



ТИББИЁТДА ҚЎЛЛАНИЛИШИГА ДОИР ЙЎРИҚНОМА ФОРСИЛ® ЭКСПРЕСС

Препаратнинг савдо номи: Форсил® экспресс

Таъсир этувчи модда (ХПН): ибупрофен

Дори шакли: капсулалар

Таркиби:

Бир капсула қуйидагиларни сақлайди:

фаол модда: ибупрофен – 200,0 мг;

ёрдамчи моддалар: макрогол 600, тозаланган сув*, калий гидроксиди**,

* – 50% калий гидроксиди таркибига киради,

** – 50% калий гидроксиди кўринишида қўлланади. Тайёр маҳсулотда сақланмайди, ибупрофенни калийли тузини ҳосил қилиб реакцияга киришади.

Капсула қобигини таркиби: желатин, кристалланмайдиган сорбитол эритмаси, тозаланган сув, жозибали қизил бўёвчиси Е-129.

Таърифи: овал шаклли, тиник, қизил рангли юмшоқ желатин капсулалар.

Капсула ичидаги- рангсиздан ёрқин пушти ранггача бўлган ёпишқоқ тиник суюқлик.

Фармакотерапевтик гуруҳи: ностероид яллиғланишга қарши ва ревматизмга қарши воситалар. Пропион кислотасининг ҳосилалари.

АТХ коди: М01АЕ01

Фармакологик хусусиятлари

Фармакодинамикаси

Форсил® экспресс дори воситасининг таъсир этувчи моддаси ибупрофен ҳисобланади.

Ибупрофен – ностероид яллиғланишга қарши восита (НЯҚВ), у иситма туширувчи, оғрик қолдирувчи ва яллиғланишга қарши таъсир кўрсатади. Иситма туширувчи таъсири марказий нерв тизимининг арахидон кислотаси каскадида циклооксигеназаларни (ЦОГ) 1 ва 2 турларини танламасдан блоклашига боғлиқ бўлиб, у простагландинларни (ПГ) синтезини камайишига, уларни орқа мия суюқлигидаги концентрациясини ва термобошқарув марказини қўзғалишини пасайишга олиб келади. Иситмада ҳароратни пасайиши препаратни қабул қилгандан кейин 30 минутдан сўнг бошланади, унинг максимал таъсири 3 соатдан кейин намоён бўлади.

ПГ Е, F ва I синфи маҳсулотларини, биоген аминларини пасайиши етакчи оғрик қолдирувчи механизми ҳисобланади, бу ноцицепторларни сезувчанлигини ўзгариш даражасида гиперальгезияни ривожланишини олдини олишга олиб келади. Анальгетик таъсири яллиғланиш характеридаги оғриқларда кўпроқ ифодаланган. Оғрик қолдирувчи таъсир ибупрофенни қабул қилингандан кейин 15 минутдан сўнг намоён бўлади.

Яллиғланишга қарши самара ЦОГ фаоллигини сусайиши билан боғлиқ. Бунинг натижасида яллиғланиш ўчоқларида ПГ синтези пасаяди. Бу яллиғланиш медиаторларини секрециясини ва яллиғланиш жараёнини экссудатив ва пролифератив фазаларини фаоллигини пасайишига олиб келади. Ибупрофен антиагрегант фаолликни намоён қилади.

Фармакокинетикаси

Ибупрофен овқат ҳазм қилиш йўлларида тахминан 80% га сўрилади. Препаратнинг сўрилиши препаратни овқат қабул қилингандан кейин бироз камаяди.

$C_{\text{макс}}$ наҳорга қабул қилинганда 45 минут, овқатдан кейин қабул қилинганда – 1,5-2 соат, синовиал суюқлигида 2-3 соатни ташкил қилади. Ибупрофен қон оқсиллари, асосан альбуминлар билан 90% боғланади. Жигарда тизим олди ва тизимдан кейин метаболизмга учрайди. Сўрилгандан кейин тахминан 60% ибупрофенни фармакологик нофаол- R шакли

секин фаол S –шаклига ўтади. Препаратни метаболизмида CYP2C9 изоферменти иштирок этади. $T_{1/2}$ 2-2,5 соат бўлган икки фазали чиқарилиш кинетикасига эга. Буйрақлар орқали (1% дан кўп бўлмагани ўзгармаган кўринишда) ва кам даражада-сафро билан чиқарилади.

