«УТВЕРЖДЕНО»
Фармакологический комитет
Государственного учреждения
«Центр безопасности фармацевтической
продукции» Министерства здравоохранения
Республики Узбекистан
«26» 05 2026 г. № 9

# ИНСТРУКЦИЯ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ ЛАРФИКС®

**Торговое название препарата:** Ларфикс®
**Действующее вещество (МНН)**: лорноксикам
**Лекарственная форма**: таблетки, покрытые пленочной оболочкой
**Состав:**
Каждая таблетка, покрытая пленочной оболочкой, содержит:
*активное вещество:* лорноксикам 8 мг;
*вспомогательные вещества:* микрокристаллическая целлюлоза PH102, лактоза безводная, повидон (PVP K 30), кроскармеллоза натрия, магния стеарат, Опадрай белый 03F58750 и вода очищенная.
**Описание:** таблетки, покрытые пленочной оболочкой, продолговатые, овальной формы, от белого до желтоватого цвета, с тиснением «L8» с одной стороны и гладкие, с другой стороны.
**Фармакотерапевтическая группа:** Костно-мышечная система. Противовоспалительные и противоревматические препараты. Оксикамы. Лорноксикам.
**Код АТХ:** M01AC05

## Фармакологические свойства

***Фармакодинамика***

Лорноксикам — нестероидный противовоспалительный препарат с анальгезирующими свойствами, относится к классу оксикамов. Механизм действия лорноксикама в основном связан с ингибированием синтеза простагландинов (ингибирование фермента циклооксигеназы), что приводит к десенсибилизации периферических ноцицепторов и, как следствие, к торможению воспаления. Также было предложено центральное влияние на ноцицепцию, которое, по-видимому, не зависит от противовоспалительных эффектов.
Лорноксикам не влияет на жизненно важные показатели (например, температуру тела, частоту дыхания, частоту сердечных сокращений, артериальное давление, ЭКГ, спирометрию).
Анальгетические свойства лорноксикама были успешно продемонстрированы в нескольких клинических исследованиях во время разработки препарата.
Из-за местного раздражения желудочно-кишечного тракта и системного ульцерогенного эффекта, связанного с ингибированием синтеза простагландинов (PG), частыми нежелательными эффектами после лечения лорноксикамом являются желудочно-кишечные эффекты, как и при применении других НПВС.

***Фармакокинетика***

*Всасывание*

Лорноксикам быстро и практически полностью всасывается в ЖКТ. Максимальная концентрация в плазме $C_{max}$ достигается через 1–2 ч после приема препарата. Абсолютная биодоступность лорноксикама составляет 90–100%. Эффекта первого прохождения не отмечено. Средний период полувыведения составляет 3–4 ч. При одновременном приеме лорноксикама с пищей $C_{max}$ снижается примерно на 30% и $T_{max}$ увеличивается с 1,5 до 2,3 ч. Абсорбция лорноксикама (рассчитанная в соответствии с AUC) может снижаться до 20%.

*Распределение*

Лорноксикам обнаруживается в плазме в неизмененном виде и в виде его гидроксилированного метаболита. Связывание лорноксикама с белками плазмы составляет 99% и не зависит от концентрации.

*Метаболизм*

Лорноксикам интенсивно метаболизируется в печени, преимущественно до неактивного 5-гидроксилорноксикама путем гидроксилирования. В метаболизме лорноксикама участвует изофермент CYP2C9. Из-за генетического полиморфизма для этого фермента существуют медленные и активные метаболизаторы, что может привести к заметному повышению уровня лорноксикама в плазме у медленных метаболизаторов. Гидроксилированный метаболит не проявляет фармакологической активности. Лорноксикам полностью метаболизируется, примерно 2/3 выводится через печень и 1/3 – через почки в виде неактивного вещества.

