

Регистрационное удостоверение: DV/X № 04129/09/18;

Утверждено: Государственный Центр Экспертизы и Стандартизации лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинского оборудования Министерства Здравоохранения Республики Узбекистан

ТИББИЁТДА ҚЎЛЛАНИЛИШИГА ДОИР ЙЎРИҚНОМА
КАБЕРГОЛИН-ОРВИЛЛЕ ТАБ

Препаратнинг савдо номи: КАБЕРГОЛИН-ОРВИЛЛЕ ТАБ

Таъсир этувчи модда (ХПН): каберголин

Дори шакли: таблеткалар

Таркиби:

Ҳар бир таблетка куйидагиларни сақлайди:

фаол модда: 0,5 мг каберголин;

ёрдамчи моддалар: целлактоза 80, лактоза гидрат, лейцин, натрий крахмал гликоляти, магний сульфати.

Таъриф: узунчок, оқ рангли, бир томонида «D/C» ва бошқа томонида «0,5» гравировкаси бўлган таблеткалар.

Фармакотерапевтик гуруҳи: дофамин рецепторларининг агонисти.

АТХ коди: G02CB03

Фармакологик хусусиятлари

Фармакодинамикаси

Каберголин эрголиннинг дофаминергик ҳосиласидир ва гипофизнинг лактотроп хужайраларининг D₂-дофамин рецепторларини тўғридан-тўғри рағбатлантириши билан боғлиқ бўлган яққол ва узоқ муддатли пролактин пасайтирувчи таъсири билан характерланади. Бундан ташқари, юқори дозалар қабул қилинганида пролактиннинг қон плазмасидаги концентрациясини камайтириш учун, шундайлар билан солиштирилганида каберголин D₂-рецепторларни рағбатлантирилиши оқибатида марказий дофаминергик самараларга эга.

Пролактиннинг плазмадаги концентрациясини пасайиши препарат қабул қилинганидан кейин 3 соат давомида аниқланади ва соғлом кўнгиллиларда ва гиперпролактинемияли пациентларда 7-28 кун давомида ва аёлларда туғруқдан кейинги даврда 14-21 кунгача сақланади. Каберголин қатъий танлаб таъсир қилиш қобилятига эга, гипофизнинг бошқа гормонларини ва кортизолни базал секрециясига таъсир қилмайди. Каберголиннинг пролактинни пасайтирувчи таъсири яққоллигига нисбатан ҳам, давомийлигига нисбатан ҳам дозага боғлиқдир.

Каберголиннинг терапевтик самараси билан боғлиқ бўлмаган фармакодинамик таъсирларига, фақат артериал босимни (АБ) пасайиши киради. Препарат бир марта қабул қилинганида максимал гипотензив самара биринчи 6 соат давомида аниқланади ва дозага қарам ҳисобланади.

Фармакокинетикаси

Каберголин меъда-ичак йўлларида тез сўрилади, қон плазмасида максимал концентрацияга 0,5-4 соатдан кейин эришилади, қон плазмаси оксиллари билан боғланиши 41-42% ни ташкил қилади. Каберголинни буйрақлар орқали чиқарилиш тезлиги бўйича баҳоланадиган ярим чиқарилиш даври соғлом кўнгиллиларда 63-68 соатни ва гиперпролактинемияли пациентларда 79-115 соатни ташкил қилади. Ярим чиқарилиш даврининг узоқлиги сабабли мувозанатли концентрация ҳолатига 4 ҳафтадан кейин эришилади. Каберголин қабул қилинганидан кейин 10 кун ўтгач сийдик ва ахлатда қабул

қилинган дозанинг мувофиқ тахминан 18% ва 72% аниқланади, бунда ўзгармаган каберголиннинг сийдикдаги ҳиссаси 2-3% ни ташкил қилади. Сийдикда идентификацияланган каберголин метаболизмининг асосий маҳсулоти, қабул қилинган дозанинг 4-6% гача бўлган концентрациядаги 6-аллил-8β-карбокси-эрголиндир. 3 кўшимча метаболитларнинг сийдикдаги миқдори қабул қилинган дозанинг 3% дан ошмайди. Метаболизм маҳсулотлари пролактиннинг секрециясини бостирилишига нисбатан каберголин билан солиштирганда аҳамиятли кам самарага эга эканлиги аниқланган. Овқат қабул қилиш каберголинни сўрилишига ва тақсимланишига таъсир қилмайди.

