

Қўллаш бўйича йўриқнома
ГИПОТИАЗИД®
HYPOTHIAZID®

Препаратни қабул қилишни бошлашдан олдин ушбу илова-варақани диққат билан ўқиб чиқинг. Агар Сизда қўшимча саволлар пайдо бўлса, даволовчи шифокорингиз билан маслаҳатлашинг. Ушбу препарат Сиз учун мўлжалланган. Уни бошқа шахсларга бериши мумкин эмас. Ҳатто агар уларнинг касаллик симптомлари Сизда кузатилаётганга ўхшаса ҳам, бу уларнинг соғлигига зарар етказиши мумкин. Ушбу илова-варақани сақлаб қўйинг. Сиз уни яна ўқиб чиқишингиз керак бўлиб қолиши мумкин.

Препаратнинг савдо номи: Гипотиазид® / Hypothiazid®.

Таъсир этувчи модда (ХПН): гидрохлоротиазид/hydrochlorothiazide

Дори шакли: таблеткалар.

Таркиби

Гипотиазид® 25 мг 1 таблеткаси қуйидагиларни сақлайди:

Фаол модда – 25 мг гидрохлоротиазид.

Ёрдамчи моддалар: магний стеарати (E470), тальк (E553), желатин, маккажўхори крахмали, лактоза моногидрати.

Гипотиазид® 100 мг 1 таблеткаси қуйидагиларни сақлайди:

Фаол модда – 100 мг гидрохлоротиазид.

Ёрдамчи моддалар: магний стеарати (E470), тальк (E553), желатин, маккажўхори крахмали, лактоза моногидрати.

Таърифи: оқ ёки деярли оқ рангли, ясси, бир томонида "Н" гравировкаси ва бошқа томонида рискали таблеткалар.

Фармакотерапевтик гуруҳи: Фаоллиги паст бўлган диуретиклар. Тиазидлар. Гидрохлоротиазид.

АТХ коди: C03AA03.

Фармакологик хусусиятлари

Гидрохлоротиазиднинг диуретик самараси учун биринчи навбатда дистал каналчаларда Na^+ ва Cl^- реабсорбциясини бевосита блокадасига боғлиқ. Унинг таъсири остида Na^+ ва Cl^- ни, бунинг натижасида сув, шунингдек калий ва магнийни чиқарилиши кучаяди. Гидрохлоротиазиднинг диуретик таъсири айланаётган плазма ҳажмини камайтиради, плазмадаги ренин фаоллигини оширади, альдостеронни чиқарилишини кучайтиради, бунинг натижасида сийдик билан калий ва бикарбонатларни чиқарилиши ошади ва зардобда калий миқдори камаяди.

Ренин-альдостерон тизимини ангитензин-II бошқаради, шунинг учун ангитензин-II рецепторларининг антагонистлари билан бирга қўллаш тиазид диуретик билан боғлиқ калийни чиқарилиши жараёнига тескари йўналиш бериши мумкин.

Препарат карбоангидразага кучсиз блокловчи таъсир кўрсатиши мумкин, шу тариқа бикарбонат секрециясини ўргача кучайтиради, бунда сийдик рН аҳамиятли даражадаги ўзгариши юз бермайди.

Фармакокинетикаси

Гидрохлоротиазид ичга қабул қилингандан кейин яхши сўрилади, унинг диуретик ва натриуретик таъсири қабул қилингандан кейин 2 соат давомида намоён бўлади ва

тахминан 4 соатдан кейин максимумга эришилади. Бу таъсир 6-12 соат давомида сақланади. Плазма оксиллари билан боғланиши 40% ни ташкил қилади. Ўзгармаган шаклда, асосан буйраклар орқали чиқарилади. Буйрак фаолияти нормал бўлган пациентлар учун ярим чиқарилиш даври 6,4 соатни, ўртача даражадаги буйрак етишмовчилиги бўлган пациентлар учун – 11,5 соатни, креатинин клиренси минутига 30 мл дан кам бўлган оғир даражали буйрак етишмовчилиги бўлган пациентларда эса – 20,7 соатни ташкил қилади. Гидрохлоротиазид йўлдош тўсиғи орқали ўтади ва кам миқдорда кўкрак сутига ажралади.

