



ТИББИЁТДА ҚЎЛЛАНИЛИШИГА ДОИР ЙЎРИҚНОМА

Синарта®

Препаратнинг савдо номи: Синарта®

Таъсир қилувчи модда (ХПН): glucosamine

Дори шакли: инъекция учун эритма

Таркиби:

1 мл эритма (А ампула) қуйидагиларни сақлайди:

фаол модда: глюкозамин сульфатининг натрий тузи 100 % моддага қайта ҳисоблаганда – 251,25 мг, глюкозамин сульфатига қайта ҳисоблаганда – 200 мг, натрий хлоридига қайта ҳисоблаганда – 51,25 мг;

ёрдамчи моддалар: лидокаин гидрохлориди, инъекция учун сув;

1 мл эритма (В ампула) қуйидагиларни сақлайди:

диэтаноламин, инъекция учун сув.

Таърифи: *А ампула:* тиниқ рангсиз ёки оч сариқ рангли суюқлик (чиқарилган пайтда). Шаффоф, рангсиз ёки оч сариқдан сариқ ранггача бўлган суюқлик (яроқлилиқ муддати мобайнигача); *В ампула:* тиниқ рангсиз суюқлик; *А+В ампула:* тиниқ рангсиз ёки оч сариқ рангли суюқлик (чиқарилган вақтда). Тиниқ, рангсиз ёки оч сариқдан сариқ ранггача бўлган суюқлик (яроқлилиқ муддати мобайнигача).

Фармакотерапевтик гуруҳи: ностероид яллиғланишга қарши ва ревматизмга қарши воситалар. Бошқа ностероид яллиғланишга қарши ва ревматизмга қарши воситалар. Глюкозамин.

АТХ коди: M01AX05

Фармакологик хусусиятлари

Фармакодинамикаси

Глюкозамин сульфат таъсир қилувчи моддаси, инсон организмида физиологик шароитда мавжуд бўлган ва сульфатлар билан бирга синовиал суюқликнинг гиалурон кислотаси ва бўғим тоғайи асосий субстанцияси гликозаминогликанлар биосинтези учун ишлатиладиган аминомоносахарид тузларидир.

Шундай қилиб, глюкозамин сульфатнинг таъсир қилиш механизми гликозаминогликанлар ва шунга мос равишда бўғим протеогликанлари синтезини стимуляция қилишдан иборат. Бундан ташқари, глюкозамин яллиғланишга қарши таъсирга эга ва интерлейкин 1 (IL-1) фаоллигини сўндириш хусусиятига эга, асосан ўз метаболик хусусиятларининг намоён қилиши туфайли бўғим тоғайи емирилиш жараёнини сўндиради, бу эса бир томондан остеоартрит белгиларига таъсир қилади ва бошқа томондан бўғимларнинг тизимли шикастланишини кечиктириши мумкин, бу узок муддатли клиник тадқиқотлар натижалари билан тасдиқланган.

In vitro ва *in vivo* дастлабки тадқиқотлари маълумотларига кўра, глюкозамин сульфатини экзоген юбориш остеоартритда етарли бўлмаган протеогликанлар биосинтезини стимуллади, гликозаминогликанлар синтезида олтингутурт ионларини фиксациялайди ва бўғим тоғайи трофикасини яхшилайди.

Кейинги тадқиқотлар шуни кўрсатдики, глюкозамин сульфат супероксид радикаллари каби тўқималарни бузадиган моддалар синтезини, шунингдек, коллагеназалар ва А2 фосфолипазалари каби бўғим тоғайи тўқимасини бузадиган ферментларга қўшимча равишда лизосомал ферментларнинг фаоллигини бостиради. Ушбу таъсир *in vivo* ҳайвон моделларида кузатиладиган, шу жумладан, баъзи ҳолларда экспериментал остеоартритда,

хатто ностероид яллиғланишга қарши воситалардан (НЯҚВ) фарқли ўларок, циклооксигеназани бостирмасдан ҳам кузатиладиган кучсиз яллиғланишга қарши таъсир чақиради.

