Инструкция по применению
Метипред Таблетки 4 мг 100 шт

Характеристики

Форма выпуска: Таблетки
Страна: Россия
Производитель: Фармакор Продакшн
Порядок отпуска: по рецепту
Действующее вещество: Метилпреднизолон
Количество в упаковке: 100
Дозировка действующего вещества: 4 мг



Описание

ВНИМАНИЕ! Препарат может придти от разных производителей: Фармакор Продакшн, РоссияГенсента Илач Санаи ве Тиджарет А.Ш., ТурцияКруглые, плоские со скошенными краями таблетки от почти белого до белого цвета с риской на одной стороне.

Действующее вещество

Метилпреднизолон

Состав

В 1 таблетке содержится: действующее вещество: метилпреднизолон - 4,0 г, вспомогательные вещества: лактозы моногидрат 70,0 мг, крахмал кукурузный 38,0 мг, желатин 2,0 мг, магния стеарат 1,0 мг, тальк 5,0 мг.

Форма выпуска

Таблетки

Фармакокинетика

Фармакокинетика метилпреднизолона линейная и не зависит от метода введения. Всасывание Всасывание метилпреднизолона происходит быстро, в основном, в проксимальном отделе тонкой кишки, где оно примерно в 2 раза больше, чем в дистальном отделе. Максимальная концентрация в плазме крови (Cmax) достигается приблизительно через 1,5 - 2,3 ч. Связь метилпреднизолона с белками (альбумином и транскортином) - примерно 40 - 90 %. Биодоступность метилпреднизолона при приеме внутрь обычно высокая (82 - 89 %). Кажущийся объем распределения составляет 1,4 л/кг, а его общий клиренс приблизительно составляет от 5 до 6 мл/мин /кг. Метаболизм Метаболизм метилпреднизолона осуществляется в печени и качественно сходен с метаболизмом кортизола. Основные метаболиты 20#-гидроксиметилпреднизолон и 20# -гидрокси-6#-метилпреднизон. Метаболизм осуществляется преимущественно посредством изофермента CYP3A4 (см. раздел "Взаимодействие с другими лекарственными средствами"). Метилпреднизолон широко распределяется в ткани, проникает через гематоэнцефалический барьер и выделяется в грудное молоко. Как и многие другие субстраты изофермента CYP3A4, метилпреднизолон может также являться субстратом АТФ-связанных транспортных белков Р-гликопротеина, влияющих на распределение в тканях и взаимодействие с другими лекарственными средствами. Выведение. Метаболиты выводятся, в основном, почками в несвязанной форме, а также в форме глюкуронидов и сульфатов, которые образуются преимущественно в печени и частично - в почках. Метилпреднизолон, как и другие вещества, метаболизирующиеся посредством изофермента CYP3A4, может также включаться в процесс мембранного транспорта аденозинтрифосфата, что влияет на его распределение в тканях и взаимодействие с другими лекарственными средствами. Метилпреднизолон - ГКС с промежуточной продолжительностью действия. За счет внутриклеточной активности выявляется выраженное различие между периодом полувыведения метилпреднизолона из плазмы крови (от 1,8 ч до 5,2 ч) и периодом полувыведения из организма в целом (примерно 12 - 36 часов). Фармакотерапевтическое действие сохраняется даже тогда, когда уже концентрация метилпреднизолона в плазме крови не определяется.

