



ТИББИЁТДА ҚЎЛЛАНИЛИШИГА ДОИР ЙЎРИҚНОМА ВЕРТИНЕКС®

Препаратнинг савдо номи: Вертинекс®

Таъсир этувчи модда (ХПН): прохлорперазина малеат

Дори шакли: таблеткалар

Таркиби:

Ҳар бир таблетка куйидагиларни сақлайди:

фаол модда: прохлорперазина малеат 5 мг;

ёрдамчи моддалар: лактоза моногидрати, микрокристалл целлюлоза (РН 101), натрий кроскармеллоза, натрий лаурилсульфат, маккажўхори крахмали, микрокристалл целлюлоза (РН 102), магний стеарати, коллоидли кремний диоксиди ва тозаланган сув.

Таърифи: оқ ёки деярли оқ рангли, ҳар икки томони силлиқ, думалок, икки ёқлама қавариқ таблеткалар.

Фармакотерапевтик гуруҳи: антипсихотик восита

АТХ коди: N05AB04

Фармакологик хусусиятлари

Фармакодинамикаси

Прохлорперазина малеат кучли таъсир кўрсатувчи фенотиазинли нейролептик ҳисобланади.

Фармакокинетикаси

Одам қонидаги даражалари, тақсимланиши ва экскрецияси тўғрисида маълумотлар кам. Фенотиазинлар метаболизми ва экскрецияси кекса ёшда пасаяди.

Қўлланилиши

Меньер синдроми, лабиринтит ва бошқа сабаблар туфайли пайдо бўлган бош айланиши, шунингдек ҳар қандай сабабларга кўра, шу жумладан мигрень билан боғлиқ кўнгил айнаши ва қусиш.

Шунингдек, шизофренияда (айниқса, сурункали босқичда), ўткир маниакал синдромда ва хавотирликни қисқа муддатли бошқаришга ёрдамчи восита сифатида ҳам фойдаланилиши мумкин.

Қўллаш усули ва дозалари

Катта ёшдаги беморлар

Тавсиялар	Дозалар
Кўнгил айнаши ва қайт қилишни олдини олиш	Кунига икки ёки уч марта 5 мг дан 10 мг гача.
Кўнгил айнаши ва қайт қилишни даволаш	Бирйўла 20 мг, шундан сўнг, зарур ҳолларда, икки соатдан кейин 10 мг.
Бош айланиши ва Меньер синдромида	Кунига уч марта 5 мг, зарур ҳолларда, умумий миқдорни кунига 30 мг гача оширилади. Бир неча ҳафтадан кейин дозалаш аста-секин кунига 5-10 мг гача камайтирилиши мумкин.
Хавотирликни қисқа муддатли бошқаришга ёрдамчи восита	Дастлабки босқичда бўлинган дозалар билан кунига 15-20 мг, зарур ҳолларда, бўлинган дозалар билан кунига максимал 40 мг миқдоргача оширилиши

	мумкин.
Шизофрения ва бошқа руҳий касалликларда	Одатдаги самарали доза суткасига 75-100 мг ни ташкил этади. Беморлар реакциялари қаттиқ фарқ қилиши мумкин. Қуйидаги қабул қилиш режаси тавсия этилади: дастлаб 7 кун давомида кунига икки марта 12.5 мг, сўнгра кундалик доза қоникарли натижага эришилгунгача 4-7 кун оралиқ вақт билан 12.5 мг миқдорга оширилиши керак. Бир неча ҳафта самарали доза қўллангандан сўнг дозани камайтиришга уриниш керак. Жами кундалик 50 мг ёки ҳатто 25 мг миқдор ҳам баъзан самарали бўлади.

Болалар

12 ёшгача болаларга тавсия этилмайди.

Кекса пациентлар

Кекса ёшдаги беморлар учун прохлорперазиннинг пастроқ суткалик дозаси тавсия этилади. “Махсус огоҳлантиришлар ва фойдаланишда эҳтиёткорлик чоралари”га қаранг.