Кечроқ олиб борилган тадқиқотлар шуни кўрсатдики, юқорида келтирилган метаболик ва яллиғланишга қарши таъсирларнинг аксарияти остеоартрит патогенезида иштирок этган цитокининлардан бири бўлган IL-1 стимуляциясининг хужайра ичидаги сигналининг трансдукциясини сўндириш, кейинчалик цитокинин билан индуцирланган ген транскрипциясини бостириш билан боғлиқ бўлиши мумкин. Остеоартрити бўлган беморларда тасвирланган қон плазмасидаги ва синовиал суюқликдаги глюкозамин сульфат миқдори, бўғим тўқималарда бир қатор инфламатор ферментларнинг IL-1 билан боғлиқ ген экспрессиясини, шунингдек, агреганазларни ўз ичига олган баъзи металлопротеазалар каби тоғай олди дегенератив ферментларни ингибирлаши мумкин. Эҳтимол, глюкозаминнинг юқорида қайд этилган фармакодинамик хусусиятларига олтингугурт ионларининг потенсиал таъсири аниқ эмас.

Юқоридаги барча хусусиятлар, остеоартрит патогенези асосидаги тоғайлар дегенератив жараёнларига, шунингдек, касалликнинг клиник кўринишига ижобий таъсир кўрсатади.

Қисқа муддатли тадқиқотлар ва ўрта муддат давом этувчи тадқиқотлар шуни кўрсатдики, глюкозамин сульфатнинг остеоартрит белгилари бўйича самарадорлиги унинг қўлланилишидан 2-3 ҳафтадан кейин намоён бўлади.

Бошқа томондан, глюкозамин сульфатнинг симптоматикага нисбатан даволаш самарадорлиги, оддий аналгетиклар ва ностероид яллиғланишга қарши воситалар билан солиштирганда, 6 ой давомида доимий фойдаланиш курсидан кейин ёки 3 ой давомида қўлланилгандан сўнг, 2 ой давомида таъсир ўтказилгандан сўнг аниқ таъсирга эга.

3 йил давомида ҳар куни узлуксиз даво олиб борилган клиник тадқиқотлар натижалари рентген нурлари билан тасдиқланган бўғимлар тузилмаси шикастланиш секинлашуви ва белгиларини самарадорлигини прогрессив оширишни кўрсатади.

Глюкозамин сульфат яхши толерантликни намоён қилди. Глюкозамин сульфатнинг юрак-қон томир, нафас олиш, вегетатив ёки марказий асаб тизимига таъсири аниқланмади.

Фармакокинетикаси

Одамларда ва ҳайвонларда олиб борилган тадқиқотлар ^{14}C -глюкозаминни перорал қабул қилгандан сўнг радио фаол нишонланган элементлар тез ва деярли бутунлай тизимли даражада сўрилишини кўрсатди. Одамда препаратнинг тахминан 90% радио фаол нишонланган миқдори сўрилади. Каламушларда глюкозамин сульфатни перорал юборганда, жигар орқали бирламчи ўтиш самараси натижасида абсолют биокираолишлик даражаси 26 %ни ташкил қилди. Одамларда абсолют биокираолишлиги номаълум, лекин аллометрик ҳисобга кўра, каламушларда кузатилган билан аналогик яъни 20%дан 30%гача. Соғлом кўнгиллиларда глюкозамин сульфатни суткасига 1500 мг миқдорда кўп маротаба қабул қилишда, қон плазмасидаги ($C_{\text{max, ss}}$) миқдорнинг максимал мувозанати 1602 ± 425 нг/мл ($8,9 \mu\text{M}$) ни ташкил қилди. Ушбу концентрацияга, юборилгандан кейин (t_{max}) 1,5-4 соатдан сўнг (медиана: 3 соат) эришилди.

