

Динамика частоты HBV- и HCV-инфекций у родильниц с инфекционной патологией в городе Баку

Э.Г. Сарыева

Азербайджанский медицинский университет, г. Баку

Цель исследования: изучение динамики частоты HBV- и HCV-инфекций у родильниц с инфекционной патологией в г. Баку.

Материалы и методы. Был проведен ретроспективный анализ 12 125 историй родов женщин, госпитализированных в Клинический Медицинский Центр г. Баку за последние 5 лет (2010–2014 г.).

Результаты. Было установлено, что за эти годы 683 родов инфицированных женщин были проведены в родильном изоляторе КМЦ. Среди инфекционных патологий были зарегистрированы HAV-, HBV-, HDV-, HCV-, ВИЧ-инфекции, туберкулез легких, ветряная оспа, корь, сифилис, рожистое воспаление, энтероколит и гонорея. Среди инфекций, передаваемых половым путем, частота сифилиса увеличилась, а среди инфекций, передающихся воздушно-капельным путем, возросло число родильниц с ветряной оспой. HBV-инфекция и HCV-инфекция имели самые высокие показатели: у 392 (57,4%) рожениц выявили HBV-инфекцию, у 208 (30,5%) рожениц – HCV-инфекцию.

HBV-инфекция встречалась чаще по сравнению с HCV-инфекцией ($p < 0,001$). Распределение рожениц по паритету показало, что HBV- и HCV-инфекции часто выявляли у повторнородящих ($p < 0,01$). Парентеральными путями в основном были инфицированы роженицы в возрасте от 20 до 34 лет ($p < 0,01$).

Заключение. Таким образом, в последние годы отмечается «омоложение» парентеральных гепатитов. Раннее выявление инфекционной патологии у беременных может способствовать разработке профилактических мероприятий против внутриутробного инфицирования.

Ключевые слова: частота, HBV- и HCV-инфекции, родильницы с инфекционной патологией.

Внутриутробные инфекции занимают ведущее место в структуре перинатальной заболеваемости и смерти. В России существующие патологии среди новорожденных в 70% случаев связывают с инфекционными заболеваниями, так как ежегодно на территории России регистрируется более 30 млн случаев заражения гриппом и другими инфекциями, более 200 тыс. случаев вирусных гепатитов, до 3 млн случаев кори, паротитов. Конечно, применение вакцин против полиомиелита, кори, коклюша, туберкулеза привело к уменьшению числа этих заболеваний, но уровень остальных вирусных инфекций, особенно вирусных гепатитов, энтеровирусов, герпеса, острых респираторных вирусных инфекций, повысился. ВИЧ-инфекция создает серьезные проблемы [1]. Во всем мире широкое распространение вирусных гепатитов, являясь актуальной проблемой медицины, имеет эпидемиологическое и социальное значение. Во всем мире 400 млн человек инфицируется гепатитом В (HBV). Каждый год от осложнений этой инфекции умирает 520 000 человек [2]. А в отношении уровня гепатита С (HCV) клиницисты отмечают, что заболевание за короткое время хронизируется и через не-

сколько лет приводит к хроническому гепатиту, циррозу печени, а также гепатоцеллюлярному раку. В мире инфицирование гепатитом С составляет 3%, и у 170 млн людей обнаруживаются маркеры данной инфекции [3].

Несмотря на то что гепатиты В,С относятся к разным таксономическим группам, они владеют выраженными гепатотропными свойствами. Некоторые авторы предполагают, что несмотря на все генотипические различия между гепатотропными возбудителями в филогенезе у них вырабатываются сходные варианты взаимодействия с гепатоцитами:

1. При наиболее тяжелом остром течении процесса происходит интенсивное размножение вирусов в гепатоцитах с резко выраженной экспрессией вирусных антигенов на их поверхности, накопление в цитоплазме гепатоцитов кислых продуктов приводит к нарастанию вакуолизации цитоплазмы и ядра гепатоцитов с последующим их иммунным цитолизом CD-8-лимфоцитами и NK-клетками.