Ножўя таъсирлари

Одатда, ножўя реакциялар кам-қолларда учрайди; энг кенг тарқалган ножўя реакциялар нерв тизими бузилишларидан иборат.

Салбий таъсирлар:

Иммун тизим томонидан бузилишлар: ангиоэдема ва эшакеми касаллиги каби I турдаги ўта сезувчанлик реакциялари.

Қон ва лимфатик тизими томонидан бузилишлар:

Узоқ вақт юқори дозаларда қабул қилинган 30% ҳолларда ўртача лейкопения кузатилади. Агранулоцитоз кам ҳолларда кузатилади: дозага боғлиқ эмас.

Эндокрин тизими томонидан бузилишлар:

Гиперпролактинемия, у галакторея, гинекомастия, аменорея ва импотенцияга олиб келиши мумкин.

Нерв тизими томонидан бузилишлар:

Ўткир дистония ёки дискинезия, шу жумладан окулогир криз, одатда, ўткинчи бўлиб, болалар ва ёшларда одатий ҳолат ҳисобланади, одатда, даволашнинг биринчи 4 кун давомида ёки доза оширилгандан кейин пайдо бўлади.

Акатизия дастлабки катта дозалардан кейин хос тарзда пайдо бўлади.

Паркинсонизм кўпроқ катталар ва кекса ёшдагиларда учрайди. Одатда, у бир неча ҳафта ёки ой давомида даволангандан сўнг ривожланади. Қуйидаги бир ёки бир неча факторларни кўриш мумкин: тремор, ригидлик, акинезия ёки бошқа паркинсонизмнинг бошқа турлари. Одатда, оддий тремор.

Кечки дискинезия: агар бу юз берса, одатда, давомий ёки юқори доза қабул қилингандан сўнг кузатилади. Бу даволаш тўхтатилгандан кейин ҳам юз бериши мумкин. Шундай қилиб, имкони бўлган вақтда, дозалаш паст даражада қолдирилиши керак.

Уйқусизлик ва хавотирли қўзғулвчанлик пайдо бўлиши мумкин.

Кўриш аъзоси томонидан бузилишлар:

Узоқ вақт давомида (тўрт йилдан саккиз йилгача) узлуксиз равишда хлорпромазин қабул қилган айрим шахсларда, кўпроқ аёлларда окуляр ўзгаришлар ва терининг ҳимояланмаган қисмларида металл кул ранг-бинафша рангли туслар ривожланиши қайд этилган. Бу Вертинекс® билан боғлиқ ҳолда юз бериши мумкин.

Юрак томонидан бузилишлар:

ЭКГ ўзгаришлари QT узайиши (бошқа нейролептиклардаги каби), ST амплитудасини камайиши, U-тўлқини ва T-тўлқини ўзгаришларини ўз ичига олади. Фенотиазинлар ҳосилалари нейролептиклар билан даволашда, эҳтимол, доза билан боғлиқ юрак

аритмиялари, шу жумладан, юрак қоринчалари аритмиялари ва юрак бўлмалари аритмиялари, а-в блоки, юрак қоринчалари тахикардияси тўғрисида маълум қилинган бўлиб, бу юрак қоринчалари фибрилляциясига ёки юрак тўхтаб қолишига олиб келиши мумкин. Олдинги юрак касаллиги, кексалик, гипокалиемия ва бир вақтда қўлланган трициклик антидепрессантлар бунга мойилликни пайдо қилиши мумкин.

Фенотиазинлар ҳосилалари нейрорептиклар қабул қилган беморларда юрак касаллиги эҳтимолибўлган тўсатдан ўлим ҳолати, шунингдек тушуниб бўлмайдиган тўсатдан ўлим ҳолатлари тўғрисида айрим хабарлар бўлган.

Юрак қон-томир тизими фаолиятини бузилиши:

Одатда, гипотония, кўпинча постурал тарзда пайдо бўлади. Айниқса, кекса ёшдаги ёхуд озиб кетган ёки куч-қувватдан қолган беморлар бунга мойил бўладилар; мушак ичига инъекция қилингандан сўнг пайдо бўлиш эҳтимоли кўпроқ. Антипсихотик препаратлар қўлланганда вена тромбоемболияси ҳолатлари, шу жумладан ўпка эмболияси ҳолатлари ва веналар чуқур тромбози ҳолатлари тўғрисида маълум қилинган – такрорланиш тезлиги номаълум.