Қўлланилиши

Форсил® экспрессни мигренсимон бош оғриғи, тиш оғриғи, орқада оғриқ, невралгиялар, оғриқли хайз келиши, ревматик ва мушак оғриқларини енгиллаштириш учун қўлланилади. Форсил® экспресс оғриқ колдирувчи, яллиғланишга қарши, иситма туширувчи таъсирларни кўрсатади, шамоллаш ва грипп симптомларини енгиллаштиришда қўлланади.

Қўллаш усули ва дозалари

Форсил® экспресс катталар ва 12 ёшдан катта болаларга буюрилади. Препарат қисқа муддатда қўллаш учун мўлжалланган.

Ичга қабул қилиш учун, овқатдан кейин оз миқдордаги сув билан ичилади.

1-2 капсуладан кунига 3 мартагача, иложи борича қабуллар ўртасида камида 4 соатлик интервалга риоя қилган ҳолда қўллаш керак.

24 соат давомида 6 капсуладан кўп қабул қилиш керак эмас.

Энг кам вақт давомида симптомларни енгиллаштириш учун зарур бўлган минимал самарали дозани қўллаш лозим.

Агар катталарга препаратни 10 кундан кўп қабул қилиш талаб қилинса (12 дан 18 ёшгача бўлган болалар ва ўсмирларга – 3 кундан кўп) ёки агар симптомлар сақланса ёки кучайса, даволашни тўхтатиш ва шифокорга мурожаат қилиш лозим.

Ножўя таъсирлари

Қуйида санаб ўтилган ножўя реакциялар ибупрофенни суткада 1200 мг дан (6 капсула) ошмаган дозаларда қисқа муддатларда қўлланганда аниқланган. Сурункали ҳолатларни даволашда ва узоқ қўлланганда бошқа ножўя реакциялар пайдо бўлиши мумкин.

Ножўя реакцияларни пайдо бўлиш тез-тезлиги қуйидаги мезонлар асосида амалга оширилган: жуда тез-тез ($\geq 1/10$), тез-тез ($\geq 1/100$ дан $< 1/10$ гача), тез-тез эмас ($\geq 1/1000$ дан $< 1/100$ гача), кам ҳолларда ($\geq 1/10\ 000$ дан $< 1/1000$ гача), жуда кам ҳолларда ($< 1/10\ 000$), тез-тезлиги номаълум (тез-тезлигини баҳолаш бўйича маълумотлар йўқ).

Тизим, аъзо	Тез-тезлиги	Ножўя таъсири
Қон ва лимфатик тизими томонидан бузилишлар	Жуда кам ҳолларда	Қоннинг морфологик кўрсаткичларини ўзгариши (анемия, лейкопения, тромбоцитопения, панцитопения, агранулоцитоз). Иситма, томоқ оғриғи, оғиз бўшлиғида юзаки яралар, гриппсимон симптомлар, яққол ҳолсизлик, бурунни қонаши, ва тери остига қон куйилишлар, номаълум этиологияли қон кетишлар ва қон талашлар бундай ўзгаришларнинг биринчи белгилари ҳисобланади
Иммун тизими томонидан бузилишлар	Тез-тез эмас	Қичишиш ва эшакеми билан бўлган ўта юқори сезувчанлик реакциялари
	Жуда кам ҳолларда	Оғир ўта юқори сезувчанлик реакциялари, шу жумладан юз, тил ва ҳиқилдоқни шиши ва хансираш, тахикардия, артериал гипотензия (анафилаксия, Квинке шиши ёки оғир анафилактик шок)

