

Состав

Действующее вещество: моксифлоксцин.

Вспомогательные вещества: целлюлоза микрокристаллическая - 136 мг, кроскармеллоза натрия - 32 мг, лактозы моногидрат - 68 мг, магния стеарат - 6 мг.

Лекарственная форма

Таблетки, покрытые пленочной оболочкой.

Основные физико-химические свойства: таблетки розового цвета, матовые, продолговатые, двояковыпуклые, с фаской, с гравировкой "BAYER" на одной стороне и "M400" на другой стороне.

Фармакотерапевтическая группа

Антибактериальный препарат группы фторхинолонов. Противомикробное средство - фторхинолон.

Код АТХ: J01MA14.

Фармакодинамика

Противомикробное средство из группы фторхинолонов, действует бактерицидно. Проявляет активность в отношении широкого спектра грамположительных и грамотрицательных микроорганизмов, анаэробных, кислотоустойчивых и атипичных бактерий: *Mycoplasma spp.*, *Chlamydia spp.*, *Legionella spp.*

Эффективен в отношении бактериальных штаммов, резистентных к бета-лактамам и макролидам. Активен в отношении большинства штаммов микроорганизмов: грамположительные - *Staphylococcus aureus* (включая штаммы, нечувствительные к метициллину), *Streptococcus pneumoniae* (включая штаммы, устойчивые к пенициллину и макролидам), *Streptococcus pyogenes* (группа А); грамотрицательные - *Haemophilus influenzae* (включая как продуцирующие, так и не продуцирующие β -лактамазу штаммы), *Haemophilus parainfluenzae*, *Klebsiella pneumoniae*, *Moraxella catarrhalis* (включая как продуцирующие, так и не продуцирующие β -лактамазу штаммы), *Escherichia coli*, *Enterobacter cloacae*; атипичные - *Chlamydia pneumoniae*, *Mycoplasma pneumoniae*. По данным исследований *in vitro*, хотя перечисленные ниже микроорганизмы чувствительными к моксифлоксацину, тем не менее безопасность и эффективность его при лечении инфекций не была установлена.

Грамположительные микроорганизмы: *Streptococcus milleri*, *Streptococcus mitior*, *Streptococcus agalactiae*, *Streptococcus dysgalactiae*, *Staphylococcus cohnii*, *Staphylococcus epidermidis* (включая штаммы, чувствительные к метициллину), *Staphylococcus haemolyticus*, *Staphylococcus hominis*, *Staphylococcus saprophyticus*, *Staphylococcus simulans*, *Corynebacterium diphtheriae*. Грамотрицательные микроорганизмы: *Bordetella pertussis*, *Klebsiella oxytoca*, *Enterobacter aerogenes*, *Enterobacter agglomerans*, *Enterobacter intermedius*, *Enterobacter sakazaki*, *Proteus mirabilis*, *Proteus vulgaris*, *Morganella morganii*, *Providencia rettgeri*, *Providencia stuartii*. Анаэробные микроорганизмы: *Bacteroides distasonis*, *Bacteroides eggerthii*, *Bacteroides fragilis*, *Bacteroides ovatus*, *Bacteroides thetaiotaornicron*, *Bacteroides uniformis*, *Fusobacterium spp.*, *Porphyromonas spp.*, *Porphyromonas anaerobius*, *Porphyromonas asaccharolyticus*, *Porphyromonas magnus*, *Prevotella spp.*, *Propionibacterium spp.*, *Clostridium perfringens*, *Clostridium ramosum*. Амипичные микроорганизмы: *Legionella pneumophila*, *Caxiella burnettii*.

Блокирует топоизомеразами II и IV, ферменты, контролирующие топологические свойства ДНК, и участвующие в репликации, репарации и транскрипции ДНК. Действие моксифлоксацина зависит от его концентрации в крови и тканях. Минимальные бактерицидные концентрации почти не отличаются от минимальных подавляющих концентраций.

Механизмы развития резистентности, инактивирующие пенициллины, цефалоспорины, аминогликозиды, макролиды и тетрациклины, не влияют на антибактериальную активность моксифлоксацина. Перекрестная резистентность между моксифлоксацином и этими препаратами отсутствует. Плазмидно-опосредованный механизм развития резистентности не наблюдался. Общая частота развития резистентности - низкая. Исследования *in vitro* показали, что резистентность к моксифлоксацину развивается медленно в результате ряда последовательных мутаций. При многократном воздействии на микроорганизмы моксифлоксацином в субминимальных подавляющих концентрациях лишь незначительно повышаются показатели МПК. Между препаратами из группы фторхинолонов наблюдается перекрестная резистентность. Однако некоторые грамположительные и анаэробные микроорганизмы, устойчивые к другим фторхинолонам, чувствительны к моксифлоксацину.