Қўлланилиши

- Туғруқдан кейин физиологик лактацияни олдини олиш.
- Туғруқдан кейинги лактацияни сусайтириш.
- Гиперпролактинемия билан боғлиқ бўлган бузилишларни, шу жумладан аменорея, олигоменорея, ановуляция, галактореяни даволаш.
- Гипофизнинг пролактин секрецияловчи аденомалари (микро- ва макропролактиномалар), идиопатик гиперпролактинемия; гиперпролактинемия билан бирга қўшилган «бўш» турк эгари синдромида қўлланади.

Қўллаш усули ва дозалари

Ичга, овқатланиш вақтида.

Лактацияни тўхтатиш: 1 мг бир марта (0,5 мг дан 2 таблетка) туғруқдан кейин биринчи кунни.

Бошланган лактацияни сусайтириш: 0,25 мг (1/2 таблетка) дан суткада икки марта ҳар 12 соатда икки кун давомида (умумий доза 1 мг га тенг). Эмизикли оналарда ортостатик гипотензия хавфини камайтириш мақсадида, КАБЕРГОЛИН-ОРВИЛЛЕ ТАБ препаратни бир марталик дозаси 0,25 мг дан ошмаслиги керак.

Гиперпролактинемия билан боғлиқ бузилишларни даволаш: тавсия қилинадиган бошланғич доза ҳафтада бир қабулда (0,5 мг ли 1 таблетка) ёки икки қабулда (0,5 мг ли 1/2 таблеткадан, масалан, душанба ва пайшанба) 0,5 мг ни ташкил қилади. Ҳафталик дозани ошириш аста-секин 0,5 мг га бир ойлик оралиқда, оптимал терапевтик самарага эришгунча ўтказилади. Терапевтик доза одатда ҳафтада 1 мг ни ташкил қилади, аммо ҳафтада 0,25 мг дан 2 мг гача ўзгариши мумкин. Гиперпролактинемияли пациентлар учун максимал доза ҳафтада 4,5 мг дан ошмаслиги керак.

Ўзлаштирилишига қараб ҳафталик дозани бир марта қўллаш мумкин ёки ҳафтада 2 ва ундан кўп қабулларга бўлиш мумкин. Препарат ҳафтада 1 мг дан кўп дозада буюрилганида ҳафталик дозани бир неча қабулларга бўлиш тавсия қилинади.

Дофаминергик препаратларга юқори сезувчанлиги бўлган пациентларда ножўя кўринишларни ривожланиш эҳтимолини даволашни КАБЕРГОЛИН-ОРВИЛЛЕ ТАБ препаратнинг кичик дозалари билан (масалан, 0,25 мг дан ҳафтада бир марта) бошлаб камайтириш мумкин, кейинчалик терапевтик дозага эришилгунча аста-секин оширилади. Яққол ножўя кўринишлари пайдо бўлганида препаратнинг ўзлаштирилишини яхшилаш учун дозани кейинчалик аста-секин ошириш (масалан, ҳафтада 0,25 мг га, ҳар икки ҳафтада ошириш) орқали вақтинчалик камайтириш мумкин.