При тестировании на животных моделях лорноксикам не индуцировал ферменты печени. По данным клинических испытаний нет никаких доказательств накопления лорноксикама после повторных приемов, если он назначался в соответствии с рекомендуемой дозировкой. Этот вывод был подтвержден данными мониторинга лекарственных средств в ходе одногодичных исследований.

*Выведение*

Средний период полувыведения исходного соединения составляет от 3 до 4 часов. После перорального применения около 50% выводится с калом и 42% — через почки, главным образом в виде 5-гидроксилорноксикама. Период полувыведения 5-гидроксилорноксикама составляет около 9 часов после парентерального введения однократной или двукратной дозы в день.

У пожилых пациентов старше 65 лет клиренс снижается на 30–40%. Помимо снижения клиренса, существенных изменений в кинетическом профиле лорноксикама у пациентов пожилого возраста не происходит.

Существенных изменений в кинетическом профиле лорноксикама у пациентов с почечной или печеночной недостаточностью не происходит, за исключением накопления у пациентов с хроническими заболеваниями печени через 7 дней лечения в суточных дозах 12 и 16 мг.

**Показания к применению**

- Кратковременное облегчение острой боли легкой или умеренной степени.
- Симптоматическое облегчение боли и воспаления при остеоартрозе.
- Симптоматическое облегчение боли и воспаления при ревматоидном артрите.

**Способ применения и дозы**

Для всех пациентов соответствующий режим дозирования должен основываться на индивидуальном клиническом ответе на лечение.

*Боль*

По 8–16 мг лорноксикама в сутки, разделенные на 2 или 3 приема. Максимальная рекомендуемая суточная доза составляет 16 мг.

*Остеоартрит и ревматоидный артрит*

Рекомендованная начальная суточная доза 12 мг лорноксикама, разделенная на 2–3 приема. Поддерживающая доза не должна превышать 16 мг/сут.

Таблетки Ларфикс® принимают перорально, запивая достаточным количеством воды.

Дополнительная информация для особых групп пациентов

*Пациенты детского возраста*

Лорноксикам не рекомендуется употреблять детям и подросткам младше 18 лет из-за недостаточности данных по безопасности и эффективности.

*Пациенты пожилого возраста*
Для пациентов старше 65 лет никаких специальных изменений дозы не требуется, кроме пациентов с нарушением функции печени или почек. Следует с осторожностью применять лорноксикам в связи с вероятностью возникновения побочных реакций со стороны ЖКТ (см. раздел «Особые указания»).
*Почечная недостаточность*
Пациентам с легкой и умеренной степенью почечной недостаточности максимальная рекомендуемая суточная доза составляет 12 мг, разделенная на 2–3 приема (см. раздел «Особые указания»).
*Печеночная недостаточность*
У пациентов с умеренной степенью печеночной недостаточности максимальная рекомендуемая суточная доза составляет 12 мг, разделенная на 2–3 приема (см. раздел «Особые указания»).
Нежелательные реакции можно минимизировать с помощью приема наименьшей эффективной дозы в течение наиболее короткого периода, необходимого для контроля симптомов (см. раздел «Особые указания»).