Қўлланилиши

- Гипертензия (енгил шаклларда – монотерапия шаклида ҳам, бошқа антигипертензив препаратлар билан мажмуада ҳам).
- Юрак, жигар ёки буйрак этиологияли шишлар, предменструал шишлар, фармакотерапия билан кечувчи шишлар, масалан кортикостероидли.
- Нефроген қандсиз диабетда, полиурияни камайтириш учун (парадоксал таъсири)
- Гиперкальциурияни камайтириш учун қўлланади.

Қўллаш усули ва дозалари

Дозалаш шахсий равишда танланиши керак ва шифокорнинг доимий назоратини талаб этилади. Даволаш жараёнида калий ва магнийни йўқотилишини кучайиши сабабли (зардобда калий миқдори 3,0 ммоль/л дан камайиши мумкин), калий ва магнийни ўрнини тўлдириш зарурати пайдо бўлади. Юрак етишмовчилиги, жигар фаолиятини бузилиши бўлган беморларда ёки дигиталис гликозидлари билан даволанаётган беморларда алоҳида эҳтиёткорликка риоя қилиш керак.

Таблеткаларни овқатдан кейин қабул қилиш керак.

Катталарда

Антигипертензив восита сифатида: монотерапия шаклида ёки бошқа антигипертензив воситалар билан мажмуада одатдаги бошланғич суткалик дозаси бир марта 25-50 мг ни ташкил қилади. Баъзи беморларга монотерапия кўринишида ҳам, мажмуада ҳам 12,5 мг бошланғич доза етарли бўлади. Суткада 100 мг дан ошмайдиган минимал самарали дозани қўллаш керак. Агар Гипотиазид бошқа гипотензив препаратлар билан мажмуада қўлланса, артериал босимни (АБ) ҳаддан ташқари пасайишини олдини олиш мақсадида бошқа препаратнинг дозасини камайтириш зарурати пайдо бўлиши мумкин.

Гипотензив таъсири 3-4 кун давомида намоён бўлади, аммо, оптимал самарага эришиш учун 3-4 ҳафтагача муддат талаб этилиши мумкин. Даволаш тугаганидан кейин гипотензив самараси бир ҳафта давомида сақланади.

Шишларни даволашда препаратнинг одатдаги бошланғич дозаси суткада бир марта ёки икки кунда бир марта 25-100 мг ни ташкил қилади. Клиник реакцияга боғлиқ равишда доза 25-50 мг суткада бир марта ёки икки кунда бир мартагача пасайтирилиши керак. Айрим оғир ҳолатларда суткада 200 мг гача бошланғич доза талаб этилиши мумкин.

Менструациядан олдинги шишларда одатдаги доза суткада 25 мг ни ташкил қилади ва симптомлар намоён бўлганидан бошлаб ҳайз бошлангунигача қўлланади.

Нефроген қандсиз диабетда 50-150 мг (бир неча қабулларда) одатдаги суткалик доза тавсия этилади.

Болаларда

Дозалар боланинг тана вазнидан келиб чиқиб аниқланади. Одатдаги педиатрик суткалик дозалар, тана вазнига 1-2 мг/кг ёки тана юзасининг квадрат метрига 30-60 мг, суткада бир марта буюрилади. 6 ёшдан 12 ёшгача бўлган болалар учун умумий суткалик доза – кунига 37,5-100 мг ни ташкил қилади.

Ножўя таъсирлари

Куйидаги таърифланган симптомларга ўхшаш симптомлар пайдо бўлса, илтимос, дарҳол шифокорга мурожаат этинг!