2. Умеренно выраженное размножение вирусных частиц, не приводящее к иммунному цитолизу, сопровождается выраженной дистрофией, иногда приводящей к очаговой деструкции гепатоцитов.

3. «Носительство» вируса, при котором в отсутствие клинических и морфологических признаков активности процесса на фоне выявляемой в крови антигенемии в печени обнаруживают лишь внутриядерные включения.

4. Клинически себя практически не проявляющие формирования «первично хронических» поражений.

5. Интеграция вирусного генома в геном клетки приводит к нарушению контроля пролиферации и экспрессии ряда онкогенов и к формированию гепатоцеллюлярного рака печени [4, 5].

По мнению некоторых авторов (Некрасова Т.П., 2008), в диагностике заболеваний печени предпочтение отдают морфологической верификации клинического диагноза. Это создает возможность оценить активность и определить стадию патологического процесса [6]. Наибольшее проявление заболеваемости в репродуктивном возрасте способствует пониманию особой значимости вопроса о передаче вирусов от матери к ребенку, так как основные пути заражения – это парентеральный, половой и вертикальный. Поскольку инфекционные процессы у беременных проявляются в основном в латентной форме, то хотя они и не причиняют материнскому организму значительного ущерба, однако создают осложнения акушерского, перинатального характера, в результате чего новорожденные становятся носителями вирусов, а также в будущем страдают от печеночной недостаточности (хронический гепатит, цирроз печени и т.д.). По мнению Т.М. Игнатовой (2009), у беременных с вирусными гепатитами В, С с портальной гипертензией либо холестазом в анамнезе вероятны риски гестоза, прерывания беременности, а также перинатальных потерь [7,8].

Основной проблемой современного акушерства является снижение уровня осложнений в ходе беременности и при ро-

Количество родов, проведенных в Клиническом Медицинском Центре за 2010–2014 гг.

Показатель	2010	2011	2012	2013	2014	Всего
Количество беременных, поступивших в больницу	1789	2004	2245	3716	3652	13406
Количество общих родов в больнице	1646	1788	2009	3338	3344	12125
Количество родов в наблюдательном отделении	116	90	104	176	197	683

дах, а также заболеваемости и смертности новорожденных. Как известно, физиологическая беременность приводит к сгущению желчи в печени, гипотонии желчевыводящих путей, повышению проходимости желчных капилляров. Стероидные половые гормоны, синтезируемые фетоплацентарным комплексом, приводят к увеличению желчных кислот и сопровождаются повышением уровня щелочной фосфатазы. В результате приведенных причин среди беременных наиболее часто диагностируют холестатический гепатоз [9–11].

Латентное протекание HBV- и HCV-инфекций в большинстве случаев усложняет скрининг этих заболеваний, в связи с чем HBV- и HCV-инфекции выявляются впервые в период беременности. Именно поэтому в большинстве стран в соответствии с нормативно-правовыми документами беременные проходят обследование на выявление HBV- и HCV-инфекций (наличие в крови HBsAg и тотального анти-HCV) при постановке на учет беременных и в первые три месяца гестации. В странах, в которых эти заболевания встречаются реже, их выявляют в популяции людей пожилого возраста, в основном – у пользователей инъекционными наркотиками и многочисленных гетеросексуальных партнеров. И наоборот, в зонах наибольшего распространения парентеральных гепатитов заболевание встречается перинатально либо в раннем возрасте [12, 13]. Решение проблемы HBV-инфекции во всем мире осуществляется за счет вакцинации против гепатита В. Однако вопрос инфицирования гепатитом С остается открытым за неимением вакцины против него [14–16].

Несмотря на проведение в Азербайджанской Республике научных исследований различных стилей, посвященных гепатитам В, С, актуальность все же остается вне темы парентеральных гепатитов [17–23]. Научные исследования, а наряду с ними и клиническая практика, показали, что иммунодефицит, существующий на фоне смежных инфекционных патологий, увеличивает вероятность инфицирования беременных вирусными гепатитами В, С, а также осложняет течение болезни [24, 25].

