



## ТИББИЁТДА ҚЎЛЛАНИЛИШИГА ДОИР ЙЎРИҚНОМА КЕНАЛОГ® 40

**Препаратнинг савдо номи:** Кеналог® 40

**Таъсир этувчи модда (ХПН):** триамцинолон

**Дори шакли:** инъекция учун суспензия

**Таркиби:**

1 мл суспензия куйидагиларни сақлайди:

*фаол модда:* 40 мг триамцинолон ацетониди;

*ёрдамчи моддалар:* натрий кармеллозаси, натрий хлориди, бензил спирти, полисорбат 80, инъекция учун сув.

**Таърифи:** оқ рангли, кучсиз бензил спирти хидли, деярли жисм ва тўпламларсиз.

**Фармакотерапевтик гуруҳи:** глюкокортикоидлар, тизимли қўллаш учун кортикоидлар.

**АТХ коди:** H02AB08.

### **Фармакологик хусусиятлари**

#### **Фармакодинамикаси**

Триамцинолоннинг асосий самараси унинг глюкокортикоидли таъсири ва яллиғланиш реакцияларини бостириши билан боғлиқ. Кортикостероидлар яллиғланиш жараёнининг бошланғич белгиларини (қизариш, оғриқ, маҳаллий гипертермия, шиш) ҳамда унинг кейинчалик асоратларини, шу жумладан фибробластларни пролиферациясини ва коллаген тўпланишини олдини олади ёки бостиради.

#### **Фармакокинетикаси**

Бўғимлар ичига ва мушаклар ичига юборилганда концентрация эгри чизиғи остидаги майдонларни (AUC) таққослаш, иккала шаклда ҳам тўлиқ сўрилиш қайд этилишини кўрсатади.

Преднизолон каби триамцинолон ҳам асосан жигарда метаболизмга учрайди. Препаратнинг 15% дан камроғи ўзгармаган кўринишда сийдик билан чиқарилади. Триамцинолоннинг учта метаболити аниқланган; препарат юборилишининг уч хил йўлида ҳам метаболит профили ўхшаш. Триамцинолон ацетонидининг метаболитларига 6-бета-гидрокситриамцинолон ацетониди, 21-карбокси-6-бета-гидрокситриамцинолон ацетониди ва 21-карбокситриамцинолон ацетониди киради.

Кортикостероидларнинг маҳаллий қўлланилишидаги клиник тадқиқотлар кўкрак сутида аниқланадиган микдорларни пайдо бўлишига олиб келувчи аҳамиятли тизимли сўрилишини аниқламади. Тизимли буюриладиган кортикостероидлар кўкрак сутига шундай микдорда ажратиладики, эмизикли болаларда ножўя самараларнинг пайдо бўлиши эҳтимоли кам.

### **Қўлланилиши**

Кеналог® 40 — узоқ муддатли таъсирга эга, тизимли ва маҳаллий қўллаш учун триамцинолон ацетонидининг сувли суспензияси. Бу синтетик кортикостероид, у яллиғланишга қарши, иммуносупрессив, кичишишга қарши ва аллергияга қарши таъсир кўрсатади. Препарат артериал гипертензияга олиб келмайди. Унинг гипофизга бўлган бостирувчи таъсири шу дозалардаги бошқа кортикостероидларга нисбатан бироз кучсизроқ.

Триамцинолон ацетониди куйидаги касалликларни даволашда тавсия этилган:

- *Аллергик ҳолатлар*, жумладан мавсумий ва йил давомидаги аллергия ринит,
- астма, атопик ва контакт дерматит, дорили реакциялар, зардоб касаллиги ва

ҳикилдоқнинг ўткир инфекцион шиши. Анафилактик реакцияларда кортикостероидлар ўткир фазани даволашда буюрилмайди, бироқ уларни реакциянинг кечки босқичини бартараф этишда қўллаш мумкин.

- *Ревматоид касалликлар*

Кортикостероидлар асосан, ревматизмга қарши секин таъсир этувчи препаратлардан ижобий натижани кутаётган оғир ревматоид артрити бўлган беморларда қўлланилади. Улар ўткир подагра, ўткир носпецифик анкилозирайдиган спондилоартрит, бурсит, эпикондилит, посттравматик остеоартрит, псориастик артрит ва остеоартритдаги синовитни қисқа муддатли даволашда қўлланилади.