	Тез-тезлиги номаълум	Нафас йўллари томонидан реакциялар (бронхиал астма, шу жумладан унинг зўрайиши, бронхоспазм, хансираш, диспноэ)
Нерв тизими томонидан бузилишлар	Тез-тез эмас	Бош оғриғи
	Жуда кам ҳолларда	Асептик менингит*
Юрак қон-томир tizими томонидан бузилишлар	Тез-тезлиги номаълум	Юрак етишмовчилиги, периферик шишлар, АҚБ ошиши
Меъда-ичак йўллари томонидан бузилишлар	Тез-тез эмас	Қоринда оғрик, кўнгил айнаиши, диспепсия
	Кам ҳолларда	Диарея, метеоризм, қабзиятлар ва қусиш
	Жуда кам ҳолларда	Пептик яра, перфорация ёки меъда-ичакдан қон кетиши, мелена, қон аралаш қусиш, айрим ҳолларда летал якун билан (айниқса кекса ёшли пациентларда), ярали стоматит, гастрит
	Тез-тезлиги номаълум	Ярали колитни зўрайиши ва Крон касаллиги
Жигар ва сафро чиқариш йўллари томонидан бузилишлар	Жуда кам ҳолларда	Жигар функциясини бузилиши
Тери ва тери ости клетчаткаси томонидан бузилишлар	Тез-тез эмас	Турли тери тошмалари
	Жуда кам ҳолларда	Буллез тошма (шу жумладан Стивенс-Джонсон синдроми, полиморф эритема ва токсик эпидермал некролиз) каби оғир тери тошмалари
	Тез-тезлиги номаълум	Эозинофилия (DRESS-синдроми) билан бўлган дори келтириб чиқарган ўта юқори сезувчанлик
Буйрак ва сийдик чиқариш йўллари томонидан бузилишлар	Жуда кам ҳолларда	Ўткир буйрак етишмовчилиги, буйрак сўргичларини некрози, айнақса давомли қўлланганда, зардобда мочевина даражасини ошиши ва шишлар билан бирга кечганда. Гематурия, интерстициал нефрит, нефротик синдром, протеинурия
Диагностик тадқиқотлар	Жуда кам ҳолларда	Гемоглобин даражасини пасайиши

* Дори билан индукция қилинган асептик менингитни патогензи ўрганилмаган.

Аммо НЯҚВ қабули билан боғлиқ ўта юқори сезувчанлик реакцияларининг белгилари менингит симптомлари сифатида (дорини қабул қилишни вақтга боғлиқлиги ва препарат қабули тўхтатилгандан кейин симптомларни йўқолиши) пайдо бўлишини ягона ҳоллари тўғрисидаги маълумотлар мавжуд.

Аутоиммун касаллиги бўлган пациентларда (tizимли қизил югурик ва бириктирувчи тўқиманинг аралаш касаллиги) ибупрофен билан даволаш вақтида (асептик менингитнинг алоҳида симптомларини (энса мушакларини ригидлиги, бош оғриғи, кўнгил айнаиши, қусиш, иситма, дезориентация) кузатилганлигини таъкидлаш лозим.

Қўллаш мумкин бўлмаган ҳолатлар

- ибупрофенга ёки препаратнинг бошқа компонентларига юқори сезувчанлик; - анамнезда ацетилсалицил кислотасини ёки НЯҚВ қабул қилгандан кейин бронхоспазм, бронхиал астма, тумов, ангионевротик шиш ёки эшакеми кўринишидаги аллергиялар;
- меъда ва ўн икки бармоқ ичак яра касаллиги ёки фаол босқичдаги қон кетиши ёки анамнезда (иккита ёки ундан кўп тасдиқланган яра касаллиги ёки яралли қон кетиши);
- анамнезда НЯҚВ қўлланиши келтириб чиқарган меъда-ичак йўлларида қон кетиши ёки ярани тешилиши;
- геморрагик диатез ва қон ивишини бошқа бузилишлари;
- оғир юрак етишмовчилиги (NYHA таснифи бўйича IV синф);
- оғир жигар етишмовчилиги, оғир буйрак етишмовчилиги (креатинин клиренси < 30 мл/мин);
- ҳомиладорлик III уч ойлик;
- 12 ёшгача бўлган болалар ёшида қўллаш мумкин эмас.