Меъда-ичак йўллари томонидан бузилишлар:

Оғиз қуриши пайдо бўлиши мумкин.

Моддалар алмашинуви ва овқатланиш тизими томонидан бузилишлар:

Гипонатриемия, ўтмайдиган антидиуретик синдроми, гормонал секреция.

Нафас тизими, кўкрак қафаси ва кўкс ораллиги аъзолари аъзолари бузилишлар:

Касалликка мойил беморларда нафас етишмовчилиги бўлиши мумкин.

Бурун битиши мумкин.

Гепатобилиар бузилишлар:

Сариклик, одатда, ўткинчи бўлиб, нейрорептиклар қабул қиладиган жуда кам сонли беморларда учрайди. Даволашнинг бир-уч ҳафтасидан кейин тўсатдан иситмалаш бошланиши бундан дарак бериши мумкин, шундан сўнг сариклик касали ривожланади. Нейрорептик сариклик био-кимёвий ва обструктив сарикликнинг бошқа тавсифлари билан эга бўлиб, ўт каналчаларида тромблар ҳосил бўлиши билан боғлиқ; кўпгина ҳолларда эозинофилия кечадиган ушбу ҳолатнинг аллергик хусусиятидан далолат беради. Сариклик касали ривожланганда даволаш тўхтатилиши керак.

Тери ва тери ости клетчаткаси томонидан бузилишлар:

Терининг контактли сенсibiliзацияси кўпинча муайян фенотиазин дори воситалари билан ишлайдиганларда кам ҳолларда пайдо бўлиши мумкин. Препарат қабул қилган беморларда турли хил тери тошмалари ҳам кузатилиши мумкин. Юқори доза қабул қилган беморлар уларда қуёшли об-ҳавода ёруғликка сезувчанлик ривожланиши мумкинлиги ва бевосита қуёш нурлари таъсиридан сақланиши тўғрисида огоҳлантирилишлари керак.

Умумий ўзгаришлар ва юборилган жойдаги бузилишлар:

Хавфли нейрорептик синдром (гипертермия, ригидлик, вегетатив дисфункция ва фикрлашдаги ўзгариш) ҳар қандай нейрорептикда пайдо бўлиши мумкин.

Глюкозага чидамсизлик, гипергликемия.

Ҳомиладорлик, туғишдан кейинги ва перинатал ҳолатлар:

Дори воситаси бекор қилиниши неонатал синдроми – такрорланиш тезлиги номаълум.

Қўллаш мумкин бўлмаган ҳолатлар

Прохлорперазинга ёки унинг бошқа таркибий моддаларига маълум ўта юқори сезувчанликда қўллаш мумкин эмас.

Дориларнинг ўзаро таъсири

Вертинекс® дори воситасини дозаси ошириб юборилганда билан қайта дозалашда адреналин беморлар томонидан қўлланилмасин.

Алкоголь, антидепрессантлар ва бошқа седатив воситалар билан антипсихотик моддаларнинг марказий нервасаб тизимига сусайтирадиган таъсири (аддитив тарзда) кучайиши мумкин. Нафас етишмовчилиги пайдо бўлиши мумкин.

Антихолинергик воситалар нейрорептикларнинг антипсихотик таъсирини пасайтириши, нейрорептикларнинг енгил антихолинергик таъсири эса бошқа антихолинергик дори воситалари билан кучайиши мумкин, бу эса ич қотишларга, иссиқлик уришига ва ҳ.к. ҳолатларга олиб келиши мумкин.

Айрим дори воситалари нейрорептиклар сўрилишига тўсқинлик қилади: антацидлар, Паркинсон касаллигида қўлланадиган препаратлар ва литий препаратлари.