- *Дерматологик касалликлар*

Кортикостероидлар буллезли герпетишакли дерматит, эксфолиатив дерматит, оғир мультишакли эритема, оғир псориаз, оғир себореяли дерматит, экзема, атопик дерматит, дискоидли югурик, контактли дерматит, ўчоқли алопеция, пемфигус ва турли ўткир ва сурункали дерматозларда тавсия этилади.

- *Офтальмологик касалликлар*

Кортикостероидлар оғир ўткир ва сурункали аллергик ва яллиғланиш ҳолатлар, жумладан алергик конъюнктивит, мугуз парда четларининг аллергик яралари, кўзларнинг олд камерасини яллиғланиши, хориоретинит, диффузли орқа увеит и хореит, кўзларнинг герпетик шикастланиши, ирит ва иридоциклит, кератит, кўз нервининг неврити ва симпатик офтальмияда тавсия этилган.

- *Эндокрин касалликлари*

Кортикостероидлар буйрак усти безларининг бирламчи ва иккиламчи этишмовчилиги, конгенитал гиперплазия, саратон касаллиги билан боғлиқ бўлган гиперкальциемия, йирингсиз тиреоидит ва Аддисон касаллигини даволашда тавсия этилади.

- *Меъда-ичак касалликлари*

Кортикостероидлардан регионар энтерит (Крон касаллиги) ва ярали колит кучайишини даволашда фойдаланилади.

- *Респиратор касалликлар*

Кортикостероидлар аспирацион пневмония, бериллиоз, Леффлер синдроми, саркоидоз ва диссеминирланган туберкулезни даволашда қўлланилади.

- *Бошқа касалликлар*

Туберкулезли менингит, паришонхотир склероз (кортикостероидлар паришонхотир склерозни кучайишини даволашда қўлланилади; улар касалликнинг кучайиш давомийлигини камайтиради, аммо унинг ривожланишига таъсир кўрсатмайди) да қўлланилади.

### **Қўллаш усули ва дозалари**

Триамцинолонни дозалаш схемаси ўзгарувчан ва касалликка ва ўтказиладиган даволашга нисбатан пациентнинг жавобига қараб индивидуал тарзда танланиши керак. Бир вақтнинг ўзида даволашни назорат қилиб, кортикостероидларнинг минимал дозасини буюриш лозим. Дозани тушириш заруратида, у аста-секинлик билан туширилади.

Доза бўғиннинг ўлчамига, касалликнинг ҳолатига ва пациентнинг жавобига қараб белгиланиши керак.

Даволовчи самараси, одатда, икки-уч ҳафтадан кейин кузатилади. Бироқ, исталган ижобий самарани намоён бўлиши учун 6 ҳафтадан ортиқ вақт талаб қилиниши мумкин.

### **Кеналог® 40 вена ичига ёки тери остига буюрилмаслиги керак!**

#### *Мушак ичига юбориш*

Кеналог® 40 мушак ичига 40 – 80 мг дозада буюрилади.

Катталар ва 12 ёшдан катта болалар учун тавсия этиладиган бошланғич дозаси: 40 мг.

Зарурат бўлганида бир марталик доза 100-120 мг гача оширилиши мумкин.

6-12 ёш болалар учун тавсия этиладиган бошланғич дозаси: 1 кундан 7 кунгача оралиқлар

билан 0,03-0,2 мг/кг мушак ичига.

Кеналог®40 ни мушак ичига юборилиши кўп ҳолларда бошланғич перорал дозани ўрнини босиши мумкин.

Касалликни 4-7 кундан 3-4 ҳафтагача назорат қилиш учун битта парентерал дозанинг ўзи етарли. 40-60 мг ни ташкил этувчи бир марталик дозани қўллаш ўсимликларнинг чанглари туфайли пайдо бўладиган мавсумий безгак ёки астмада, бутун мавсум давомида, симптомларнинг ремиссиясига олиб келиши мумкин.

