

«Դեղեր և բժշկություն» տեղեկագիրը հրատարակվում է Դեղերի և բժշկական տեխնոլոգիաների փորձագիտական կենտրոնում:
Վկայականի համարը՝ 03U066290 20.10.2004թ.

Խմբագրակազմ

Գլխ. խմբագիր՝ դոցենտ, բ.գ.թ. Ա. Այվազյան
Գլխ. խմբագրի տեղակալ՝ դոցենտ, բ.գ.թ. Գ. Ասլանյան
Խմբագիր - թարգմանիչ՝ բ.գ.թ. Ա. Սևիրակյան
Խմբագիր՝ բ.գ.դ. Ն. Միրզոյան,
Օգնական՝ Ա. Ազարյան
Խմբագիր - դիզայներ՝ Զ. Պետրոսյան

Խմբագրական խորհուրդ

Նախագահ՝ բ.գ.դ. Մ. Թովչյան
Անդամներ՝ պրոֆ. Է. Անրոյան, Լ. Ղազարյան

Вестник «Лекарства и медицина» издается в Научном центре экспертизы лекарств и медицинских технологий.

Регистрационный 03U066290 20.10.2004 г.

Редколлегия:

Гл. редактор: доц., к.м.н. А. Айвазян
Заместитель гл. редактора: доц., к.м.н. Г. Асланян,
Редактор – переводчик: к.ф.н. А. Седракан
Редактор: д.м.н. Н. Мирзоян,
Ассистент: А. Азарян
Дизайн и верстка: З. Петросян

Редакционный совет:

Председатель: д.м.н. А. Топчян
Члены: проф. Э. Амроян, Л. Казарян

Խմբագրության հասցեն՝ Երևան, Կոմիտաս պող. 49/4
Адрес редакции: Ереван, пр. Комитаса, 49/4
Հեռ. 23 16 82, 23 08 96
тел. 23 16 82, 23 08 96

Տպագրվել է՝ «TopPrint» տպագրատանը, ք. Երևան, Աղոնց 13/7
Отпечатано в типографии «TopPrint», г. Ереван, ул. Адонца 13/7
Ծավալը՝ 68 էջ:
Объем: 68 стр.

Գրանցման թիվը՝ 01U000075 12.03.2002թ.
Регистрационный № 01U000075 12.03.2002г.
Տպաքանակը՝ 500
Тираж: **500**

Բաշխվում է անվճար:
Распространяется бесплатно.

Ց Ա Ն Կ

ՀԵՏԱԵՐՔԻ ՓԱՍՏԵՐ	3
ԿԱՐԱԿԱՅԻՆ ԾԱԳՄԱՆ ՔԱՂՅԿԵՂԻ ՎՏԱՆԳԻ ՉՈՐՈՍ ԿԱՐԵՎՈՐ ՓԱՍՏ	3
ՊԱՏՎԱՍՏԱՆՅՈՒԹԵՐԻՑ ԱՃՈՒՄ Է ԱՈՒՏԻՋՄԻ ՎՏԱՆԳԸ	5
«ԺԱՄԱԳՈՏԻՆԵՐԻ ՓՈՓՈԽՄԱՆ ՀԱՄԱԽՏԱՆԻՇ» ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ԱՆԶԳԱՅԱՑՈՒՄԻՑ ՀԵՏՈ	6
ԷՂԶԱՐԴ ԷՐՆՍՏԸ ՀԱՆԴԵՍ ԵԿԱԿ ՀՈՄԵՈՊԱԹԻԱՅԻ ՔՆՆԱՂԱՏՈՒԹՅԱՄԲ 7	
ՂԵՂԱՔԱՂԱՔԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ ՆՈՐՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ	8
ԲՈՐՏԵՋՈՄԻԲ: ՄԱՀԱՑՈՒ ԵԼԶ ՆԵՐՈՂՆՈՒՂԵՂԱՅԻՆ ՆԵՐՄՈՒԾՄԱՆ ԺԱՄԱՆԱԿ	8
ՂՈՄՊԵՐԻԴՈՆ: ԼՈՒՐՋ ՓՈՐՈՔԱՅԻՆ ՌԻԹՄԱԾԵՂՄԱՆ ՈՒ ՀԱՆԿԱՐԾԱՀԱՍ ՍՐՏԱՅԻՆ ՄԱՀԱՆ ՄԻՋԵԿ ԿՊՊ	9
ՍՏՐՈՆՑԻՈՒՄԻ ՌԱՆԵԼԱՏՆ ԱՅԼԵՎՄ ԽՈՐՀՈՒՐԴ ՉԻ ՏՐՎՈՒՄ ԱՆՇԱՐԺ ԿԱՍ ԵՐԱԿԱՅԻՆ ԹՐՈՍԲԱԽՑԱՆՄԱՄԲ (ԵԹԽ) ՀԻՎԱՆՂՆԵՐԻ ՀԱՄԱՐ: ՎԵՐԱՆԱՅՎԵԼ ԵՆ ԼՈՒՐՋ ՄԱՇՎԱՅԻՆ ՌԵԱԿՑԻԱՆԵՐԻ ՄԱՍԻՆ ՆԱԽԱԶԳՈՒՇԱՑՈՒՄՆԵՐԸ	10
ՂԵՂԵՐԻ ԱՆՎՏԱՆԳՈՒԹՅՈՒՆ	12
ՄՆՆԴԻ ԵՎ ՂԵՂԵՐԻ ՎԱՐՉՈՒԹՅՈՒՆ (FDA) ՀԻՇԵՑՆՈՒՄ Է ՑԵՖԵՊԻՄԻ ԱՆՎՏԱՆԳՈՒԹՅԱՆ ԽՆԴԻՐՆԵՐԻ ՄԱՍԻՆ	12
ՂՈՐԻՊԵՆԵՄ: ԲԱՐՁՐ ՄԱՀԱՑՈՒԹՅՈՒՆ ԵՎ ՑԱԾՐ ԱՐՂՅՈՒՆԱՎԵՏՈՒԹՅՈՒՆ ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ ՓՈՐՁԱՐԿՈՒՄՆԵՐԻ ԸՆԹԱՑՔՈՒՄ	13
ՊՐՈՏՈՆՆԱՊՈՄՍԻ ԿՐԳԵԼԱԿԻՉՆԵՐ (ՊՊԱ): Clostridium difficile-ով պայմանավորված փորլուծոթյան (ԿՂՊՓ) ծագման հևարավոր վտանգը	13
ԹԻԱՆԵՊՏԻՆ: ԿԱԽՅԱԼՈՒԹՅԱՆ ԲԱԶՈՒՄ ՂԵՊՔԵՐ	14
ՑԻՏԱԼՈՊՐԱՄ ԵՎ ԷՍՑԻՏԱԼՈՊՐԱՄ: ԱՌԱՎԵԼԱԳՈՒՅՆ ՕՐԱԿԱՆ ՂԵՂԱԶԱՓԻ ՆՈՐ ՄԱՀՄԱՆԱՓՎԱԿՈՒՄՆԵՐ, ՀԱԿԱՑՈՒՑՈՒՄՆԵՐ ԵՎ ՆԱԽԱԶԳՈՒՇԱՑՈՒՄՆԵՐ:	15
ՔՎԵՏԻԱՊԻՆ: ՍՐՏԱՄԿԱՆԱԽՏԸ՝ ԱՆՎՏԱՆԳՈՒԹՅԱՆ ՆՈՐ ԱԶԴԱՆՇԱՆ	16
ՖԻՆԱՍՏԵՐԻԴ: ՏՂԱՄԱՐԴԱՆՑ ԿՐԾՔԱԳԵՂՁԻ ՔԱՂՅԿԵՂԻ ՀԱԶՎԱԳԵՊ ՀՆԱՐԱՎՈՐ ՎՏԱՆԳ	17
ՖՈՒՋԻԴԱԹՅՈՒՆ ԵՎ ՍՏԱՏԻՆԵՐ: ՌԱԲԴՈՄԻՈԼԻՋԻ ԶԱՐԳԱՑՄԱՆ ՎՏԱՆԳ	18
ԿՈԼԵԻՑԻՆ: ՆԱԽԱԶԳՈՒՇԱՑՈՒՄՆԵՐ	19
ԳՈՒՆԱՎՈՐ ՏԵՍՈՂՈՒԹՅԱՆ ՂԵՂԱՀԱՐՈՒՅՑ ՇԵՂՈՒՄՆԵՐ	20
ԱՊԱՑՈՒՅԱԿԱՆ ԲԺՇԿՈՒԹՅՈՒՆ	26
ՄԻԳՐԵՆԻ ՍՈՒՐ ՆՈՊԱ: ՆԱԽ՝ ՊԱՐԱՑԵՏԱՄՈԼ	26
ՕԳՆՈՒԹՅՈՒՆ ԳՈՐԾՈՂ ԲԺՇԿՆԵՐԻՆ	27
ՊՐՈԼԱԿՑԻՆԻ ՄԱԿԱՐԴԱԿԻ ԱՃ ՀԱԿԱՀՈԳԵԳԱՐԱՅԻՆ ՂԵՂԵՐՈՎ ԲՈՒԺՄԱՆ ԸՆԹԱՑՔՈՒՄ: ԱԶԴԵՑՈՒԹՅԱՆ ՄԵԽԱՆԻՋՄՆԵՐՆ ՈՒ ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ ՀԵՏԵՎԱՆՔՆԵՐԸ	27