Мувозанат ҳолатида плазма концентрация AUC кўрсаткичи вақтга нисбатан 14564 ± 4138 нг·йил/млни ташкил қилди. Ушбу кўрсаткичлар дори воситасини нахорда қабул қилганда олинган, шунинг учун овқат қабули маълум бир даражада препаратнинг сўрилишига таъсир қилиши номаълум.

Перорал қабулда глюкоза сўрилишидан сўнг асосан қон - томирдан ташқари муҳитда (шунингдек, синовиал суюқликка) тарқалади, тарқалиш ҳажми одам танасидаги сувнинг тарқалишидан тахминан 37 марта кўп. Глюкозаминнинг оксиллар билан боғланиши аниқланмаган.

Глюкозаминнинг метаболик профили ўрганилмаган, чунки ушбу дори воситаси одам организмида мавжуд бўлган табиий модда бўлиб, бўғим тоғайлари айрим компонентлари биосинтези учун ишлатилади. Дори воситасини перорал қабул қилгандан сўнг 48 соат ичида қон плазмасидаги глюкозамин даражасини текшириш натижасига кўра

глюкозаминнинг одам қон плазмасидан ярим чиқарилишнинг фақат якуний элиминацион даври аниқланган. Ҳисобланаган қиймат тахминан 15 соат эди.

^{14}C -глюкозаминни перорал қабул қилгандан сўнг одамда радио фаол нишонланган элементларни сийдик орқали чиқарилиши, юборилган дозадан $10 \pm 9\%$ ни ташкил қилди, нажас билан ажралиш эса $11,3 \pm 0,1\%$ ни ташкил қилди. Перорал қабулдан кейин одамда глюкозаминнинг ўзгармаган ҳолда сийдик орқали чиқарилиш даражаси паст эди (юборилган дозадан тахминан 1%). Ушбу натижалар буйраклар глюкозамин ва ёки унинг метоболитлари ва ёки парчаланиш маҳсулотлари чиқарилишида буйраклар ахамиятли рол ўйнамайди.

Кунига 1 маҳал 750-1500 мг дозада кўп маротаба қабул қилишда глюкозамин фармакокинетикаси чизиқли бўлди, 3000 мг дозада қабул қилишда эса қон плазмасидаги глюкозамин даражаси, кутилгандан паст эди. Глюкозаминнинг мувозанат ҳолатидаги фармакокинетикси бир марта қабул қилган фармакокинетик профилига қараганда вақтга боғлиқ бўлмади, кумуляциясиз ёки биокираолишликнинг пасайиши кузатилди.

Аёллар ва эркаклардаги глюкозамин фармакокинетикаси аналогик, соғлом кўнгиллилар ва тизза бўғими остеоартрити бор беморларда фармакокинетик фарқ аниқланмади. Иккинчи ҳолатда сўнгги дозани суткада 1 марта кўп маротаба 1500 мг қабул қилгандан 3 соатдан сўнг қон плазмасидаги ўртача коцентрация $7,2 \mu\text{M}$ ни ташкил қилди ва бу соғлом кўнгиллиларга ўхшаш бўлиб, бу ҳолатда синовиал суюқликнинг ўртача миқдори 25 % ташкил қилди ва $10 \mu\text{M}$ диапазонда бўлди. Буйрак ва жигар етишмовчилиги бўлган беморларда глюкозаминнинг фармакокинетикаси текширилмади, чунки препаратнинг хавфсизлик профилини ҳисобга олган ҳолда ва буйракларнинг глюкозамин элиминациясида иштироки туфайли ушбу гуруҳдаги беморларда дозани камайтириш назарда тутилмаган.

Глюкозаминни суткада 1 марта кўп маротаба 1500 мг дозада қабул қилгандан сўнг қон плазмасида ва синовиал суюқликдаги мувозанат концентрацияси $10 \mu\text{M}$ оралиғида жойлашган ва шунинг учун *in vitro* экспериментал моделлар тадқиқотларда фармакологик фаоллик кўрсатилган, бу дори воситасининг таъсир механизмини ва клиник самарасини тасдиқлайди.