Ножўя таъсирлари

КАБЕРГОЛИН-ОРВИЛЛЕ ТАБ препарати қўлланган клиник текширишларда *лактацияни физиологик тўхтатиш* учун (1 мг ни бир марта) ва *лактацияни сусайтириш* учун (0,25 мг дан ҳар 12 соатда 2 кун давомида) ножўя таъсирлари тахминан 14% аёлларда аниқланган. КАБЕРГОЛИН-ОРВИЛЛЕ ТАБ препарати ҳафтада 1-2 мг дан 2 қабулга бўлинган дозада *гиперпролактинемия билан боғлиқ бузилишларни даволаш* учун 6 ой давомида қўлланганида, ножўя кўринишларнинг тез-тезлиги 68% ни ташкил қилган. Ножўя кўринишлар асосан даволашнинг биринчи 2 ҳафтаси давомида пайдо бўлган ва кўпчилик ҳолларда даволаш давом эттирилганида ёки КАБЕРГОЛИН-ОРВИЛЛЕ ТАБ препарати

бекор қилинганидан кейин бир неча кун ўтгач йўқолган. Ножўя кўринишлари одатда ўткинчи, оғирлик даражаси бўйича кучсиз ёки ўртача ифодаланган ва дозага боғлиқ характерга эга. Даволаш вақтида оғир ножўя ҳолатлари камида 14% пациентларда аниқланган, ножўя таъсирлари сабабли тахминан 3% пациентларда даволаш тўхтатилган.

Энг кўп учрайдиган ножўя таъсирлари қуйида берилган:

Юрак-қон томир тизими томонидан: юрак уриши ҳисси; КАБЕРГОЛИН-ОРВИЛЛЕ ТАБ узок муддат қўлланганида одатда гипотензив таъсир кўрсатади, айрим ҳолларда ортостатик артериал гипотензия бўлиши мумкин; туғруқдан кейинги биринчи 3-4 кунлари АБ белгиларсиз пасайиши мумкин (систолик 20 мм сим. уст. дан кўпроқ, диастолик – 10 мм сим. уст. дан кўпроқ).

Нерв тизими томонидан: бош айланиши/вертиго, бош оғриғи, юқори чарчоқлик, уйқучанлик, депрессия, астения, парестезия, хушдан кетиш, асабийлашиш, хавоторлик, уйқусизлик, диққат концентрациясини бузилиши.

Овқат ҳазм қилиш тизими томонидан: кўнгил айнаши, қусиш, эпигастрия соҳасида оғриқлар, қорин оғриғи, қабзият, гастрит, диспепсия, оғиз бўшлиғини шиллиқ пардасинир куруклиги, диарея, метеоризм, тиш оғриғи, ҳалқумни шиллиқ пардасини таъсирланиши.

Бошқалар: мастодиния, дисменорея, бурундан қон кетиши, ринит, юз терисига қонни “оқиб келишлари”, транзитор гемиянопсия, бармоқ томирларининг спазмлари ва оёқ мушакларини тиришишлари (бошқа шохқуя ҳосилалари каби КАБЕРГОЛИН-ОРВИЛЛЕ ТАБ томирларни торайтирувчи таъсир кўрсатиши мумкин), кўришни бузилиши, гриппсимон симптомлар, лоҳаслик, периорбитал ва периферик шишишлар, анорексия, акне, терини қичиши, бўғимларда оғриқ.

КАБЕРГОЛИН-ОРВИЛЛЕ ТАБ препарати билан узок муддатли даволашда стандарт лаборатория кўрсаткичларини меъёрдан ўзгариши кам аниқланган: аменореяли аёлларда ҳайз тикланганидан кейин биринчи бир неча ой давомида гемоглобиннинг даражасини камайиши кузатилган.

Постмаркетинг текширишларида каберголинни қабул қилиш билан боғлиқ қуйидаги ножўя таъсирлари ҳам қайд қилинган: алопеция, қонда креатинин-фосфокиназа фаоллигини ошиши, маниялар, диспноэ, шишлар, фиброз, жигар фаолиятини бузилиши ва жигар фаолиятининг кўрсаткичларини ўзгариши, юқори сезувчанлик реакциялари, тошма, респиратор бузилишлар, нафас етишмовчилиги, вальвулопатия, қимор ўйинларига патологик мойиллик, гиперсексуаллик, либидони ошиши, тажовузкорлик, рухий бузилишлар, перикардит, тасодифан ухлаб қолиш, тана вазни камайиши ёки ошиши, бурун битиши.