ՇԵՏԱԶՐՔԻՐ ՓԱՍՏԵՐ

**ՎԱՐԱԿԱՅԻՆ ԾԱԳՄԱՆ ԶԱՐՑԿԵՂԻ
ՎՏԱՆԳԻ ՉՈՐՍ ԿԱՐԵՎՈՐ ՓԱՍՏ**

Նիկ Մալկահի

8-ը մայիսի, 2012 թ: Մեծածավալ տվյալների նոր հետազոտության հիման վրա հաստատվել է, որ ողջ աշխարհում վարակահարույց քաղցկեղի նոր դեպքերի մեծամասնության պատճառը վիրուսների 3 տեսակն է և մեկ մանրէն:

Հետազոտության ընթացքում վեր է հանվել, որ 2008թ-ին աշխարհում գրանցվել է քաղցկեղի 12,7 մլն նոր դեպք, որոնցից 2 մլն-ը պայմանավորվել է վարակով:

Helicobacter pylori-ի, B և C լյարդաբորբի վիրուսները (HBV, HCV), ինչպես նաև մարդու պապիլոմավիրուսները (HPV) պատասխանատու են 1,9 մլն նման դեպքերի զարգացման համար:

Քաղցկեղի հետազոտության Ազգային գործակալության (Լիոն, Ֆրանսիա) գիտնականների տվյալների համաձայն՝ դրանք հիմնականում ստամոքսի, լյարդի և արգանդավզիկի քաղցկեղի նոր դեպքեր են: Հետազոտության արդյունքները հրատարակվել են մայիսի

8-ին՝ Lancet Oncology ամսագրում: Բժիշկ Կատերին դե Մարտելի դեկավարությամբ անցկացրած հետազոտության հեղինակները գտնում են, որ իրավիճակը զգալիորեն շտկելի է: «Վարակային հիվանդությունների կանխարգելման արդի մեթոդների՝ պատվաստման, ներարկումների առավել անվտանգ պրակտիկայի և հակամանրէային բուժման կիրառումը կարող է զգալիորեն ազդել հետագայում քաղցկեղի զարգացման վրա», - նշում են հեղինակները՝ նկատի ունենալով HBV, HCV, HPV և *Helicobacter pylori*-ով հրահրված վարակների կանխարգելումը:

Հատուկ նշանակություն է տրվում պատվաստմանը: «Քանի որ առկա են HPV-ի և HBV-ի համար արդյունավետ ու համեմատաբար էժան պատվաստանյութեր, քաղցկեղի բարձր տարածվածությամբ երկրների առողջապահական կազմակերպությունների գործունեության առաջնային ուղղությունը պետք է դառնա պատվաստումների քանակի աճը», - գրում է Բոստոնում (Մասաչուսեթս) Հանրային առողջության հարվարդյան դպրոցից բժիշկ Դ-անաիեն: Սակայն ոչ հետազոտության հեղինակները և ոչ էլ բժիշկ Դ-անաիեն ուղեկցական մեկնաբանության մեջ չեն խոսում այս կարևոր կանխարգելիչ աշխատանքի ֆինանսավորման ուղիների մասին: Հետազոտության մեջ ցույց է տրվում, որ թույլ զարգացած երկրներում վարակահարույց քաղցկեղի տարածվածությունը եռակի մեծ է զարգացած երկրների համեմատությամբ: Օրինակ՝ 2008թ-ին քաղցկեղի յուրաքանչյուր 6 նոր դեպքից 1-ը (16%) պայմանավորված էր վարակով:

Այս հարաբերակցությունը բարձր է թույլ զարգացած երկրներում (22,9%)՝ ի տարբերություն զարգացած երկրների (7,4%) և տատանվում է 3,3%-ից (Ավստրիայում և Նոր Զելանդիայում) մինչև 32,7% (Աֆրիկայի երկրներում) սահմաններում:

Բժիշկ Դանաիեն վարակահարույց քաղցկեղի հիմնահարցը դիտարկում է համաճարակաբանական ենթատեսքում:

«Բոլոր վարակների համար քաղցկեղի զարգացման վրա ենթադրվող ազդեցությունը 16,1% է: Համեմատենք. 2004թ-ին ԱՀԿ-ը հաստատել է, որ վտանգի՝ կենսակերպով և բնապահպանությամբ պայմանավորված ինը գործոնի գուգորդման նմանատիպ ազդեցությունը 35% է», - նշում է նա՝ նկատի ունենալով ծխելը, ոգելից խմիչքի չարաշահումը, ավելորդ քաշը և այլն:

Հեղինակները նշում են, որ վարակով է պայմանավորված արգանդավզիկի քաղցկեղի 50% դեպք կանանց և լյարդի ու ստամոքսի քաղցկեղի 80 % դեպք՝ տղամարդկանց շրջանում:

Քաղցկեղն ու վարակները

Վարակահարույց քաղցկեղի մասնաբաժինը որոշելու նպատակով Catherine de Martel-ը և նրա գործընկերները կատարեցին աշխարհում և 8 տարածաշրջանում պոպուլյացիոն-ատրիբուտիվ գործոնների համակարգային վերլուծություն: Խոսքը քաղցկեղի նոր դեպքերի մասին է, որոնցից կարելի էր խուսափել արդիական յուրաբնույթ միջամտության դեպքում: Կիրառվել են 184 երկրում քաղցկեղի 27 տեսակի բազմաթիվ աղբյուրների տվյալներ՝ ներառյալ GLOBOCAN վիճակագրությունը (աղյուսակ):

Աղյուսակ

Քաղցկեղ	Վարակի հարուցիչ
Ստամոքսի	H .pylori
Լյարդի	HBV, HCV, Opisthorchis viverrini, Clonorchis sinensis
Արգանդավզիկի	HPV ՄԻՎ-ով կամ առանց դրա
Սեռական օրգանների և հետանցքի	HPV ՄԻՎ-ով կամ առանց դրա
Քթոնպանի	Epstein-Barr virus (EBV)
Բերանի լորձաթաղանթի և լնդերի	HPV ծխելով կամ ոգելից ծմիչքի չարաշահմամբ կամ առանց դրանց
Կապոշիի սարկոմա	Human herpes virus type 8՝ ՄԻՎ-ով կամ առանց դրա
Ոչ հոջկինյան ավշուռուցք	H. pylori, EBV HIV-ով կամ առանց դրա , մարդու՝ 1-ին տեսակի լիմֆոտրոպ T-բջջային վիրուս
Պոզկինյան ավշուռուցք	EBV՝ ՄԻՎ-ով կամ առանց դրա
Սիզապարկի	Schistosoma haematobium

ՄԻՎ-ը չի ներառվում առաջնային վարակային ազդակների ցուցակում,

քանի որ քաղցկեղի զարգացմանը նպաստում է ինունաճնշմամբ, ուստի դիտարկվում է որպես կո-ֆակտոր:

Տվյալ հետազոտությունն անցկացվել է Foundation Innovations en Infectiologie and the Bill & Melinda Gates Foundation հիմնադրամների աջակցությամբ:

Lancet Oncology. Published online May 8, 2012.

ՊԱՏՎԱՍՏԱՆՅՈՒԹԵՐԻՑ ԱՃՈՒՄ Է ԱՈՒՏԻՋՄԻ ՎՏԱՆՔԸ

Պաշտոնական վիճակագրության տվյալներով՝ 2000-2010 թթ ժամանակահատվածում մանկական աուտիզմի տարածվածության ցուցանիշը մի շարք արևմտյան երկրներում աճել է 78% -ով՝ 150 երեխային 1 դեպք նիշից բարձրանալով մինչև 88 երեխային 1 դեպք մակարդակի վրա:

Մի շարք հետազոտողների կարծիքով այս երևույթը կարող է ուղղակիորեն պայմանավորվել ոչ թե աշխարհում ընդհանուր բնապահպանական իրավիճակի վատացմամբ ու զարգացած երկրների բնակչության սննդակարգում արագ սննդի մեծ քանակով (աուտիզմի զարգացման մեջ ավանդաբար որոշիչ համարվող երկու գործոն), այլ ձԻՅԵՄՅՎ ՄԻՅՈՒՅԻՇ ԵՎՈՒՅԻՇ ԵՎՈՒՅԻՇ ԵՎՈՒՅԻՇ: 1983-2010 թթ-երին ԱՄՆ-ի Հիվանդությունների հսկողության ու կանխարգելման կենտրոնի կողմից մինչև 6 տարեկան երեխաների համար առաջարկվող պատվաստումների քանակը 10-ից աճել է մինչև 29-ի: Նմանապես այդ թիվն աճել է նաև Մեծ Բրիտանիայում, Ֆրանսիայում, Գերմանիայում, Իսպանիայում, Կանադայում և Բրազիլիայում: Վերջերս ԱՄՆ-ի դաշնային դատարաններն իրենց մի քանի որոշումներում առաջին անգամ փաստացիորեն խոստովանեցին, որ պատվաստումները կարող են կապվել տարբեր նյարդաբանական հիվանդությունների հետ: Շատ լայն արձագանք գտավ բժիշկների համար երկար ժամանակ անհասկանալի պատճառներով սուր ուղեղային խանգարմամբ տղայի՝ Բեյլի Բենկսի (Bailey Banks) գործը: Մի շարք անկախ հետազոտությունների արդյունքում հայտնաբերվեց, որ պատճառը դայրոցում կարմրուկի դեմ պատվաստումն էր: Կարևոր է նշել, որ պատվաստուկը անորակ կամ խոտանված չէր. այն միանգամայն նույնական էր ԱՄՆ-ում միլիոնավոր և ողջ աշխարհում միլիարդավոր այլ երեխաների պատվաստման համար կիրառված ու կիրառվող պատվաստանյութի հետ: Թեպետ դատարանը արտադրող ընկերությանը պարտավորեցրեց այդ և այլ գործերի համար վճարել շոշափելի տուգանք, բայց իրապես ոչինչ չփոխվեց:

Որոշ փորձագետների կարծիքով պատվաստանյութերը պարունակում են մեծ քանակի տարբեր նյութեր, և յուրաքանչյուր օրգանիզմ դրանց յուրովի է արձագանքում: Ոչ ոք ըստ էության չգիտի՝ ինչպես այն կազդի երեխայի օրգանիզմի վրա:

Անկախ փորձագետների կարծիքով աուտիզմի զարգացման

պատճառներն արմատապես տարբերվում են պաշտոնապես ճանաչվածներից: Դրանք են, առաջին հերթին, ժառանգաձևափոխված արտադրանքը (ԺՁԱ), այնուհետև՝ ֆտորի պարունակությամբ ջուրը և երրորդ՝ հենց պատվաստանյութերն իրենք: Ըստ գիտնականների՝ կան բազմաթիվ հետազոտություններ, որոնք ապացուցում են այդ խոսքերի ճշմարտացիությունը, սակայն անհասկանալի պատճառով բոլոր երկրներում վերահսկող կազմակերպությունները դրանք պարզապես անտեսում են:

Ըստ Natural News նյութերի

Աղբյուր՝ Medlinks.ru

**«ԺԱՄԱԳՈՏԻՆԵՐԻ ՓՈՓՈԽՄԱՆ ՀԱՄԱԽՏԱՆԻՇ»
ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ԱՆԶԳԱՅԱՑՈՒՄԻՑ ՀԵՏՈ**

Վիրահատության ժամանակ ընդհանուր անզգայացումը հրահրում է քնի խանգարում, ժամագրտիների փոփոխման համախտանիշ, ինչպես նաև այլ «ժամանակավոր» շեղումներ: Սա պայմանավորված է այն հանգամանքով, որ անզգայացումը «տեղաշարժում է» շրջառիթմերը (циркадные ритмы) և դրանով իսկ խաթարում ժամանակի ընկալումը: Կենսաբանների սույն հայտարարությունը հրապարակվել է Proceedings of the National Academy of Sciences ամսագրում: Մարդու օրգանիզմի օրային ռիթմերի համար պատասխանատու գեները հայտնաբերվել են դեռևս 20-րդ դարի 90-ականներին: Օլկենդի (Նոր Զելանդիա) համալսարանից Գի Վարմանի ղեկավարությամբ գիտնականների մի խումբ ուսումնասիրել է նարկոզի արդյունքում օրգանիզմի «լիովին» անջատման ազդեցությունը կենսաժամերի վրա: Պարզվել է, որ շատ մարդկանց մոտ անզգայացմամբ վիրահատությունից անմիջապես հետո զարգանում է այսպես կոչված «ժամագրտիների փոփոխման համախտանիշ»: Սթափված հիվանդը չի հասկանում՝ որքան ժամանակ է անցել, իսկ նրա օրառիթմերը ինքնաբերաբար տեղաշարժվում են: Վարմանն ու գործընկերները ստուգեցին՝ չի՞ ազդում, արդյոք, անզգայացումը կենդանիների վրա՝ իրականացնելով մեղրատու մեղուների վրա փորձերի շարք: Բոլոր դեպքերում միջատների կենսագործունեությունը խանգարվել էր կենսաժամերի «կանգով»: Անզգայացումից հետո սթափված մեղուները, փորձելով վերադառնալ փեթակ, թռչել են 90 աստիճան տեղաշարժով սխալ ուղղությամբ (նման տարածություն Արեգակը հասցնում է անցնել վեց ոչ լրիվ ժամվա ընթացքում): Իսկ նեկտար հավաքելու ժամանակն ու հանգիստ/ակտիվություն փուլերը տեղաշարժվել են մոտավորապես 3,5-4 ժամով: Գիտնականները գտնում են, որ անզգայացնողները կենսաժամերը չեն անջատում, այլ դրանք դանդաղեցնում կամ տեղաշարժում են, ինչով էլ պայմանավորված են ընդհանուր նարկոզից հետո տհաճ ազդեցությունները:

Աղբյուր՝ Meddaily.ru

ԷԴՉԱՐԴ ԷՌՆՍԸ ՀԱՆԴԵՍ ԵԿԱԿ ՀՈՄԵՈՂԱԹԻԱՅԻ ՔՆՆԱԴԱՏՈՒԹՅԱՄԲ

Էկզերի (Մեծ Բրիտանիա) համալսարանից Էդզարդ Էռնստի (Edzard Ernst) հայտարարության վրա հղում կատարելով՝ The Daily Telegraph-ը տեղեկացնում է, որ հոմեոպաթային բուժամիջոցների արդյունավետությունը չի հաստատվում կլինիկական փորձարկումներում: Կոմպլեմենտար բժշկության պրոֆեսոր, նախկինում գործող հոմեոպատ Էդզարդ Էռնստը բրիտանական կենսաբանական ընկերության (Society of Biology) The Biologist ամսագրում հրատարակեց հոդված: Գիտնականի կարծիքով Մեծ Բրիտանիայի Առողջապահության ազգային ծառայությամբ (National Health Service, NHS) աջակցվող հոմեոպաթային բուժամեթոդները «կենսաբանորեն ճշմարտանման չեն», իսկ սրանից զատ՝ հոմեոպաթիան կարող է վնասել առողջությունը, քանի որ երբեմն փոխարինում է այնպիսի գիտականորեն ապացուցված բժշկական միջոցառումների, ինչպիսին պատվաստումն է:

Չապացուցված արդյունավետությամբ, բայց NHS-ի տրամադրած բուժօգնության գիննանոցում ներառված բուժամեթոդների անհաշտ քննադատ, պրոֆեսոր Էռնստի անունը լայնորեն ճանաչվեց, երբ նա Ուելսի թագաժառանգին ապացուցական բժշկությունը հերքելու և չիմնավորված բժշկությանն աջակցելու պատճառով անվանեց «օձի յուղ վաճառող»: Մեծ Բրիտանիայի առողջապահության ազգային ծառայությունն ամեն տարի հոմեոպաթիայի վրա ծախսում է մոտավորապես չորս միլիոն ֆունտ ստեռլինգ:

Հոմեոպաթիայի հիմքում ընկած է տեսությունն այն մասին, որ հիվանդին կարելի է բուժել՝ նրան ենթարկելով խիստ նոսրացրած ակտիվ նյութի ազդեցությանը, որն առողջ մարդու օրգանիզմում կիրահրի հիվանդության ախտանիշներին նման ախտանիշներ:

Ըստ հոմեոպաթների՝ փոքր խտությունները գործի են դնում հիվանդության ախտանիշները նվազեցնող բնական մեխանիզմներ՝ ընդիուպ մինչև լիովին ինքնապաքինումը:

Իր հոդվածում պրոֆեսոր Էռնստը հաստատում է, որ նման պատկերացումները «հակասում են ֆիզիկայի, քիմիայի և դեղաբանության օրենքներին, որի պատճառով էլ հոմեոպաթիան կենսաբանորեն ճշմարտանման չէ»:

Սրանից զատ՝ հոմեոպաթները հաճախ իրենց հիվանդներին խորհուրդ են տալիս խուսափել իմունացումից, և դա քննադատի կարծիքով բնակչության պատվաստման ցածր մակարդակի հիմնական պատճառներից մեկն է:

«Հոմեոպաթային բուժամիջոցները որպես պլացեբո կիրառելու ռազմավարությունը կարող է գործուն լինել միայն այն դեպքում, երբ բժիշկներն իրենց հիվանդներից թաքցնում են ճշմարտությունը», - հավելում է նա: Հոմեոպաթները հաստատում են, որ իրենց առաջարկված բուժամեթոդն

անհարիր է համընդհանուր դիզայնով կլինիկական փորձարկումներին այն պատճառով, որ դրանք հաշվի չեն առնում հիվանդների զննման ժամանակ հայտնաբերվող դրական ազդեցությունը:

«Իմաստ չկա հարկատուի միջոցները վատնել կոշտ ստանդարտներով չստուգված բուժամեթոդների վրա: Սակայն հատկապես սա տեղ ունի հոմեոպատիային բուժման դեպքում, որը պետք է դադարեցնել»,- գտնում է Society of Biology-ի գործադիր տնօրեն Մարկ Դաունսը (Mark Downs): Կեղծ գիտական հայտարարություններն ու գիտական տվյալների սխալ մեկնությունները հերքող բրիտանական ոչ ֆորմալ Sense About Science միության ներկայացուցիչ Սայլ Լեյնը (Sile Lane) իր հերթին նշում է, որ «եթե հոմեոպատիայի պես բուժում տրամադրվում է Առողջապահության ազգային ծառայության կողմից, ապա մարդիկ կարող են կարծել, թե այն ունի նույնատիպ ապացուցական հենք, ինչպիսին ունեն ավանդական բժշկության մեթոդները: Սա մարդկանց մոլորեցնում է, քանի որ նրանք պատկերացնում են այն, ինչն իրականում չկա»:

[Աղբյուր՝ Medportal.ru](http://Medportal.ru)

ԴԵՂԱԶԱՂԱԶԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ ՆՈՐՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

ԲՈՐՏԵՂՈՄԻՔ: ՄԱՅԱՅՈՒ ԵԼԸ ՆԵՐՈՂՆՈՒԴԵՂԱՅԻՆ ՆԵՐՄՈՒՃՄԱՆ ԺԱՄԱՆԱԿ

Կանադա: Առողջապահության նախարարության հետ խորհրդակցելուց հետո Janssen Inc. ընկերությունը զգուշացնում է **բորտեզոմիքի (VELCADE)** պատահական ներողնուղեղային ներմուծումից հետո մահացու ելքի վտանգի մասին: 2003 թ-ի մայիսին դեղի առաջին խրախուսման պահից ի վեր աշխարհում գրանցվել է հիվանդներին չկանխատեսված ներողնուղեղային ներմուծումից մահացու ելքի 3 դեպք: Դրանք նկարագրված են Ֆրանսիայում և Իտալիայում: Դրանցից յուրաքանչյուրում մահը տեղ է գտել, երբ ուռուցքային հիվանդության ներողնուղեղային քիմիաբուժումը պլանավորվել է բորտեզոմիքի ներերակային ներարկման փուլում:

Բժիշկները պետք է առաջնորդվեն հետևյալ համձնարարականներով.

- *բորտեզոմիքի ներմուծման միակ խրախուսված ուղին ներերակային ներարկումն է,*
- *մասնագետները ներգոյրկարեղային և այլ հարմարադասական քիմիաբուժում պետք է իրականացնեն փարբեր ժամերին, ընդ որում ներերակային և ներգոյրկարեղային ներմուծման համար անհրաժեշտ է կիրառել առանձին ներմուծման խողովակներ,*
- *մասնագետները պետք է կիրառեն ներարկիչների վրա դեղանվանման ու ներմուծման ուղու պարզ նշումներ և բուժամիջոցառումից առաջ կարարեն կրկնակի հսկողություն՝*

հիվանդի համար ավելի մեծ անվտանգություն ապահովելու նպատակով.

- քիմիաբուժում իրականացնող կամ այն վերահսկող բուժանձնակազմին պետք է ուսուցանել և տեղեկացնել բորբեգումիքի ներդնող դեղային ներմուծման վրանգավորության և այդ վրանգը նվազագույնին հասցնելու միջոցառումների ուղղությամբ:

WHO Pharmaceuticals Newsletter N 2, 2012.

Խմբագրության կողմից:

Հայաստանում բորբեգումիքը գրանցված է VELCADE անվամբ (Ben Venue Laboratories Inc. For Janssen Cilag):

ԴՈՍՊԵՐԻԴՈՆ: ԼՈՒՐՋ ՓՈՐՈՔԱՅԻՆ ՌԻԹՄԱԵՆՂՄԱՆ ՌԻ ՀԱՆԿԱՐԾԱՅԱՍ ՍՐՏԱՅԻՆ ՄԱՅՎԱՆ ՄԻՋԵՎ ԿԱՊ

Կանադա: Դոմպերիդոն արտադրողն, առողջապահության նախարարության հետ համագործակցելով, մասնագետներին նախագոշացնում է, որ դոմպերիդոնով բուժումը պետք է սկսել հնարավոր նվազագույն դեղաչափից, այդ թվում՝ Պարկինսոնով հիվանդների համար:

Վերջերս ծավալված համաճարակաբանական հետազոտությունները ցույց տվեցին, որ դոմպերիդոնի կիրառմամբ կարող է պայմանավորվել լուրջ փորոքային ռիթմաշեղման ու հանկարծահաս սրտային մահվան մեծ վտանգը հատկապես 60-ն անց և 30 մգ-ից ավել դեղաչափով դոմպերիդոն ընդունող հիվանդների շրջանում: Ջգուշությամբ է կիրառվում QT միջակայքը երկարացնող դեղերի հետ միաժամանակ կամ երկարացված QT, հատկապես՝ QTc միջակայքի, ինչպես նաև զգալի էլեկտրոլիտային խանգարումների կամ սրտի հիվանդությունների (ինչպիսին սրտային անբավարարությունն է) դեպքում: Դոմպերիդոնով բուժումը պետք է սկսել հնարավոր նվազագույն դեղաչափից, որը կարող է աստիճանաբար ու զգուշորեն մեծացվել մինչև անհրաժեշտ ազդեցություն ապահովելը: Սրանից զատ՝ ենթադրվող օգուտը պետք է գերազանցի հնարավոր վտանգը: Կետոկոնազոլի և դոմպերիդոնի միաժամանակ ներմուծումը հակացուցված է (քանի որ արյան պլազմայում դոմպերիդոնի խտությունը եռակի աճում է): Պետք է զգուշ լինել CYP3A4 ֆերմենտի այլ արգելակիչներով զուգորդելիս, քանի որ վերջիններից կարող է բարձրանալ արյան պլազմայում դոմպերիդոնի մակարդակը:

Հիվանդներին պետք է նախազգուշացնել այն մասին, որ սրտի ռիթմաշեղման ախտանիշների (գլխապտույտ, արտահայտված անոթազարկ (пульсация), գիտակցության կորուստ կամ ցնցումներ) զարգացման դեպքում՝ անհրաժեշտ է անհապաղ դադարեցնել դեղի ընդունումն ու դիմել բժշկի:

Դոմպերիդոն արտադրողները, առողջապահության նախարարության

հետ համագործակցելով, գործունեություն են ծավալում դեղաչափի և լուրջ փորձրային ռիթմաշեղման ու հանկարծահաս սրտային մահվան վտանգի վերաբերյալ այս նոր հանձնարարականները կանադական դեղերի բոլոր մենագործությունների մեջ ներառելու ուղղությամբ:

WHO Pharmaceuticals Newsletter N 2, 2012.

Խմբագրության կողմից:

Հայաստանում գրանցված է տարբեր արտադրողների դոմպերիդոն՝ Doprokin, Brulium Linguatabl, Domperidone, Motilium, Motoricum, որոնց կիրառման հրահանգներում կա միայն կետոկոնազոլով և CYP3A4 ֆերմենտի այլ արգելակիչներով դեղի գույզորդման վտանգի մասին նախազուշացում:

ՍՏՐՈՆՑԻՈՒՄԻ ՌԱՆԵԼԱՏՆ ԱՅԼԵՎՍ ԽՈՐՀՈՒՐԴ ՉԻ ՏՐՎՈՒՄ ԱՆՇԱՐԺ ԿԱՍ ԵՐԱԿԱՅԻՆ ԹՐՈՍԲԱՆՑԱՆՍԱՄԲ (ԵԹԽ) ԳԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ԶԱՄԱՐ: ՎԵՐԱՆԱՅՎԵԼ ԵՆ ԼՈՒՐՋ ՄԱՇԿԱՅԻՆ ՌԵԱԿՑԻԱՆԵՐԻ ՄԱՍԻՆ ՆԱԽԱԶԳՈՒ-ՇԱՅՈՒՄՆԵՐԸ

Եվրոպա: Մարդկանց համար բժշկական արտադրանքի կոմիտեն (CHMP) ավարտել է **ստրոնցիումի ռանելատի (Protelos & Osseor)** անվտանգության մեկնաբանությունը և եզրակացրել, որ այս դեղն արդիական է կանանց օստեոպորոզը բուժելու համար, սակայն անհրաժեշտ են կիրառմամբ պայմանավորված վտանգը կանոնավորելու նպատակով դեղի նշանակման պրակտիկայի որոշ փոփոխություններ:

Այս դեղերի անվտանգության հետազոտությունը մեկնարկվեց Ֆրանսիայում ծավալված ուսումնասիրության արդյունքների հրապարակումից հետո, որը վեր հանեց դեղի՝ 2006թ-ի հունվարից մինչև 2009թ-ի մարտը գրանցված կողմնակի ազդեցությունների 199 դեպք: Դրանց մոտ կեսը երակային թրոմբախցանուժներն էին (ԵԹԽ), մոտավորապես քառորդը՝ մաշկային ռեակցիաները: ԵԹԽ-ը և լուրջ մաշկային ռեակցիաները հայտնի կողմնակի ազդեցություններ են և գտնվում են կոմիտեի խիստ հսկողության ներքո: ԵԹԽ-ի զարգացման վտանգը հաստատվել է կլինիկական փորձարկումներում, իսկ լուրջ մաշկային ռեակցիաներինը՝ հայտնաբերվել դեղը շուկա մուտք գործելուց հետո: Դրանց մասին տեղեկությունները ներառված են դեղի կիրառման հրահանգի մեջ կամ բերված են կողմնակի ազդեցությունների ցուցակում:

CHMP-ը վերլուծել է այդ դեղերի անվտանգության բոլոր մատչելի տվյալները: Ըստ դրանց՝ ԵԹԽ-ի վտանգը մեծ է անամնեզում դրա դրվագներ ունեցածների և ժամանակավոր կամ մշտական անշարժությամբ հիվանդների շրջանում: ԵԹԽ-ի դեպքերի քանակը նաև մեծ էր տարեց մերի շրջանում՝

պլացեբոյի համեմատությամբ դեղն ընդունելու ժամանակ: Արդյունքները ցույց տվեցին, որ այնպիսի լուրջ մաշկային ռեակցիաների զարգացման հաճախությունը, ինչպիսին են էոզիմոֆիլիայով և համակարգային ախտանիշներով մաշկացանը (ԷՀԱՍ), Ստիվեն-Ջոնսոնի համախտանիշը (ՍՋՀ) և թունային վերամաշկային նեկրոլիզը (ԹՎՆ), ցածր է, և հնարավոր մեխանիզմները դեռ չեն հայտնաբերվել: Քանի որ այս ախտանիշների բուժման (վերացման)ամենալավ արդյունքները հնարավոր են վաղ ախտորոշման և դեղը կիրառումից անհապաղ հանելու դեպքում, շատ կարևոր է, որպեսզի բժիշկներն ու հիվանդները շտապ տեղեկացնեն նման վիճակների ախտանիշների ծագման մասին:

Այսպիսով՝ CHMP-ը խորհուրդ է տալիս.