Куйида кўрсатилган нохуш реакцияларнинг тез-тезлиги куйидаги изоҳни қўллаш орқали аниқланган: жуда тез-тез ($\geq 1/10$), тез-тез ($\geq 1/100 - < 1/10$), тез-тез эмас ($\geq 1/1000 - < 1/100$), кам ($\geq 1/10000 - < 1/1000$), жуда кам ($< 1/10000$), тез-тезлиги номаълум (мавжуд маълумотлар асосида аниқлаб бўлмади)

Қон яратиш тизими ва лимфатик тизими аъзолари томонидан касалликлар ва симптомлар

жуда кам: лейкоцитопения, агранулоцитоз, тромбоцитопения, гемолитик анемия, апластик анемия.

Лаборатор таҳлил натижалари

тез-тезлиги номаълум:

- гипокалиемия, гипонатриемия, гипомагниемия, гиперкальциемия, гипергликемия, гликозурия, гиперурикемия;
- юкори дозаларда қонда липидлар миқдори ошиши мумкин.

Юрак касалликлари ва юрак томонидан симптомлар

Тез-тезлиги номаълум: аритмия, ортостатик гипотензия

Нерв тизими томонидан касалликлар ва симптомлар

Тез-тезлиги номаълум: бош айланиши, бош оғриғи, конвульсиялар, парестезия.

Психиатрик касалликлар

Тез-тезлиги номаълум: онгни чалкашиши, летаргия, таъсирчанлик, кайфиятни ўзгариши.

Кўриш аъзоси томонидан касалликлар ва симптомлар

Тез-тезлиги номаълум: кўришни вақтинчалик бузилиши, ксантопсия.

Овқат-ҳазм қилиш тизими касалликлари ва симптомлари

Тез-тезлиги номаълум: оғизни қуриши, чанқоқлик ҳисси, кўнгил айниши, қусиш, сўлак безларини яллиғланиши, қабзият.

Жигар ва сафро томонидан касалликлар ва симптомлар

Тез-тезлиги номаълум: сариклик (жигар ички холестатик сариклиги), панкреатит, холецистит.

Буйрак ва сийдик чиқариш йўллари томонидан касалликлар ва симптомлар

Тез-тезлиги номаълум: буйрак етишмовчилиги, интерстициал нефрит.

Скелет-мушак ва бириктирувчи тўқима томонидан касаллик ва симптомлар

Тез-тезлиги номаълум: мушак спазмлари ва оғрик.

Моддалар алмашинуви ва озикланиш томонидан касаллик ва симптомлар

Тез-тезлиги номаълум:

- гипохлоремик алкалоз, у жигар энцефалопатияси ва жигар комасини чақириши мумкин;
- гиперурикемия, у симптомсиз беморларда подагра хуружини чақириши мумкин;
- глюкозага толерантлик камайиши мумкин, у яширин диабетни клиник намоён бўлишини чақириши мумкин;
- анорексия.

Қон томир тизими томонидан касаллик ва симптомлар

Тез-тезлиги номаълум: васкулит, некрозланувчи ангиит.

Нафас тизими, кўкрак қафаси ва кўкс ораллиги томонидан касаллик ва симптомлар

Тез-тезлиги номаълум: респиратор дистресс, шу жумладан пневмонит ва ўпка шиши.

Иммун тизими томонидан касаллик ва симптомлар

Тез-тезлиги номаълум: анафилактик реакция, шок.

Тери ва тери ости тўқималари томонидан касаллик ва симптомлар

Тез-тезлиги номаълум: фотосезувчанлик, эшакеми, пурпура, токсик эпидермал некролиз,

Стивенс-Джонсон синдроми.

Жинсий аъзолар ва кўкрак безлари томонидан касаллик ва симптомлар

Тез-тезлиги номаълум: жинсий фаолиятни бузилишлари.
 Умумий симптомлар, юбориш жойидаги реакциялар:
 Тез-тезлиги номаълум: кучли толиқиш.

Қўллаш мумкин бўлмаган ҳолатлар

- Анурия.
- Препаратга ёки бошқа сульфонамидларга юқори сезувчанлик.
- Оғир даражали буйрак (креатинин клиренси минутига 30 мл дан кам) ёки жигар етишмовчилиги.
- Эмизиш.
- Даволашга резистент гипокалиемия ёки гиперкальциемия.
- Рефрактер гипонатриемия.
- Симптоматик гиперурикемия (подагра).
- Препаратни 6 ёшгача бўлган болаларда қўллаш мумкин эмас.