За последние годы в нашей республике растет частота парентеральных гепатитов среди беременных.

Цель исследования: изучение динамики частоты HBV- и HCV-инфекций у рожениц с инфекционной патологией в городе Баку.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В ходе исследования был проведен ретроспективный анализ историй родов, а также обменных карт женских консультаций в отношении 12 125 беременных с инфекционной патологией, поступивших за последние 5 лет в родильное отделение Клинического Медицинского Центра г. Баку.

Были изучены анамнестические данные, результаты эпидемиологического анамнеза поступивших в роддом женщины, а также данные общих и частных (акушерских) обследований, смежные акушерские, экстрагенитальные, в частности инфекционные, патологии рожениц. Обследованные беременные были в возрасте 18–45 лет. В больнице беременные проходили традиционные клинико-лабораторные, инструментальные обследования. В целях диагностики вирусных гепатитов были применены иммуноферментный анализ, реакция связывания комплемента, экспресс-тесты, полимеразная цепная реакция. Также были проанализированы результаты анализов, отража-

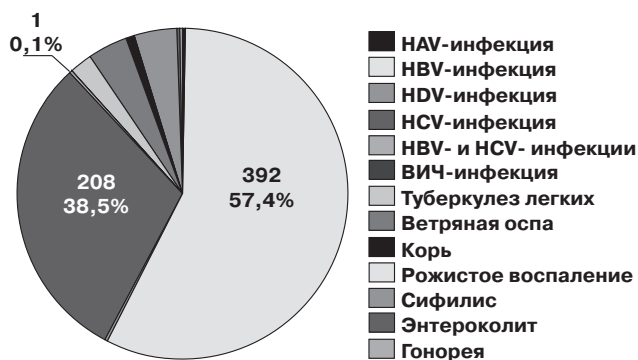


Рис. 1. Структура инфекционных заболеваний среди рожениц за 2010–2014 гг (по данным КМЦ)

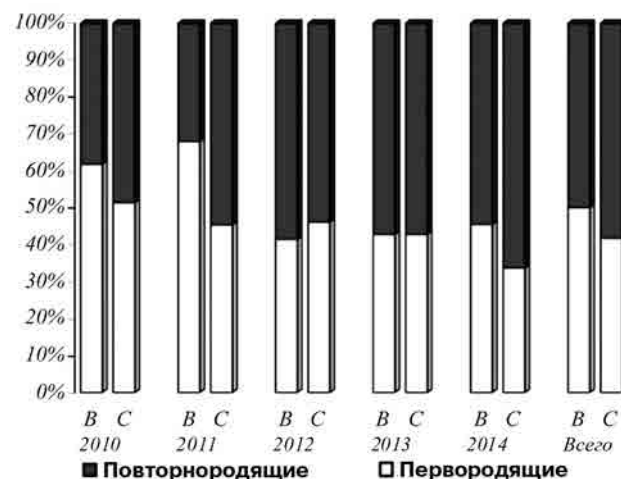


Рис. 2. Паритетное распределение рожениц с HBV- и HCV-инфекциями

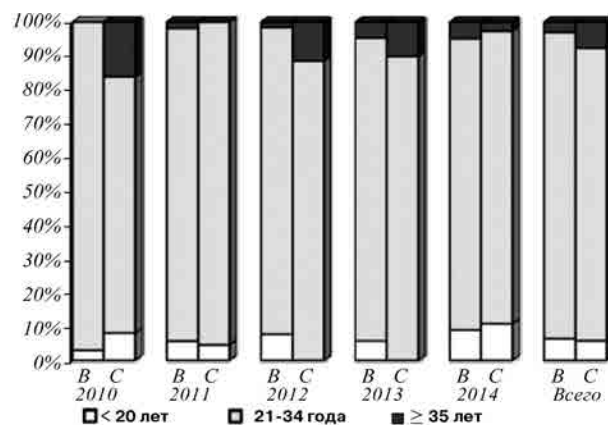


Рис. 3. Возрастное распределение рожениц с HBV-, HCV-инфекцией

ющих функциональное состояние печени у инфицированных родильниц, и заключения консультантов-инфекционистов.