Показания

Эндокринные заболевании

Способ применения и дозы

Внутрь. Начальная доза препарата может составлять от 4 мг до 48 мг метилпреднизолона в сутки, в зависимости от характера заболевания. При менее тяжелых заболеваниях обычно достаточно применения более низких доз, хотя отдельным больным могут потребоваться и более высокие дозы. Высокие дозы могут потребоваться при таких заболеваниях и состояниях, как рассеянный склероз (200 мг /сутки), отек мозга (200-1000 мг/сутки) и трансплантация органов (до 7 мг/кг/сутки). Если через достаточный период времени не будет получен удовлетворительный клинический эффект, препарат следует отменить и назначить больному другой вид терапии. Детям дозу определяет врач с учетом массы или поверхности тела. При недостаточности надпочечников - внутрь 0,18 мг/кг или 3,33 мг/м2 в сутки в 3 приема, при других показаниях - по 0,42-1,67 мг/кг или 12,5-50 мг/м2 в сутки в 3 приема. Следует подчеркнуть, что требуемая доза может варьироваться и должна подбираться индивидуально, в зависимости от характера заболевания и реакции больного на терапию. Отмену препарата после длительной терапии рекомендуется проводить постепенно. Если при лечении получен хороший эффект, следует подобрать больному индивидуальную поддерживающую дозу путем постепенного уменьшения исходной дозы через определенные промежутки времени до тех пор, пока не будет найдена наиболее низкая доза, позволяющая поддерживать достигнутый клинический эффект. Следует помнить, что необходим постоянный контроль режима дозирования препарата. Могут возникнуть ситуации, при которых потребуется коррекция дозы, например, изменения клинического состояния, обусловленные наступлением ремиссии или обострения заболевания, индивидуальная реакция больного на препарат, а также влияние на больного стрессовых ситуаций, прямо не связанных с основным заболеванием, на которое направлена терапия, в последнем случае может возникнуть необходимость увеличить дозу препарата на определенный период времени, зависящий от состояния больного. АЛЬТЕРНИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ Альтернирующая терапия - это такой режим дозирования, при котором удвоенная суточная доза метилпреднизолона вводится через день утром. Целью такой терапии является достижение у больного, принимающего препарат в течение длительного времени, максимального клинического эффекта, и при этом сведение к минимуму некоторых нежелательных эффектов, таких как подавление гипофизарно-надпочечниковой системы, синдром Иценко-Кушинга, синдром отмены ГКС и задержка роста у детей.

Противопоказания

* Период грудного вскармливания.

Применение при беременности и кормлении грудью

В исследованиях на животных показано, что применение ГКС приводит к снижению фертильности. В ряде исследований на животных показано, что введение высоких доз ГКС самкам может приводить к возникновению пороков развития у плода. Поскольку соответствующих исследований влияния ГКС на репродуктивную функцию человека до настоящего времени не проводилось и так как нельзя исключить возможный вред применения метилпреднизолона, прием препарата Метипред во время беременности или у женщин, планирующих беременность показан только в том случае, когда ожидаемый лечебный эффект от применения метилпреднизолона у матери превышает риск отрицательного влияния на мать и плод. ГКС следует назначать при беременности только по абсолютным показаниям. ГКС легко проникают через плаценту. В одном ретроспективном исследовании было отмечено увеличение частоты рождения детей с низкой массой тела у матерей, которые принимали ГКС во время беременности. В исследованиях было установлено, что риск рождения детей с низкой массой тела является дозозависимым и, таким образом, может быть минимизирован посредством введения более низких доз ГКС. Дети, рожденные от матерей, которые получали значительные дозы ГКС во время беременности, должны тщательно обследоваться с целью выявления возможных симптомов гипофункции надпочечников. Хотя надпочечниковая недостаточность редко встречается у младенцев, которые подвергались воздействию ГКС до рождения. Отмечались случаи развития катаракты у новорожденных, матери которых принимали метилпреднизолон во время беременности. Влияние ГКС на течение и исход родов неизвестно. ГКС проникают в грудное молоко, поэтому при необходимости назначения препарата Метипред грудное вскармливание следует прекратить.

Побочные действия

Инфекционные и паразитарные заболевания: оппортунистическая инфекция, инфекция, маскирование инфекции, активизация скрытой инфекции, перитонит*. Нарушения со стороны крови и лимфатической системы: лейкоцитоз. Нарушения со стороны обмена веществ и питания: метаболический ацидоз, задержка натрия, задержка жидкости в организме, повышение выведения калия из организма и гипокалиемический алкалоз, отрицательный азотистый баланс, обусловленный катаболизмом белков, дислипидемия, нарушение толерантности к глюкозе, повышенная потребность в инсулине или пероральных гипогликемических средствах у пациентов с сахарным диабетом, липоматоз, повышенный аппетит (может вызывать увеличение массы тела). Нарушения со стороны скелетно-мышечной и соединительной ткани: артралгия, миалгия, "стероидная" миопатия, мышечная слабость, мышечная атрофия, нейропатическая артропатия, остеопороз, остеонекроз,