**Побочные действия**
Наиболее часто наблюдаемые побочные эффекты НПВС имеют желудочно-кишечный характер. Могут возникнуть пептические язвы, перфорации или желудочно-кишечные кровотечения, иногда с летальным исходом, особенно у пожилых людей. После применения НПВС сообщалось о тошноте, рвоте, диарее, метеоризме, запоре, диспепсии, боли в животе, мелене, рвоте с кровью, язвенном стоматите, обострении колита и болезни Крона. Реже наблюдался гастрит.
Можно ожидать, что примерно у 20% пациентов, получавших лорноксикам, могут возникнуть побочные реакции. Наиболее частые побочные эффекты лорноксикама включают тошноту, диспепсию, расстройство желудка, боль в животе, рвоту и диарею. В доступных исследованиях эти симптомы обычно наблюдались менее чем у 10% пациентов. Сообщалось о случаях отеков, гипертензии и сердечной недостаточности в связи с приёмом НПВС.
Ниже перечислены нежелательные эффекты, которые обычно наблюдались у более чем 0,05% из 6417 пациентов, проходивших лечение в клинических исследованиях II, III и IV фазы.
Клинические исследования и эпидемиологические данные позволяют предположить, что применение некоторых НПВС (особенно в высоких дозах и при длительном лечении) может быть связано с повышенным риском артериальных тромботических событий (например, инфаркта миокарда или инсульта).
Очень часто (≥1/10); Часто (от ≥1/100 до <1/10); Нечасто (от ≥1/1000 до <1/100); редко (от ≥1/10 000 до <1/1 000); Очень редко (<1/10 000), неизвестно (невозможно оценить на основании имеющихся данных).
*Инфекции и инвазии*
Редко: Фарингит.
*Нарушения со стороны крови и лимфатической системы*
Редко: Анемия, тромбоцитопения, лейкопения, увеличение времени кровотечения.
Очень редко: Экхимозы.
*Нарушения со стороны иммунной системы*
Редко: Гиперчувствительность.
*Нарушения метаболизма и питания*
Нечасто: Анорексия, изменение веса.
*Психические расстройства*
Нечасто: Бессонница, депрессия.
Редко: Спутанность сознания, нервозность, возбуждение.

*Нарушения со стороны нервной системы*
Часто: Легкая и преходящая головная боль, головокружение.
Редко: Сонливость, парестезии (дисгевзия), тремор, мигрень.
*Нарушения со стороны органа зрения*
Нечасто: Конъюнктивит.
Редко: Нарушения зрения.
*Нарушения со стороны органа слуха и лабиринта*
Нечасто: Головокружение, шум в ушах.
*Нарушения со стороны сердца*
Нечасто: Сердцебиение, тахикардия, отёки, сердечная недостаточность.
*Нарушения со стороны сосудов*
Нечасто: Покраснение кожи, отёк.
Редко: Гипертония, приливы жара, кровотечение, гематома.
*Нарушения со стороны дыхательной системы, органов грудной клетки и средостения*
Нечасто: Ринит.
Редко: Одышка, кашель, бронхоспазм.
*Желудочно-кишечные нарушения*
Часто: тошнота, боль в животе, диспепсия, диарея, рвота.
Нечасто: Запор, метеоризм, отрыжка, сухость во рту, гастрит, язва желудка, боли в верхних отделах живота, язва двенадцатиперстной кишки, изъязвления во рту.
Редко: Мелена, рвота с кровью, стоматит, эзофагит, гастроэзофагеальный рефлюкс, дисфагия, афтозный стоматит, глоссит, перфоративная пептическая язва.
*Нарушения со стороны печени и желчевыводящих путей*
Нечасто: Повышение показателей функции печени, SGPT (АЛТ) или SGOT (AST).
Редко: Нарушение функции печени.
Очень редко: Гепатоцеллюлярное поражение.
*Нарушения со стороны кожи и подкожной клетчатки*
Нечасто: Сыпь, зуд, гипергидроз, эритематозная сыпь, крапивница и алопеция.
Редко: Пурпурный дерматит.
Очень редко: Отёки и буллезные реакции, синдром Стивенса-Джонсона, токсический эпидермальный некролиз.
*Нарушения со стороны мышечной, скелетной и соединительной ткани*
Нечасто: Артралгия.
Редко: Боль в костях, мышечные спазмы, миалгия.
*Нарушения со стороны почек и мочевыводящих путей*
Редко: Никтурия, нарушения мочеиспускания, повышение уровня азота мочевины крови и креатинина.
*Общие расстройства и реакции в месте введения*
Нечасто: Недомогание, отёк лица.
Редко: Астения.

