Mycoplasma pneumoniae, Chlamydia pneumoniae (TWAR), Chlamydia trachomatis; микобактерии Mycobacterium leprae, Mycobacterium kansasii, Mycobacterium chelonae, Mycobacterium fortuitum, Mycobacterium avium complex (MAC), Mycobacterium avium, Mycobacterium intracellulare, Mycobacterium marinum.

Активен также в отношении: Staphylococcus spp., Haemophilus ducreyi, Neisseria meningitides, Ureaplasma urealyticum, Propionibacterium acnes, Propionibacterium spp., Bacteroides fragilis, Bacteroides melaninogenicus, Eubacter spp,, Peptococcus spp., Peptostreptococcus spp., Pasteurella multocida, Toxoplasma gondii, Corynebacterium spp.

Кларитромицин оказывает действие in vitro и в отношении большинства штаммов следующих микроорганизмов: *анаэробные грамположительные микроорганизмы:* Clostridium perfringens, Peptococcus niger, Propionibacterium acnes; анаэробные грамотрицательные микроорганизмы: Bacteroides melaninogenicus; спирохеты: Borrelia burgdorferi, Treponema pallidum.

Продукция β-лактамазы не оказывает влияния на активность кларитромицина. К кларитромицину нечувствительны Enterobacteriaceae, Pseudomonas spp., а также другие, не разлагающие лактозу грамотрицательные бактерии.

Возможно развитие перекрестной резистентности к кларитромицину и другим антибиотикам группы макролидов, а также линкомицину и клиндамицину.

Основным метаболитом кларитромицина в организме человека является микробиологически активный метаболит 14-гидроксикларитромицин.

Микробиологическая активность метаболита такая же, как у исходного вещества, или в 1-2 раза слабее в отношении большинства микроорганизмов, за исключением Haemophilus influenzae, в отношении которого эффективность метаболита в 2 раза выше. Кларитромицин и его основной метаболит оказывают либо аддитивный, либо синергический эффект в отношении Haemophilus influenzae в условиях in vitro и in vivo в зависимости от штамма бактерий.

Фармакокинетика

Всасывание и распределение

При приеме внутрь кларитромицин быстро и активно всасывается. Абсолютная биодоступность составляет около 50%. Пища замедляет всасывание, существенно не влияя на биодоступность. Время достижения C_{max} при однократном приеме кларитромицина в дозе 500 мг - 2-3 ч. После однократного приема регистрируются 2 пика C_{max}. Второй пик обусловлен способностью препарата накапливаться в желчном пузыре с последующим постепенным или быстрым поступлением в кишечник и всасыванием.

Связывание с белками плазмы - 65-75%.

При многократном приеме кумуляции препарата не обнаружено, и характер метаболизма в организме человека не изменялся.

Метаболизм и выведение

Кларитромицин метаболизируется изоферментами системы цитохрома Р450 с участием CYP3A, является ингибитором изоферментов CYP3A4, CYP3A5, CYP3A7. После приема внутрь 20% дозы быстро гидроксилируется в печени с образованием основного метаболита - 14-гидроксикларитромицина, обладающего выраженной противомикробной активностью в отношении Haemophilus influenzae.

При равновесном состоянии уровень 14-гидроксикларитромицина не увеличивается пропорционально дозам кларитромицина, а $T_{1/2}$ кларитромицина и его основного метаболита увеличиваются с повышением дозы. Нелинейный характер фармакокинетики кларитромицина связан с уменьшением образования 14-гидроксикларитромицина и N-деметилированного метаболитов при применении в более высоких дозах, что указывает на нелинейность метаболизма кларитромицина при приеме в высоких дозах.

В большинстве случаев МПК кларитромицина в 2 раза ниже, чем МПК эритромицина. МПК метаболита равна или вдвое превышает МПК исходного соединения, исключение составляет Haemophilvs influenzae, в отношении которой метаболит в 2 раза активнее исходного соединения. При регулярном приеме по 250 мг/сут C_{ss} неизмененного препарата и его основного метаболита - 1 и 0.6 мкг/мл соответственно; $T_{1/2}$ - 3-4 ч и 5-6 ч соответственно. При увеличении дозы до 500 мг/сут C_{ss} неизмененного препарата и его метаболита в плазме - 2.7-2.9 и 0.83-0.88 мкг/мл,

$T_{1/2}$ - 4.8-5 ч и 6.9-8.7 ч соответственно.

Кларитромицин и 14-гидроксикларитромицин хорошо проникает во все ткани и жидкости организма. После перорального приема кларитромицина его содержание в спинномозговой жидкости остается невысоким (при нормальной проницаемости ГЭБ 1-2 % от уровня в сыворотке крови). В терапевтических концентрациях накапливается в легких, коже и мягких тканях (в них концентрации в 10 раз превышают концентрацию в сыворотке крови).