Қўлланилиши

Остеоартрит симптомларини даволаш: оғриқ ва функционал чекланишларда қўлланилади.

Қўллаш усули ва дозалари

Мушак ичига қўллаш учун буюрилади! Препарат томир ичига юбориш учун мўлжалланмаган.

Катта ва кекса ёшдаги пациентлар

Ишлатишдан олдин бир шприцда В (1 мл эритувчи) эритмасини А (2 мл препарат эритмаси) эритмаси билан аралаштиринг.

Препаратнинг тайёрланган эритмаси 3 мл ёки 6 мл дан (А+В эритмаси) ҳафтада 3 марта 4-6 ҳафта мобайнида мушак ичига юборилсин.

А ампуладаги эритманинг сарғиш рангда эканлиги дори воситасининг самарадорлиги ва толерантлигига таъсир қилмайди.

Препарат инъекцияларини эритма тайёрлаш учун кукун шаклида перорал қабул қилиш мумкин.

Глюкозамин ўткир оғриқ синдромини даволаш учун кўрсатилмаган.

Симптомларни енгиллаштириш (айниқса оғриқ ҳисларин камайиши) фақат бир неча ҳафта даволанишдан кейин ва айрим ҳолларда – узоқ вақтдан кейин ҳам содир бўлиши мумкин.

Буйрак ва ёки жигар функциясини бузилиши бўлган пациентларга дозага тузатиш киритиш бўйича тавсиялар берилмайди, чунки тегишли тадқиқотлар ўтказилмаган.

Болалар

Болалар ва ўсмирлардан фойдаланилмасин, чунки бундай беморлар учун препаратнинг хавфсизлиги ва самарадорлиги аниқланмаган.

Ножўя таъсирлари

Овқат ҳазм қилиш тизими томонидан: қориндаги оғриқ, метеоризм, диспепсия, диарея, қабзият, кўнгил айнаши, қусиш; глюкозага толерантлиги бузилган пациентларда гипергликемия;

нерв тизими томонидан: бош оғриғи, уйқучанлик, ўта чарчаш, бош айланиши;

иммун тизими томонидан: ўта юқори сезувчанлик реакциялари, шу жумладан аллергия реакциялар, бронхиал астманинг кучайиши;

кўриш аъзолари томонидан: кўриш бузилиши;

тери ва унинг тузилмалари томонидан: эритема, қичишиш, тошма, ангионевротик шиш, эшакеми, соч тўкилиши, абцесс;

махаллий реакциялар: инъекция жойида реакциялар.

Препаратнинг инъекция шакли лидокаинни ўз ичига олади. Истисно ҳолларда, ушбу компонентга хос бўлган ножўя таъсирлар бўлиши мумкин:

овқат ҳазм қилиш тизими томонидан: кўнгил айнаши, қусиш;

нерв тизими томонидан: тил ва лаблар қарахтлиги, нурдан кўрқиш, диплопия, бош оғриғи, хушни йўқотиш, мушаклар қалтираши, юқори дозаларни қабул қилганда – қулоқларда шовқин, қўзғалган ҳолатлар, хавотир, парестезия, тиришиш, хушни йўқотиш, кома, гиперактузия;

кўриш аъзолари томонидан: кўриш бузилиши, конъюнктивит; юқори дозаларни қабул қилганда – нистагм;

рухий бузилишлар: уйқуни бузилиши;

юрак қон-томир тизими томонидан: артериал гипотензия, юракнинг трансверс блокадаси, қон босими ортиши; юқори дозаларни қабул қилганда – аритмия, брадикардия, юрак ўтказувчанлигини секинлаштириши, юрак фаолиятини тўхташи, периферик вазодилатация, коллапс, тахикардия, юрак соҳасида оғриқ;

иммун тизим томонидан: иммунитет тизимини сусайиши, аллергия реакциялар шу жумладан, шиш, тери реакциялари, қичишиш; эшакеми, ўта юқори сезувчанлик реакциялари, шу жумладан анафилактик реакциялар (шу жумладан анафилактик шок), умумий эксфолиатив дерматит;