Дориларнинг ўзаро таъсири

Сиз қабул қилаётган, ҳатто вақти-вақти билан қабул қилаётган барча дори воситалари ҳақида албатта шифокорга хабар беринг.

Тиазид диуретиклар ва қуйидаги дори воситаларини бир вақтда қўлланганда ўзаро таъсири бўлиши мумкин.

Алкоголь, барбитуратлар, наркотик воситалар ва антидепрессантлар:

Ортостатик гипотензияни кучайтириши мумкин.

Диабетга қарши воситалар (перорал ва инсулин):

Тиазид билан даволаш глюкозага толерантликни камайтириши мумкин. Қанд миқдорини камайтирувчи препаратларнинг дозасини пасайтириш талаб этилиши мумкин. Гидрохлортиазид билан боғлиқ бўлган буйракни функционал етишмовчилиги бўлиши мумкинлиги натижасида сут кислотали ацидоз хавфи сабабли метформинни эҳтиёткорлик билан қўллаш керак.

Бошқа антигипертензив воситалар:

Аддитив самара.

Колестирамин ва колестипол қатронлари:

Анион алмашинувчи қатронлар мавжудлигида гидрохлортиазиднинг меъда-ичак йўлларида сўрилиши ёмонлашади. Колестирамин ёки колестипол қатронларининг бир дозаси гидрохлортиазидни боғлайди ва меъда-ичак йўлларида сўрилишини мувофиқ 85% ва 43% га камайтиради.

Прессор аминлар (масалан, адреналин):

Эхтимол, прессор аминларнинг таъсири сусаяди, аммо уларни қўллаш мумкин бўлмаган миқдорда эмас.

Қутибсизлантирмайдиган миорелаксантлар (масалан, тубокурарин):

Миорелаксацияловчи таъсири кучайиши мумкин.

Литий:

Сийдик ҳайдовчи воситалар литийнинг буйрак клиренсини камайтиради ва литийнинг токсик таъсири хавфини оширади. Уларни бир вақтда қўллаш тавсия этилмайди.

Подаграни даволаш учун дори воситалари (пробенецид, сульфинпиразон ва аллопуринол):

Урикозурик воситаларнинг дозасини тўғрилаш талаб этилиши мумкин, чунки гидрохлортиазид зардобда сийдик кислотасининг миқдорини ошириши мумкин.

Пробеницид ёки сульфинпиразоннинг дозасини ошириш талаб этилиши мумкин.

Тиазидларни бир вақтда қўллаш аллопуринолга юқори сезувчанлик реакцияларининг тез-тезлигини ошириши мумкин.

Антихолинэргик воситалар (масалан, атропин, бипериден):

Меъда-ичак йўллари моторикасини ва меъдани бўшаш даражасини камайиши натижасида тиазид турдаги сийдик ҳайдовчи воситаларнинг биокираолиши ошади.

Цитотоксик воситалар (масалан, циклофосфамид, метотрексат):

Тиазидлар цитотоксик дори воситаларини буйрак орқали чиқарилишини камайтириши ва уларнинг миелосупрессив таъсирини кучайтириши мумкин.

Салицилатлар:

Салицилатларнинг юқори дозалари қўлланган ҳолларда гидрохлоротиазид салицилатларнинг марказий нерв тизимига токсик самарасини кучайтириши мумкин.

Метилдопа:

Айрим ҳолларда гидрохлоротиазид ва метилдопани бир вақтда қўллаш фонида гемолитик анемия ҳақида хабар берилган.

Циклоспорин:

Циклоспорин билан бир вақтда қўлланганда гиперурикемияни ва подаграга ўхшаш асоратлар ривожланишини хавфини кучайтириши мумкин.