Нейрорептиклар билан қўзғатилган экстрапирамид симптомларини даволаш талаб қилинадиган ҳолатларда, леводопа ўрнига антихолинергик Паркинсон касаллигига қарши дори воситалари қўлланиши керак, чунки нейрорептиклар юқори дозалари гипогликемик воситаларга реакцияни камайтиради, улар дозаси ошириб юборилган бўлиши мумкин.

Кўпчилика антигипертензив препаратларнинг гипотензив таъсири, айниқса, альфа-адренорецепторлар блокаторлари нейрорептиклар томонидан оширилиши мумкин.

Айрим препаратлар таъсири фенотиазин нейрорептикларига қарама-қарши бўлиши мумкин: уларга амфетамин, леводопа, клонидин, гуанетидин, адреналин тегишлидир.

Бир қатор дори воситалари, масалан, пропранолол, фенобарбиталнинг плазмадаги концентрациялари ошиши ёки камайиши аниқланган, бироқ клиник аҳамиятга эга бўлмаган.

Десферриоксамин ва прохлорперазиннинг бир вақтда қўлланиши 48-72 соат давомида ҳушидан кетиш билан кузатиладиган вақтинчалик метаболик энцефалопатияни пайдо бўлишини чақиради.

Нейрорептиклар QT оралиқ вақтини узайтирувчи дори воситалари (шу жумладан, антиаритмик воситалар, антидепрессантлар ва бошқа антипсихотик препаратлар) ва электролитлар дисбалансини қўзғатувчи дори воситалари билан бирга қўлланганда аритмия пайдо бўлиш хавфи ошиши мавжуд.

Нейрорептиклар карбамазепин ёки айрим антибиотиклар ва цитотоксик препаратлар каби миелосупрессив потенциал билан бир вақтда қўлланганда агранулоцитознинг юқори хавфи мавжуд.

Нейрорептиклар ва литий билан бир вақтда даволанган беморларда нейротоксиклик тўғрисида камдан-кам маълумотлар кузатилган.

Махсус қўрсатмалар

Жигар ёки буйрак дисфункцияси, Паркинсон касаллиги, гипотиреоз, юрак етишмовчилиги, феохромоцитомага, гравис миастенияси, простата беги гипертрофиясига бўлган беморлар Вертинекс® дори воситасини қабул қилмасликлари керак. Уни фенотиазинларга ўта сезувчан ёки тор бурчакли глаукома ёки агранулоцитоз тарихига бўлган беморлар қўлланмаслиги керак.

Эпилепсияга ёки анамнезида томир тиришиш хуружлари эга беморлар учун синчклова мониторинг талаб қилинади, чунки фенотиазинлар тиришишлар бўсағасини пасайтириши мумкин.

Агранулоцитоз тўғрисида маълум қилинганидек, ёйилган қон кенг таҳлилининг мунтазам мониторинги ўтказилиши керак. Тушунтириб бўлмайдиган инфекциялар ёки иситмалаш пайдо бўлиши қон ҳужайравий таркибининг турғун патологик ўзгаришидан далолат бериши мумкин ва дарҳол гематологик текширувни талаб қилади.

Тушунтириб бўлмайдиган иситмалашда даволашни тўхтатиш жуда муҳим, чунки бу нейрорептик хавфли синдром аломати бўлиши мумкин (рангпарлик, гипертермия, вегетатив дисфункция, англаш ҳолатини ўзгариши, мушак ригидлиги). Терлаш ва артериал беқарорлик каби вегетатив дисфункция аломатлари гипертермия бошланишидан дарак бериши ва эрта огоҳлантириш аломатлари сифатида хизмат қилиши мумкин. Гарчи

нейролептик хавфли синдром кечиши бўйича фарқ қилсада, дегидратация ва миянинг органик касаллигига мойиллик яратадиган омиллар ҳисобланади.

Дори воситаси қўлланишини бекор қилиш ўткир симптомлари, шу жумладан кўнгил айнаши, хусусий қилиш ва уйқусизлик, жуда кам ҳолларда нейролептиклар юқори дозалари кескин тўхтатилгандан сўнг кузатилган. Қайталаниш ҳам юз бериши мумкин, кутилмаган экстрапирамидли реакциялар пайдо бўлганлиги тўғрисида маълум қилинади. Шу туфайли дори воситаси қўллашни аста-секин бекор қилиш тавсия этилади.