Проводили статистические расчеты характера ретроспективного когортного клинико-эпидемиологического исследования. В ходе исследования были подсчитаны показатели интенсивности (по 1000 родам), показатели экстенсивности (по количеству родов, возрастной группе) и показатели среднего расчета (по возрасту), их стандартные отклонения. Сравнение показателей интенсивности и среднего расчета проводили по критерию t-Student, а сравнение показателей экстенсивности – по критерию χ^2 -Pearson. Статистические расчеты выполняли в электронной таблице EXCEL-2010.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты исследования показали, что за 2010–2014 гг. в Клинический Медицинский Центр города Баку было принято всего 13 406 беременных. За последние 5 лет было проведено 12 125 родов. Роды 683 беременных с инфекционной патологией проводились в observationalном отделении (таблица).

Среди инфекционных патологий родильниц, рожавших в observationalном отделении Клинического Медицинского Центра, отмечались такие, как HAV-, HBV-, HDV-, HCV-, HЭV-инфекции, туберкулез легких, ветряная оспа, корь, рожистое воспаление, сифилис, энтероколит, гонорея (рис. 1).

Статистические цифры показывают, что среди инфекционных патологий возрастает динамика инфекционных заболеваний, передающихся половым путем. Так, если в 2010 г. инфекция сифилиса встречается лишь у одной женщины (у 40-летней повторнородящей), то в 2014 г. она обнаруживается у 12 женщин (в возрастной группе 20–24 года), 7 из которых первородящие. Также отмечается тенденция роста ветряной оспы, передаваемой воздушно-капельным путем. Результаты исследования показали, что наиболее частыми наблюдаемыми патологиями у женщин, рожавших в observationalном отделении, были HBV- и HCV-инфекции.

Частота наблюдения HBV-инфекции относительно HCV-инфекции оказалась статистически достоверной ($p < 0,001$). Хотя по сравнению с предыдущими годами уровень HCV-инфекции и возрос в 2013–2014 гг., однако статисти-

Динаміка частоти HBV- і HCV-інфекцій у породілей з інфекційною патологією у місті Баку Е.Г. Сариева

Мета дослідження: вивчення динаміки частоти HBV- і HCV-інфекцій у породілей з інфекційною патологією в м. Баку.

Матеріали та методи. Було проведено ретроспективний аналіз 12 125 історій пологів жінок, які були госпіталізовані в Клінічний Центр м. Баку за останні 5 років (2010–2014 рр).

Результати. Було встановлено, що за ці роки 683 пологів інфікованих жінок були проведені в пологовому ізоляторі КМЦ. Серед інфекційних патологій були зареєстровані HAV-, HBV-, HDV-, HCV-, ВЛІ-інфекції, туберкульоз легень, вітряна віспа, кір, сифіліс, бешіха, ентероколіт і гонорея. Серед інфекцій, що передаються статевим шляхом, частота сифілісу збільшилася, а серед інфекцій, що передаються повітряно-крапельним шляхом, зросла кількість породілей з вітряною віспою. HBV-інфекція та HCV-інфекція мали найвищі показники: у 392 (57,4%) породілей виявили HBV-інфекцію, у 208 (30,5%) породілей – HCV-інфекцію. HBV-інфекція зустрічалась частіше в порівнянні з HCV-інфекцією ($p < 0,001$). Розподіл породілей за паритетом засвідчив, що HBV- і HCV-інфекції часто виявляли у повторнороділей ($p < 0,01$). Парентеральними гепатитами в основному були інфіковані породіллі у віці від 20 до 34 років ($p < 0,01$).

Заключення. Таким чином, останніми роками відзначається «омолодження» парентеральних гепатитів. Раннє виявлення інфекційної патології у вагітних може сприяти розробленню профілактичних заходів проти внутрішньоутробного інфікування.

Ключові слова: частота, HBV-і HCV-інфекції, породіллі з інфекційною патологією.