Кўрсатилган киритиш йўли, масалан астмада, ижобий натижаларга олиб келади, бироқ, кортикостероидлардан мунтазам фойдаланишда намоён бўладиган ножўя самаралар билан боғлиқ бўлиши мумкин.

#### *Бўгин ичига юбориши*

Ҳозирги вақтда ревматоидли артритни тизимли даволашда триамцинолон камдан-кам ишлатилади; ревматик, подагрик, псориадик артритда ва остеоартритда у оғриқ ва яллиғланишни енгиллаштириш мақсадида бўгиннинг ичига юборилиши мумкин. Симптомларнинг яхшиланишига эришилганда пациентлар уларга ортиқча юклама туширмасликлари борасида огоҳлантиришлари керак. Узоқ вақт мобайнида такрорланадиган бўгин ичи инъекциялар бўгиннинг оғир деструкцияси ва суяк некрозининг сабаби бўлиб қолиши мумкин.

Катталар учун бўгин ичига юбориладиган триамцинолон ацетонидининг одатдаги дозаси: 5 - 10 мг кичик бўгинлар ва 20 - 60 мг йирик бўгинлар учун. Бир нечта бўгинларга юбориладиган умумий дозаси 80 мг дан ошмаслиги керак.

12 ёшдан 18 ёшгача бўлган болалар учун тавсия этиладиган бошланғич дозаси: 2,5 – 40 мг. Пациентнинг жавобини ҳисобга олиб кейинги дозалар оширилиши мумкин.

Бурсит ёки тендосиновитни енгиллаштириш учун триамцинолон маҳаллий равишда юборилиши мумкин. Препарат пай ва пайли мойлиқ орасига юборилганида эҳтиётқорликка риоя қилиш зарур; препаратни бевосита пайларга юборилиши уларнинг ёрилишига олиб келиши мумкин. Дозаси синовиал бўшлиқнинг ўлчами ва яллиғланиш даражасига боғлиқ.

#### *Шикастланиш соҳасига юборилиши*

Одатда, шикастланган соҳаларнинг майдонларига тенг дозаларга бўлинган 5-10 мг триамцинолон ацетониди юборилади.

12 ёшдан 18 ёшгача бўлган болалар учун тавсия этиладиган бошланғич дозаси: 2,5 – 40 мг. Пациентнинг жавобини ҳисобга олиб кейинги дозалар оширилиши мумкин.

Катта майдонларда инъекцион соҳага бир нечта кичик инъекциялар юборилади. Одатда, ҳар 2-3 ҳафтада 2-3 инъекциянинг ўзи етарли. Кўрсатилган юбориш усули катта майдондаги шикастланган соҳалар бўлганида, масалан псориаз ёки ўчоқли алопецияда қўлланилади.

#### *Болалар*

Қатъий кўрсатмаларсиз триамцинолон ацетонидини 6 ёшдан кичик болаларда мушак ичига ва 12 ёшдан кичик болаларда бўгин ичига қўллаш мумкин эмас. Даволаш даврида бундай пациентларнинг ўсиши ва ривожланишини назорат қилиш зарур.

*Буйраклар функциясининг бузилишларида* дозага тузатиш киритиш талаб қилинмайди.

*Жигар функциясининг оғир бузилишларида* даволашни яримта дозадан бошлаш лозим, чунки пациентларнинг мазкур тоифасида кортикостероидларнинг самараси чақирилган бўлиши мумкин.

Триамцинолон ацетонидини маҳаллий анестетиклар билан қўшиш ёки аралаштириш мумкин. Кортикостероидлар препаратлари шикастланиш ўчоғига юборилишида инъекциялар учун сув (стерил) ёки инъекциялар учун 0,9% ли натрий хлориди эритмаси билан аралаштирилиши мумкин. Аралаштирилган суспензия 7 кун мобайнида қўллаш учун яроқли.