Қўллаш мумкин бўлмаган ҳолатлар

- каберголинга ёки препаратнинг бошқа компонентларига, шунингдек ҳар қандай шохқуя алкалоидларига юқори сезувчанлик.
- фиброз ўзгаришлар ёки анамнезда шундай ҳолатлар бўлган туфайли юрак ва нафас функцияларини бузилиши.
- давомли терапияда: даволашдан олдин ўтказилган эхокардиографик (ЭхоКГ) текширувлар билан тасдиқланган юрак клапан аппарати патологиясини анатомик торайиши, аралаш патологияси: клапанлар етишмовчилиги ва стенози).
- 16 ёшдан кичик болаларда (препаратнинг хавфсизлиги ва самарадорлиги аниқланмаган).
- лактозани ўзлаштириолмаслиги, лактазани танқислиги, глюкоза-галактоз мальабсорбциясида қўллаш мумкин эмас.

Эҳтиёткорлик билан

Бошқа шохқуя ҳосилалари каби КАБЕРГОЛИН-ОРВИЛЛЕ ТАБ ни, қуйидаги ҳолатларда ва/ёки касалликларда эҳтиёткорлик билан буюриш керак:

- хомиладорлик фонида ривожланган артериал гипертензия, масалан преэклампсия ёки туғруқдан кейинги артериал гипертензия (КАБЕРГОЛИН-ОРВИЛЛЕ ТАБ ни фақат

препаратни қўллашдан бўладиган потенциал фойда, мумкин бўлган хавфдан аҳамиятли устун бўлган ҳолларда буюрилади);

- оғир юрак-қон томир касалликлари, Рейно синдроми;
- пептик яра, меъда-ичак қон кетишлари;
- оғир жигар етишмовчилиги (кичик дозаларни қўллаш тавсия қилинади);
- оғир рухий ёки когнитив бузилишлар (шу жумладан анамнездаги);
- гипотензив таъсир кўрсатувчи препаратлар билан бир вақтда қўллаш (ортостатик гипотензияни ривожланиш хавфи туфайли).

Дориларнинг ўзаро таъсири

Каберголин ва бошқа шохқуя алкалоидларининг ўзаро таъсири тўғрисида маълумотлар йўқ, шунинг учун бу дори воситаларини бир вақтда КАБЕРГОЛИН-ОРВИЛЛЕ ТАБ препарати билан узоқ муддатли даволаш вақтида буюриш тавсия қилинмайди.

Каберголин дофамин рецепторларини тўғридан-тўғри рағбатлантириш йўли орқали терапевтик таъсир кўрсатиши туфайли, уни дофамин антагонистлари каби таъсир қилувчи препаратлар (фенотиазинлар, бутирофенонлар, тиоксантенлар, метоклопрамид ва бошқ.) билан бир вақтда буюриш мумкин эмас, чунки улар каберголиннинг пролактиннинг концентрациясини пасайтиришга қаратилган таъсирини сусайтириши мумкин.

Бошқа шохқуя ҳосилалари каби каберголинни бир вақтда антибиотик-макролидлар (масалан, эритромицин) билан қўллаш мумкин эмас, чунки бу каберголиннинг тизимли биокираолишлигини ошишига олиб келиши мумкин.

Махсус кўрсатмалар

Гиперпролактинемия билан боғлиқ бузилишларни даволаш мақсадида КАБЕРГОЛИН-ОРВИЛЛЕ ТАБ препаратини буюришдан аввал гипофизнинг фаолиятини тўлиқ текширишни ўтказиш керак.

Бундан ташқари, юрак-қон томир тизимининг фаолиятини, шу жумладан юракнинг клапан аппарати фаолиятини, симптомсиз кечадиган бузилишларини аниқлаш мақсадида ЭхоКГ ўтказиш керак.