стически этот рост оказался недостоверным ввиду роста динамики наблюдения парентеральных гепатитов.

Из паритетного распределения инфицированных родильниц выяснилось, что HBV- и HCV-инфекции чаще встречались у повторнородящих ($p < 0,01$), (рис. 2).

Хотя в анамнезе повторнородящих в качестве основных причин заражения парентеральными гепатитами и отмечались аборт, роды, половые отношения, переливания крови, стоматологические процедуры, хирургические операции, косметические процедуры, однако у определенной группы больных выяснение путей инфицирования оказалось сложным.

В ходе исследования возрастные группы родильниц с HBV- и HCV-инфекцией распределялись в следующем диапазоне: ранний репродуктивный возраст (< 20 лет), средний репродуктивный возраст (20–34 года), поздний репродуктивный возраст (≥ 35 лет).

Статистические расчеты подтвердили, что парентеральные гепатиты встречались чаще всего в возрастном интервале 20–34 года. Преобладала HBV-инфекция ($p < 0,01$) (рис. 3).

Сожаление вызывает факт «омоложения» парентеральных гепатитов. Частое наблюдение гепатитов в репродуктивном возрасте свидетельствует об инфицировании половым путем. Это может привести к передаче вирусов в молодом материнском организме плоду вертикальным путем. Сопровождение прочих инфекционных патологий (корь, ветряная оспа, рожистое воспаление, энтероколит и т.д.) выраженными клиническими признаками (повышенная температура тела, сыпь и т.п.) позволяет провести раннюю диагностику заболевания. Однако в большинстве случаев хроническое течение гепатитов В, С у беременных, а также слабо выраженные клинические признаки, осложняют скрининг, что приводит к выявлению данных инфекций во время постановки беременной на учет либо при родах.

ВЫВОДЫ

Таким образом, раннее выявление инфекционных патологий у беременных может обеспечить разработку профилактических мер против внутриутробного инфицирования и в конечном итоге – улучшить акушерские и перинатальные результаты.

Dynamics of frequency of HBV-and HCV-infections in parturient women with infectious pathology in Baku Ellada Sariyeva

The purpose of the study: the aim of the study was to examine the dynamics of frequency of HBV-and HCV-infections in parturient women with infectious pathology in Baku.

Materials and methods. For this reason the retrospective analysis of 12125 patient's histories of women admitted to Clinical Medical Center (CMC) in Baku over the past 5 years (2010–2014) was undertaken.

Results. The results of the study showed that over those years 683 infected women gave birth in a maternity facility of CMC. Among the infectious pathologies HAV, HBV, HDV, HCV, HIV-infection, pulmonary tuberculosis, chicken pox, measles, syphilis, erysipelas, enterocolitis and gonorrhoea were registered. Among sexually transmitted diseases there was increase in a frequency of syphilis and among the air transmitted infections there was an increase in the number of parturient with chicken pox. Among infectious pathologies HBV-and HCV infections had the highest rate, that is 392 women (57,4%) had HBV; and 208 women (30,5%) had HCV infection. Compared to HCV infection HBV infection was more frequent ($p < 0,001$). Distribution of women by parity revealed that HBV-and HCV-infection were often identified in multiparous women ($p < 0,01$). Parenteral hepatitis was mostly identified in parturient women between 20 and 34 years ($p < 0,01$).

Conclusion. Thus, in recent years, there has been «rejuvenation» of parenteral hepatitis. Early detection of infectious pathology in pregnant women can contribute to the development of preventive measures against intranatal transmission of infection to the fetus.

Key words: frequency, HBV- and HCV-infections, parturient women with infectious pathology.