Фармакокинетика

После приема внутрь моксифлоксацин абсорбируется быстро и почти полностью. Абсолютная биодоступность составляет около 91%. Фармакокинетика моксифлоксацина при приеме в дозе от 50 до 1200 мг однократно, а также по 600 мг/сут в течение 10 дней является линейной. После однократного приема

моксифлоксацина в дозе 400 мг $C_{\max}$ в крови достигается в течение 0.5-4 ч и составляет 3.1 мг/л. После приема внутрь моксифлоксацина в дозе 400 мг 1 раз/сут $C_{ss}^{\max}$ и $C_{ss}^{\min}$ составляют 3.2 мг/л и 0.6 мг/л соответственно.

После однократной инфузии Авелокса в дозе 400 мг в течение 1 ч $C_{\max}$ достигается в конце инфузии и составляет 4.1 мг/л, что соответствует ее увеличению приблизительно на 26% по сравнению с величиной этого показателя при приеме внутрь. Экспозиция препарата, определяемая по показателю AUC, незначительно превышает таковую при приеме препарата внутрь.

При многократных в/в инфузиях в дозе 400 мг продолжительностью 1 ч $C_{ss}^{\max}$ и $C_{ss}^{\min}$ варьируют в пределах от 4.1 мг/л до 5.9 мг/л и от 0.43 мг/л до 0.84 мг/л соответственно. Средние C_{ss} , равные 4.4 мг/л, достигаются в конце инфузии.

Равновесное состояние достигается в течение 3 дней. Связывание с белками крови (главным образом с альбуминами) составляет около 45%. Моксифлоксацин быстро распределяется в органах и тканях. V_d составляет приблизительно 2 л/кг. Высокие концентрации моксифлоксацина, превышающие таковые в плазме, создаются в легочной ткани (в т.ч. в эпителиальной жидкости, альвеолярных макрофагах), в носовых пазухах (верхнечелюстная и этмоидальная пазухи), в носовых полипах, очагах воспаления (в содержимом пузырей при поражении кожи). В интерстициальной жидкости и в слюне моксифлоксацин определяется в свободном, не связанном с белками виде, в концентрации выше, чем в плазме. Кроме того, высокие концентрации моксифлоксацина определяются в тканях органов брюшной полости, перитонеальной жидкости, а также в тканях женских половых органов.

Моксифлоксацин подвергается биотрансформации 2-ой фазы и выводится из организма почками, а также через кишечник, как в неизмененном виде, так и в виде неактивных сульфосоединений (M1) и глюкуронидов (M2). Моксифлоксацин не подвергается биотрансформации микросомальной системой цитохрома P450. Метаболиты M1 и M2 присутствуют в плазме крови в концентрациях ниже, чем исходное соединение. По результатам доклинических исследований было доказано, что указанные метаболиты не имеют негативного воздействия на организм с точки зрения безопасности и переносимости.

$T_{1/2}$ составляет приблизительно 12 ч. Средний общий клиренс после приема препарата внутрь в дозе 400 мг составляет 179-246 мл/мин. Почечный клиренс составляет 24-53 мл/мин. Это свидетельствует о частичной канальцевой реабсорбции моксифлоксацина. Около 22% однократной дозы (400 мг) выводится в неизмененном виде почками, около 26% - через кишечник.

Показания

- Лечение бактериальных инфекций, вызванных чувствительными к препарату микроорганизмами.
- Инфекционные заболевания дыхательных путей: хронический бронхит в период обострения; негоспитальная пневмония, возбудителями которой являются штаммы микроорганизмов со множественной резистентностью к антибиотикам; острый синусит;
- Неосложненные инфекции кожи и мягких тканей.
- Неосложненные воспалительные заболевания органов малого таза (включая инфекционные заболевания верхнего отдела половой сферы у женщин, в том числе сальпингит и эндометрит).
- Осложненные инфекционные заболевания кожи и подкожных структур (включая инфицированную диабетическую стопу).
- Осложненные интраабдоминальные инфекции, включая полимикробные инфекции (такие как абсцедирование).
- *Streptococcus pneumoniae* с множественной резистентностью к антибиотикам, включая штаммы, резистентные к пенициллину и штаммы, резистентные к двум и более антибиотикам таких групп, как пенициллины (при минимальной ингибирующей активности ≥ 2 мкг/мл), второго поколения цефалоспоринов (цефуроксим), макролиды, тетрациклины и триметоприм/сульфаметоксазол.