патологические переломы, задержка роста у детей. Нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта (ЖКТ): пептическая язва с возможным прободением и кровотечением, желудочное кровотечение, панкреатит, эзофагит, язвенный эзофагит, перфорация стенки кишечника, вздутие живота, боль в области живота, диарея, диспепсия, тошнота. Нарушения, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях: повышение содержания кальция в моче, снижение концентрации калия в плазме крови, подавление реакций при проведении кожных проб, снижение толерантности к углеводам, повышение концентрации мочевины в плазме крови. После лечения ГКС наблюдалось повышение активности аланинтрансамин азы (АЛТ), аспартаттрансаминазы (АСТ) и щелочной фосфатазы в плазме крови. Обычно эти изменения незначительны, не связаны с какими-либо клиническими синдромами и обратимы после прекращения лечения. Нарушения со стороны кожи и подкожных тканей: ангионевротический отек, акне, гирсутизм, медленное заживление ран, петехии и экхимозы, истончение и снижение прочности кожи, эритема, гипергидроз, кожный зуд, сыпь, атрофия кожи, стрии, крапивница. Нарушения со стороны половых органов и молочной железы: нарушения менструального цикла. Нарушения со стороны эндокринной системы: синдром "отмены" ГКС, развитие синдрома Иценко-Кушинга, подавление гипофизарно-надпочечниковой системы. Нарушения со стороны психики: неадекватное поведение, аффективные нарушения (в том числе, эмоциональная лабильность, депрессия, эйфория, лекарственная зависимость, суицидальные мысли), беспокойство, спутанность сознания, бессонница, раздражительность, психические расстройства, перепады настроения, изменения личности, психотическое поведение, психотические нарушения (в том числе, мания, делюзии, галлюцинации и шизофрения (или обострение шизофрении)). Нарушения со стороны нервной системы: повышение внутричерепного давления (с отеком диска зрительного нерва (доброкачественная внутричерепная гипертензия)), псевдоопухоль головного мозга, судороги, амнезия, когнитивные расстройства, головокружение, головная боль, эпидуральный липоматоз. Нарушения со стороны органа зрения: катаракта, повышение внутриглазного давления с риском повреждения зрительного нерва, экзофтальм, хориоретинопатия, глаукома, истончение роговицы и склеры. Нарушения со стороны органа слуха и вестибулярного аппарата: вертиго. Нарушения со стороны иммунной системы: реакции гиперчувствительности (анафилактическая и анафилактоидная реакция). Нарушения со стороны сердца: хроническая сердечная недостаточность (у предрасположенных пациентов). Нарушения со стороны сосудистой системы: тромбоз, повышение артериального давления, снижение артериального давления, тромбоэмболия легочной артерии. Нарушения со стороны дыхательной системы, органов грудной клетки и средостения: икота. Общие расстройства и нарушения в месте введения: повышенная утомляемость, слабость, периферические отеки, недомогание. Травмы, интоксикации и осложнения

манипуляций: компрессионный перелом позвоночника, асептический эпифизионекроз кортикального слоя костей, разрыв сухожилия, в частности ахиллова сухожилия. * Основным и тяжелым осложнением при заболеваниях органов ЖКТ (перфорации стенок желудка и кишечника, панкреатите) является перитонит (см. раздел "Особые указания").

Передозировка

Клинический синдром острой передозировки препарата не описан. Сообщения о случаях острой токсичности при передозировке метилпреднизолона крайне редки. Специфического антидота не существует. Частый повторный прием (ежедневно или несколько раз в неделю) в течение длительного времени может привести к развитию синдрома Иценко-Кушинга и других осложнений, характерных для длительной терапии ГКС. Лечение симптоматическое. Метилпреднизолон выводится при диализе.

Взаимодействие с другими препаратами

Ингибиторы изофермента CYP3A4 - лекарственные средства, угнетающие изофермент CYP3A4 снижают печеночный клиренс и повышают плазменную концентрацию субстратов этого изофермента, например, метилпреднизолона. При одновременном применении с ингибитором изофермента CYP3A4 может понадобиться коррекция дозы метилпреднизолона, во избежание явлений передозировки. Индукторы изофермента CYP3A4 - лекарственные средства, индуцирующие изофермент CYP3A4, обычно повышают печеночный клиренс, что в свою очередь приводит к снижению плазменной концентрации препаратов, являющихся субстратами изофермента CYP3A4. При одновременном применении с метилпреднизолоном может потребоваться увеличение дозы метилпреднизолона для достижения необходимого эффекта. Субстраты изофермента CYP3A4 - при одновременном применении с другим субстратом изофермента CYP3A4 печеночный клиренс метилпреднизолона может либо уменьшаться, либо увеличиваться. В этих случаях необходима соответствующая коррекция дозы. Существует вероятность, что побочные явления на фоне приема метилпреднизолона могут возникать чаще при одновременном применении с другим субстратом изофермента CYP3A4. Лекарственное средство (механизм взаимодействия) Взаимодействие: изменения фармакокинетичсских параметров (%) Антибактериальные препараты