Сведения об авторе

Сарыева Эллада Гошкар кызы – кафедра акушерства-гинекологии №1 Азербайджанского Медицинского Университета, AZ1022, Азербайджан, г. Баку, ул. Бакиханова, 23 ; тел.: (99412) 495- 35-66

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Учайкин В.Ф. Руководство по инфекционным болезням у детей. – М.: ГЕОТАР-МЕД, 2002. – 824. – С. 1, 106.
2. Козаченко М.Г., Карпов И.А. Лечение и профилактика HBV-инфекции у больных, находящихся на программном гемодиализе (лекция) //Журн. «В мире вирусных гепатитов». – М., 2011. – № 2–3. – С. 5.
3. Ильченко Л.Ю., Гордейчук И.Н. Современная стратегия лечения гепатита С. Теллапревир – новый препарат с прямым противовирусным действием // Журн. «В мире вирусных гепатитов». – М., 2011. – № 2–3. – С. 14–18.
4. Карев В.Е. Клинические и иммуноморфологические аспекты патогенеза хронической HBV- и HCV-инфекций: Автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. – Санкт-Петербург, 2016. – 34 с.
5. Клинико-морфологическая характеристика хронического гепатита С у детей /Н.С. Горегляд, А.А. Ключарева, Т.Г. Раевнева, А.Н. Оскирко, Н.М. Шавлов, Е.А. Ванюшева, Н.Н. Шурпо // Тезисы докл. на VI Российском врачей-инфекционистов. Санкт-Петербург, 29–31 октябрь 2003. – СПб., 2003. – С. 89.
6. Некрасова Т.П. Морфологическая оценка активности хронических гепатитов // Гепатол. форум. – 2008. – № 3. – С. 19–21.
7. Игнатова Т.М. Хронический гепатит С и беременность// Клиническая гепатология. – М., 2009. – № 5 (1). – С. 32–38.
8. Игнатова Т.М. Хронические заболевания печени вирусной и невирусной этиологии у беременных: тактика ведения и лечения//Вирус. гепатиты. – 2002. – № 1 (14). – С. 3–11.
9. Гурьев Д.А. Холестатический гепатоз беременных; возможности раннего прогнозирования и пути коррекции: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Уфа, 2006. – 25 с.
10. Шехтман М.М. Хронический гепатит и цирроз печени у беременных // Гинекология. – 2004. – 3. – С. 141–144.
11. Jonas M.M. Hepatitis B and pregnancy: an underestimated issue// Liver Intern., 2009; 29 (S1): 133–139.
12. Oliveira U.B. Hepatitis C virus perinatal transmission // Brazilian Journal Infectious Diseases. 2007; 11(5).Suppl. 1: 10–11.
13. Гурская Т.Ю. Беременность и хронический HCV-гепатит: вопросы патогенеза, клиники, диагностики, состояния фетоплацентарной системы. Автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. – М., 2006. – 48 с.
14. Ranger-Roquez S. Alain S., Denis F. Hepatitis viruses; mother to child transmission Pathol. Biol. (Paris) 2002; 50 (9): 568–575.
15. Yang S., Liu M., Wang L. Effect of high viral hepatitis B virus DNA loads on vertical transmission of hepatitis B virus in late-pregnant women // Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi. 2008; 43 (5): 329–331.
16. Zignego A., Gragnani L., Giannini C., Laffi G. The hepatitis C virus infection as a systemic disease // Intern. Emerg. Med., 2012, v. 7, suppl 3, p. 201–208.
17. Сеидалиева С.М. Особенности течения беременности и родов у женщин с хроническими вирусными гепатитами В и С: Автореф. дисс. ... д-ра философии по медицине. – Баку, 2015. – 150 с.
21. Наджафаде Н.И. Распространенность и некоторые клинико-иммунологические аспекты вирусного гепатита С в Азербайджанской Республике // Az?rbaucan tibb jurnalı. – 2009. – № 1. – С. 106–108.
22. Байрамов И.П. Изучение эффективности применения коротковолновых ультрафиолетовых лучей в комплексном лечении хронических вирусных гепатитов В и С: Автореф. дисс. ... д-ра философии по медицине. – Баку, 2015. – 150 с.
23. Керимова С.Т. Роль гормонально-метаболических изменений в патогенезе рака молочной железы осложненной гепатитом С: Автореф. дисс. ... д-ра философии по биологии. – Баку, 2013. – 139 с.
24. Papaevangelou V., Pollack H., Rochford G. Increased Transmission of Vertical Hepatitis C Virus (HCV) Infection to Human Immunodeficiency Virus (HIV) – Infected Infants of HIV- and HCV- Coinfected Women // J Infect Dis. 1998; 178: 1047–1051.
25. Kelleher T., Afdha N. Assessment of liver fibrosis in coinfecting patients // Journal of Viral Hepatology, 2006, 44 (S1):S 126-S131.