**Противопоказания**
- Гиперчувствительность к действующему веществу или к любому из вспомогательных веществ в составе.
- Тромбоцитопения.
- Гиперчувствительность (такие симптомы, как астма, ринит, ангионевротический отек или крапивница) к другим НПВС, включая ацетилсалициловую кислоту.
- Тяжелая сердечная недостаточность.
- Желудочно-кишечные кровотечения, цереброваскулярные кровотечения или другие нарушения свертываемости крови.
- Желудочно-кишечное кровотечение или перфорация в анамнезе, связанные с предыдущей терапией НПВС.

- Активная язва или кровотечение в анамнезе (два или более отдельных эпизода доказанного изъязвления или кровотечения).
- Тяжелая печеночная недостаточность.
- Тяжелая почечная недостаточность (креатинин сыворотки > 700 мкмоль/л).
- Третий триместр беременности (см. раздел «Применение при беременности и в период лактации»).
- Возраст до 18 лет.

**Лекарственные взаимодействия**

Одновременное применение лорноксикама со следующими лекарственными средствами

*Циметидин*: повышение концентрации лорноксикама в плазме. (Взаимодействие между лорноксикамом и ранитидином или лорноксикамом и антацидами не выявлено).

*Антикоагулянты*: НПВС могут усиливать действие антикоагулянтов, таких как варфарин (см. раздел «Противопоказания»). Следует проводить тщательный мониторинг МНО.

*Фенпрокумон*: снижение эффекта лечения фенпрокумоном.

*Гепарин*: НПВС повышают риск спинальной или эпидуральной гематомы при одновременном применении с гепарином в контексте спинальной или эпидуральной анестезии (см. раздел «Противопоказания»).

*Ингибиторы АПФ*. антигипертензивный эффект ингибитора АПФ может снижаться.

*Диуретики*: снижение диуретического и антигипертензивного эффекта петлевых и тиазидных диуретиков.

*Бета-адреноблокаторы*: снижение антигипертензивной эффективности.

*Дигоксин*: снижение почечного клиренса дигоксина.

*Кортикостероиды*: повышение риска желудочно-кишечных язв или кровотечений (см. раздел «Особые указания»).

*Хинолоновые антибиотики*: повышенный риск судорог.

*Антиагреганты*: повышенный риск желудочно-кишечных кровотечений (см. раздел «Особые указания»).

*Другие НПВС*: повышение риска желудочно-кишечного кровотечения.

*Метотрексат*: повышение концентрации метотрексата в сыворотке крови. Это может привести к повышению токсичности. При необходимости применения сопутствующей терапии следует проводить тщательный мониторинг.

*Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС)*: повышенный риск желудочно-кишечного кровотечения (см. раздел «Особые указания»).

*Литий*: НПВС ингибируют почечный клиренс лития, поэтому концентрация лития в сыворотке может превышать пределы токсичности. Поэтому уровень лития в сыворотке крови требует мониторинга, особенно в начале, корректировке и отмене лечения.

*Циклоспорин*: повышение концентрации циклоспорина в сыворотке крови. Нефротоксичность циклоспорина может усиливаться за счет эффектов, опосредованных почечными простагландинами. Во время комбинированного лечения следует контролировать функцию почек.

*Производные сульфонилмочевины*: повышенный риск гипогликемии.

*Известные индукторы и ингибиторы изоферментов CYP2C9:* лорноксикам (как и другие НПВС в зависимости от цитохрома $P_{450}$ 2C9 (изофермент CYP2C9)) взаимодействует с известными индукторами и ингибиторами изоферментов CYP2C9 (см. раздел «Фармакокинетика»).

*Такролимус*: повышает риск нефротоксичности из-за снижения синтеза простациклина в почках. Во время комбинированного лечения следует контролировать функцию почек.

Пища может снизить абсорбцию примерно на 20% и увеличить $T_{max}$.