Противопоказания

Наличие в анамнезе патологии сухожилий, развившейся вследствие лечения антибиотиками хинолонового ряда; в доклинических и клинических исследованиях после введения моксифлоксацина наблюдалось изменение электрофизиологических параметров сердца, выразившееся в удлинении интервала QT. В связи с этим, применение моксифлоксацина противопоказано у пациентов следующих категорий: врожденные или приобретенные документированные удлинения интервала QT, электролитные нарушения, особенно некорригированная гипокалиемия; клинически значимая брадикардия; клинически значимая сердечная недостаточность со сниженной фракцией выброса левого желудочка; наличие в анамнезе нарушений ритма, сопровождавшихся клинической симптоматикой; моксифлоксацин нельзя применять с другими препаратами, удлиняющими интервал QT; в связи с ограниченным количеством клинических данных применение моксифлоксацина противопоказано пациентам с нарушением функции печени (класс C по классификации Чайлд-Пью) и пациентам с повышением трансаминаз более чем в 5 раз выше ВГН; беременность, грудное вскармливание; возраст до 18 лет;

повышенная чувствительность к моксифлоксацину, другим хинолонам.

С осторожностью применять при заболеваниях ЦНС (в т.ч. при заболеваниях, подозрительных в отношении вовлечения ЦНС), предрасполагающих к возникновению судорожных припадков и снижающих порог судорожной готовности; у пациентов с психозами и/или психиатрическими заболеваниями в анамнезе; у пациентов с потенциально проаритмическими состояниями, такими как острая ишемия миокарда и остановка сердца, особенно у женщин и пациентов пожилого возраста; при *myasthenia gravis*; при циррозе печени; при одновременном приеме с препаратами, снижающими содержание калия; у пациентов с генетической предрасположенностью или фактическим дефицитом глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы.

Взаимодействие с другими лекарственными средствами и другие виды взаимодействий

Следует учитывать возможный аддитивный эффект удлинения интервала QT моксифлоксацина и других препаратов, которые влияют на удлинение интервала QT. Вследствие совместного применения моксифлоксацина и препаратов, влияющих на удлинение интервала QT, увеличивается риск развития желудочковой аритмии, включая полиморфную желудочковую тахикардию типа "пируэт". Противопоказано совместное применение моксифлоксацина со следующими препаратами, влияющими на удлинение интервала QT: антиаритмические препараты класса IA (в т.ч. хинидин, гидрохинидин, дизопирамид); антиаритмические препараты класса III (в т.ч. амиодарон, соталол, дофетилид, ибутилид); нейролептики (в т.ч. фенотиазин, пимозид, сертиндол, галоперидол, сультоприд); трициклические антидепрессанты; противомикробные препараты (спарфлоксацин, эритромицин в/в, пентамидин, противомаларийные препараты, особенно галофантрин); антигистаминные препараты (терфенадин, астемизол, мизоластин); другие (цизаприд, винкамин в/в, бепридил, дифеманил).

При одновременном приеме внутрь антацидов, поливитаминов и минералов возможно нарушение всасывания моксифлоксацина вследствие образования хелатных комплексов с поливалентными катионами, содержащимися в этих препаратах. В результате концентрация моксифлоксацина в плазме крови может быть значительно ниже терапевтической. В связи с этим антацидные, антриретровирусные (например, диданозин) и другие препараты, содержащие магний, алюминий, сульфат, железо, цинк следует принимать как минимум за 4 ч до или через 4 ч после приема внутрь моксифлоксацина.

У пациентов, получавших антикоагулянты в сочетании с антибиотиками, в т.ч. с моксифлоксацином, отмечаются случаи повышения антикоагулянтной активности противосвертывающих препаратов. Факторами риска являются наличие инфекционного заболевания (и сопутствующий воспалительный процесс), возраст и общее состояние пациента. Несмотря на то, что взаимодействия между моксифлоксацином и варфарином не выявляется, у пациентов, получающих сочетанное лечение этими препаратами, необходимо проводить мониторинг МНО и при необходимости корректировать дозу не прямых антикоагулянтов.