Статья поступила в редакцию 15.03.2016

НОВОСТИ МЕДИЦИНЫ

УЧЕНЫЕ: ХРОНИЧЕСКОЕ ВОСПАЛЕНИЕ ПРИВОДИТ К ОЖИРЕНИЮ

Японские ученые из Института биомедицинских наук Токусимского университета обнаружили, что ДНК из погибших жировых клеток способна вызывать ожирение.

Исследование опубликовано в журнале Science Advances.

Так, авторы исследования использовали мышей, чтобы показать на них, как хроническое воспаление тканей приводит к появлению лишнего веса. Они указали, что возможным виновником может быть белок TLR9, который обеспечивает функционирование врожденного иммунитета.

Ученые констатируют, что ожирение является признаком вос-

палительных процессов, которые также становятся причиной таких связанных заболеваний, как устойчивость к инсулину - ферменту, который снижает уровень глюкозы в крови. Механизмы таких процессов в большей степени остаются неизвестными, однако в новом исследовании эксперты продемонстрировали, что выделение ДНК из клеток жировой ткани - адипоцитов - может провоцировать воспаление.

У мышей, трехмесячная диета которых отличалась повышенным содержанием жиров, наблюдалось увеличение активности белка TLR9 в жировой ткани, а также

большое содержание свободной ДНК в крови. Кроме того, ученые выяснили, что за синтез TLR9 отвечают макрофаги - поглощающие чужеродные и токсичные для организма агенты.

После того, как исследователи подавили синтез TLR9, уменьшилось накопление макрофагов в жировой ткани, снизилось воспаление и увеличилась чувствительность к инсулину. Анализ образцов плазмы у людей показал, что уровень неклоточной ДНК в крови хорошо коррелирует с ожирением и инсулинорезистентностью.

<http://www.rosbalt.ru>

ЦИПРОЛОЛЕТ®

ЦИПРОФЛОКСАЦИН 250мг/500мг №10

№ UA/2004/02/02;
Примак МОЗУ от 27.07.2015 № 468



АКТИВНЫЙ даже
против резистентных бактерий

Выдержка из инструкции к медицинскому применению препарата Ципролет

Состав: 1 таблетка содержит ципрофлоксацина гидрохлорида, что эквивалентно ципрофлоксацину 250 мг или 500 мг.

Фармакотерапевтическая группа:

Антимикробные средства группы хинолонов. Фторинолоны.

Код АТС J01M A02

Фармакодинамика. Механизм действия ципрофлоксацина связан с влиянием на ДНК-гиразу (топизомеразу) бактерий, которая играет важную роль в репродукции бактериальной ДНК.

Фармакокинетика. Ципролет® быстро и хорошо всасывается после приема препарата (биодоступность составляет 50-85 %). Максимальные концентрации в плазме крови достигаются через 60-90 мин. Объем распределения — 2-3 л/кг. Связывание с белками плазмы крови незначительное (20-40 %). Ципролет® хорошо проникает в органы и ткани, кости. Период полувыведения из плазмы после приема внутрь составляет от 3 до 5 часов.

Показания:

у взрослых:

- Инфекции мочевого тракта
- Инфекции кожи и мягких тканей
- Интраабдоминальные инфекции
- Инфекции нижних дыхательных путей
- Хронический гнойный отит среднего уха
- Обострения хронического синусита
- Гонококковый уретрит и цервицит; др.

Противопоказания: Повышенная чувствительность к ципрофлоксацину или другим препаратам группы фторинолонов. Одновременное использование ципрофлоксацина и тизанидина противопоказано.