Бошқа шохқуя ҳосилалари қўлланганда бўлгани каби, каберголин узоқ вақт давомида қабул қилинганидан сўнг пациентларда плеврада суюқликни йиғилиши/плевра фибрози ва вальвулопатиялар кузатилган. Айрим ҳолларда пациентлар дофаминнинг эрготонин агонистлари билан илгари даволанганлар. Шунинг учун КАБЕРГОЛИН-ОРВИЛЛЕ ТАБ препаратини, юрак ёки нафас фаолиятини, анамнезида фиброз ўзгаришлари ёки юқоридаги ҳолатлари билан боғлиқ бўлган, бузилишларини клиник симптомлари ва/ёки белгилари бўлган пациентларда қўллаш мумкин эмас. Қон регургитациясини пайдо бўлиши ёки ёмонлашиши, клапанлар бўшлиғини клапанларнинг ёриғини торайиши ёки клапанлар тавақаларини қалинлашиши белгилари аниқланганида препарат қабул қилишни бекор қилиш керак (“Қўллаш мумкин бўлмаган ҳолатлар” бўлимига қаранг).

Плеврада суюқликни йиғилиши ёки плеврал фиброз ривожланганида эритроцитларни чўкиш тезлигини ошиши аниқланган. Эритроцитлар чўкиш тезлигини номаълум ошиши аниқланганида, кўкрак қафасини рентгенографик текшириш тавсия этилади. Ташхис қўйишда, шунингдек қон плазмасида креатининнинг концентрациясини текшириш, буйрак фаолиятини баҳолаш ҳам ёрдам бериши мумкин. КАБЕРГОЛИН-ОРВИЛЛЕ ТАБ препаратини қабул қилиш тўхтатилганидан сўнг плеврада суюқликни йиғилиши/плевра фибрози ёки вальвулопатияси бўлган пациентларда симптомларни ёмонлашиши кузатилган.

Каберголинни, қон регургитацияси белгилари бўлган пациентларнинг ҳолатини ёмонлаштириши мумкинлиги номаълум. Юракнинг клапан аппаратини фиброзли шикастланиши белгилари аниқланганида Каберголинни қўллаш мумкин эмас (“Қўллаш мумкин бўлмаган ҳолатлари” бўлимига қаранг).

Фибротик бузилишлар симптомсиз ривожланиши мумкин. Шу сабабли каберголин билан узоқ вақт давомида даволанаётган пациентларнинг ҳолатини мунтазам равишда назорат қилиш ва қуйидаги симптомларга алоҳида эътибор бериш керак:

- хансираш, нафас фаолиятини қийинлашиши, ўтиб кетмайдиган йўтал ёки кўкрак қафасида оғриқ каби плевра-ўпка бузилишлари;
- буйрак етишмовчилиги ёки сийдик чиқариш йўли ёки қорин бўшлиғи аъзоларининг қон томирларини обструкция, бу ёнбош ёки белдаги оғриқлар ва оёқларни шиши билан кечиши мумкин, қорин соҳаси пайпасланганида кузатиладиган ҳар қандай шиш ва оғриқ ретроперитонеал фиброз ривожланганлигидан далолат бериши мумкин;
- перикардиал фиброз ва юрак клапанлари тавақасини фибрози кўпроқ юрак етишмовчилигини авж олишига олиб келади. Шу сабабли юрак етишмовчилиги симптомлари пайдо бўлганида юрак клапанлари тавақалари (ва констриктив перикардит) ни истисно қилиш керак.

Фибротик бузилишлар ривожланишини аниқлаш учун пациентнинг ҳолатини мунтазам равишда мониторинг қилиш керак. ЭхоКГ биринчи марта даволаш бошланганидан сўнг 3-6 ойдан кейин ўтказилиши керак. Сўнгра ушбу текширув пациентнинг ҳолатини клиник баҳолашга қараб ўтказиш, юқорида таърифланган симптомларга алоҳида эътибор бериб, камида ҳар 6-12 ойда ўтказиш керак.