Дигиталис гликозидлари:

Тиазидлар томонидан чақирилган гипокалиемиа ёки гипомагниемиа дигиталис томонидан чақирилган аритмияларни ривожланишига олиб келиши мумкин.

Зардобдаги калийнинг миқдорини ўзгариши таъсир қиладиган дори воситалари:

Агар гидрохлоротиазид зардобдаги калийнинг миқдорини ўзгариши таъсир қиладиган дори воситалари (масалан, дигиталис гликозидлари ва аритмияга қарши воситалар), шунингдек “пируэт” турдаги тахикардияни (юрак қоринчалари тахикардияси) чақирувчи қуйидаги воситалар (шу жумладан, айрим аритмияга қарши воситалар) билан бир вақтда қўлланса, зардобда калий миқдорини мунтазам аниқлаш ва электрокардиограммани ёзиб бориш тавсия этилади, чунки гипокалиемиа пируэт турдаги тахикардияни ривожланишига олиб келувчи омил ҳисобланади:

- Ia синф аритмияга қарши воситалар (масалан, хинидин, гидрохинидин, дизопирамид);
- III синф аритмияга қарши воситалар (масалан, амиодарон, соталол, дофетилид, ибутилид);
- баъзи антипсихотик воситалар (масалан, тиоридазин, хлорпромазин, левомепромазин, трифлуоперазин, циаемеазин, сульпирид, сультоприд, амисульприд, тиаприд, пимозид, галоперидол, дроперидол);
- бошқа дори воситалари (масалан, бепридил, цисаприд, дифеманил, вена ичига қўлланадиган эритромицин, галофантрин, мизоластин, пентамидин, терфенадин, вена ичига қўлланадиган винкамин).

Кальций тузлари:

Тиазид диуретиклари кальцийни чиқарилишини камайиши сабабли, зардобда кальций миқдорини оширади. Агар кальций ўрнини босувчи воситаларни буюриш зарурати бўлса, зардобда кальций миқдорини назорат қилиш ва унга мувофиқ кальций дозасини танлаш керак.

Дори воситалари ва лаборатория таҳлиллари орасидаги ўзаро таъсири:

Кальций метаболизмга таъсири натижасида тиазидлар калконсимон олди беги фаолиятининг таҳлиллари натижаларини ўзгартириши мумкин (Махсус кўрсатмалар бўлимига қаранг).

Карбамазепин:

Симптоматик гипонатриемия хавфи туфайли клиник ва биологик мониторинг зарур.

Йод сақловчи контраст моддалар:

Сийдик ҳайдовчи воситалар чақирган сувсизланиш ҳолларида ўткир буйрак етишмовчилиги хавфи ортади, айниқса, йод сақловчи препаратларнинг юқори дозалари ишлатилса. Йодни қўллашдан олдин бемор организмида суюклик ўрнини тўлдириш керак. *Амфотерицин В (парентерал), кортикостероид воситалар, АКГ ва рағбатлантирувчи сурғи воситалари:*

Гидрохлоротиазид электролит мувозанатини бузилишига, асосан гипокалиемиа ривожланишига олиб келиши мумкин.

Махсус кўрсатмалар

Гипотония ва сув-ишқор мувозанатини бузилиши

Бошқа антигипертензив препаратларни буюрилганда бўлгани каби, айрим беморларда гипотония симптомлари пайдо бўлиши мумкин. Ёндош ич кетиши ёки қусиш оқибатида бўлиши мумкин бўлган сув-туз мувозанатини бузилишларининг (масалан, айланаётган плазма хажми, гипонатриемия, гиперхлоремик алкалоз, гипомагниемия ёки гипокалиемия) клиник белгиларини аниқлаш мақсадида беморлар кузатув остида бўлиши керак. Бундай беморларда зардобда электролитлар миқдорини мунтазам аниқлаш керак. Шишлари бўлган беморларда илиқ об-ҳавода дилуцион гипонатриемия бўлиши мумкин.