- բժիշկները պետք է արթունցիտնի ռանելալոր նշանակեն առկա ԵԹԽ-ով կամ անամնեզում այն նշող, ինչպես նաև ժամանակավոր կամ մշտական անշարժությամբ հիվանդներին,
- 80-ն անց հիվանդների համար, հաշվի առնելով ԵԹԽ-ի վրանզը, բժիշկը պետք է արժևորի դեղով բուժումը շարունակելու անհրաժեշտությունը,
- բժիշկները պետք է տեղեկացնեն հիվանդներին ծանր մաշկային ռեակցիաների՝ ԷՀԱՍ-ի, ՍՋՀ-ի և ԹՎՆ-ի ախտանիշների դրսևորման հնարավորության ու հավանական ժամկետների մասին: ՍՋՀ-ի և ԹՎՆ-ի դրսևորման առավելագույն վրանզն առկա է բուժման առաջին շաբաթներին, իսկ ԷՀԱՍ-ի վրանզը՝ 3-6 շաբաթվա ընթացքում: ՍՋՀ-ի և ԹՎՆ-ի ախտանիշներն են ցանը, ջերմության բարձրացումը, էոզիմոֆիլիան և համակարգային ախտահարումները՝ աղեկոպաթիան, լյարդաբորբը միջոցաչափին երիկամահարը, միջոցաչափին թոքաբորբը,
- ծանր ալերգային ռեակցիաներ (այդ թվում՝ մաշկացան) ծագելիս՝ հիվանդները պետք է անհապաղ դադարեցնեն բուժումը: Որոշ ժամանակ անց այն պետք չէ վերսկսել:

WHO Pharmaceuticals Newsletter N 2, 2012.

Խմբագրության կողմից:

Ստրոնցիումի ռանելատը ոսկրածևավորումը խթանող դեղ է: Այն խթանում է նաև ոսկրաբջջիների կուլտուրայում ոսկրակազմիչ բջջիների նախորդների վերարտադրումը և կոլագենի սինթեզը, նվազեցնում ոսկրաքայքայիչ բջջիների տարբերածագումն ընկճելու ուղիով ոսկրահյուսվածքի ներծծումը, ինչպես նաև դրանց ռեգորբտիվ ակտիվությունը: Արդյունքում ոսկրահյուսվածքի ձևավորման ու քայքայման հաշվեկշիռը փոփոխվում է դեպի ոսկրագոյացում: Հիմնական ցուցումը հետադաշտանադադարի օստեոպորոզն է: Հայաստանում գրանցված ստրոնցիումի ռանելատի (ԲԻՎԱԼՈՍ) կիրառման հրահանգի «Նախագոյացումներ» և «Կողմնակի ազդեցությունները» բաժիններում նշում կա վերոնշյալ անցանկալի երևույթների մասին:

ԴԵՂԵՐԻ ԱՆՎՏԱՆԳՈՒԹՅՈՒՆԸ

ՄՆԴԻ ԵՎ ԴԵՂԵՐԻ ՎԱՐՉՈՒԹՅՈՒՆԸ (FDA) ՅԻՇԵՏՆՈՒՄ Ե ՑԵՖԵՊԻՄԻ ԱՆՎՏԱՆԳՈՒԹՅԱՆ ԽՆԴԻՐՆԵՐԻ ՄԱՍԻՆ

26-ը հունիսի, 2012 թ: Սննդի և դեղերի վարչությունը (FDA) առողջապահության աշխատակիցներին հիշեցնում է երիկամային անբավարարությամբ հիվանդների համար հակամանրէային դեղ **ցեֆեպիմի** դեղաչափը շտկելու անհրաժեշտության մասին:

FDA-ի վեբ-կայքում տեղադրված տեղեկության մեջ նկարագրված են ցնցումազուրկ էպիլեպսային ստատուսի դեպքեր, հատկապես երիկամային անբավարարությամբ հիվանդների մոտ ` դեղի առանց դեղաչափը շտկելու կիրառման դեպքում:

«Վերանայվել են ցեֆեպիմի կիրառման հրահանգի «Նախագուշացումներ», «Ձգուշացումներ» և «Կողմնակի ազդեցություններ» բաժինները՝ վերոնշյալ վտանգն ընդգծելու նպատակով».- նշվում է Վարչության դիմումի մեջ:

Ցեֆեպիմը 4-րդ սերնդի ցեֆալոսպորինների դեղադասի ներկայացուցիչ է, FDA-ի կողմից խրախուսվել է 1996թ-ին: Լայնորեն կիրառվում է թոքաբորբի, միզասեռական համակարգի, մաշկի, ենթամաշկային կառուցվածքների վարակները և ստամոքսաղիքային համակարգի բարդացած վարակները բուժելու համար: Վարչության տվյալներով՝ գործակալության կողմնակի ազդեցությունների մասին տեղեկությունների համակարգի տվյալների հենակետում (Adverse Event Reporting System – AERS) 1996-ից մինչև 2012-ի փետրվարը գրանցվել է ցեֆեպիմի կիրառումից ցնցումազուրկ էպիլեպսային ստատուսի ծագման 59 դեպք, որոնցից 16-ը՝ մահացու ելքով:

Վարչությունը նշում է, որ նման դեպքերի 56% գրանցվել է 65-ն անց հիվանդների, 69%՝ կանանց շրջանում: Գրանցվել է 59 հիվանդից 58-ի երիկամային ֆունկցիայի խանգարում (մեկ հիվանդի երիկամային ֆունկցիայի տվյալները բացակայել են): 59-ից 56 հիվանդի ընդունած ցեֆեպիմի դեղաչափերը չեն շտկվել երիկամների ֆունկցիայի խախտման համապատասխանությամբ, ինչպես որ առաջարկված էր դեղի կիրառման հրահանգում: Ըստ FDA-ի դիմումի՝ 43 հիվանդի ցնցումազուրկ էպիլեպսային ստատուսը վերացել է ցեֆեպիմի կիրառումը դադարեցնելուց և/կամ արյունատրամալուծումից հետո:

Վարչությունը բժիշկներին հիշեցնում է, որ էպիլեպսային նուպայի վտանգը նվազագույնին հասցնելու նպատակով կրեատինինի 60մլ/րոպե և ցածր գտմամբ հիվանդների համար ցեֆեպիմի դեղաչափը պետք է շտկվի, և առաջարկում է երիկամային անբավարարությամբ հիվանդների՝ ցեֆեպիմով հրահրված էպիլեպսային նուպա ծագելիս՝ դեղի կիրառումը դադարեցնել կամ շտկել դեղաչափը:

<http://www.medscape.com/viewarticle/766390?sssdmh=dm1.797753&src=nldne>

ԴՈՐԻԳԵՆԵՄ: ԲԱՐՁՐ ՄԱՅԱՑՈՒԹՅՈՒՆ ԵՎ ՑԱԾՐ ԱՐԴՅՈՒՆԱՎԵՏՈՒԹՅՈՒՆ ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ ՓՈՐՁԱՐԿՈՒՄՆԵՐԻ ԸՆԹԱՅՔՈՒՄ

Կանադա: Առողջապահության նախարարության հետ խորհրդակցելուց հետո Janssen Inc. ընկերությունը նոր տեղեկություն է տարածել արհեստական շնչառությամբ (ԱՇ) պայմանավորված թոքաբորբի բուժման ժամանակ **դորիպենեմի (DORIBAX)** անվտանգության մասին: ԱՇ-ով պայմանավորված թոքաբորբի ժամանակ դորիպենեմի կիրառումն ուսումնասիրող, առաջահայաց, դիպվածային, կրկնակի կույր պլացեբո-հսկողական, 3-րդ փուլի բազմակենտրոն կլինիկական փորձարկումը վաղաժամ դադարեցվել է, քանի որ պլանավորված 524-ից 274 հիվանդի տվյալների միջանկյալ վերլուծությունը վեր հանեց դորիպենեմով բուժման 7-օրյա կուրս (յուրաքանչյուր 8 ժամը 1 անգամ) ընդունողների խմբում մահացության առավել բարձր մակարդակ և առավել ցածր կլինիկական արդյունավետություն՝ ի տարբերություն իմիպենեմ/ցիլաստատինով բուժման 10-օրյա կուրս ընդունողների:

Դորիպենեմը Կանադայում խրախուսված է մեծահասակների ներհիվանդանոցային թոքաբորբը՝ ներառյալ ԱՇ-ով պայմանավորված թոքաբորբը, որովայնախոռոչի և միզուղիների ծանր վարակները, այդ թվում՝ պիելոնեֆրիտը բուժելու համար, դեղի առաջարկվող դեղաչափն է՝ 500 մգ յուրաքանչյուր 8 ժամը մեկ անգամ 1- կամ 4-ժամյա ներերակային ներարկումների ձևով 7-14 օրվա ընթացքում: Դեղի կանադական մենագրության «Դեղաչափումն ու ներմուծումը» բաժնում պարունակվում է առաջարկվող դեղաչափերի և բուժման տևողության մասին տեղեկատվություն: Մակայն ստացված նոր տեղեկության հիման վրա ԱՇ-ով պայմանավորված թոքաբորբի բուժման մասին բաժինը կվերանայվի:

WHO Pharmaceuticals Newsletter N 2, 2012.