Выделяется почками и кишечником (20-30% - в неизмененной форме, остальное - в виде метаболитов). При однократном приеме 250 мг и 1200 мг почками выделяется 37.9% и 46%, через кишечник - 40.2% и 29.1% соответственно.

Фармакокинетика в особых клинических случаях

У пациентов с умеренным и тяжелым нарушением функции печени, но с сохраненной функцией почек коррекция дозы кларитромицина не требуется, C_{ss} и системный клиренс кларитромицина не отличаются от этих показателей у здоровых пациентов, равновесные концентрации 14-гидроксикларитромицина у людей с нарушениями функции печени ниже, чем у здоровых.

У пациентов с нарушениями функции почек увеличивается C_{max} и C_{min} в плазме крови, $T_{1/2}$, AUC кларитромицина и 14-гидроксикларитромицина. Константа элиминации и выведение с мочой уменьшаются. Степень изменений этих параметров зависит от степени нарушения функции почек.

У пациентов пожилого возраста концентрация кларитромицина и 14-гидроксикларитромицина в крови был выше, а выведение медленнее, чем у молодых людей. Считают, что изменения фармакокинетики у пациентов пожилого возраста связаны, в первую очередь, с изменениями КК и функционального состояния почек, а не с возрастом пациентов.

C_{ss} кларитромицина и 14-гидроксикларитромицина у больных с ВИЧ-инфекцией, получавших кларитромицин в обычных дозах (500 мг 2 раза/сут), были сходными с таковыми у здоровых людей. Однако при применении кларитромицина в более высоких дозах, которые могут потребоваться для лечения микобактериальных инфекций, концентрация кларитромицина может значительно превышать обычные. У больных с ВИЧ-инфекцией, принимавших кларитромицин в дозе 1 г/сут и 2 г/сут в 2 приема C_{ss}^{max} обычно составляли 2-4 мкг/мл и 5-10 мкг/мл соответственно. При применении препарата в более высоких дозах отмечалось удлинение $T_{1/2}$ по сравнению с таковым у здоровых людей, получавших кларитромицин в обычных дозах. Увеличение концентраций в плазме и длительности $T_{1/2}$ при назначении кларитромицина в более высоких дозах согласуется с известной нелинейностью фармакокинетики препарата.

Комбинированное лечение с омепразолом. При назначении кларитромициина по 500 мг 3 раза/сут в комбинации с омепразолом в дозе 40 мг/сут происходит увеличение $T_{1/2}$, AUC_{0-24} омепразола. У всех пациентов, получавших комбинированную терапию, по сравнению с получавшими один омепразол, наблюдалось увеличение AUC_{0-24} омепразола на 89% и $T_{1/2}$ омепразола на 34%. У кларитромицина C_{max} и C_{min} и $AUC_{0-\infty}$ увеличивались соответственно на 10%, 27% и 15% по сравнению с данными, когда применялся только кларитромицин без омепразола. В равновесном состоянии концентрации кларитромицина в слизистой желудка через 6 ч после приема в группе, получавшей комбинацию препаратов, в 25 раз превосходили таковые, по сравнению с получавшими один кларитромицин. Концентрации кларитромицина в тканях желудка через 6 ч после приема двух препаратов в 2 раза превышали данные, полученные в группе пациентов, получавших один кларитромицин.

Показания к применению:

Лечение инфекционно-воспалительных заболеваний, вызванных чувствительными микроорганизмами:

— инфекции нижних отделов дыхательных путей (бронхит, пневмония);

— инфекции верхних отделов дыхательных путей (ларингит, фарингит, тонзиллит, синусит);

— инфекции кожи и мягких тканей (фолликулит, фурункулез, рожистое воспаление, импетиго, раневая инфекция);

— язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (в комбинации с препаратами, снижающими кислотность): для лечения острой язвы двенадцатиперстной кишки, эрадикации Helicobacter pylori и снижения частоты рецидивов язвенной болезни или в комбинации с амоксициллином и омепразолом/лансопразолом в виде тройной терапии);

— распространенные или локализованные микобактериальные инфекции, вызванные Mycobacterium avium и Mycobacterium intracellulare;

— локализованные инфекции, вызванные Mycobacterium chelonae, Mycobacterium fortuitum и Mycobacterium kansasii;

Профилактика инфекций Mycobacterium avium у ВИЧ-инфицированных пациентов с количеством CD4 (Т-хелперные лимфоциты) меньше 100 /мм^3.