Особые указания

Поскольку осложнения терапии метилпреднизолоном зависят от величины дозы и длительности лечения, то в каждом конкретном случае на основании анализа соотношения "пользы/риска" принимают решение о необходимости терапии ГКС, а

также определяют длительность лечения и частоту приема. Следует применять минимально эффективную дозу препарата, обеспечивающую достаточный терапевтический эффект, при необходимости снижение дозы следует проводить постепенно. На фоне терапии ГКС возможно развитие различных психических расстройств: от эйфории, бессонницы, неустойчивости настроения, изменений личности и тяжелой депрессии до острых психотических проявлений. Кроме того, могут усиливаться уже имеющиеся эмоциональная нестабильность или склонность к психотическим реакциям. Потенциально тяжелые психические расстройства могут возникать при применении метилпреднизолона. Симптомы обычно проявляются в течение нескольких дней или недель после начала терапии. Большинство реакций исчезает либо после снижения дозы, либо после отмены препарата. Несмотря на это, может потребоваться специфическое лечение. Нарушения психики отмечались в связи с прекращением терапии метилпреднизолоном, частота развития этих эффектов не известна. Пациентов и/или их родственников следует предупредить, что в случае появления изменений в психологическом статусе пациента (особенно при развитии депрессивного состояния и суицидальных попыток) необходимо обратиться за медицинской помощью. Также следует предупредить пациентов или их родственников о возможности развития психических нарушений во время или сразу после снижения дозы препарата или полной его отмены. Пациентам, которые могут подвергнуться воздействию стресса на фоне терапии ГКС, показано увеличение дозы препарата до, во время и после стрессовой ситуации. Хотя контролируемые клинические исследования показали, что метилпреднизолон эффективно ускоряет процесс выздоровления при обострении рассеянного склероза, не установлено, что метилпреднизолон влияет на исход и на патогенез данного заболевания. Исследования также показали, что для достижения значимого эффекта необходимо вводить достаточно высокие дозы метилпреднизолона. Имеются сообщения о развитии эпидурального липоматоза у пациентов, получающих метилпреднизолон. Обычно при длительной терапии высокими дозами. Пациентам, получающим иммуносупрессивные дозы иммуносупрессивные дозы метилпреднизолона, противопоказано введение живых или живых ослабленных вакцин, но можно вводить убитые или инактивированные вакцины, однако реакция на введение таких вакцин может быть снижена. Пациентам, получающим лечение метилпреднизолоном в дозах, не оказывающих иммунодепрессивного действия, по соответствующим показаниям может проводиться иммунизация. На фоне терапии ГКС некоторые инфекции могут протекать в стертой форме, кроме того, могут развиваться новые инфекции. При применении метилпреднизолона возможно снижение устойчивости к инфекциям, а также снижается способность организма к локализации инфекционного процесса. Развитие инфекций, вызываемых различными патогенными организмами, такими как вирусы, бактерии, грибы, простейшие или гельминты, которые локализуются в