нафас тизими томонидан: нафас сусайиши ёки нафас олишни тўхташи, хансираш;

бошқалар: қизиб кетиш, оёқ ва қўлларни совиб кетиш ҳисси, увишиши, хавфли гипертермия; юқори дозаларда қўлланилганда – ринит;

махаллий реакциялар: инъекция жойида терининг санчиши, абсцесс, энгил ачишиш ҳисси (1 минут мобайнида оғриқсизлантирувчи самараси ривожланиши билан йўқолади), тромбофлебит кузатилиши мумкин.

Қўллаш мумкин бўлмаган ҳолатлар

- ☐ Таъсир этувчи моддага ёки ҳар қандай ёрдамчи моддалардан бирига индивидуал юқори сезувчанликда, қон кетишга мойилликда қўллаш мумкин эмас.
- ☐ Синарта® препаратини моллюскаларга аллергияси бўлган пациентларда қўллаш мумкин эмас, чунки фаол моддалар моллюскалар қобиғидан олинадилар, бундай пациентлар глюкозаминга аллергия реакцияларни ривожланишига мойил бўлиб, уларда касаллик белгилари кучайиши мумкин.
- ☐ Инъекцион шаклдаги препаратнинг таркибида лидокаин ёрдамчи моддаси қуйидаги қарши кўрсатмаларга эга бўлган: кардиоген шок, оғир артериал гипотензия, сурункали юрак этишмовчилигининг оғир шакллари, чап қоринча функцияси пасайиши, II-III даражали атриовентрикуляр блокадаси, оғир брадикардия, қон ивишининг бузилиши, Вольф-Паркинсон-Вайт синдроми, Адамс-Стокс синдроми;

- анамнезида лидокаиндан фойдаланиш натижасида келиб чиққан тиричишлар;
- синус тугун заифлик синдроми, жигар функцияси оғир бузилиши, гиповолемия, миастения, инъекция жойида инфекциялар, бошқа амид гуруҳидаги анестетикларга ўта юқори сезувчанлик (чунки юқори сезувчанликнинг ўзаро таъсирлашув реакцияларини ривожланиш хавфи юқори)да қўллаш мумкин эмас.

Дориларнинг ўзаро таъсири

Препаратнинг ампулалари таркибини бошқа инъекцион дори воситалари билан аралаштиришдан сақланиш керак.

Препаратнинг ўзаро таъсири бўйича специфик тадқиқотлар ўтказилмаган. Бирок, глюкозамин сульфатининг физик-кимёвий ва фармакокинетик хусусиятларини ҳисобга олган ҳолда, ўзаро таъсирларнинг паст потенциалини тахмин қилиш мумкин. Бундан ташқари, глюкозамин сульфат инсоннинг СУР450 асосий ферментларининг фаоллигини оширишга, пасайишига олиб келмайди.

Аслида, препарат сўрилиш механизмлари учун рақобат қилмайди, сўрилишидан кейин плазма оқсиллари билан боғланмайди, аксинча протеогликанларда метаболизмга учрайди ёки цитохром тизими ферментлари иштирокисиз парчаланади, натижада бошқа дорилар билан ўзаро таъсир ўтказа олмайди.

Глюкозамин билан биргаликда даволанган пациентларда кумарин антикоагулянтларини қўллашда кучли таъсир кўрсатилиши ҳақида хабар берилган. Шу муносабат билан, бундай беморлар учун коагуляция кўрсаткичларини назорат қилиш тавсия этиш мақсадга мувофиқ. Препарат ностероид яллиғланишга қарши препаратлар ва глюкокортикостероидлар билан мос келади.

Тетратциклиннинг меъда-ичакда сўрилишини кучайтириши мумкин.