Дориларнинг ўзаро таъсири

Қўйидаги дори воситалари билан бир вақтда қўллашдан сақланиш лозим:

Ацетилсалицил кислотаси: ибупрофен ва ацетилсалицил кислотаси билан бир вақтда даволаш, умуман олганда шифокор буюрган (суткада 75 мгдан кўп эмас) ацетилсалицил кислотасининг кичик дозаларда қўллангандан ташқари ҳолатларда ножўя самараларни чуқурлашуви мумкинлиги туфайли тавсия қилинмайди.

Экспериментал маълумотлар бирга даволанган ҳолларда, ибупрофен ацетилсалицил кислотасининг кичик дозаларини тромбоцитларни агрегациясига бўлган самарани рақобатли сусайтириши мумкин. Гарчи бу маълумотларни клиник аҳамиятига нисбатан ноаниқлик мавжуд бўлсада, ибупрофенни мунтазам узоқ қабул қилиш ацетилсалицил кислотасини кичик дозаларини кардиопротектив самарасини камайтириши мумкинлигини потенциал эҳтимоли истисно қилиниши мумкин эмас. Ибупрофенни вақти-вақти билан қабул қилинганда клиник аҳамиятли ўзаро таъсир эҳтимоли кам.

Бошқа НЯҚВ, айниқса ЦОГ-2 нинг селектив ингибиторлари: икки ва ундан ортиқ НЯҚВ, жумладан ЦОГ-2 ингибиторларини бир вақтда қўллашдан сақланиш лозим, чунки бу ножўя самараларни ривожланиш хавфини ошишига олиб келиши мумкин.

Ибупрофенни қўйидаги дори воситалари билан бир вақтда қўлланганда эҳтиёткорликка риоя қилиш керак:

Кортикостероидлар: меъда-ичак йўлларида яраларини ҳосил бўлиши ёки меъда-ичак қон кетишларининг хавфи ошади.

Антигипертензив ва сийдик ҳайдовчи препаратлар: НЯҚВ гуруҳи дори воситалари бу гуруҳи препаратларини самарадорлигини пасайтириши мумкин. Буйрак функциясини бузилиши бўлган айрим пациентларда (масалан, сувсизланган ёки буйрак функциясини бузилиши бўлган кекса ёшдаги пациентларда) ААФ ёки АРА II ингибиторларини ва ЦОГ ингибиция қилувчи воситаларни бир вақтда буюриш буйрак функциясини ёмонлашувига, жумладан ўткир буйрак етишмовчилигини ривожланишига (одатда қайтувчан) олиб келиши мумкин. Шу сабабли, айниқса кекса ёшли пациентларда мажмуавий даволашни эҳтиёткорлик билан буюриш талаб қилинади. Бундай пацентлар ҳолатларида даволаш курсининг бошида ва шунингдек даволаш даврида гидратация ва буйрак функциясини синчков мониторинги кўрсатилган. Бу ўзаро таъсирларни коксидани ААФ ёки АРА II ингибиторлари билан бир вақтда қўллаётган пациентларда ҳисобга олиш лозим. Демак юқорида кўрсатилган воситаларни мажмуавий айниқса кекса ёшли шахсларга эҳтиёткорлик билан буюриш лозим. Пациентларда, сувсизланишни бартараф қилиш, шунингдек бундай мажмуавий даволаш бошлангандан кейин ва кейинчалик – вақти-вақтида буйрак функциясини мониторингини ўтказиш мумкинлигини кўриб чиқиш зарур.