Относится к болезням:

- Бронхит
- Воспаление
- Импетиго
- Инфекции
- Ларингит
- Лимфома
- Пневмония
- Синусит
- Тонзиллит
- Фарингит
- Фолликулит
- Фурункул
- Язвенная болезнь
- Язвенная болезнь желудка

Противопоказания:

— порфирия;

— одновременный прием со следующими препаратами: астемизол, цизаприд, пимозид, терфенадин, эрготамин и другие алкалоиды спорыньи, мидазолам для приема внутрь, алпразолам, триазолам;

— беременность;

— период лактации (грудного вскармливания);

— детский и подростковый возраст до 18 лет.

— повышенная чувствительность к компонентам препарата;

— повышенная чувствительность к макролидам в анамнезе.

С *осторожностью* следует применять препарат при нарушениях функции печени и почек.

Способ применения и дозы:

Препарат принимают внутрь, независимо от приема пищи.

Для *лечения инфекций дыхательных путей, кожи и мягких тканей* средняя доза составляет 250-500 мг 2 раза/сут. Длительность курса лечения - 6-14 дней.

Для *лечения инфекций, вызванных Mycobacterium avium,* препарат назначают по 500 мг 2 раза/сут. Максимальная суточная доза - 1000 мг. Длительность лечения может составлять 6 мес и более.

Для *профилактики распространения инфекций, вызванных Mycobacterium avium complex,* назначают по 500 мг 2 раза/сут.

Для *эрадикации Helicobacter pylori* назначают комбинированную терапию тремя препаратами. Первая схема: кларитромицин - по 500 мг 2 раза/сут, лансопразол - по 30 мг 2 раза/сут и амоксициллин - по 1 г 2 раза/сут в течение 10 дней. Вторая схема: кларитромицин - по 500 мг 2 раза/сут, амоксициллин - по 1 г 2 раза/сут и омепразол - по 20 мг 2 раза/сут в течение 7-10 дней.

Возможно также назначение комбинированной терапии двумя препаратами. Первая схема: кларитромицин - по 500 мг 3 раза/сут в комбинации с омепразолом в дозе 40 мг/сут в течение 14 дней, с назначением в течение следующих 14 дней омепразола в дозе 20-40 мг/сут. Вторая схема: кларитромицин - по 500 мг 3 раза/сут в комбинации с лансопразолом в дозе 60 мг/сут в течение 14 дней. Для полного заживления язвы может потребоваться дополнительное снижение кислотности желудочного сока.

У **пациентов с хронической почечной недостаточностью (КК <30 мл/мин или концентрация сывороточного креатинина более 3.3 мг/дл)** дозу снижают в 2 раза, либо увеличивают интервал между приемами в 2 раза. Максимальная длительность курса препарата у пациентов этой группы должна составлять не более 14 дней.

Побочное действие:

Определение частоты побочных реакций (по классификации ВОЗ): очень часто (≥10%); часто (≥1% и <10%); нечасто (≥0.1% и <1%); редко (≥0.01% и <0.1%); очень редко (0.01%).

Со стороны пищеварительной системы: часто - диарея, рвота, боль в животе и тошнота, изменение вкуса (дисгевзия); редко - глоссит, стоматит, кандидоз слизистой оболочки полости рта, изменение цвета языка и зубов (обесцвечивание зубов обратимо и обычно восстанавливается профессиональной чисткой у зубного врача), нарушения функции печени, включая преходящее повышение активности печеночных трансаминаз и гепатоцеллюлярный и/или холестатический гепатит, сопровождавшийся или не сопровождавшийся желтухой (печеночная дисфункция может быть тяжелой и обычно обратима), острый панкреатит, псевдомембранозный колит (от средней степени тяжести до угрожающего жизни); в единичных случаях регистрировали факты смерти от печеночной недостаточности, которые обычно наблюдались при наличии серьезных сопутствующих заболеваний и/или одновременном применении других лекарственных средств.

Со стороны нервной системы: нечасто - преходящие головные боли, головокружения, беспокойство, бессонница, кошмарные сновидения, шум в ушах; редко - судороги; очень редко - миалгия, парастезии, спутанность сознания, дезориентация, галлюцинации, психоз и деперсонализация.

Со стороны сердечно-сосудистой системы: редко - желудочковая тахикардия, желудочковая аритмия типа "пируэт", трепетание и мерцание желудочков, удлинение интервала QT на ЭКГ (как и у других макролидов).

Со стороны органов чувств: очень редко - шум, звон в ушах, нарушение обоняния, изменение вкуса (дисгевзия); в единичных случаях - потеря слуха, проходящая после отмены препарата.