Препаратнинг инъекцион шакли таркибига лидокаиннинг ёрдамчи моддаси киради. Циметидин, пептидин, бупивакаин, пропранолол, хинидин, дизопирамид, амитриптилин, нортриптилин, хлорпромазин, имипрамин жигар метаболизмини камайтириш йўли билан қон плазмасида лидокаин даражасини оширади. Норадреналин лидокаин билан ўзаро алоқада синергик таъсирга эга.

МАО ингибиторларини эҳтиёткорлик билан ишлатиш керак, чунки улар артериал гипотензия хавфини оширади ва уларнинг маҳаллий анестетик таъсирини узайтиради.

IA синфидаги антиаритмик препаратлар (шу жумладан, хинидин, прокаинамид, дисопирамид билан) билан бир вақтнинг ўзида фойдаланилганда QT интервалининг узайиши жуда кам ҳолларда АВ блокадаси ёки қоринчалар фибрилацияси келиб чиқиши мумкин.

Юрак гликозидларини қўллашда кардиотоник таъсири заифлашади.

Седативлар билан бир вақтнинг ўзида фойдаланиш билан седатив таъсир кучаяди.

Фенитоин лидокаиннинг кардиодепрессив таъсирини кучайтиради.

Прокаинамид билан бир вақтнинг ўзида фойдаланиш васваса, галлюцинацияларга олиб келиши мумкин.

Лидокаин нерв-мушак ўтказувчанлик блокадасига олиб келадиган дориларнинг таъсирини кучайтириши мумкин, чунки у нерв импульсларнинг ўтказувчанлигини камайтиради. Этанол лидокаиннинг нафас олиш таъсирини камайтиради.

Махсус кўрсатмалар

Препаратни юбориш фақат тиббий ходимлар томонидан амалга оширилиши мумкин.

Глюкоза ўлаштиролмаган беморларга эҳтиёткорлик билан буюриш керак. Даволаш бошланишида қандли диабет билан оғриган беморларда қондаги шакар миқдорини назорат қилиш тавсия этилади.

Бронхиал астма билан оғриган беморларни даволашда эҳтиёткорлик билан фойдаланилсин, чунки бундай беморлар глюкозаминга аллергик реакцияларни ривожланишига мойил бўлиб, уларнинг белгилари кучайиши мумкин.

Препаратнинг 1 дозаси 40,3 мг натрийни ўз ичига олади. Бун қаттиқ тузсиз парҳез буюрилган беморларда тавсия этишда эътиборга олиниши керак.

Препаратнинг тасодифий интраназал қўлланилишига йўл қўймаслик учун аспирацион синамани ўтказиш тавсия этилади.

Лидокаин анестетик гуруҳидан фойдаланиш хавфсизлиги ёмонсифатли гипертермияга мойил бўлган беморларда шубҳали бўлиб, бундай ҳолларда улардан фойдаланишдан сақланиш керак.

Юрак касалликларида лидокаинни қўллашдан олдин (гипокалемия лидокаиннинг самарадорлигини пасайтиради) қонда калий даражасини нормаллаштириш ва ЭКГни назорат қилиш керак.

Препаратни мушак ичига юборилгандан сўнг қон зардобиди креатинфосфокиназининг фаоллиги ошиши мумкин, бу эса ўткир миокард инфаркти ташхисини қўйишда хатоликка олиб келиши мумкин.

Синус тугунининг фаолиятни бузилиши, P-Q интервалининг узайиши, QRS кенгайиши ёки аритмия юзага келиши ёки кучайиши ҳолатларида дозани камайтириш ёки препаратни бекор қилиш керак.

Препаратни қон айланиши етишмовчилиги, артериал гипотензия, анамнезда аритмия, ўрта даражадаги жигар ва/ёки буйрак етишмовчилиги бўлган беморларга қўллашда алоҳида эътибор бериш керак. Таркибиди лидокаиннинг мавжудлиги сабабли, кекса беморларда, эпилепсия билан оғриган беморларда, юрак ўтказувчанлигини бузилганда, нафас олиш етишмовчилигида буюришда эҳтиёт бўлиш керак.