## **Ножўя таъсирлари**

Одатда, ножўя самаралар препаратни бекор қилиш йўли билан бартараф этилиши мумкин. Гумон қилинувчи ножўя самараларнинг ривожланиш тез-тезлиги, жумладан гипоталамо-гипофизар-буйрак усти бези тизимининг бостирилиши, дори воситасининг дозасига, унинг қўллаш усулига ва даволашнинг давомийлигига боғлиқ. Бўгин ичига юборилганидан кейин триамцинолоннинг сўрилиши камдан-кам кузатилишига қарамай, эҳтимолли ножўя самараларни назорат қилиш учун пациентлар тиббий кузатув остида бўлишлари керак.

*Яллигланишига қарши ва иммуносупрессив таъсири:* клиник симптомларнинг супрессияси ва намоёишлари билан инфекциялар сезгирлигини ва оғирлик даражасини ошиши, оппортунистик инфекциялар, туберкулезнинг зўрайиши.

*Сув-электролит мувозанати:* организмда натрий ва суюқликни тутилиши, мойллиги бўлган пациентларда турғун юрак етишмовчилиги, гипокалиемия натижасида аритмия ёки ЭКГ даги ўзгаришлар, организмдан кальций чиқарилишини кучайиши, гипертензия.

*Таянч-ҳаракат апарати томонидан:* мушакнинг ҳолсизланиши, чарчоқлик, "стероидли" миопатия, мушак массасини пасайиши (атрофия), остеопороз, умуртқанинг компрессион синиши, синишда суяклар битишининг секинлашиши, тос суяги бошчаси ёки елка суягининг асептик некрози, найчали суякларнинг патологик (спонтан) синишлари, пайларнинг ёрилиши.

*Юқори сезувчанлик реакциялари:* анафилактоид реакция, анафилактик реакция, жумладан анафилактик шок, ангионевротик шиш, тошма, қичишиш ва эшакеми, айниқса анамнезда дорили реакция мавжуд бўлганида.

*Тери қатламлари томонидан:* яраларнинг секин битиши, терининг юпқалашиши, петехиялар, экхимозлар, кучли терлаш, пурпура, стриялар, гирсутизм, ҳуснбузарсимон тошма, қизил югуриқка ўхшаш шикастланишлар, тери пробаларини ўтказишда реакцияни бостирилиши.

*Меъда-ичак йўли томонидан:* диспепсия, ўн икки бармоқли ичак ва меъда яраси, панкреатит, қориндаги дам, ярали эзофагит, кандидоз.

*Нерв тизими томонидан:* эйфория, психик қарамлик синдроми, депрессия, уйқусизлик, тиришишлар, кўриш нерви дискини шишиши билан бош чаноғи ости босимнинг ошиши (кичик миянинг псевдоўсимтаси), вертиго, бош оғриғи, неврит ёки парестезия, аввал мавжуд бўлган психик бузилишлар ва эпилепсия симптомларининг кучайиши. Психик реакциялар: аффектив бузилишлар (серзардалик, эйфория, депрессия, лабиллик, суицидал фикрлар), психотик реакциялар (маниялар, галлюцинациялар, шизофрения симптомларини кучайиши), феъл-атфор бузилишлари, хавотир, уйқунинг бузилиши, когнитив дисфункция, жумладан онгнинг чалкашлиги ва амнезия. Кўрсатилган ҳодисалар ҳам катталарда, ҳам болаларда кузатилиши мумкин. Катта пациентларда жиддий ножўя реакцияларнинг тез-тезлиги 5-6% ни ташкил қилади.

*Эндокрин тизими томонидан:* менструал циклнинг бузилишлари ёки аменорея, постменопауза даврида аёлларда вагинал қон кетишлар, Кушинг синдроми, болалар ва ўсмирларда ўсишнинг кечикиши, стрессларда иккиламчи буйрак усти безлари ва гипофизар етишмовчилиги (жароҳатлар, жарроҳликлар, касалликлар), углеводларга нисбатан толерантликни пасайиши, латентли қандли диабетнинг манифестацияси, диабетда инсулинга ёки перорал гипогликемик воситаларга бўлган эҳтиёжни ошиши, тана вазнини ошиши, гипокальциемия, гипопропротеинемия, иштаҳанинг ошиши.