Шизофренияда нейролептик даволашга жавоб кечиктирилиши мумкин. Агар даволаш бекор қилинган бўлса, симптомлар такрорланиши муайян вақт давомида пайдо бўлмаслиги мумкин.

Нейролептик фенотиазинлар QT оралиқ вақти узайишини кучайтириши мумкин, бу эса “пируэт” туридаги полиморф юрак қоринчаси тахикардияси каби жиддий юрак қоринчаси аритмиялари пайдо бўлиш хавфини кучайтиради, ўз ўрнида, бу потенциал фаол ҳисобланади (тўсатдан ўлим). Жумладан, брадикардия, гипокалиемия ва туғма ёки орттирилган (яъни, дори воситаси туфайли) QT давомийлиги мавжуд ҳолатда QT оралиқ вақти узайиши ёмонлашади.

Вертинекс® дори воситаси билан даволашни бошлашдан олдин хавф-фойда тўлиқ баҳоланиши керак. Агар клиник вазият имкон берса, Вертинекс® дори воситаси билан даволаш бошлангунгача ва даволашнинг дастлабки босқичида ёки зарур ҳолларда, даволаш вақтида хавф факторлари (масалан, юрак касалликлари, QT оралиқ вақти узайиши оилавий тарихи, гипокалиемия, гипокальциемия ёки гипомагниемия каби моддалар алмашинуви бузилиши, оч қолиш, алкогольни суистеъмол қилиш, QT оралиқ вақтини узайтирадиган бошқа дори воситалари билан бирга даволаниш) эҳтимолларини истисно қилиш мақсадида тиббий ва лаборатория баҳолаш керак (масалан, био-кимёвий мақоми ва ЭКГ).

Бошқа нейролептиклар билан бирга даволанишга йўл қўйманг.

Инсульт: деменцияга эга ва айрим нотипик антипсихотик препаратлар билан даволанган кекса ёшдаги беморларда ўтказилган рандомизацияланган клиник синовларда плацебога нисбатан цереброваскуляр бузилишлар хавфининг 3 баравар ошиши кузатилган. Бундай хавф ошиш механизми номаълум. Бошқа антипсихотик препаратлар ёки беморларнинг бошқа касалликлари хавфи ошишини истисно қилиб бўлмайди. Инсулт хавфи факторларига эга беморларда Вертинекс® эҳтиёткорлик билан қўлланиши керак.

Барча антипсихотик препаратлардаги каби Вертинекс® депрессия устунлик қилган пайтда монопрепарат сифатида қўлланмаслиги керак. Бироқ у депрессия ва психоз бирга юз берган ҳолатларни даволаш учун антидепрессант терапия билан бирга қўлланиши мумкин.

Фотосенсибилизация хавфи туфайли беморларга бевосита қуёш нури таъсирига йўл қўймаслик тавсия этилади.

Фенотиазинлар препаратларига тез-тез мурожаат қиладиган шахсларда тери аллергик реакциялари олдини олиш учун териға тушишига йўл қўймаслик мақсадида максимал эҳтиёткор бўлиш керак.

У кекса ёшдагиларда, айниқса, жуда иссиқ ёки жуда совуқ кунларда эҳтиёткорлик билан қўлланиши керак (гипер-, гипотермия хавфи мавжуд).

Кекса ёшдагилар постурал гипотензияга айниқса мойил бўладилар.

Кекса ёшдагиларда уларнинг марказий асаб тизимига таъсир кўрсатувчи дори воситаларига мойиллиги туфайли Вертинекс® эҳтиёткорлик билан қўлланиши керак ва пастроқ дастлабки доза тавсия этилади.