Моксифлоксацин и дигоксин не оказывают существенного влияния на фармакокинетические параметры друг друга. При повторном назначении моксифлоксацина $C_{\max}$ дигоксина увеличивалась приблизительно на 30%. При этом значение AUC и $C_{\min}$ дигоксина не изменяются.

При одновременном применении активированного угля и моксифлоксацина внутрь в дозе 400 мг системная биодоступность препарата снижается более чем на 80% в результате замедления его абсорбции. В случае передозировки применение активированного угля на ранней стадии всасывания препятствует дальнейшему повышению системного воздействия.

Особенности применения

В некоторых случаях уже после первого моксифлоксацина возможно развитие гиперчувствительности и аллергических реакций, о чем следует немедленно информировать врача. Очень редко даже после первого применения анафилактические реакции могут прогрессировать до угрожающего жизни анафилактического шока. В этих случаях лечение моксифлоксацином следует прекратить и немедленно начать проводить необходимые лечебные мероприятия (в т.ч. противошоковые).

С осторожностью у женщин и пациентов пожилого возраста. Поскольку женщины по сравнению с мужчинами имеют более длинный интервал QT, они могут быть более чувствительны к препаратам, удлиняющим интервал QT. Пожилые пациенты также более подвержены действию препаратов, оказывающих влияние на интервал QT.

Степень удлинения интервала QT может нарастать с повышением концентрации моксифлоксацина, поэтому не следует превышать рекомендованную дозу. Удлинение интервала QT сопряжено с повышенным риском желудочковых аритмий, включая полиморфную желудочковую тахикардию.

Пациента следует информировать о том, что в случае появления симптомов печеночной недостаточности, симптомов поражений кожи или слизистых оболочек, симптомов невропатии, (боль, жжение, покалывание, онемение или слабость) необходимо обратиться к врачу, прежде чем продолжать лечение моксифлоксацином.

Применение антибактериальных препаратов широкого спектра действия, включая моксифлоксацин, сопряжено с риском развития псевдомембранозного колита. Препараты, угнетающие перистальтику кишечника, противопоказаны при развитии тяжелой диареи.

На фоне терапии хинолонами, в т.ч. моксифлоксацином, возможно развитие тендинита и разрыва сухожилия, особенно у пожилых и пациентов, получающих ГКС. Описаны случаи, которые возникли в течение нескольких месяцев после завершения лечения. При первых симптомах боли или воспаления в месте повреждения применение моксифлоксацина следует прекратить и разгрузить пораженную конечность.

В период лечения следует избегать воздействия прямых солнечных лучей и УФ излучения.

Не рекомендуется применять моксифлоксацин для лечения инфекций, вызванных штаммами *Staphylococcus aureus*, резистентными к метициллину (MRSA). В случае предполагаемых или подтвержденных инфекций, вызванных MRSA, следует назначить лечение соответствующими антибактериальными препаратами.

Способность моксифлоксацина подавлять рост микобактерий может стать причиной взаимодействия *in vitro* моксифлоксацина с тестом на *Mycobacterium* spp., приводящего к ложноотрицательным результатам при анализе образцов пациентов, получающих моксифлоксацин.

Реакции со стороны психики могут возникнуть даже после первого назначения фторхинолонов, включая моксифлоксацин. В очень редких случаях депрессия или психотические реакции прогрессируют до возникновения суицидальных мыслей и поведения с тенденцией к самоповреждению, включая суицидальные попытки. В случае развития у пациентов таких реакций следует отменить моксифлоксацин и принять необходимые меры. Следует соблюдать осторожность при применении моксифлоксацина у пациентов с психозами и/или психиатрическими заболеваниями в анамнезе.

Из-за широкого распространения и растущей заболеваемости инфекциями, вызванными резистентной к фторхинолонам *Neisseria gonorrhoeae* при лечении

больных с воспалительными заболеваниями органов малого таза не следует проводить монотерапию моксифлоксацином, за исключением случаев, когда присутствие резистентной к фторхинолонам *N. gonorrhoeae* исключено. Если нет возможности исключить присутствие резистентной к фторхинолонам *N. gonorrhoeae*, необходимо решить вопрос о дополнении эмпирической терапии моксифлоксацином соответствующим антибиотиком, который активен в отношении *N. gonorrhoeae* (например, цефалоспорин).

На фоне терапии моксифлоксацином дисгликемия возникала преимущественно у пожилых пациентов с сахарным диабетом, получающих сопутствующую терапию пероральными гипогликемическими препаратами (например, препаратами сульфонилмочевины) или инсулином. При проведении лечения у пациентов с сахарным диабетом рекомендуется тщательный мониторинг концентрации глюкозы в крови.