Антикоагулянтлар: НЯҚВ варфарин каби қон ивишини пасайтирувчи дори воситаларини таъсирини кучайтириши мумкин. Антикоагулянт ва тромболитик дори воситалари

(альтеплаза, стрептокиназа, урокиназа) билан бир вақтда буюрилганда қон кетишини ривожланиш хавфи ошади.

Антиромбоцитар препаратлар ва айрим серотонинни қайта қамраб олинишининг селектив ингибиторлари (СКҚОСИ): меъда-ичакдан қон кетишлар хавфи ортади.

Юрак гликозидлари: НЯҚВ бир вақтда қабул қилиш юрак етишмовчилигини кечишини оғирлаштириши, буйрак калавали фильтрация тезлигини пасайишини ва қон плазмасида юрак гликозидларининг концентрациясини ошишини чақириши мумкин.

Литий: НЯҚВ қон плазмасида литий концентрациясини потенциал ошишини чақириши мумкин.

Метотрексат: НЯҚВ қон плазмасида метотрексатнинг концентрациясини потенциал ошишини чақириши мумкин.

Циклоспорин: нефротоксиклик хавфи ошади.

Мифепристон: НЯҚВ мифепристонни қабул қилингандан кейин 8-12 кун давомида қўллаш мумкин эмас, чунки НЯҚВ мифепристонни самарасини пасайтириши мумкин.

Такролимус НЯҚВ ва такролимусни бир вақтда қўлланганда нефротоксиклик хавфи ошиши мумкин.

Зидовудин: НКЯВ ва зидовудинни бир вақтда қўлланганда гематотоксикликни ошишига олиб келиши мумкин. Зидовудин ва Ибупрофен билан бирга даволанган гемофилияли ОИТВ-мусбат бўлган пациентларда гемартроз ва гематомаларни пайдо бўлишни юқори хавфи мавжуд.

Хинолонлар гуруҳи антибиотиклари: Хайвонлардаги тадқиқотлар НЯҚВ хинолонлар гуруҳи антибиотиклари билан боғлиқ тиришишлар хавфини ошириши мумкинлигини исботлаган. НЯҚВ ва хинолонларни бирга қабул қилаётган пациентларда тиришишларни пайдо бўлишини юқори хавфи мавжуд.

Циклоспорин ва олтин препаратлари. Ибупрофенни буйракларда простагландинларни синтезига таъсирини кучайтиради, бу нефротоксиклик хавфини оширади. Ибупрофен циклоспоринни плазмадаги концентрациясини оширади ва унинг гепатотоксик самараларини ривожланиш эҳтимолини оширади.

Перорал диабетга қарши воситалар.

Ибупрофен перорал гипогликемик дори воситаларини, сульфонилмочевина ҳосилаларини ва инсулинни самарасини кучайтиради, бу гипогликемия хавфини ошириши мумкин.

Махсус кўрсатмалар

Ножўя самаралар энг кичик самарали дозани қисқа вақт давомида қўлланганда минимумга етказилиши мумкин.

Препаратни кекса ёшдаги пациентларга эҳтиёткорлик билан буюрилади, чунки уларда кўпинча НЯҚВ га нохуш ножўя реакциялар, асосан меъда-ичак йўлларида қон кетиши ва перфорациялар намоён бўлади, улар ҳолатни кескин ёмонлашишига олиб келиши мумкин.

Нафас тизими:

Препаратни бронхиал астмаси бўлган ёки бошқа аллергик касалликлари бўлган пациентларга буюрилганда бронхоспазм хавфини пайдо бўлиши туфайли эҳтиёткорликка амал қилиш лозим. Ибупрофенни тўлиқ ёки нотўлиқ бронхиал астмада, бурунни ва бурун олди бўшлиқларини қайталланувчи полипозид ва ацетилсалицил кислотасини ва бошқа НЯҚВ ўзлаштирилмасликда қўллаш тавсия қилинмайди.

Бошқа НЯҚВ

Ибупрофен ва бошқа НЯҚВ, жумладан ЦОГ-2 селектив ингибиторларини бир вақтда қўллашдан сақланиш лозим.