*Ҳис этиш ва кўриш органлари томонидан:* ортки субкапсуляр катаракта, кўз ичи босимини ошиши, глаукома, экзофтальм, кўриш нерви дискини шишиши, мугуз парда ёки склерани юпқалашиши, кўзларнинг иккиламчи вирусли ёки замбуруғли инфекцияларини ривожланишига мойиллик, кўриш идрокини хиралашиши.

*Бошқалар:* некротизирлайдиган васкулит, тромбофлебит, тромбоемболия, лейкоцитоз, уйқусизлик, ҳушдан кетиш.

*Препарат бекор қилинганидан кейин симптомлар ва намоёишлар:* безгакли ҳолат,

миалгия, артралгия, ринит, конъюнктивит, теридаги оғриқли қичишишли тугунлар, тана вазнини йўқотиш. Препарат узоқ муддат қўлланилгандан кейин дозасини ўта кескин камайтириш бўйрақ усти безларининг етишмовчилигига, гипотония ва ўлимга олиб келиши мумкин.

#### Бўғим ичига юбориш

Бўғинлар ичига юборилгандан кейин ножўя реакциялар кам ҳолларда учрайди. Алоҳида ҳолатларда ўтиб кетувчи гиперемия ва бош айланиши кузатилган. Маҳаллий симптомлар пайдо бўлиши мумкин: инъекциядан кейин яллиғланиш гиперемияси, ўтиб кетувчи оғриқ, кўзғалиш, стерил абсцесс, гипер- ёки гипопигментация, Шарко артропатияси, бўғимлардаги ноқулайлик ҳисси. Бир неча ҳафта ёки ойлар мобайнида ўтиб кетадиган ёғ клетчаткасининг (агар инъекция бўғин тешигига қилинмаган бўлса) вақтинчалик локал артрофияси бўлиши мумкин.

#### Мушак ичига юбориш

Мушак ичига юборилгандан кейин кучли оғриқ пайдо бўлган ҳолатлар маълум; стерил абсцесслар, тери ва тери ости клетчаткасининг артрофияси, гиперпигментация, гипопигментация, Шарко артропатияси қайд этилган.

### **Қўллаш мумкин бўлмаган ҳолатлар**

Триамцинолонга ёки препаратнинг бошқа ҳар қандай компонентига нисбатан ўта юқори сезувчанлик.

Тизимли замбуруғли инфекцияларда кортикостероидларни қўллаш мумкин эмас.

Мушак ичига юбориш учун кортикостероидларни идиопатик тромбоцитопеник пурпурада қўллаш мумкин эмас.

Триамцинолон ацетонидини кўз ичига юбориш мумкин эмас.

Қуйида кўрсатилган қўллаш мумкин бўлмаган ҳолатлар нисбий, даволашнинг режалаштирилаётган давомийлигига ва юбориш йўлига (тизимли ёки маҳаллий) боғлиқ ва кўпроқ чораларни кўриш ёки огоҳлантириш ҳисобланади.

#### Фаол яллиғланиш

Кортикостероидлар организмнинг инфекцияларга бўлган жавобини пасайтириши ва маҳаллий ёки тизимли инфекцияларни, антибиотиклар томонидан назорат қилинмайдиган тизимли замбуруғли инфекцияларни фаоллаштириши ёки кучайтириши мумкин, шунингдек, латентли туберкулезни фаоллаштириши ёки туберкулезнинг клиник намоёйишини ёмонлаштириши мумкин.

#### Диабет

Кортикостероидлар билан даволаш пайтида касаллик кечишини назорат қилиш қийинлашиши мумкин.

#### Остеопороз

Кортикостероидлар билан узоқ вақт даволашда, айниқса кекса ёшли пациентларда, остеопороз ҳолатлари умуртқанинг компрессион шикастланиши хавфигача кучайиши мумкин.

#### Миопатия

Бу ножўя самаранинг махсус хавфи туфайли, анамнезда кортикостероид-индуцияланган проксимал миопатиянинг мавжудлиги қўллаш мумкин эмаслигининг далили ҳисобланади. Кортикостероидлар бекор қилингандан кейин миопатия одатда бир неча ойлар мобайнида йўқолиб кетади. Бу ножўя самаранинг ривожланиш хавфига кўпроқ болалар мойил.