Беременность и период кормления грудью:

Не следует принимать.

Дети: Использовать ципрофлоксацин у детей и подростков нужно согласно с официальными рекомендациями.

Побочные реакции: Инфекции и инвазии, со стороны системы кровообращения и лимфатической, иммунной системы, расстройства метаболизма и питания, психические расстройства, расстройства нервной системы, со стороны органов зрения; органов слуха и лабиринта; сердца; сосудистые расстройства; со стороны органов дыхания, торакальные и медиастинальные расстройства; со стороны пищеварительной системы; гепатобилиарной системы; кожных покровов и подкожной клетчатки; опорно-двигательного аппарата и соединительной ткани; почек и мочевыделительной системы, расстройства общего состояния и др.

Упаковка. По 10 таблеток в блистере, по 1 блистеру в коробке.

Категория отпуска. По рецепту.

Абстрактный образ супергероя иллюстрирует эффективность антибактериальной терапии.

Перед назначением ознакомьтесь с полным текстом инструкции к медицинскому применению.

25CIP-24/09/2015-Rx2

ЦИПРОЛОЛЕТ® А

ЦИПРОФЛОКСАЦИН 500 мг + ТИНИДАЗОЛ 600 мг

**Комбинированная терапия
аэробно-анаэробных
и протозойных инфекций**



№ UA/11851/01/01; Прима МОЗУ от 22.11.2011 № 818

Выдержка из инструкции к медицинскому применению.

Состав: действующие вещества: Ципрофлоксацин + Тинидазол; 1 таблетка содержит ципрофлоксацина гидрохлорида в пересчете на ципрофлоксацин 500 мг и тинидазола 600 мг.

Фармакотерапевтическая группа. Комбинированные антибактериальные средства. Фторинолоны в комбинации с другими антибактериальными средствами. Код АТС J01R A04.

Показания: Инфекции, вызванные чувствительными к препарату микроорганизмами, включая смешанные аэробно-анаэробные инфекции, протозойные инфекции: дыхательных путей — плеврит, эмпиема плевры; абсцесс легкого; ЛОР-органов — хронический синусит, мастоидит; кожи и мягких тканей — инфицированные язвы, абсцессы, целлюлит, инфекции мягких тканей у больных сахарным диабетом; желудочно-кишечного тракта — бактериальная диарея, дизентерия, амебиаз, другие смешанные инфекции желудочно-кишечного тракта; интраабдоминальные инфекции; гинекологические инфекции; инфекции костей — хронический остеомиелит; стоматологические инфекции.

Противопоказания. Повышенная чувствительность к ципрофлоксацину или к другим фторинолонам, повышенная чувствительность к тинидазолу или к другим производным 5-нитроимидазола, беременность и период кормления грудью, детский возраст.

Побочные реакции: Тошнота, диарея, рвота, диспепсические явления, абдоминальная боль, обложенный язык, глоссит, стоматит, головокружение, расстройство сна, агитация, спутанность сознания, мигрень, галлюцинации, повышенная потливость, парестезии, эмоциональные нарушения (беспокойство, страх, тревога), нарушение сна, судороги, гилерестезия, депрессия, тремор, неустойчивая походка, психоз, повышение внутричерепного давления, атаксия, дерганье, головная боль, периферическая нейропатия, сенсорные нарушения, эозинофилия, артралгии, миалгии, потемнение мочи, и др.

Упаковка. По 10 таблеток в блистере, по 1 блистеру в коробке.

Категория отпуска. По рецепту.

Абстрактный образ супергероя иллюстрирует эффективность антибактериальной терапии.

Информация о лекарственном средстве предназначена для медицинских и фармацевтических работников. Перед назначением ознакомьтесь с полным текстом инструкции к медицинскому применению.

За дополнительной информацией обращайтесь по адресу: Представительство «Др. Редди'с Лабораторис Лимитед», Столице шоссе, 103, оф. 11-Б, г. Киев, Украина, 03131, тел. +380442075197

8 CIPA-07.07.2015Rx2