Тизимли қизил югурик, шунингдек бириктирувчи тўқиманинг аралаш касалликлари асептик менингит хавфини ошишига ёрдам беради.

Буйраклар

Препаратни буйрак етишмовчилигида эҳтиёткорлик билан қўлланади, чунки буйрак функцияси ёмонлашиши мумкин. Сувсизланган болалар ва ўсмирларда буйрак етишмовчилигини ривожланиш хавфи мавжуд.

Жигар

Жигар функциясини бузилишларида препарат эҳтиёткорлик билан қўлланади.

Юрак қон-томир ва цереброваскуляр самаралар

Юрак етишмовчилиги, артериал гипертензия қон ивишини бузилишлари бўлган пациентларга эҳтиёткорлик билан буюрилади.

Клиник тадқиқотлар натижалари ибупрофенни айниқса юқори дозаларда қўлланганда (суткада 2400 мг) артериал тромболитик асоратлар хавфини бироз ошиши билан боғлиқлигини (масалан, миокард инфаркти ёки инсульт) кўрсатади. Умуман олганда эпидемиологик тадқиқот натижалари ибупрофенни кичик дозаларда қўллаш (масалан, суткада 1200 мг) артериал тромболитик асоратларни ривожланиш хавфини ошиши билан боғлиқлигини кўрсмайди.

Ёмон назорат қилинадиган артериал гипертензияси, димланган юрак етишмовчилиги (NYHA бўйича II-III синфи), ташхисланган юрак ишемик касаллиги, периферик артерияларнинг касалликлари ва/ёки цереброваскуляр етишмовчилиги бўлган пациентларга ибупрофенни фақат хавфни синчков баҳолангандан кейин буюриш лозим, бунда уни юқори дозаларда (суткада 2400 мг) буюришдан сақланиш лозим. Шунингдек кардиоваскуляр асорат омиллари (масалан, артериал гипертензия, гиперлипидемия, қандли диабет бўлган пациентларга, чекувчиларга) бўлган пациентларга, айниқса ибупрофенни юқори дозаларда қўллаш (суткада 2400 мг) талаб қилинса ибупрофенни узоқ даволашни буюришдан аввал хавф/фойда нисбатини синчков баҳолаш зарур.

Аёллар фертиллигини бузилиши

Циклооксигеназа/простагландинларни синтезини ингибиция қиладиган препаратларни аёлларда фертилликни бузилишини чақириб овуляцияга таъсир кўрсатиши мумкинлиги тўғрисида чекланган исботлар мавжуд. Бу таъсир вақтинчалик ва даволаш тугаганидан кейин тўхтайд.

Меъда-ичак йўллари

Айрим ҳолларда ўлим билан тугаган меъда-ичак йўлларида қон кетишлар, яраланиш ёки перфорация, олдин меъда-ичак йўлларида қон кетиши (жумладан носпецифик ярали колит, Крон касаллиги) симптомлари ёки ҳолатлари билан ёки усиз бўлган ҳар бир даволаниш даврида, ҳамма НЯҚВ қўллангандан кейин аниқланган.

Меъда-ичак йўлларида қон кетиши, яраланиш ёки перфорация хавфи анамнезида яраланиш бўлган, айниқса қон кетиши ёки перфорация билан асоратланган пациентларда ёки кекса одамларда НЯҚВ дозаларини ошиши билан ошади. Бундай пациентларни даволашни энг кичик мумкин бўлган дозадан бошлаш лозим. Анамнезида меъда-ичак йўлларида касалликлари бўлган пациентларга, айниқса кекса пациентларга энг аввало даволашни бошланғич даврида меъда-ичак йўллари билан боғлиқ ҳамма нотипик симптомлар (айниқса қон кетиши тўғрисида) тўғрисида шифокорга хабар қилиш кераклигини айтиш керак. Меъда-ичак йўлларида бузилишлари ёки қон кетиши хавфини ошириши мумкин бўлган бошқа препаратларни, кортикостероидлар ёки варфарин каби антикоагулянтлар, ацетилсалицил кислотаси каби серотонинни қайта қамраб олувчи селектив ингибиторларини бир вақтда қўллаётган пациентларда эҳтиёткорликка риоя қилиш лозим. Меъда-ичак йўлларида қон кетиши ёки яраланиш пайдо бўлган ҳолларда дори воситасини қабул қилишни дарҳол тўхтатиш лозим.