Бошқа мониторинг усулларини (масалан, физикал текширишлар, жумладан юрак аускультацияси, рентгенография, компьютер томография) ўтказиш зарурияти ҳар бир пациент учун индивидуал равишда баҳоланади.

Дозаларни оширилганида пациентлар, терапевтик самараларни таъминлайдиган энг кичик самарали дозани аниқлаш мақсадида, шифокорнинг кузатуви остида бўлишлари керак. Самарали дозалаш тартиби танланганидан кейин, пролактиннинг қон зардобидаги концентрациясини мунтазам аниқлашни (1 ойда 1 марта) ўтказиш тавсия қилинади. Пролактин даражасини меъёрлашиши одатда даволашнинг 2-4 ҳафтасида кузатилади.

КАБЕРГОЛИН-ОРВИЛЛЕ ТАБ препарати бекор қилинганидан кейин одатда гиперпролактинемия кузатилади, аммо айрим пациентларда пролактинни концентрациясини бир неча ой давомида турғун сусайтирилиши аниқланади. Кўпчилик аёлларда овулятор цикллар КАБЕРГОЛИН-ОРВИЛЛЕ ТАБ препарати бекор қилинганидан кейин камида 6 ой давомида сақланади.

КАБЕРГОЛИН-ОРВИЛЛЕ ТАБ гиперпролактинемик гипогонадизмли аёлларда овуляция ва фертиллиқни тиклайди. Чунки ҳомиладорлик ҳайз кўриш тикланишигача юз бериши мумкинлиги туфайли, аменорея даври давомида камида 4 ҳафтада 1 марта, ҳайз кўриш тикланганидан кейин эса ҳар гал, ҳайз кўриш 3 кундан кўпроққа кечикканида ҳомиладорликка тестларни ўтказиш тавсия қилинади. Ҳомиладорликдан сақланишни хоҳлаган аёллар КАБЕРГОЛИН-ОРВИЛЛЕ ТАБ препарати билан даволаш вақтида, шунингдек препарат бекор қилинганидан кейин ановуляция қайтарилгунича контрацепциянинг тўсиқли усулларини ишлатишлари керак. Ҳомиладорлик бошланган аёллар, гипофизни катталашини белгиларини ўз вақтида аниқлаш учун, шифокорнинг кузатуви остида бўлишлари керак, чунки ҳомиладорлик вақтида гипофизнинг мавжуд бўлган ўсмаларининг ўлчамлари ошиши мумкин.

КАБЕРГОЛИН-ОРВИЛЛЕ ТАБни оғир жигар етишмовчилиги бўлган пациентларга жуда кичик дозаларда (Чайлд-Пью таснифи бўйича С синфи) буюриш керак, уларга препарат билан узоқ муддат даволаниш кўрсатилган. Бундай пациентларга бир марта 1 мг доза буюрилганида соғлом кўнгиллилар ва камроқ ифодаланган жигар етишмовчилиги бўлган пациентлар билан солиштирганида АУС (“концентрация-вақт” эгри чизиғи ости майдони) ошиши аниқланган.

Каберголинни қўллаш уйқучанликни чақиради. Паркинсон касаллиги бўлган пациентларда дофамин рецепторларининг агонистларини қўллаш тўсатдан уйқуни чақариши мумкин. Бундай ҳолларда КАБЕРГОЛИН-ОРВИЛЛЕ ТАБ препарати дозасини камайтириш ёки даволашни тўхтатиш тавсия қилинади.

Препаратни кекса ёшдаги гиперпролактинемия билан боғлиқ бузилишлари бўлган пациентларда қўллаш бўйича текширишлар ўтказилмаган. 16 ёшдан кичик болаларда препаратнинг хавфсизлиги ва самарадорлиги аниқланмаган.