ՊՐՈՏՈՆԱՊՈՍՊԻ ԱՐԳԵԼԱԿԻԶՆԵՐ (ՊՊԱ): Clostridium difficile-ով պայմանավորված փորլուծության (ԿԴՊՓ) ծագման հնարավոր վրանգը

ԱՄՆ: Սննդի և դեղերի վարչությունը (FDA) հայտարարել է, որ ՊՊԱ (պրոտոնապոմաի արգելակիչներ) խմբի դեղերի կիրառումը կարող է կապվել ԿԴՊՓ-ի ծագման մեծ վտանգի հետ: Այս ախտանունն անհրաժեշտ է նկատի ունենալ ՊՊԱ ընդունող հիվանդների կայուն փորլուծության դեպքում:

ՊՊԱ արտադրողները դեղերի կիրառման հրահանգների մեջ պետք է ներառեն այդ դեղախմբից ԿԴՊՓ-ի զարգացման մեծ վտանգի մասին տեղեկատվություն:

FDA-ը նաև արժևորել է H2- հիստամինային ընկալիչների պաշարիչների

կիրառումից վերոնշյալ ախտի ծագման վտանգը, որոնք ևս կիրառվում են այրոցի, ստամոքս-կերակրափողային հեամոդման (ՄԿՀ), ստամոքսի և բարակ աղու խոցի բուժման համար:

Clostridium difficile (*C. difficile*)-ը մանրէ, հրահրում է կայուն, բուժմանը չենթարկվող փորլուծություն, բնութագրվում է հեղուկանման կղանքով, որովայնացավով, բարձր ջերմությամբ: Հնարավոր է ավելի լուրջ աղիքային բարդությունների զարգացում:

FDA-ը ՊՊԱ ընդունող հիվանդներին խորհուրդ է տալիս անգուսպ փորլուծության դեպքում անհապաղ կապվել բժշկի հետ:

Առողջապահության մասնագետները պետք է հետևեն FDA-ի հանձնարարականներին.

- ՊՊԱ ընդունողների շրջանում անգուսպ փորլուծություն ծագելիս՝ պետք է նկատի ունենալ ԿԴՊՓ-ի զարգացման հավանականությունը,
- ՊՊԱ ընդունող հիվանդներին խորհուրդ տալ փորլուծության, որովայնացավի, բարձր ջերմության դեպքում անհապաղ դիմել բժշկին:

Կանադա: Առողջապահության նախարարությունը հայտարարել է ՊՊԱ-ների կիրառման ու ԿԴՊՓ-ի ծագման մեծ վտանգի միջև հնարավոր կապի մասին, որի առնչությամբ մեկնարկվել է բոլոր մուտք գործող տվյալների արձևորումը: Դեռ ճշգրիտ կապ չի հաստատվել, սակայն մնացած հնարավորությունը չի կարելի բացառել: Ուստի Կանադայի առողջապահության նախարարությունը և FDA-ը մասնագետների համար թողարկել են նույնատիպ հանձնարարականներ:

WHO Pharmaceuticals Newsletter N 2, 2012.

ԹԻԱՆԵԱՏԻՆ: ԿԱՆՅԱԼՈՒԹՅԱՆ ԲԱՋՈՒՄ ԴԵՊՔԵՐ

Կիրառում են առաջարկվածները զգալիորեն գերազանցող դեղաչափերով

2011թ-ին Թմրաբեր և հոգեմետ դեղերի ֆրանսիական ազգային կոմիտեն վերլուծել է թիանեատինի չարաչափման ու դրանից կախյալության տվյալները: **Թիանեատինը** օրը 2-3 անգամ 12,5 մգ դեղաչափով կիրառման թույլտվությամբ հակադեպրեսանտ է, քիմիապես մնացած է կախյալություն հրահրելու հատկության պատճառով շուկայից հանված **ամինեատինին:**

2006-2010 թթ գրանցվել է թիանեատինից կախյալության 45 նոր դեպք: Դրանց մեծամասնությունում դեղը կիրառվել է առաջարկվածը տասնապատիկ գերազանցած դեղաչափով: Երկու հիվանդ ընդունել են օրը 360- 4000 դեղահատ (13 փաթեթավորում): 23 դեպքում գործադրվել են թիանեատինի չարաչափումը նվազեցնելու կամ այն դադարեցնելու ջանքեր, որոնցից 13-ը՝ հիվանդանոցային պայմաններում: Մի շարք դեպքերում այդ փորձերը կրկնվել են, մեկ հիվանդ հոսպիտալացվել է 11 անգամ: 6-ի համար ջանքերը պակասվել են հաջողությամբ:

Բժշկական ապահովագրության տվյալների հետազոտությունը

հայտնաբերել է տարին առնվազն 12 անգամ թիանեպտինի համար փոխհատուցում ստացած 3803 հիվանդ, որոնցից 302-ը (8%) դեղը կիրառել է առաջարկվածից մեծ դեղաչափով: 91 հիվանդ (2,4%) փոխհատուցում է ստացել առաջարկվածը կրկնակի գերազանցած դեղաչափերի համար: 1000 հիվանդից մեկը փոխհատուցում ստացել է թիանեպտինի խիստ մեծ օրական դեղաչափի (միջինում՝ 540 մգ) համար:

Կախյալության վտանգը անարդարացի չէ, քանի որ թիանեպտինն այլ հակադեպրեսանտներից ապացուցված առավելություններ չունի:

Prescrire International May 2012/Volume 21, N 127: 130
Translated from Rev Prescrire January 2012: 32 (339): 25

Խմբագրության կողմից:

Ավելի վաղ («Գեղեր և բժշկություն», 2009 թ, N 3) հրատարակվել է թիանեպտինից (COAXIL, Les Laboratoires Servier Industrie) կախյալության զարգացման վտանգի մասին հոդված: Ներկայումս, ՀՀ առողջապահության նախարարությանը բազմիցս դիմելուց հետո, մեր կենտրոնի պահանջով թիանեպտինը ներառված է Հսկվող դեղերի ցանկի մեջ:

ՑԻՏԱԼՈՊՐԱՍ ԵՎ ԷՍՑԻՏԱԼՈՊՐԱՍ: ԱՌՎԵԼԱԳՈՒՅՆ ՕՐԱԿԱՆ ԴԵՂԱԶԱՓԻ ՆՈՐ ՍԱՅՄԱՆԱՓՎԱԿՈՒՄՆԵՐ, ԶԱԿԱՑՈՒՑՈՒՄՆԵՐ ԵՎ ՆԱԽԱԶԳՈՒՇԱՑՈՒՄՆԵՐ:

Միացյալ Թագավորություն (ՄԹ): Բժշկական արտադրանքի կարգավորիչ գործակալությունը (MHRA) ծանուցում է, որ ցիտալոպրամի և էսցիտալոպրամի կիրառմամբ պայմանավորված է QT միջակայքի դեղաչափակախյալ երկարումը, հետևաբար այդ դեղերը չպետք է կիրառել QT միջակայքի երկարացման բնածին համախտանիշի, QT միջակայքի երկարության առկայության դեպքում և այդ միջակայքը երկարացնող այլ դեղերով զուգորդմամբ: Բուժումը սկսելուց առաջ անհրաժեշտ է շտկել ԷՍԳ-ի առկա փոփոխություններն ու էլեկտրոլիտային հաշվեկշռի խանգարումները: Գործակալությունը նաև ներկայացրել է ցիտալոպրամի առավելագույն օրական դեղաչափի նոր սահմանափակումներ՝ 40 մգ մեծահասակների, 20 մգ 65-ն անց և 20 մգ՝ լյարդային անբավարարությամբ հիվանդների համար, էսցիտալոպրամի առավելագույն օրական դեղաչափը 65-ն անց բուժվողների համար փոքրանում է մինչև 10 մգ/օրը, մյուս դեղաչափերը մնում են անփոփոխ:

Ցիտալոպրամն ու էսցիտալոպրամը դասվում են հակադեպրեսանտների, մասնավորապես սերտոնինի հետզավթման ընտրողական արգելակիչների շարքին և ցուցված են դեպրեսիայի, խուճապային խանգարումների ախտանիշների, վախերի, տանգապայնության և սևեռուն վիճակների բուժման համար: Այս դեղերի կիրառման հրահանգներում նշված է դրանց

ազդեցությամբ ՉՏ միջակայքի երկարման հավանականությունը: Ինչևէ՝ վերջին տվյալները հաստատեցին նման վտանգի առկայությունը և դրա դեղաչափակախալ բնույթը: Տարեց հիվանդներն առավել ենթակա են նման վտանգին՝ կապված այդ դեղերի նյութափոխանակության և օրգանիզմից դուրս բերման տարիքային դանդաղման հետ: Հետևաբար՝ 65-ն անց հիվանդների համար նշված դեղերի առավելագույն օրական դեղաչափը սահմանափակվել է:

Առողջապահության մասնագետներին խորհուրդ է տրվում հետևել ստորև բերվող կանոններին.