**Особые указания**

При следующих заболеваниях лорноксикам следует назначать только после тщательной оценки соотношения риска и пользы:

• Почечная недостаточность: Лорноксикам следует назначать с осторожностью пациентам с легкой (сывороточный креатинин 150–300 мкмоль/л) и умеренной (сывороточный креатинин 300–700 мкмоль/л) почечной недостаточностью из-за зависимости от почечных простагландинов для поддержания почечного кровотока. Лечение лорноксикамом следует прекратить, если во время лечения ухудшается функция почек.

• Функции почек следует контролировать у пациентов, перенесших обширное хирургическое вмешательство, с сердечной недостаточностью, получающих лечение диуретиками, получающих сопутствующее лечение препаратами, которые предположительно или способны вызывать повреждение почек.

• Пациенты с нарушениями свертываемости крови: рекомендуется тщательный клинический мониторинг и лабораторная оценка (например, АРТТ Активированное частичное тромбопластиновое время).

• Печеночная недостаточность (например, цирроз печени). У пациентов с печеночной недостаточностью следует рассмотреть необходимость регулярного клинического наблюдения и лабораторных исследований, поскольку после лечения суточными дозами 12–16 мг может наблюдаться кумуляция лорноксикама (увеличение AUC). Кроме того, печеночная недостаточность, по-видимому, не влияет на фармакокинетические параметры лорноксикама по сравнению со здоровыми добровольцами.

• Длительное лечение (более 3 месяцев): рекомендуются регулярные лабораторные исследования крови (гемоглобин), функции почек (креатинин) и ферментов печени.

• Пожилые пациенты старше 65 лет: рекомендуется контролировать функцию почек и печени. Рекомендуется соблюдать осторожность у пожилых послеоперационных пациентов.

Следует избегать одновременного применения лорноксикама с НПВС, включая селективные ингибиторы циклооксигеназы SOG -2.

Нежелательные эффекты можно свести к минимуму, используя наименьшую эффективную дозу в течение самого короткого периода времени, необходимого для контроля симптомов (см. раздел «Способ применения и дозы», а так же разделы «желудочно-кишечные и кардиоваскулярные риски» ниже).

Желудочно-кишечное кровотечение, изъязвление и перфорация: желудочно-кишечное кровотечение, изъязвление или перфорация, которые могут привести к летальному исходу, были зарегистрированы при применении всех НПВС в любой момент во время лечения, независимо от наличия предупреждающих симптомов или предшествующих серьезных желудочно-кишечных явлений в анамнезе.

Риск желудочно-кишечного кровотечения, изъязвления или перфорации повышается при увеличении дозы НПВС, у пациентов с язвой в анамнезе, особенно если она осложнена кровотечением или перфорацией, а также у пожилых людей. Этим пациентам следует начинать лечение с минимальной доступной дозы. Для этих пациентов, а также для пациентов, которым требуется сопутствующий прием низких доз ацетилсалициловой кислоты или других активных веществ, которые могут увеличить риск со стороны желудочно-кишечного тракта, следует рассмотреть возможность комбинированной терапии с защитными средствами (например, мизопростолом или ингибиторами протонной помпы). Рекомендуется клинический мониторинг через регулярные промежутки времени.

Пациенты с желудочно-кишечными событиями в анамнезе, особенно пожилого возраста, должны сообщать о любых необычных абдоминальных симптомах (особенно желудочно-кишечных кровотечениях), особенно на начальных этапах лечения.