Болаларда қўллашни чеклаш

Болалар ва 18 ёшгача бўлган ўсмирларда қўлламанг, чунки бундай пациентлар учун препаратнинг хавфсизлиги ва самарадорлиги ўрнатилмаган.

Ҳомиладорлик ёки эмизиш даврида қўлланилиши.

Ҳомиладорлик ёки лактация даврида препаратни қўллаш бўйича маълумотлар мавжуд эмас, шунинг учун ушбу тоифадаги беморларда препаратни қўллаш тавсия этилмайди.

Автотранспортни ёки бошқа механизмларни бошқаришда реакция тезлигига таъсири.

Препаратни автомобил бошқаруви ва бошқа механизмлардан фойдаланишга таъсир қилиш қобилияти бўйича тадқиқотлар ўтказилмади. Транспорт воситаларини бошқаришда ва эътибор талаб қиладиган ишларни бажаришда эҳтиёт бўлиш керак. Уйқусизлик, чарчоқ, бош айланиши ёки автотранспорт ва бошқа механизмлар бошқарувида кўришни бузилишида таъқиланган.

Дозани ошириб юборилиши

Дозани ошириб юбориш ҳоллари қайд этилмаган. Дозани ошириб юбориш ҳолатларида сув-электролитлар мувозанатини тиклашга қаратилган симптоматик даво олиб бориш керак.

Препаратнинг инъекцион шакли таркибига ёрдамчи модда лидокаин киради.

Марказий асаб тизими томонидан лидокаин гидрохлориднинг дозаси ошириб юборилишини дастлабки белгилари тил ва лаблар қарахтлиги, қўзғалувчанлик, эйфория, ташвиш, қулоқда шовқин, бош айланиши, кўриш хиралиги, нистагм, тремор, депрессия, уйқучанлик, хушни йўқотиш, комагача, тоник-клоник тиришишлар. Адабий манбаларда таъкидланганидек, лидокаин гидрохлорид билан боғлиқ дозани ошириб юбориш белгилари, юрак-қон томир тизими ва нафас олиш функцияси томонидан қон босими пасайиши, коллапс, АВ блокадаси ва нафас олиш фаолиятини сусайиши мумкин. Беморнинг юрак-қон томир ва нафас олиш функцияларини назорат қилиш керак.

Ушбу параметрларнинг ўзгариши препаратнинг дозасини ошиб кетишини кўрсатиши мумкин, шунинг учун беморни дарҳол кислород билан таъминлаш керак. Барча асоратлар симптоматик давои талаб қилади.

Чиқарилиш шакли

А ампула: 2 мл эритма жигарранг тиниқ шиша ампулада.

В ампула: 1 мл эритувчи, синдириш ўйиқчаси бўлган, рангсиз тиниқ шиша ампулада.

5 А ампула ва 5 В ампуладан мос равишда блистерда.

Қадоқда А ампула 1 блистердан ва В ампула 1 блистердан тиббиётда қўлланилишига доир ўриқнома билан бирга.

Сақлаш шароитлари

Ўруғликдан химояланган жойда 25 °С дан юқори бўлмаган хароратда сақлансин.

Болалар ололмайдиган жойда сақлансин.

Яроқлилик муддати

2 йил.

Ўрамида кўрсатилган яроқлилик муддати ўтгач қўлланилмасин.

Тайёрланган эритмани дархол ишлатилсин.

Дорихналардан бериш тартиби

Рецепт бўйича.

Ишлаб чиқарувчи

«Фармак» АЖ. Украина, 04080, Киев ш., Кирилловская кўчаси, 63.

Ишлаб чиқарувчининг манзили ва уни фаолият кўрсатиш жойи манзили.

Украина, 04080, Киев ш., Кирилловская кўчаси, 74.

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

"Фармак" АЖ нинг Ўзбекистондаги ваколатхонаси

100170, Ўзбекистон Республикаси, Тошкент ш., Мирзо-Улугбек тум., Зиёлилар кўч. 12а, 1/2

e-mail: info@farmak.ua

Тел.: +998 (71) 235-77-13