- *նշված դեղերն առաջարկվածներից մեծ դեղաչափերով ընդունողների բուժումը պետք է վերանայվի,*
- *պետք է մանրագնին կշռվի ցիրալուպրամի և էսցիրալուպրամի վրանգ/օգուր հարաբերակցությունը հարկապես մեծ դեղաչափեր ընդունող, ինչպես նաև ՉՏ միջակայքի երկարման, ցայրուն դանդաղասրտության, սրտամկանի բարձր ինֆարկտի կամ դեկոմպենսացված սրտային անբավարարության արդեն առկա վրանգի գործոններով հիվանդների համար,*
- *եթե բուժման ընթացքում զարգանում են սիրտանոթային ախտանիշներ՝ սրտխափոց, գլխապտույտ, գիպակցության կորուստ կամ ցնցումներ, հնարավոր չարորակ սրտային ռիթմաշեղումը բացառելու համար անհրաժեշտ է սրտի աշխարանքն արժևորել նաև ԷՍԳ-ի տվյալների հիման վրա,*
- *եթե ՉՏ միջակայքը > 500 մվյրկ, բուժումն անհրաժեշտ է աստիճանաբար դադարեցնել,*
- *եթե ՉՏ միջակայքի տևողությունը 480-500 մվյրկ է, անհրաժեշտ է մանրագնին արժևորել հետագա բուժման օգուր/վրանգ հարաբերակցությունը՝ դեղաչափի փոքրացման կամ դեղը կիրառումից աստիճանաբար հանելու հնարավոր տարբերակների կողքին:*

WHO Pharmaceuticals Newsletter No. 1, 2012

Խմբագրության կողմից:

Հայաստանում էսցիտալուպրամը գրանցված է LENUXIN (Gedeon Richter) անվամբ:

ՔԿԵՏԻԱՊԻՆ: ՍՐՏԱՄԿԱՆԱԽՏԸ՝ ԱՆԿՏԱՆԳՈՒԹՅԱՆ ՆՈՐ ԱԶԴԱՆՇԱՆ

Նոր Զեւանդիա: Բժշկական արտադրանքի անվտանգության վարչության (Medsafe) տվյալներով՝ առողջապահության մասնագետները որպես անբացատրելի սրտամկանախտի պատճառ պետք է նկատի ունենան նաև **քլետիապինի** կիրառումը և դրա ծագման դեպքում՝ դադարեցնել այդ

դեղով բուժումը: Ներկայումս երկրում քվետիպայինի կիրառման հրահանգը վերանայման փուլում է՝ նպատակ հետապնդելով դրանում ներառել սրտամկանախտի զարգացման վտանգի մասին նոր տեղեկատվություն: Գեղը ցուցված է տուր և քրոնիկ հոգեզարության (նաև՝ շիզոֆրենիայի) և երկբևեռ աֆեկտիվ խանգարումների բուժման համար:

Քվետիպայինը կառուցվածքապես նման է կլոզապինին և օլանզապինին, որոնց կիրառմամբ պայմանավորվել են սրտամկանի բորբոքման ու սրտամկանախտի դեպքեր: Անվտանգության վարչությունը ստացել է այս դեղով հրահրված սրտամկանախտի դեպքերի մասին յոթ զեկուցում: Դրանցում քվետիպայինի կիրառում նկարագրված է ընկճախտի (դեպրեսիա) (3), երկբևեռ խանգարման (2) և շիզոֆրենիայի (2) ժամանակ: Հիվանդների տարիքը տատանվել է 20-52 տարեկանի սահմաններում, իսկ դեղի ընդունման տևողությունը՝ 6 ամսից մինչև 5 տարի ժամկետում:

Medsafe-ի տվյալներով՝ այս կապի կենսաբանական մեխանիզմը մինչ օրս հաստատված չէ, սակայն որոշ հեղինակներ ենթադրում են, որ ինչպես կլոզապինի, այնպես էլ այս դեպքում հնարավոր պատճառը սրտամկանի բորբոքման ժամանակ դեղի հանդեպ գերզգայնությունն է: Քվետիպայինը կարող է անողդակիորեն նպաստել նաև սրտամկանախտի ծագմանը, քանի որ հրահրում է ճարպակալում և շաքարախտ:

[WHO Pharmaceuticals Newsletter No. 1, 2012](#)

Խմբագրության կողմից:

Հայաստանում քվետիպայինը գրանցված է KETILEPT (EGIS) անվամբ:

ՖԻՆԱՍՏԵՐԻԴ: ՏՂԱՍԱՐԴԿԱՆՑ ԿՐԾՔԱԳԵՂԶԻ ԲԱՂՑԿԵՂԻ ՀԱԶԿԱԴԵՊ ՀՆԱՐԱՎՈՐ ԿՏԱՆԳ

Կանադա: Առողջապահության նախարարությունը հայտարարել է **ֆինաստերիդի** կիրառման հրահանգը վերանայելու մասին, դրանում ներառելով տղամարդկանց կրծքագեղձի քաղցկեղի զարգացման եզակի դեպքերի վերաբերյալ տեղեկատվություն:

Նախարարությունը ֆինաստերիդ ընդունող հիվանդներին խորհուրդ է տալիս բուժող բժշկին տեղեկացնել կրծքագեղձի հատվածում ցանկացած փոփոխությունների մասին, որոնք են գեղձի մեծացումը, կոշտացումը, ցավոտությունը և պտուկից արտազատուկը:

Տղամարդկանց կրծքագեղձի քաղցկեղի զարգացում է նշվել 1 մգ և 5 մգ դեղաչափերով ֆինաստերիդ ընդունած հիվանդների շրջանում: Դեպքերի մեծամասնությունում այս բարդությունը զարգացել է 5 մգ դեղաչափի կիրառումից:

Առկա ապացույցների հիման վրա պարզ չէ, թե իրո՞ք ֆինաստերիդը կարող է լինել տղամարդկանց կրծքագեղձի քաղցկեղի զարգացման պատ-

ճառք. բայց այս վտանգը տվյալ փուլում բացառելն անհնար է:

Vigibase-ի հաշվետվություններ

Ֆինաստերիդ

Տեղեկությունների քանակը 429 (նորագոյացություններ, տղամարդիկ)

Գրանցված ռեակցիաների մեծամասնությունը (դեպքերի քանակը)

Կարցինոմա 83

Տարբեր հյուսվածքների նորագոյացություններ 74

Թոքային կարցինոմա 40

Տղամարդկանց արտաքին սեռական օրգանների

չարորակ նորագոյացություններ 39

Սրամոքսի քաղցկեղ 27

Տղամարդկանց կրծքագեղձի նորագոյացություններ 21

Միզապարկի քաղցկեղ 16

Սպիրաբյուրություն 12

WHO Pharmaceuticals Newsletter No. 5, 2011

Խմբագրության կողմից:

Հայաստանում ֆինաստերիդը գրանցված է PROSCAR (MSD) անվամբ: Մեր կենտրոնի ղեղազգոնության ծառայությունը դեղի կողմնակի ազդեցությունների ծագման մասին տեղեկատվություն չի գրանցել:

ՖՈՒՉԻՂԱՔՅՈՒ ԵՎ ՍՏԱՏԻՆՆԵՐ: ՈԱԲՂՈՄԻՈԼԻԶԻ ԶԱՐԳԱՅՄԱՆ ԿՏԱՆԳ

Մեծ Բրիտանիա: Բժշկական արտադրանքի կարգավորիչ գործակալությունը (MHRA) հայտարարել է **ֆուզիդաքսիլի (Fucidin)** կիրառման հրահանգի նորացման մասին՝ այն հավելելով դրա և ստատինների համատեղ կիրառումից լուրջ ու մահացու ռաբդոմիոլիզի զարգացման վտանգի մասին խիստ նախազգուշացմամբ:

Ֆուզիդաքսին և դրա աղերը (այդ թվում՝ նատրիումի ֆուզիդատը) հակաստաֆիլոկոկային դեղեր են, կիրառվում են խորը հյուսվածքների կամ ոսկրի մեջ դեղերի լավ ներթափանցում պահանջող լուրջ վարակները (օրինակ՝ օստեոմիելիտը) բուժելու համար:

Համակարգային ազդեցության դեղաձևերն են դեղահատերը, դեղակախույթներն ու ներերակային ներարկման լուծույթները: Համակարգային ազդեցության ֆուզիդաքսիլի և որոշ ստատինների միաժամանակ կիրառումից ռաբդոմիոլիզի զարգացման վտանգի աճի մասին կարծիքը հայտնի է վաղուց: Ֆուզիդաքսիլի, սիմվաստատինի և ատորվաստատինի կիրառման հրահանգները պարունակում են տվյալ փոխազդեցության վտանգի մասին

տեղեկատվություն:

Սակայն MHRA-ի տվյալներով՝ վերջին տարիներին ֆուզիոթերապիա ու ստատինների փոխազդեցությամբ ենթադրաբար պայմանավորված ռաբդոմիոլիզի (այդ թվում՝ մահացու ելքով) զարգացման դեպքերի քանակն ու ծանրությունն աճել են: Ուստի MHRA-ը խորհուրդ է տալիս մասնագետներին հետևել ներքոնշյալ կանոններին.