различных системах организма человека, может быть связано с применением метилпреднизолона, как в качестве монотерапии, так и в сочетании с другими иммунодепрессантами, воздействующими на клеточный иммунитет, гуморальный иммунитет или на функцию нейтрофилов. Эти инфекции могут протекать легко, однако, в ряде случаев возможно тяжелое течение и даже летальный исход. Причем, чем более высокие дозы метилпреднизолона применяются, тем выше вероятность развития инфекционных осложнений. Применение метилпреднизолона при активном туберкулезе следует ограничить случаями молниеносного диссеминированного туберкулеза, когда ГКС применяются для лечения заболевания в сочетании с соответствующей противотуберкулезной химиотерапией. Если препарат назначают больным с латентным туберкулезом или положительными туберкулиновыми пробами, то лечение следует проводить под строгим врачебным контролем, поскольку возможная рактивация процесса. Во время продолжительного лечения метилпреднизолоном такие пациенты должны получать соответствующее профилактическое лечение. Препарат следует применять с осторожностью при поражении глаз вызванном вирусом простого герпеса, в связи с возможной перфорацией роговицы. ГКС, включая метилпреднизолон, могут приводить к повышению концентрации глюкозы в крови, ухудшать течение имеющегося сахарного диабета и на фоне длительной терапии могут приводить к предрасположенности к сахарному диабету. Длительное применение метилпреднизолона может привести к возникновению задней субкапсулярной катаракты, глаукомы с возможным поражением зрительного нерва и провоцировать присоединение вторичной глазной грибковой или вирусной инфекции. Терапия метилпреднизолоном может привести к развитию центральной серозной хориоретинопатии, что в свою очередь может привести к отслойке сетчатки. Дети, получающие длительную терапию метилпреднизолоном, находятся в группе повышенного риска развития внутричерепной гипертензии. Применение высоких доз метилпреднизолона может приводить к развитию панкреатита у детей. Могут развиться аллергические реакции (например, ангионевротический отек). При применении метилпреднизолона следует соблюдать меры предосторожности, особенно у пациентов с аллергическими реакциями на лекарственные препараты в анамнезе. Средние и большие дозы гидрокортизона или кортизона могут вызывать повышение АД, задержку ионов натрия и воды и повышенную экскрецию калия. Эти эффекты менее вероятны при использовании синтетических ГКС (в т.ч. метилпреднизолона), за исключением случаев, когда они, когда они применяются в высоких дозах. Необходимо ограничение потребления поваренной соли с пищей и назначение препаратов калия. Все ГКС увеличивают выведение кальция. Системные ГКС, в том числе метилпреднизолон, не показаны и не должны применяться для лечения травматического повреждения головного мозга. Было выявлено увеличение

летальности через 2 недели или 6 месяцев после травмы головы у пациентов, получавших лечение метилпреднизолона сукцинатом натрия. Прямой связи с введением метилпреднизолона сукцината натрия отмечено не было. Остеопороз является частой и, в то же время, редко диагностируемой нежелательной реакцией, развивающейся при длительном применении высоких доз метилпреднизолона. У детей, получающих препарат длительно ежедневно по несколько раз в сутки, может отмечаться задержка роста, поэтому такой режим дозирования следует применять только по абсолютным показаниям. Применение альтернирующей терапии обычно позволяет избежать или свести к минимуму эту нежелательную реакцию. При применении метилпреднизолона у детей следует тщательно наблюдать пациентов на предмет нормального роста и развития. Проявления вторичной недостаточности коры надпочечников, развивающейся на фоне терапии ГКС, можно свести к минимуму постепенным снижением дозы. Этот тип относительной недостаточности может наблюдаться в течение нескольких месяцев после окончания лечения, поэтому в любых стрессовых ситуациях в этот период следует вновь назначить метилпреднизолон. Так как может быть нарушена секреция минералокортикостероидов, следует одновременно вводить электролиты и/или минералокортикостероиды. Отмечается более выраженный эффект метилпреднизолона у больных с гипотиреозом и циррозом печени. Пациенты, получающие препараты, подавляющие иммунную систему, болеевосприимчивы к инфекциям, чем здоровые люди. Например, ветряная оспа и корь могут иметь более тяжелое течение, вплоть до летального исхода у неиммунизированных детей или у взрослых, получающих метилпреднизолон. Не существует единого мнения о вероятности развития пептической язвы в ходе терапии метилпреднизолоном. Терапия метилпреднизолоном может маскировать симптомы пептической язвы, в связи с чем возможно возникновение перфорации или кровотечения без выраженного болевого синдрома. Терапия ГКС может маскировать симптомы перитонита, а также другие признаки и симптомы, связанные с нарушением функции ЖКТ, такие как перфорация, обструкция и панкреатит. При одновременном применении с НПВП риск образования язв ЖКТ повышается. Применение метилпреднизолона в высоких дозах может приводить к развитию острого панкреатита. Имеются сообщения о развитии обратимого поражения печени, которое купируется на фоне отмены терапии. В связи с этим следует проводить соответствующий мониторинг. Такие нежелательные реакции метилпреднизолона со стороны сердечно-сосудистой системы, как дислипидемия, повышение артериального давления, могут провоцировать у предрасположенных пациентов новые реакции в случае применения высоких доз метилпреднизолона и длительного лечения. В связи с этим, следует с осторожностью применять метилпреднизолон у предрасположенных к сердечно-сосудистым заболеваниям пациентов и уделять особое внимание