Следует соблюдать осторожность пациентам, одновременно принимающим лекарственные средства, которые могут увеличить риск образования язв или кровотечений, например пероральные кортикостероиды, антикоагулянты, такие как варфарин, селективные ингибиторы обратного захвата серотонина или антиагреганты, такие как ацетилсалициловая кислота (см. раздел «Лекарственные взаимодействия»).
При возникновении желудочно-кишечного кровотечения или изъязвления у пациентов, получающих лорноксикам, лечение следует прекратить.
НПВС следует назначать с осторожностью пациентам с желудочно-кишечными заболеваниями в анамнезе (язвенный колит, болезнь Крона), поскольку их состояние может усугубиться (см. раздел «Побочные действия»).
У пожилых людей наблюдается повышенная частота побочных реакций на НПВС, особенно желудочно-кишечных кровотечений и перфораций, которые могут привести к летальному исходу (см. раздел «Противопоказания»).
Требуется осторожность у пациентов с гипертонией и/или сердечной недостаточностью в анамнезе, поскольку сообщалось о задержке жидкости и отеках, связанных с терапией НПВС.
Соответствующий мониторинг и рекомендации необходимы для пациентов с артериальной гипертензией и/или застойной сердечной недостаточностью легкой и средней степени тяжести, поскольку сообщалось о задержке жидкости и отеках связанных с терапией НПВС.
Клинические исследования и эпидемиологические данные позволяют предположить, что применение некоторых НПВС (особенно в высоких дозах и при длительном лечении) может быть связано с небольшим увеличением риска артериальных тромботических событий (например, инфаркта миокарда или инсульта). Данных недостаточно, чтобы исключить такой риск для лорноксикама.
Пациентам с неконтролируемой артериальной гипертензией, застойной сердечной недостаточностью, установленной ишемической болезнью сердца, заболеванием периферических артерий и/или цереброваскулярным заболеванием следует назначать лорноксикам только после тщательной оценки. Аналогичные меры следует принять перед началом длительного лечения пациентов с факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний (например, гипертонией, гиперлипидемией, сахарным диабетом, курением).
Сопутствующее лечение НПВС и гепарином в контексте спинальной или эпидуральной анестезии увеличивает риск спинальной/эпидуральной гематомы (см. раздел «Лекарственные взаимодействия»).
В связи с применением НПВС очень редко сообщалось о серьёзных кожных реакциях, некоторые из которых были фатальными, включая эксфолиативный дерматит, синдром Стивенса-Джонсона и токсический эпидермальный некролиз. Пациенты подвергаются наибольшему риску возникновения этих реакций на ранних стадиях лечения, причем в большинстве случаев реакции возникают в течение первого месяца лечения. Приём лорноксикама следует прекратить при первом появлении кожной сыпи, поражения слизистых оболочек или других признаков гиперчувствительности.
Лорноксикам снижает агрегацию тромбоцитов и удлиняет время кровотечения, поэтому следует соблюдать осторожность при назначении его пациентам с повышенной склонностью к кровотечениям.
Сопутствующее лечение НПВС и такролимусом может повысить риск нефротоксичности из-за снижения синтеза простациклина в почках. Поэтому у пациентов, получающих комбинированную терапию, необходимо тщательно контролировать функцию почек.
Как и в случае с большинством НПВС, сообщалось о периодическом повышении уровня трансаминаз в сыворотке, повышении билирубина в сыворотке или других показателей функции печени, а также повышении уровня креатинина в сыворотке и азота мочевины

в крови, а также о других отклонениях лабораторных показателей. Если любое такое отклонение окажется значительным или длительным, приём лорноксикама следует прекратить и назначить соответствующие исследования.
Пациентам с редкими наследственными проблемами непереносимости галактозы, дефицитом лактазы Лаппа или нарушением всасывания глюкозы-галактозы не следует принимать это лекарство.
Применение лорноксикама, как и любого другого препарата, ингибирующего синтез циклооксигеназы/простагландина, может ухудшить фертильность и не рекомендуется женщинам, пытающимся забеременеть. У женщин, испытывающих трудности с зачатием или проходящих обследование по поводу бесплодия, следует рассмотреть возможность отмены лорноксикама.