Со стороны мочевыводящей системы: очень редко - развитие интерстициального нефрита и почечной недостаточности.

Аллергические реакции: нечасто - кожная сыпь, зуд, крапивница, гиперемия кожи; редко - анафилактические реакции, злокачественная экссудативная эритема (синдром Стивенса-Джонсона), токсический эпидермальный некролиз.

Со стороны лабораторных показателей: очень редко - лейкопения, тромбоцитопения, гиперкреатининемия, гипогликемия (при одновременном приеме гипогликемических лекарственных средств).

Прочие: необычные кровотечения, кровоизлияния, миалгия, при длительном или повторном применении препарата возможно развитие суперинфекции (развитие устойчивости микроорганизмов).

Передозировка:

Симптомы: абдоминальная боль, тошнота, рвота, диарея, возможно появление головной боли, спутанности сознания.

Лечение: немедленное промывание желудка; при необходимости проводят симптоматическую терапию. Гемодиализ и перитонеальный диализ не приводят к значительному изменению уровня кларитромицина в сыворотке крови.

Применение при беременности и кормлении грудью:

Безопасность кларитромицина при беременности не установлена. Поэтому при беременности кларитромицин назначают только в случае отсутствия альтернативной терапии, если предполагаемая польза от применения препарата для матери превышает возможный риск для плода.

Кларитромицин выделяется с грудным молоком, поэтому при необходимости назначения препарата в период лактации следует прекратить грудное вскармливание.

Взаимодействие с другими лекарственными средствами:

При совместном приеме кларитромицина и лекарственных средств, первично метаболизирующихся изоферментами CYP3A, возможно взаимное повышение их концентраций, что может усилить или продлить как терапевтические, так и побочные эффекты. Противопоказан совместный прием с астемизолом, цизапридом, пимозидом, терфенадином, эрготамином и другими алкалоидами спорыньи, алпразоламом, мидазоламом, триазоламом.

С осторожностью назначают с карбамазепином, цилостазолом, циклоспорином, дизопирамидом, ловастатином, метилпреднизолоном, омепразолом, непрямыми антикоагулянтами (в т.ч. варфарином), хинидином, рифабутином, силденафилом, симвастатином, такролимусом, винбластином, фенитоином, теофиллином и вальпроевой кислотой (метаболизируются другими изоферментами цитохрома P450). Необходима коррекция дозы лекарственных средств и контроль концентрации в сыворотке крови.

При совместном применении с цизапридом, пимозидом, терфенадином и астемизолом возможно увеличение концентрации этих препаратов в крови, удлинение интервала QT и развитие сердечных аритмий, включая

желудочковую пароксизмальную тахикардию, фибрилляцию, трепетание или мерцание желудочков, многоформную желудочковую тахикардию типа "пируэт". Подобный механизм взаимодействия отмечается при применении лекарственных препаратов, метаболизирующихся другим изоферментом системы цитохрома Р450 - фенитоина, теофиллина и вальпроевой кислоты. При одновременном назначении вышеуказанных препаратов требуется мониторирование их концентраций в сыворотке крови и ЭКГ.

Кларитромицин может уменьшать клиренс триазолама и, таким образом, повышать его фармакологические эффекты с развитием сонливости и спутанности сознания. Для бензодиазепинов, выведение которых не зависит от изоферментов CYP3A (темазепам, нитразепам, лоразепам), клинически значимое взаимодействие с кларитромицином маловероятно.

Имеются сообщения о повышения концентрации дигоксина в плазме больных, получавших одновременно дигоксин и кларитромицин. Следует постоянно контролировать содержание дигоксина в сыворотке, чтобы избежать дигиталисной интоксикации и развития потенциально летальных аритмий

Совместное применение с эрготамином и дигидроэрготамином (дериваты спорыньи) может привести к острой эрготаминовой интоксикации, проявляющейся тяжелым периферическим вазоспазмом, ишемией конечностей и других тканей, включая ЦНС, и извращенной чувствительностью.

При одновременном приеме кларитромицина с ингибиторами ГМГ-КоА-редуктазы - ловастатина и симвастатина описаны редкие случаи рабдомиолиза.

Эфавиренз, невирапин, рифампицин, рифабутин и рифапентин (индукторы изоферментов цитохрома Р450) снижают концентрацию кларитромицина в плазме и ослабляют его терапевтический эффект и вместе с тем повышают концентрацию 14-гидроксикларитромицина.

При совместном приеме флуконазола в дозе 200 мг ежедневно и кларитромицина в дозе 1 г/сут возможно увеличение C_{ss} и AUC кларитромицина на 33% и 18% соответственно. Коррекции дозы кларитромицина не требуется.