дополнительному мониторингу состояния сердечно-сосудистой системы. Сообщалось о случаях тромбозов, включая венозную тромбоэмболию, при применении ГКС. Поэтому ГКС следует применять с осторожностью у пациентов с тромбоэмболическими осложнениями в настоящее время или имеющих предрасположенность к развитию этих осложнений. Метилпреднизолон следует назначать с осторожностью при язвенном колите, если существует угроза перфорации стенок ЖКТ, развития абсцесса или другой гнойной инфекции, а также при дивертикулите, при наличии свежих кишечных анастомозов, при активной или латентной пептической язве, почечной недостаточности, артериальной гипертензии, остеопорозе, миастении gravis. Сообщалось о случаях (в том числе с летальным исходом) развития кризов у пациентов, страдающих феохромоцитомой, получающих системную терапию ГКС, в том числе метилпреднизолоном. У пациентов с подозрением на феохромоцитому или с подтвержденным заболеванием. Метилпреднизолон следует применять только после тщательной оценки соотношенияпользы/риска". Отмечены случаи развития саркомы Капоши у пациентов, получавших терапию ГКС (после отмены ГКС может наступить клиническая ремиссия). Эффективность метилпреднизолона при септическом шоке сомнительна. Результаты систематического обзора применения препарата короткими курсами в высоких дозах не поддерживают возможность его применения в таком режиме. Однако предполагается, что применение метилпреднизолона длительными курсами (5-11 дней) в низких дозах может снизить летальность. При применении метилпреднизолона в терапевтических дозах в течение длительного периода может развиться супрессия гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы (вторичная надпочечниковая недостаточность). Степень и длительность надпочечниковой недостаточности индивидуальны у каждого пациента и зависят от дозы, частоты применения, времени приема и длительности терапии. Выраженность данной нежелательной реакции можно уменьшить с помощью применения препарата через день либо постепенным снижением дозы (см. раздел "Способ применения и дозы"). Кроме того, развитие острой надпочечниковой недостаточности, приводящей к летальному исходу, возможно при резкой отмене метилпреднизолона. Необходимо соблюдать осторожность у пациентов с системной склеродермией в связи с тем, что при приеме ГКС, включая метилпреднизолон, наблюдалась повышенная частота развития острой склеродермической нефропатии. Так как метилпреднизолон может усиливать клинические проявления синдрома Иценко-Кушинга, следует избегать применения метилпреднизолона у пациентов с болезнью Иценко-Кушинга. Острая миопатия наиболее часто развивается при применении высоких доз метилпреднизолона у больных с нарушенной нервно-мышечной передачей (например, при миастении gravis), или у больных, одновременно получающих н-холинолитики, такие как, периферические миорелаксанты (например, панкурония

бромид). Такая острая миопатия носит генерализованный характер, может поражать мышцы глаз и дыхательной системы, приводить к развитию тетрапареза. Возможно повышение активности креатинкиназы. При этом улучшение или выздоровление после отмены метилпреднизолона может произойти лишь через многие недели или даже через несколько лет. Синдром "отмены", по-видимому, не относящийся к надпочечниковой недостаточности, также может возникать вследствие резкой отмены метилпреднизолона. Данный синдром включает такие симптомы, как анорексия, тошнота, рвота, летаргия, головная боль, лихорадка, боль в суставах, шелушение кожи, миалгия, снижение массы тела и/или снижение АД. Предполагается, что данные симптомы возникают в связи с резким колебанием концентрации метилпреднизолона в плазме крови, а не по причине снижения концентрации метилпреднизолона в плазме крови. Канцерогенное и мутагенное действие препарата, а также его неблагоприятное влияние на репродуктивные функции не установлено. Влияние на способность управлять трансп. ср. и мех.: В связи с возможностью развития головокружения, нарушения зрения и слабости, при применении препарата МЕТИПРЕД следует соблюдать осторожность лицам, управляющим транспортными средствами и занимающимися видами деятельности, требующими повышенной концентрации внимания и быстрой двигательной реакции.

Условия хранения

При температуре от 15 до 25 °С. Хранить в недоступном для детей месте.