***Применение при беременности и в период лактации***

*Беременность*

Лорноксикам противопоказан в третьем триместре беременности и не должен применяться во время беременности в первом и втором триместрах, а также во время родов, поскольку клинические данные о возможной беременности отсутствуют.
Адекватных данных о применении лорноксикама у беременных нет. Исследования на животных показали репродуктивную токсичность.
Подавление синтеза простагландинов может отрицательно повлиять на беременность и/или развитие эмбриона/плода. Данные эпидемиологических исследований свидетельствуют о повышенном риске выкидыша и пороков развития сердца после применения ингибиторов синтеза простагландинов на ранних сроках беременности. Считается, что риск увеличивается с увеличением дозы и продолжительности терапии. Было показано, что у животных введение ингибитора синтеза простагландинов приводит к увеличению потерь до и после имплантации и эмбрио-фетальной смертности. В первом и втором триместре беременности ингибиторы синтеза простагландинов не следует назначать без крайней необходимости.
Ингибиторы синтеза простагландинов, вводимые в третьем триместре беременности, могут подвергнуть плод сердечно-легочной токсичности (преждевременное закрытие артериального протока и легочная гипертензия) и почечной дисфункции, что может привести к почечной недостаточности и, следовательно, к уменьшению количества околоплодных вод. В конце беременности ингибиторы синтеза простагландинов могут подвергать мать и плод увеличению времени кровотечения и торможению сокращений матки, что может вызвать задержку или продление родов. Поэтому применение лорноксикама противопоказано в третьем триместре беременности (см. раздел «Противопоказания»).

*Лактация*

Данных о выделении лорноксикама с грудным молоком у человека нет. Лорноксикам выделяется с молоком лактирующих крыс в относительно высоких концентрациях. Поэтому лорноксикам не следует применять кормящим женщинам.

***Влияние на способность управлять автотранспортом и другими механизмами***

Пациентам, у которых на фоне лечения лорноксикамом наблюдается головокружение и/или сонливость, следует воздерживаться от управления транспортными средствами или работы с механизмами.

**Передозировка**

В настоящее время нет опыта передозировки, который позволил бы определить последствия передозировки или предложить конкретные методы лечения. Однако можно ожидать, что после передозировки лорноксикамом могут наблюдаться следующие симптомы: тошнота, рвота, общемозговые симптомы (головокружение, нарушения зрения). Тяжелыми симптомами являются атаксия, переходящая в кому и судороги, поражение печени и почек и, возможно, нарушения свертываемости крови.

В случае реальной или предполагаемой передозировки препарат следует отменить. Благодаря короткому периоду полувыведения лорноксикам быстро выводится из организма. Лорноксикам не подлежит диализу. Специфический антидот на сегодняшний день неизвестен. Следует рассмотреть возможность принятия обычных мер неотложной помощи, включая промывание желудка. Исходя из принципов, только применение активированного угля сразу после приема лорноксикама может привести к снижению всасывания препарата. Желудочно-кишечные нарушения можно лечить, например, аналогом простагландина или ранитидином.

**Форма выпуска**
По 10 таблеток в непрозрачном блистере из ПВХ-ПВДХ. По 3 блистера в картонной упаковке вместе с инструкцией по медицинскому применению.

**Условия хранения**
Хранить в сухом, защищенном от света месте при температуре не выше 25°С.
Хранить в недоступном для детей месте.

**Срок годности**
3 года.
Не применять после истечения срока годности.

**Условия отпуска из аптек**
По рецепту

**Производитель**
Kusum Healthcare Pvt. Ltd.

**Адрес производства**
Plot No. M-3, Indore Special Economic Zone,
Phase-II, Pithampur, Dist.-Dhar, Madhya Pradesh-454774, Индия

**Наименование и адрес организации, принимающей претензии (предложения) по качеству лекарственных средств на территории Республики Узбекистан**
ИП ООО «BARAKA DORI FARM»
100022, г. Ташкент, Яккасарайский район, ул. Кичик Халка Йули, д. 91.
Тел.: +998 (78) 150 97 97; Факс: +998 (78) 150 97 87
Сот.: +998 (93) 388 87 82;
E-mail: pv@kusum.uz
Web-сайт: kusum.uz