Способность влиять на скорость реакции при управлении автотранспортом или работе с механизмами

Фторхинолоны, включая моксифлоксацин, могут нарушать способность пациентов управлять автомобилем и заниматься другими потенциально опасными видами деятельности, требующими повышенного внимания и быстроты психомоторных реакций, вследствие влияния на ЦНС и нарушения зрения.

Применение в период беременности или кормления грудью

Применение моксифлоксацина при беременности и в период грудного вскармливания противопоказано.

Способ применения и дозы

Взрослым по 400 мг 1 раз в сутки при любых инфекциях.

Длительность терапии

Длительность терапии определяется тяжестью инфекции и клиническим эффектом. На начальных этапах лечения может применяться р-р Авелокса для инфузий, а потом для продолжения терапии при наличии показаний препарат может быть назначен внутрь в таблетках.

Обострение хронического бронхита — 5 дней.

Негоспитальная пневмония — 10 дней.

Острый синусит — 7 дней.

Неосложненные инфекции кожи и мягких тканей — 7 дней.

Неосложненные воспалительные заболевания органов малого таза — 14 дней.

Осложненные инфекции кожи и подкожных структур — общая длительность ступенчатой терапии моксифлоксацином (в/в введение препарата с последующим пероральным приемом) составляет 7-21 день.

Осложненные интраабдоминальные инфекции — общая длительность ступенчатой терапии (в/в введение препарата с последующим пероральным приемом) составляет 5-14 дней.

По данным клинических исследований длительность терапии таблетками и р-ром для инфузий Авелокс составляла до 21 дня (при лечении осложненных инфекций кожи и подкожных структур).

У пациентов пожилого возраста и у больных с нарушением функции печени режим дозирования не изменяется.

У пациентов с нарушением функции почек (в том числе при клиренсе креатинина $30 \text{ мл/мин} \cdot 1,73 \text{ м}^2$) и у находящихся на непрерывном гемодиализе и длительном амбулаторном перитонеальном диализе в коррекции дозы нет необходимости.

Применение для лечения пациентов разных этнических групп — в изменении режима дозирования нет необходимости.

Таблетки следует принимать не разжевывая, запивая достаточным количеством воды, независимо от приема пищи.

Инфузионный р-р моксифлоксацина применяют как для антибактериальной монотерапии, так и в комбинации с другими совместимыми препаратами. Р-р моксифлоксацина сохраняет стабильность в течение 24 ч при комнатной температуре и при использовании следующих растворителей: вода для инъекций, р-ры натрия хлорида 0,9%, натрия хлорида 1М, глюкозы 5%, 10% и 40%, р-р ксилита 20%, р-ра Рингера и Рингера лактата, препараты Аминофузин 10% и Ионостерил D5. Инфузионный р-р следует вводить в/в медленно в течение 60 мин. Максимальная доза составляет 600 мг однократно или 400 мг 1 раз в сутки в течение 7-21 дня. В/в назначают Авелокс в дозе 400 мг 1 раз в сутки. Препарат можно применять в/в в течение всего курса лечения или на начальных этапах лечения с последующим переходом на прием моксифлоксацина в форме таблеток.

Дети

Применение моксифлоксацина у детей и подростков не рекомендуется, так как достоверно не установлена эффективность и безопасность применения препарата.

Передозировка

Не отмечено каких-либо побочных эффектов при применении авелокса у здоровых добровольцев в разовых дозах до 1,2 г или в дозе 600 мг/сут в течение 10 дней.

В случае передозировки проводят симптоматическую терапию, сочетая с ЭКГ-мониторингом, в соответствии с клинической ситуацией. Применение активированного угля целесообразно только при передозировке моксифлоксацина в форме таблеток, на раннем этапе это предупреждает системную экспозицию моксифлоксацина. После его в/в введения активированный уголь незначительно (на 20%) снижает системную экспозицию препарата.

Побочные реакции

Переносимость моксифлоксацина у большинства больных хорошая. во время клинических испытаний моксифлоксацина большинство побочных эффектов (90%) были легкой или средней степени тяжести. частота отмены лечения с применением инфузионного р-ра авелокс в связи с развитием побочных эффектов не превышала 3,8%.

С частотой развития $\geq 1\%$ 10%

Со стороны сердечно-сосудистой системы — удлинение интервала Q-T у больных с сопутствующей гипокалиемией.