Метаболик ва эндокрин самаралар

Тиазид билан даволаш глюкозага толерантликни пасайтириши мумкин. Антидиабетик воситалар, шу жумладан инсулиннинг дозасини ўзгартириш талаб этилиши мумкин (Дориларнинг ўзаро таъсири бўлимига қаранг). Тиазид билан даволаш вақтида яширин қандли диабетни манифестацияси бўлиши мумкин.

Тиазидлар буйрак томонидан кальцийни чиқарилишини камайтириши, шунингдек зардобда кальцийнинг концентрациясини вақтинчалик биров ошишини чақириши мумкин. Яққол гиперкальциемия яширин гиперпаратиреодизмнинг белгиси бўлиши мумкин.

Қалқонсимон олди безини текширишни бошлашдан олдин тиазидларни қўллашни тўхтатиш керак.

Холестерин ва триглицеридлар миқдорини ошишини тиазидлар билан даволаш билан боғлаш мумкин (диуретик таъсири).

Айрим беморларда тиазид билан даволаш гиперурикемия ва (ёки) подагранни чақириши мумкин.

Жигарни шикастланиши

Жигар фаолиятини бузилиши ҳоллари ёки жигарнинг декомпенсацияланган касаллиги бўлган беморларда тиазидларни эҳтиёткорлик билан қўллаш керак, чунки тиазидлар жигар ички холестазни чақириши мумкин, сув-туз мувозанатининг жуда кичик ўзгаришлари эса жигар комасини келтириб чиқариши мумкин.

Оғир даражали жигар етишмовчилиги бўлган беморларда гипотиазидни қўллаш мумкин эмас (Қўллаш мумкин бўлмаган ҳолатлар бўлимига қаранг).

Бошқалар

Тиазидлар билан даволанаётган беморларда анамнезида аллергия ёки бронхиал астма мавжудлигида ҳам, беморлар илгари бундай касалликлар билан хасталанмаган ҳолларда ҳам юқори сезувчанлик реакциялари ривожланиши мумкин. Тизимли қизил югурик кечишини ёмонлашиши ва тиазидларни қўллаш вақтида патологик жараённи фаоллашиши ҳақида хабар берилган.

Қуйидаги лаборатор таҳлилларнинг кўрсаткичларига таъсир қилиши мумкин:

- Плазмадаги оқсиллар билан боғланган йоднинг миқдорини камайтириши мумкин;
- Қалқонсимон олди беги фаолиятининг лаборатор таҳлилларини ўтказишдан олдин гипотиазид билан даволашни тўхтатиш керак;
- Зардобда эркин билирубин концентрациясини ошириши мумкин.

Ёрдамчи моддалар

Лактозани ўзлаштираолмаслик ҳолларида Гипотиазиднинг 25 мг таблеткаси 63 мг лактоза моногидрати, Гипотиазиднинг 100 мг таблеткаси эса – 39 мг лактоза моногидрати сақлашини эътиборга олиш керак.

Кам учрайдиган туғма галактозани ўзлаштираолмаслик, Лаппа лактаза етишмовчилиги ёки глюкоза ва галактоза мальабсорбцияси бўлган ҳолларда препаратни қўллаш мумкин эмас.

Ҳомиладорлик ва эмизиш

Ҳомиладорлик

Гидрохлоротиазидни ҳомиладорлик вақтида, айниқса биринчи уч ойликда қўллаш тажрибаси чекланган. Ҳайвонларда ўтказилган тадқиқотлардан олинган маълумотлар

етарли эмас.

Гидрохлоротиазид йўлдош тўсиғи орқали ўтади. Агар гидрохлоротиазидни ҳомиладорликнинг иккинчи ва учинчи уч ойлиги қўллansa, у (ўзининг фармакологик таъсири натижасида) фетоплацентар перфузияни бузиши ва ҳомила ёки янги туғилган чақалокда сариклик, электролит мувозанатни бузилиши ва тромбоцитопенияни чақириши мумкин.