#### Пептик яра

Пептик яранинг ҳосил бўлиши маълум даражада кортикостероидларни қўллаш билан боғлиқ, шу қаторда қон кетиш ёки перфорация хавфи мавжуд. Қўшимча тарзда яллиғланишга қарши препаратларни қабул қиладиган пациентлар кўпроқ хавф остида.

#### Психоз

Анамнезда паранойяси ва депрессияси бўлган пациентларда мазкур препаратни қўллаш суицид хавфини ошириши мумкин.

### *Тўқимали репарация*

Ичакнинг янги анастомозлари бўлган пациентлар учун тўқимали репарацияни секинлаштириш аҳамиятли бўлиши мумкин.

### *Вакцинация*

Кортикостероидларни қабул қилаётган пациентлар чечакка қарши эмланмаслиги керак. Неврологик асоратлар ёки антителаларнинг етарлича ишлаб чиқарилмаслиги туфайли, юқори дозаларда кортикостероидларни қабул қилаётган пациентларга ҳар қандай бошқа вакцинация ўтказилмаслиги керак.

Қатъий кўрсатмалар бўлмаганида триамцинолон ацетонидини 6 ёшли болаларга мушак ичи инъекциялари кўринишида ёки 12 ёшли болаларга бўғинлар ичи инъекциялари кўринишида буюриш тавсия этилмайди.

*Қуйидаги ҳолларда кортикостероидларни маҳаллий қўллаш (нисбатан) мумкин эмас:*

- терининг импетиго, трихофития каби шикастланишида ва оддий герпесда,
- янги туғилган чақалоқларда,
- оддий хуснбузарларда,
- розацеяда,
- трофик яраларда да қўллаш мумкин эмас.

### **Дориларнинг ўзаро таъсири**

*Амфотерицин В ва калий-сақламайдиган препаратларнинг инъекциялари:* гипокалиемия ривожланиш эҳтимоли туфайли пациентлар тиббий кузатувда бўлишлари керак.

*Антихолинэстеразали воситалар:* кўрсатилган препаратларни қабул қилишнинг самараси пасайиши (антагонизирланиши) мумкин .

*Перорал антикоагулянтлар:* кортикостероидлар антикоагулянт таъсирни кучайтириши ёки пасайтириши мумкин. Бир вақтнинг ўзида перорал антикоагулянтларни ва кортикостероидларни қабул қилаётган пациентлар тиббий кузатув остида бўлишлари керак.

*Диабетга қарши воситалар:* кортикостероидлар қонда глюкоза даражасини ошириши мумкин; кортикостероидларни қабул қилишнинг бошида, тўхтатилганда ёки дозаси ўзгартирилганда гликемияни назорат қилиш зарур.

*Антигипертензив воситалар, жумладан диуретиклар:* кортикостероидлар антигипертензив воситалар ва диуретикларнинг таъсирини пасайтиради; диуретикларнинг гипокалиемик самараси (жумладан ацетазоламид) кучайиши мумкин.

*Туберкулезга қарши препаратлар:* қон зардобда изониазиднинг концентрацияси пасайиши мумкин.

*Циклоспорин:* циклоспориннинг юқори токсиклик белгиларини мониторингини ўтказиш зарур.

*Ангишвонагул гликозидлари:* ангишвонагулнинг токсиклигини кучайтириши мумкин.

*Эстрогенлар, жумладан перорал контрацептивлар:* кортикостероидларнинг ярим чиқарилиш даври ва концентрацияси ошиши мумкин, аммо клиренси пасайиши мумкин.

*Жигар ферментларининг индукторлари (масалан, барбитуратлар, фенитоин, карбамазепин, рифампицин, примидон, аминоглютетимид):* Кеналог® 40 нинг метаболик клиренси ошиши мумкин. Стероидлар самарасининг пасайиш эҳтимоли туфайли пациентлар тиббий кузатув остида бўлишлари керак, шунда дозага тегишли тарзда тузатиш киритиш зарур.

*Инсоннинг ўсиш гормони:* ўсишни рағбатлантириш самараси кучайиши мумкин.