Кекса ёшдагиларда дори воситаси туфайли, айниқса, узоқ вақт фойдаланилгандан сўнг паркинсонизм пайдо бўлишининг юқори хавфи мавжуд. Шунингдек, Вертинекс® дори воситаси салбий реакцияларини, масалан, ортостатик гипотензияни асосий касаллик туфайли пайдо бўлган таъсирлар билан адаштирмаслик учун эҳтиёткорлик талаб қилинади.

Болалар: Вертинекс® дистоник реакциялар билан боғлиқ бўлиб, бу, айниқса, 0,5 мг/кг умумий дозадан сўнг намоён бўлади. Шундай қилиб, у болаларда эҳтиёткорлик билан қўлланиши керак.

Деменцияга эга кекса ёшдагилар орасида юқори ўлим ҳолати

Иккита йирик обсервацион тадқиқот маълумотлари шуни кўрсатдики, антипсихотик препаратлар билан даволанаётган деменцияга эга кекса ёшдагилар даволанмаётган кекса ёшдагиларга нисбатан биров юқори ўлим хавфига эгалар. Ушбу хавф ҳажмини аниқ баҳолаш имконини берадиган маълумотлар етарлича эмас ва юқори хавф сабаби номаълум.

Вертинекс® деменция билан боғлиқ хатти-ҳаракат бузилишларини даволаш учун лицензияга эга эмас.

Антипсихотик препаратлар қўлланганда веноз тромбоемболияси (ВТЭ) ҳолатлари тўғрисида маълум қилинган. Антипсихотик препаратлар қабул қилаётган беморларда кўпинча ВТЭ учун орттирилган хавф факторлари мавжудлиги туфайли Вертинекс® препарати билан даволашгача ва даволаш вақтида ВТЭ учун барча хавф факторлари эҳтимолларини аниқлаш ва олдини олиш чораларини кўриш керак.

Гипергликемия ёки глюкозага чидамсизлик антипсихотик фенотиазинлар билан даволанаётган беморларда кузатилган. Қандли диабет ташхиси қўйилган ва Вертинекс® препарати билан даволанишни бошлаган диабет ривожланиш хавф факторларига эга беморлар даволаниш вақтида тааллуқли гликемик мониторинг қабул қилишлари керак.

Ҳомиладорлик ва эмизиш даврида қўлланиши

Ҳомиладорликда хавфсизликнинг етарлича далил-исботлари йўқ. Ҳайвонларга зарарли таъсири тўғрисида маълумотлар мавжуд. Ҳомиладорлик вақтида, агар шифокор зарур деб ҳисобламаса, Вертинекс® қўлланишига йўл қўймаслик керак. Нейролептиклар баъзан туғиш вақтини узайтириши мумкин, ушбу даврда бачадон бўйни 3-4 см кенгайгунгача қабул қилишни тўхтатиш керак. Чақалоқлар учун эҳтимолий ноҳўя таъсирлар летаргия ёки парадоксал ўта сесканувчанликни, тремор ва ашгар паст кўрсаткичини ўз ичига олади.

Ҳомиладорликнинг учинчи уч ойлиги вақтида антипсихотиклар (шу жумладан, прохлорперазин) таъсирига учраган чақалоқлар ноҳўя таъсирларга, шу жумладан, экстрапирамид ва/ёки абстинент симптомларига дуч келади, ушбу симптомлар оғирлик даражаси ва туғишдан кейинги давомийлиги бўйича бир-биридан фарқ қилиши мумкин. Хавотирли асабийлашиш, гипертония, гипотония, тремор, серуйқулик, нафас етишмовчилиги ёки овқатланиш бузилишлари тўғрисида маълумотлар мавжуд. Тааллуқли равишда, чақалоқлар диққат билан кузатиб борилиши керак.

Фенотиазинлар сутга сингиб ўтиши мумкин, тааллуқли равишда, даволаш вақтида кўкракдан эмизишни вақтинча тўхтатиб қўйиш керак.

Автотранспортни бошқариш ёки бошқа механизмларни бошқаришда реакция тезлигига таъсир қилиш қобилияти

Дастлабки босқичлардаги даволаш вақтида беморлар уйқучанлик тўғрисида огоҳлантирилиши керак ва машиналарни бошқариш тавсия этилмайди.