Дерматологик

НЯҚВ гуруҳи дори воситаларини қўлланиши сабабли жуда кам ҳолларда айримлари ўлим билан якунланадиган оғир тери реакциялари, шу жумладан эксфолиатив дерматит, Стивенс-Джонсон синдроми ва токсик эпидермал некролиз таърифланган. Бу оғир реакцияларни энг катта хавфи даволанишни бошида, кўпчилик ҳолатларда препаратни қўлланишини биринчи ойида қузатилади. Биринчи марта тери тошмаси, шилиқ қаватини шикастланишлари ёки ўта

юқори сезувчанликнинг ҳар қандай бошқа белгилари пайдо бўлганида ибупрофенни қабул қилишни тўхтатиш лозим.

Ҳомиладорлик ва лактация даврида қўлланилиши

Ҳомиладорлик

Простагландинлар синтезини сусайиши ҳомиладорликни ривожланишига ва ёки эмбрион/ҳомиллага салбий таъсир қилиши мумкин. Эпидемиологик тадқиқот маълумотлари простагландинлар синтези ингибиторларини ҳомиладорликнинг илк муддатларида қўлланганда ҳомилани тушишини ва юрак нуқсонларини ривожланиши ва гастрошизис хавфини ошиши тўғрисида таъкидлайди.

Хавфни ошиши дозани ва даволаш давомийлигини ошишига олиб келади.

Ҳайвонлардаги текширишларда препаратни қабул қилиш ҳомилани имплантациядан олдин ва кейинги хавфини, шунингдек эмбриофетал ўлимни ортишига олиб келиши аниқланган. Бундан ташқари турли нуқсонларни, жумладан юрак-қон томир тизими нуқсонларини ривожланиш ҳолатлари қайд этилган.

Препаратни ҳомиладорликнинг I и II уч ойлиги вақтида қўллаш мақсадга мувофиқ эмас, аммо эҳтиёткорлик билан қўллаш мумкин.

Агар аёл ибупрофенни ҳомиладорликни режалаштираётган ёки ҳомиладорликнинг I и II уч ойлигида қўллаётган бўлса, у ҳолда энг кичик самарали доза ва қисқа муддатли даволаш танланиши керак.

Ҳамма простагландинлар синтези ингибиторлари ҳомиладорликнинг учинчи уч ойлигида қўлланилганда қуйидаги таъсирларни кўрсатиши мумкин:

- юрак-ўпка токсиклиги (артерия йўлини муддатидан олдин беркилиши ва ўпка гипертензиясини ривожланиши);
- олигогидрамнионни ривожланиши билан кечадиган буйрак етишмовчилигига қадар кучайиши мумкин бўлган буйрак функциясини бузилиши;
- ҳомиладорликнинг охирида онага ва янги туғилган чақалоққа;
- қон кетиш вақтини узайиши, антиагрегант самара бўлиши мумкин, у хатто жуда кичик дозаларда қўлланганда ҳам пайдо бўлиши мумкин;
- туғруқни кечикиши ва туғруқни узоқ муддат давом этишига олиб келиши мумкин бўлган бачадон қисқаришини сусайиши.

Юқорида кўрсатилган самаралар сабабли ибупрофенни ҳомиладорликнинг III уч ойлигида қўллаш мумкин эмас.

Лактация

Ўтказилган кам сонли тадқиқот натижаларига мувофиқ, НЯҚВ кўкрак сутига жуда кичик концентрацияларда ўтиши мумкин.