*Кетоконазол:* кейинчалик самараси кучайтирилиб, кортикостероидларнинг клиренси пасайиши мумкин.

*Деполяризация қилмайдиган мушакли релаксантлар:* кортикостероидлар нерв-мушак узатишнинг блокадасини пасайтириши ёки кучайтириши мумкин.

*Ностероид яллиғланишига қарши воситалар (НЯҚВ):* кортикостероидлар НЯҚП ларни қабул қилиш билан боғлиқ меъда-ичакдан қон кетишлар ва яраларнинг пайдо бўлиши

ва/ёки оғирлик даражаси хавфини ошириши мумкин.

Кортикостероидлар қон задобида *салицилатлар* даражасини пасайтириши мумкин, шу тарзда уларнинг самарадорлигини ёмонлаштиради. Аксинча, салицилатларнинг юқори дозалари билан даволаш пайтида кортикостероидларни қабул қилишни тўхтатиш салицилатларнинг токсик самарасини намоён бўлишига олиб келиши мумкин.

Гипопротромбинемияси бўлган пациентлар *аспирин* билан кортикостероидларни эҳтиёткорлик билан қабул қилишлари керак.

*Тиреоидли препаратлар*: адренкортикостероидларнинг метаболик клиренси гипотиреози бўлган пациентларда пасаяди ва гипертиреози бўлган пациентларда ошади. Пациентларда тиреоидли статуснинг ўзгариши адренкортикостероидларнинг дозасини тузатиш заруратига олиб келиши мумкин.

*Вакциналар*: кортикостероидларни қабул қилаётган пациентларни вакцинация қилишда неврологик асоратлар ва иммун жавобнинг йўқлиги кузатилиши мумкин.

Ампуланинг таркибини бошқа препаратлар билан аралаштириш тақиқланади.

*Протеаза ингибиторлари* (ритонавир, лопинавир) триамцинолоннинг тизимли концентрациясини ошириши мумкин. Уни протеаза ингибитори билан бир вақтда эҳтиёткорлик билан қабул қилиш лозим.

*СҮРЗА изоферменти ингибиторлари*, жумладан *таркибида кобицистат мавжуд бўлган препаратларни* бир вақтда қўллашда тизимли ножўя самараларнинг ривожланиш хавфини ошиши кутилади. Кортикостероидларни қўллаш фойдаси тизимли ножўя самаралар ривожланишининг хавфидан юқори бўлган ҳолатлардан ташқари, мазкур мажмуани қўллаш мумкин эмас. Бундай ҳолатда кортикостероидларнинг тизимли самараларини аниқлаш мақсадида пациентларнинг аҳволини назорат қилиш лозим.

### **Махсус кўрсатмалар**

Бурун ичи, субконъюнктивал, субтенон, ретробульбар ва интраокуляр (интравитреал) инъекциялар кўринишида қўлланиладиган Кеналог® 40 хавфсизлигининг етарлича тадқиқоти ўтказилмаган. Препарат интравитреал юборилганида эндофталмит, кўз ичи босимининг ошиши ва кўришнинг бузилиши, жумладан кўришнинг йўқотилиши ҳақида хабарлар олинган. Кортикостероидларнинг суспензияси бурун чиғаноқларига ва бош соҳасидаги шикастланган тўқималарга юборилганидан кейин кўрлик ривожлангани ҳолатлари мавжуд. Юбориш усулидан қатъи назар, триамцинолон ацетониди инъекциясини олган пациентларда анафилактик реакциялар ва анафилактик шок ҳақида (ўлим ҳолатигача) хабар берилган.

#### *Кўришни бузилиши*

ГКС тизимли ва маҳаллий қўлланилганида кўриш қобилиятини бузилиши пайдо бўлиши мумкин. Кўриш идрокини хиралашиши ёки кўришнинг бошқа бузилишлари пайдо бўлганида катаракта, глаукома ёки ГКС лар тизимли ёки маҳаллий қўлланилгандан кейин хабар берилган ноёб касалликларни, масалан марказий серозли хориоретинопатия (CSCR) каби сабабларни истисно қилиш учун офтальмолог билан маслаҳатлашиш имконини кўриб чиқиш лозим.