Ҳомиладорлик ва лактация

Ҳомиладор аёлларда КАБЕРГОЛИН-ОРВИЛЛЕ ТАБни қўллаш билан бўлган назоратли клиник текширишлар ўтказилмагани учун, препаратни ҳомиладорлик вақтида фақат жуда зарур ҳолларда, аёл ва ҳомила учун фойда/хавф нисбатини ҳисобга олиб буюриш мумкин. Агарда ҳомиладорлик КАБЕРГОЛИН-ОРВИЛЛЕ ТАБ препарат билан даволаш фонида бошланган бўлса, препаратни бекор қилишни, шунингдек фойда/хавф нисбатини ҳисобга олиб кўриб чиқиш мақсадга мувофиқдир. Гарчи мавжуд бўлган маълумотларга кўра КАБЕРГОЛИН-ОРВИЛЛЕ ТАБ препаратини гиперпролактинемия билан боғлиқ бузилишлар бўйича ҳафтада 0,5-2 г дозада қўллаш ҳомила тушишларни, муддатдан олдин туғишларни, кўп ҳомилалари ҳомиладорлик ва ривожланишнинг туғма нуқсонлари сонини ошиши билан кечмасада ҳисобга олиб, камида бир ой давомида ҳомиладорликни юз беришидан сақланиш керак.

Препаратни кўкрак сути билан чиқарилиши тўғрисида маълумотлар йўқ, аммо КАБЕРГОЛИН-ОРВИЛЛЕ ТАБ препаратни лактацияни тўхтатиш ёки бостириш учун оналарга қўллашдан самара бўлмаганида эмизидан сақланиш керак. Гиперпролактинемия билан боғлиқ бузилишларда КАБЕРГОЛИН-ОРВИЛЛЕ ТАБни эмизидан хоҳлаган оналарга буюриш мумкин эмас.

Транспорт воситаларни ва механизмларни бошқариш қобилиятига таъсири

КАБЕРГОЛИН-ОРВИЛЛЕ ТАБ препаратини қўллаётган пациентлар транспорт воситаларни ва механизмларни бошқаришдан ва диққат концентрацияни ва психомотор реакциялар тезлигини талаб қиладиган бошқа потенциал хавфли фаолият турлари билан шуғулланишидан сақланишлари керак.

Дозани ошириб юборилиши

Дозани ошириб юборилишининг симптомлари (эҳтимол, дофамин рецепторларини гиперстимуляция симптомлари): қўнғил айнаши, диспептик бузилишлар, ортостатик артериал гипотензия, онгни чалкашиши, психоз, галлюцинациялар.

Доза ошириб юборилганида препаратни чиқаришга қаратилган сўрилмаган препаратни чиқарилишига йўналган ёрдамчи тадбирларни (меъдани ювиш) ва зарурати бўлганида артериал босимни тутиб туриш керак. Дофамин антагонистларини буюриш мумкин.

Чиқарилиш шакли

I синф қаҳрабо рангли шиша бутилкалар, очиш учун тиқинли ва химояловчи силикагелли полипропилен (PP) тиқинли алюмин қопқоқчали тиқин. Ҳар бир бутилка 24 таблетка сақлайди ва сиртдан қоғоз футляр билан химояланган.

Сақлаш шароити

Герметик контейнерда, хона ҳароратида (1~30°C) сақлансин.

Болалар ололмайдиган жойда сақлансин.

Яроқлилиқ муддати

2 йил (ишлаб чиқарилгандан бошлаб 24 ой).

Яроқлилиқ муддати ўтгач қўлланилмасин.

Дорихоналардан бериш тартиби

Рецепт бўйича.

Ишлаб чиқарувчи

Dongkoo Bio&Pharma Co., Ltd., Корея Республикаси

Бош офис: B-14F, 114, Беобвон-ро, Соньпа-гу, Сеул, Корея

Завод: 18, Цеягоньдан 2, Хайнъям-юп, Гваьеонь-си, Гионьги-до, Корея
Телефон: +82-2-2684-5421/Факс: +82-2-2681-1800 www.dongkoo.com

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

Ўзбекистон Республикаси, Тошкент ш., 100179, Олмазор тумани, Чимбай мавзеси 5 А,
тел: +998712292709.