Ҳомиладорликда гидрохлоротиазидни шишлар, гипертензия ёки презкламписияни даволаш учун қўллаш мумкин эмас, чунки касалликка ижобий таъсири ўрнига у плазма миқдорини камайиши хавфи ва бачадон ва йўлдошни қон билан таъминланишини бузилиш хавфини оширади.

Ҳомиладор аёлларда эссенциал гипертензияни, бошқа даволашни қўллаб бўлмайдиган кам ҳоллардан ташқари ҳолларда гидрохлоротиазидни қўллаш мумкин эмас.

Гидрохлоротиазид таблеткаларини ҳомиладорлик вақтида қўллаш мумкин эмас – уларни фақат яхши асосланган ҳоллардагина қўллаш мумкин.

Эмизиш

Гидрохлоротиазид кўкрак сутига киради; уни эмизиш вақтида қўллаш мумкин эмас. Агар уни қўллаш зарурати бўлса, эмизишни тўхтатиш керак (Қўллаш мумкин бўлмаган ҳолатлар бўлимига қаранг).

Транспорт воситаларини ёки бошқа механизмларни бошқариш қобилиятига таъсири
Препаратни қўллашнинг бошланғич даврида – бу даврнинг давомийлиги шахсий равишда аниқланади – автомобилни бошқариш ва юкори диққатни талаб этувчи ишларни бажариш тақиқланади. Кейинчалик таъқиқ даражаси шахсий равишда аниқланиши керак.
Препарат болалар ололмайдиган жойда сақлансин ва яроқлилиқ муддати ўтган қўлланилмасин.

Дозани ошириб юборилиши

Дори воситасининг дозаси ошириб юборилганда дарҳол шифокорга ёки шошилинч тиббий ёрдам бўлимига мурожаат этинг!

Гидрохлоротиазид билан захарланишнинг энг сезиларли белгиси бўлиб, қуйидаги белгилар ва симптомларда намоён бўлувчи суёқлик ва электролитларни ўткир йўқотилиши ҳисобланади:

Юрак-қон томир: тахикардия, гипотензия, шок.

Нейро-мушак: ҳолсизлик, онгни чалкашиши, бош айланиши ва мушак спазми, парестезия, онгни бузилиши, чарчоқлик.

Меъда-ичак: кўнгил айнаши, қусиш, чанқоқлик.

Буйрак: полиурия, олигурия ёки анурия.

Лаборатор кўрсаткичлар: гипокалиемия, гипонатриемия, гипохлоремия, алкалоз, қонда азот миқдорини ошиши (айниқса буйрак етишмовчилиги бўлган беморларда).

Дозани ошириб юборилишини даволаш: Гидрохлоротиазид билан захарланишда специфик антидоти йўқ.

Қусишни чақириш, меъдани ювиш препаратни чиқариш усуллари бўлиши мумкин.

Фаоллаштирилган кўмирни қабул қилиб, препаратни сўрилишини камайтириш мумкин. Гипотензия ёки шок ҳолатларида айланиб юрадиган плазма ҳажми ва электролитлар (калий, натрий, магний) ўрнини тўлдириш керак.

Сув-электролит мувозанати (айниқса зардобда калий миқдори) ва буйрак фаолиятини нормал кўрсаткичларгача эришгунча қузатиш керак.

Чиқарилиш шакли

Гипотиазид® 25 мг

20 таблеткадан ПВХ/Ал блистерда.

1 блистердан қўллаш бўйича йўриқномаси билан картон қутида.

Гипотиазид® 100 мг
20 таблеткадан ПВХ/Ал блистерда.
1 блистердан қўллаш бўйича йўриқномаси билан картон кутида.

Сақлаш шароити
Ёруғликдан химояланган жойда, 25°C дан юқори бўлмаган ҳароратда.

Яроқлилик муддати
3 йил.

Дорихоналардан бериш тартиби
Рецепт бўйича.

Ишлаб чиқарувчи
“ХИНОИН Завод Фармацевтических и Химических Продуктов” ЁАЖ, Венгрия.
Леваи кўч., 5, 2112 Верешедьхаз (2 чи ишлаб чиқариш жойи), Венгрия