Постклимактерик даврда аёлларда менструал циклни бузилиши ва вагинал қон кетишлар кузатилиши мумкин. Аёлларда уларнинг ривожланиш эҳтимолини таъкидлаш лозим, бироқ кўрсаткичларга қараб текширишни ўтказиш зарурлигида бу нарса шифокорни чекламаслиги керак.

#### *Ёрдамчи моддалар ҳақида махсус маълумот*

Кеналог® 40 препаратининг таркибида, айниқса болаларда жиддий ножўя реакцияларни (жумладан, ўлим ҳолатини) келтириб чиқаришга қодир бўлган бензил спирти мавжуд. Буни пациентларга (айниқса болаларга) Кеналог® 40 препаратининг юқори дозаларини буюришда ва узок муддатли даволаш курсларида инобатга олиш лозим.

#### *Ҳомиладорлик ва лактация даврида қўлланиши*

Тератоген самараси аниқланмаганлигига қарамасдан, триамцинолон ацетонидини

ҳомиладорликда буюрмаслик лозим. Кортикостероидларни инсонларнинг репродуктив функциясига бўлган таъсири, уларни ҳомиладорлик пайтида ҳамда эмизикли оналар томонидан қўлланилиши борасида етарлича тадқиқотлар мавжуд эмаслиги туфайли, она ва ҳомила учун потенциал фойдаси потенциал хавфдан юқори бўлган тақдирдагина қўллаш мумкин. Ҳомиладорлик пайтида оналари кортикостероидларнинг аҳамиятли дозаларини олган янги туғилган чақалоқларни гипoadренализм симптомларини эҳтимолли аниқлаш учун синчков текшириш керак. Шу қаторда, неонатал буйраклар ости етишмовчилиги камдан-кам ҳолларда қайд этилади.

#### **Автомобилни ва мураккаб механизмларни бошқариш қобилиятига таъсири**

Кеналог® 40 автомобилни бошқариш ёки механизмлар билан ишлаш қобилиятига таъсир кўрсатмайди.

#### **Дозани ошириб юборилиши**

Кортикостероидларнинг дозасини ўткир ошириб юбориш оқибатида ўткир дозани ошириб юбориш ёки ўлим ҳақидаги алоҳида хабарлар мавжуд.

**Симптомлари.** Дозани ошириб юбориш, одатда, препаратнинг ўта юқори дозалари бир неча ҳафта мобайнида қабул қилинганидан кейингина ножўя самараларнинг (асосан Кушинг синдромининг) сабаби бўлиши мумкин.

**Даволаш:** қўллаб-қувватловчи ва симптоматик ўтказилади.

Махсус антидот йўқ. Гемодиализ триамцинолонни организмдан чиқарилишини аҳамиятли тезлаштиришга олиб келмайди.

#### **Чиқарилиш шакли**

Инъекция учун суспензия, 40 мг/мл

1 мл ли суспензия ампулаларда синдириш чизикчаси билан рангсиз тиниқ шиша.

5 ампуладан блистерда. 1 блистердан тиббиётда қўлланилишига доир йўриқнома билан картон қутида жойланади.

#### **Сақлаш шароити**

8°C дан 25°C гача бўлган ҳароратда сақлансин. Музлатилмасин. Вертикал ҳолатда сақлансин. Болалар ололмайдиган жойда сақлансин.

#### **Яроқлилиқ муддати**

3 йил.

Яроқлилиқ муддати ўтгач қўлланилмасин.

#### **Дорихоналардан бериш тартиби**

Рецепт бўйича.

#### **Ишлаб чиқарувчи**

КРКА, д.д., Ново место, Шмарьешка цеста 6, 8501 Ново место, Словения

**Ўзбекистон Республикаси ҳудудида дори воситаларининг сифати бўйича эътирозлар (таклифлар)ни қабул қилувчи ташкилотнинг номи ва манзили**

Ўзбекистон Республикасида «КРКА, д.д., Ново место» ваколатхонаси

100015, Ўзбекистон, Тошкент ш., Афросиёб кўч., 14

Тел.: +99878 150 2828, +99878 150 2929, телефакс: +99878 150 1044