Дозани ошириб юборилиши

Фенотиазинлар дозаси ошириб юборилганда кузатиладиган симптомлари уйқучанлик ёки хушидан кетишни, гипотензия, тахикардия, ЭКГ ўзгаришини, юрак қоринчаси аритмияси ва гипотермияни ўз ичига олади. Оғир экстрапирамид дискинезия пайдо бўлиши мумкин.

Агар бемор токсикли доза қабул қилгандан сўнг дарҳол тез (6 соатгача) тиббий кўрикдан ўтказилса, ошқозонни ювиб ташлаш амалга оширилиши мумкин. Қусиш фармакологик индукциясининг фойда бериш эҳтимоли кам. Фаоллаштирилган кўмир бериш керак. Заҳарга махсус қарши дори йўқ. Бир маромда ушлаб турувчи даволаш амалга оширилади.

Генерализацияланган вазодилатация томир коллапсига олиб келиши мумкин; беморнинг оёқларини кўтариб қўйиш етарли бўлиши мумкин. Оғир ҳолатларда вена ичидан

суоқликлар билан ҳажми кучайтириш талаб қилиниши мумкин; гипотермияни оғирлаштирмаслик учун инфузион суоқликлар юборилишдан олдин илитилиши керак. Агар суоқлик алмашинуви томир етишмовчилигини тузатиш учун етарли бўлмаса, допамин каби мусбат инотроп агентлар қўлланиб кўрилиши керак. Периферик томир торайтирувчи воситалар, одатда, тавсия этилмайди. Адреналиндан фойдаланишга йўл қўйманг.

Юрак қоринчаси ёки суправентрикуляр тахикардия, одатда, тананинг меъерий ҳарорати тикланишига ва қон айланиши тuzатилишига ёки моддалар алмашинуви бузилишига реакция билдиради. Турғун ёки ҳаёт учун хавфли ҳолатларда тааллуқли антиаритмик терапия кўриб чиқилиши мумкин. Лидокаин ва имкон даражасида, узоқ вақт таъсир кўрсатадиган антиаритмик препаратлар қўлланишига йўл қўйманг.

Марказий нерв тизими яқол сусуйганда, нафас олиш найчасидан ёки фавкуллода вазиятларда ёрдамчи сунъий ўпка вентилициясидан фойдаланиш талаб қилинади.

Оғир дистоник реакциялар, одатда, мушак ичига ёки вена ичига қўлланадиган проциклидин (5-10 мг) ёки орфенадрин (20-40 мг)га жавоб қайтаради. Конвульсияларни диазепам вена ичига юборилиши ёрдамида даволаш керак.

Хавфли нейрорептик синдромни соғутиш орқали даволаш керак. Дантролен натрийни ҳам қўлланиб кўрилиши мумкин.

Чиқарилиш шакли

10 таблеткадан ПВХ/ПВДХ блистерда, 1 ёки 10 блистердан тиббиётда қўлланилишига доир йўриқномаси билан бирга картон ўрамда.

Сақлаш шароити

Қурук, ёруғликдан ҳимояланган жойда, 25°C дан юқори бўлмаган ҳароратда сақлансин. Болалар ололмайдиган жойда сақлансин.

Яроқлилиқ муддати

3 йил.

Яроқлилиқ муддати ўтгач қўлланилмасин.

Дорихонадан бериш тартиби

Рецепт бўйича.

Ишлаб чиқарувчи

Kusum Healthcare Pvt. Ltd.

Ишлаб чиқариш манзили:

SP-289(A), RICO Industrial Area, Chopanki, Bhiwadi, Dist. Alwar (Rajasthan) Ҳиндистон.

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

“BARAKA DORI FARM” МЧЖ ХК

100022, Ўзбекистон Республикаси, Тошкент шаҳри, Яққасарой тумани, Кичик Халка Йули кўчаси, 91-уй.

Тел.: + 998 78 150 97 97; факс: + 998 78 150 97 87

Уяли тел.: + 998 93 388 87 82

Email: pv@kusum.uz

Web-сайт: kusum.uz