Необходимо обратить внимание на возможность перекрестной устойчивости между кларитромицином и другими антибиотиками из группы макролидов, а также линкомицином и клиндамицином.

Одновременный прием кларитромицина (таблетки обычного высвобождения) и зидовудина у взрослых ВИЧ-инфицированных пациентов может привести к снижению C_{ss} зидовудина. Необходим подбор доз кларитромицина и зидовудина.

При одновременном назначении кларитромицина и ритонавира, атазанавира или других ингибиторов протеаз, возрастают значения сывороточной концентрации как кларитромицина, который в таком случае не следует назначать в дозах свыше 1 г/сут, так и ингибитора протеаз.

При совместном приеме кларитромицина и итраконазола возможно обоюдное повышение концентрации препаратов в плазме. За пациентами, одновременно принимающими итраконазол и кларитромицин, необходимо тщательное наблюдение из-за возможного усиления или удлинения фармакологических эффектов этих лекарственных средств.

При одновременном приеме кларитромицина (1 г/сут) и саквинавира (в мягких желатиновых капсулах, 1200 мг 3 раза/сут) возможно увеличение AUC и C_{ss} саквинавира на 177% и 187% соответственно, а кларитромицина на 40%. При совместном назначении этих двух лекарственных средств в течение ограниченного времени в дозах/лекарственных формах, указанных выше, коррекции дозы не требуется.

Поскольку при совместном назначении колхицина, который является субстратом для CYP3A и P-гликопротеина, и кларитромицина, как и других макролидов - ингибиторов CYP3A и P-гликопротеина, ингибирование может привести к усилению действия колхицина, пациентов следует тщательно наблюдать с целью выявления симптомов токсического действия колхицина.

При применении кларитромицина с толтеродином у пациентов с низкой активностью изофермента CYP2D6 может потребоваться снижение дозы толтеродина в присутствии кларитромицина (ингибитор изоферментов CYP3A).

При совместном приеме кларитромицина с верапамилом возможно снижение АД, брадиаритмия и молочнокислый ацидоз.

Особые указания и меры предосторожности:

С осторожностью следует назначать Кларитромицин Зентива пациентам с нарушением функции печени; необходимо проводить регулярный контроль ферментов сыворотки крови.

С осторожностью следует назначать Кларитромицин Зентива на фоне препаратов, метаболизирующихся в печени; рекомендуется контролировать концентрации этих препаратов в сыворотке крови.

В случае совместного назначения препарата Кларитромицин Зентива с варфарином или другими непрямыми антикоагулянтами необходимо контролировать протромбиновое время.

Осторожность следует соблюдать при назначении препарата Кларитромицин Зентива пациентам с умеренной и выраженной почечной недостаточностью. В клинической практике описаны случаи токсичности колхицина при его сочетании с кларитромицином, особенно у пожилых людей. Некоторые из них наблюдались у больных с почечной недостаточностью; сообщалось о нескольких случаях смерти у подобных пациентов.

При возникновении во время или после лечения тяжелой и длительной диареи следует исключить диагноз псевдомембранозного колита, который требует немедленной отмены препарата Кларитромицин Зентива и назначения соответствующего лечения. При длительном или повторном применении препарата Кларитромицин Зентива возможно развитие суперинфекции (рост нечувствительных бактерий и грибов). При развитии вторичной инфекции следует назначить адекватную терапию.

Необходимо учитывать возможность перекрестной резистентности между препаратом Кларитромицин Зентива и другими антибиотиками группы макролидов, а также линкомицином и клиндамицином.

Влияние на способность к вождению автотранспорта и управлению механизмами

Нет данных о влиянии кларитромицина на способность к управлению транспортными средствами и механизмами. Однако при применении препарата у пациентов, которые занимаются вождением транспортных средств или работой с механизмами, необходимо учитывать наличие сообщений о возникновении головокружения и дезориентации у пациентов при приеме кларитромицина.

При нарушениях функции почек

Препарат противопоказан при почечной недостаточности тяжелой степени. У больных с **нарушениями функции почек при КК менее 50 мл/мин** дозу препарата следует снизить в 2 раза; при этом курс лечения не может превышать 14 дней.

При нарушениях функции печени

Препарат противопоказан при печеночной недостаточности.

Применение в детском возрасте

Противопоказан в детском и подростковом возрасте до 18 лет.

Условия хранения:

Препарат следует хранить в недоступном для детей месте при температуре не выше 25°C.

Срок годности:

2 года.

Условия отпуска в аптеке:

По рецепту.

Источник: http://drugs.thead.ru/Klaritromicin_Zentiva