Ҳанузгача ибупрофенни гўдакларга зарарли таъсири тўғрисида хабарларни йўқлиги туфайли ибупрофеннинг унинг оғриқ ва иситмани қисқа муддатда даволашда қўлланиладиган дозаларида даволанганда эмизишни тўхтатиш зарур ҳисобланмайди.

Автотранспортни ҳайдаш, техника билан ишлаш қобилиятига таъсири

Ибупрофенни қабул қилинганидан кейин бош айланиши, уйқучанлик, тормозланиб қолиш ёки кўришни бузилиши аниқланганда пациентларга автотранспортни ҳайдаш ёки механизмларни бошқаришдан сақланиш лозим.

Дозани ошириб юборилиши

Болаларда 400 мг/кг дан катта дозада қабул қилинганда дозани ошириб юборилиш симптомлари пайдо бўлиши мумкин. Катталарда бундай симптомларни чақирадиган доза аниқланмаган. Дозани ошириб юборилишида ярим чиқарилиш даври – 1,5-3 соат.

Симптомлари: кўнгил айниши, қусиш, эпигастрияда оғриқ, кам ҳолларда ич кетиши, кулокни шангиллаши, бош оғриғи ва меъда-ичакдан қон кетиши.

Янада оғирроқ ҳолларда марказий нерв тизими томонидан қуйидаги белгилар: уйқучанлик, кам ҳолларда қўзғалувчанлик, тиришишлар, дезориентация, кома кузатилади.

Оғир захарланиш ҳолларида метаболик ацидоз, протромбин вақтини ошиши мумкин, бу эҳтимол қон ивишини айланиб юрувчи омилларини ҳаракатга аралашуви билан боғлиқ. Ўткир буйрак етишмовчилиги ва жигарни шикастланиши ривожланиши мумкин. Бронхиал астмали пациентларда бу касаллик зўрайиши мумкин.

Даволаш: пациент ҳолати нормаллашувига қадар нафас йўллари ўтказувчанлигини, ЭКГ ва ҳаёт фаолиятини асосий кўрсаткичларини мониторинги таъминлаш шарти билан симптоматик даволашни ўтказилади.

Ибупрофенни потенциал токсик дозасини қабул қилингандан кейин 1 соат давомида фаоллаштирилган кўмирни перорал қўллаш ёки меъдани ювиш тавсия қилинади. Агар ибупрофен сўрилиб бўлган бўлса ибупрофенни кислотали ҳосилаларини буйраклар орқали чиқариш мақсадида ишқорий суюқликни, кучайтирилган диурез буюрилиши мумкин.

Тез-тез ёки давомли кузатиладиган тиришишларни диазепам ёки лоразепамни вена ичига юбориб бартараф қилиш лозим. Бронхиал астма чуқурлашганда бронходилататорларни қўллаш тавсия қилинади.

Чиқарилиш шакли

Юмшоқ желатин капсулалар, 10 капсуладан ПВХ/ПВДХ ва алюмин фольгали контур уяли ўрамларда, 1 ёки 2 контур уяли ўрамларда тиббиётда қўлланилишига доир йўриқномаси билан бирага картон кутида.

Сақлаш шароити

Намлик ва ёруғликдан ҳимояланган жойда, 15°C дан 25°C гача бўлган ҳароратда сақлансин.

Болалар ололмайдиган жойда сақлансин.

Яроқлилиқ муддати

2 йил.

Яроқлилиқ муддати ўтгачдори воситасини қўллаш керак эмас

Дорихоналардан бериш тартиби

Рецептсиз.

Ишлаб чиқарувчи тўғрисида маълумот

“Минскинтеркапс”, УК Беларусь Республикаси

220075, Минск ш., а/қ 112, Инженерная кўч., 26 уй.

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

«NIKA PHARM» МЧЖ,

Ўзбекистон Республикаси, Тошкент ш., Сайрам 7-тор кўчаси, 48-А уй.

Тел.: 998 78 150 86 68; факс: 99878 150 84 48.

www.nikapharm.uz