Со стороны ЖКТ — боль в животе, тошнота, диарея, рвота, симптомы диспепсии, изменение печеночных тестов.

Со стороны ЦНС, органов чувств — головокружение, головная боль.

С частотой развития $\geq 0,1\%$ 1%

Общие реакции — астения, гипергидроз, общая слабость, боль в области грудной клетки.

Со стороны сердечно-сосудистой системы — тахикардия, повышение АД, ощущение сердцебиения, удлинение интервала Q-T.

Со стороны ЖКТ — сухость во рту, тошнота, рвота, метеоризм, запор, стоматит, отсутствие аппетита, кандидоз ротовой полости, глоссит, повышение гамма-глутамилтранспептидазы и амилазы.

Со стороны системы крови и лимфатической системы — лейкопения, снижение уровня протромбина, эозинофилия, тромбоцитопения.

Со стороны опорно-двигательной системы — артралгия, миалгия.

Со стороны нервной системы — бессонница, головокружение, нервозность, сонливость, ощущение тревоги, тремор, парестезии.

Со стороны дыхательной системы — одышка.

Со стороны кожи — высыпания, зуд, потливость.

Со стороны мочеполовой системы — вагинальный кандидоз, вагинит.

С частотой развития $\geq 0,01\% \leq 0,1\%$

Общие реакции — боль в области таза, отек лица, боль в спине, изменения лабораторных тестов, аллергические реакции, боль в ногах.

Со стороны сердечно-сосудистой системы — снижение АД, потеря сознания, периферические отеки, вазодилатация (прилив крови к лицу).

Со стороны ЖКТ — гастрит, изменение цвета языка, дисфагия, желтуха (преобладает холестатическая), диарея (вызванная *Clostridium difficile*).

Со стороны крови и лимфатической системы — снижение уровня тромбопластина, повышение уровня протромбина, тромбоцитопения, анемия.

Со стороны метаболизма — гипергликемия, гиперлипидемия, гиперурикемия, повышение ЛДГ в сочетании с нарушением печеночных тестов.

Со стороны опорно-двигательной системы — артрит, повреждение сухожилий.

Со стороны нервной системы — галлюцинации, деперсонализация, повышение мышечного тонуса, нарушение координации, агитация, амнезия, афазия, эмоциональная лабильность, нарушение сна, речи, процесса мышления, снижение тактильной чувствительности, патологические сновидения, судороги, спутанность сознания, депрессия.

Со стороны дыхательной системы — бронхоспазм.

Со стороны кожи — высыпания (макулопапулезные, пустулезные, пурпура), крапивница.

Со стороны органов чувств — шум в ушах, нарушение зрения, потеря вкусовых ощущений, паросмия (в том числе изменение ощущения запахов, снижение и потеря нюха), амблиопия.

Со стороны мочеполовой системы — нарушение функции почек (повышение уровня креатинина или мочевины).

С частотой развития 0,01%

Аллергические реакции — анафилактические реакции, анафилактический шок (в том числе угрожающий жизни), ангионевротический отек (включая отек гортани, угрожающий жизни).

Со стороны ЖКТ — псевдомембранозный колит (в единичных случаях угрожающий жизни), гепатит (преимущественно холестатический).

Со стороны опорно-двигательной системы — разрыв сухожилий.

Со стороны кожи — синдром Стивенса — Джонсона.

Со стороны нервной системы — психотические реакции.

Со стороны сердечно-сосудистой системы — желудочковая тахикардия (очень редко), фибрилляция и трепетание желудочков и остановка сердца преимущественно у людей, склонных к аритмии.

Со стороны лабораторных показателей — увеличение или уменьшение величины гематокрита и снижение или повышение содержания эритроцитов, лейкоцитоз, гипогликемия, снижение гемоглобина, повышение уровня ЩФ, АлАТ, АсАТ, билирубина, мочевой кислоты, креатинина, мочевины.

Связь изменений этих лабораторных показателей с приемом моксифлоксацина не установлена.

Срок годности

5 лет.

Условия хранения

Хранить при температуре от 15°C до 25°C в недоступном для детей месте.

Упаковка

По 5 таблеток в блистере; по 1 блистеру в упаковке.

Категория отпуска

По рецепту.

Производитель

БАЙЕР АГ, Германия.

Местонахождение производителя и его адрес места осуществления деятельности

Кайзер-Вильгельм-Алее, 51368, Леверкузен, Германия.

Джерело інструкції

Інструкцію лікарського засобу взято з офіційного джерела — [Державного реєстру лікарських засобів України](#).