- ֆուզիոթերապիի նշանակման անհրաժեշտության դեպքում սրտաբանների ընդունումը պետք է դադարեցվի բուժման ողջ փուլում,
- ֆուզիոթերապից օրգանիզմի մաքրումն ապահովելու նպատակով սրտաբաններով բուժում կարող է նշանակվել ֆուզիոթերապի վերջին դեղաչափն ընդունելուց 7 օր հետո,
- բացառիկ դեպքերում, համակարգային ազդեցության ֆուզիոթերապի պատրաստուկներով տրակտման բուժման անհրաժեշտության դեպքում սրտաբանների միաժամանակ նշանակման հարցը պետք է դիտարկվի անհատապես. այն պետք է իրականացվի միայն բժշկական մանրազնիմ հսկողությամբ, մկանաթուլություն, մկանային ցավերի՝ խորհուրդ է տրվում անհապաղ դիմել բժշկին:

WHO Pharmaceuticals Newsletter No. 5, 2011

Խմբագրության կողմից:

Հայաստանում գրանցվել է ֆուզիոթերապի (2%) և բետամեթազոն (0,1%) պարունակող, տեղային կիրառման BETA-FUCIN (Delta Pharma S.A.E.) նրբաբաժնի:

ԿՈՆԽՑԻՆ: ՆԱԽԱԶԳՈՒՇԱՑՈՒՄՆԵՐ

Ֆրանսիա: ԳԿԱ-ների մասին տեղեկությունների վերլուծության արդյունքում Ֆրանսիայում որոշվել է կոլխիցինի՝ կյանքին սպառնացող, լուրջ կողմնակի ազդեցությունների ծագման վտանգի չորս գործոն՝ 75-ն անց տարիք, երիկամային անբավարարություն, լյարդային անբավարարություն և դեղային փոխազդեցություններ:

Կոլխիցինը հոդապատի նուստների 2-րդ ընտրության բուժամիջոց է: Գրա նեղ բուժական ինդեքսը ստեղծում է դեղաչափակախալ, կյանքին սպառնացող կողմնակի ազդեցությունների՝ ագրանուլոցիտոզի, ոսկրոտեղի ապլազիայի, նյարդամկանախտի զարգացման վտանգ՝ հատկապես լյարդային, երիկամային անբավարարության կամ վտանգավոր դեղային փոխազդեցությունների առկայության պայմաններում:

Մենտ-էտյենի դեղագոցության տարածաշրջանային կենտրոնը հավաքել է կոլխիցին պարունակող դեղերի կիրառման հրահանգներում նշված ԳԿԱ-ների մասին տեղեկություններ, որոնք Ֆրանսիայի դեղագոցության ազգային կենտրոնը գրանցել էր 1997-2006թթ-ներին: 247 վերլուծված կողմնակի ազդեցություններից 63 % -ը դասվել է լուրջ երևույթների շարքին

և ներառել արյունալուծարիչ խանգարումների արդյունքում մահացու ելքի 16 դեպք: 71% հիվանդների շրջանում վտանգի նույնացված գործոններն էին տարեց հասակը (75-ից բարձր), երիկամային անբավարարությունը, լյարդային անբավարարությունը և դեղային փոխազդեցությունը:

Մյուս տարածաշրջանային կենտրոնը կոլիսիցինով հրահրված կողմնակի ազդեցություններ է գրանցել 2009թ-ին: Ստացվել է ընդամենը 9 տեղեկություն (վերաբերել են 52-97 տարեկան 7 կանանց և 2 տղամարդկանց): 5 դեպքերում նկարագրվել են ստամոքսաղիքային կողմնակի ազդեցություններ, 4-ում՝ նեյտրոպենիա և ագրանուլոցիտոզ: Երկու հիվանդ վախճանվել են: Չորսը դեղն ընդունել են ոչ թե հողատապի նուպան վերացնելու, այլ բորբոքված ոտնաթափի, ծնկահողի ցավի, ճանաչա-դաստակային հողաբորբի և սրտապարկի բորբոքման ժամանակ:

Գործնականում: Այս տեղեկությունները կոչ են անում զգուշորեն կիրառել կոլիսիցին:

*Translated from Rev Prescire November 2010: 30 (325): 827
Prescire International March 2011/Volume 20, N 114: 70*

Խմբագրության կողմից:

Հայաստանում կոլիսիցին գրանցվել է տարբեր արտադրողների կողմից: Սա մեզ մոտ տարածված միջերկրածովյան տենդի (պարբերական հիվանդություն) միակ բուժամիջոցն է: Միջազգային համաճարաբանականների համաձայն՝ վերոնշյալ ախտի նուպաները կանխելու և չեզոքացնելու համար կոլիսիցին նշանակվում է փոքր դեղաչափերով՝ երեխաներին՝ օրը 0,03-0,07 մգ/կգ, մեծահասակներին՝ օրը 1,8-2 մգ: Դեղագոգնության ծառայությունը պարբերական հիվանդության բուժման ժամանակ կոլիսիցինի թունային ազդեցությունների ծագման մասին տեղեկություններ չի ստացել:

**ԳՈՒՆԱՎՈՐ ՏԵՍՈՂՈՒԹՅԱՆ
ԴԵՂԱՅԱՐՈՒՅՑ ՇԵՂՈՒՄՆԵՐ**

Դրանք շատ բազմազան են և կախված են այն հանգամանքից, թե տեսողական ընկալման որ բաղադրամասն է ախտահարվում՝ **գավաթիկանև տեսողական բջիջների երեք տեսակի** (ցանցենու ընկալիչներ, որոնցից յուրաքանչյուրը զգայուն է կարմիրի, կանաչի և երկնագույնի նկատմամբ) յուրաբնույթ ախտահարում, ցանցենու առավել տարածված ախտահարում, տեսանյարդով ազդակի անցման փոփոխություններ, տեսակենտրոնների և դրանցով տեսողական տեղեկատվության մշակման ախտահարում առաջացնող հիվանդություններ:

Գունային տեսողության որոշ շեղումներ, որոնցից է գունային կուրությունը կամ դալտոնիզմը, ժառանգական են, այս դեպքում արատը երկակնային է, համաչափ և պահպանվում է առանց փոփոխությունների:

Ախտահարված կառուցվածքից կախված խանգարումներ

Գունային տեսողությունը կարող է ախտահարվել տարբեր ուղիներով՝ որոշակի գույնի գերակշռում, գույների դժվար տարանջատում, երանգների ընկալման նվազում և այլն:

Ձեռքբերովի շեղումները սովորաբար համաչափ չեն կամ միակողմանի են: Գույնի պակասորդի տեսակը կախված է առավելապես տեսուղու ախտահարման հատվածից/հատվածներից: Օրինակ՝ տեսանյարդի վնասման ժամանակ սովորաբար ախտահարվում է կարմիրի ու կանաչի, իսկ ցանցենու ախտահարման դեպքում՝ հիմնականում երկնագույնի և դեղինի ընկալումը:

Նյութափոխանակային, նյարդաբանական ու դեղային պատճառները

Գունային տեսողության ձեռքբերովի շեղումները կարող են լինել ակնային կամ նյարդակնային խանգարումների դրսևորումներ, որոնցից են ցանցենախտը (retinipatia), նյարդախտը (neuropia), գլաուկոման կամ բժավոր այտուցը: Գրանք հաճախ նախորդում են այլ ախտանիշների ծագմանը: Շեղված գունային տեսողությունը կարող է լինել նաև տեսակենտրոնների ախտահարման արդյունք: Այնպիսի թունավոր նյութեր, ինչպիսին է հաշիշը, ախտահարում են տեսողական ընկալումը, իսկ, օրինակ, ամիլինիտիտից աչքերի առջև գոյանում են ցուլքեր:

Աչքերի անդարձելի ախտահարումներ, որոնց նախորդում են գունային տեսողության խանգարումները, կարող են հրահրվել նաև որոշ դեղերից: Երբեմն այդ շեղումներն ինքնուրույն անցնում են դեղի կիրառումը դադարեցնելիս: Աչքերի ախտահարումները կախված են կիրառվող դեղաչափից և բուժման տևողությունից:

Անհրաժեշտ միջոցառումներ

Հիվանդների գունային տեսողության շեղումներ ծագելիս՝ անհրաժեշտ է ձեռնարկել այլ, առավել ծանր տեսողական կամ համակարգային ախտահարումների զարգացումը կանխող միջոցներ: Եթե դեղի դերը համոզիչ է, ապա լուրջ և/կամ անդարձելի փոփոխություններից խուսափելու նպատակով դեղի դեղաչափը պետք է արագ փոքրացվի, կամ դրա կիրառումը պետք է դադարեցվի:

Երբեմն նախազգուշացնող ախտանիշ է

Գունային տեսողության շեղումներ հրահրող դեղերը դասվում են տարբեր դեղաբանական խմբերին: Գրանք հիմնականում հրահրում են նյարդա-կամ ցանցենախտ կամ էլ ձևափոխում են խթանի փոխանցումը: Մեխանիզմը ոչ միշտ է հայտնի:

Էրեկտիլ դիսֆունկցիայի բուժման դեղեր. թույլ կամ դարձելի շեղումներ

Սիլդենաֆիլի հետվաճառքային կլինիկական փորձարկումների ընթացքում նշվել են գունային տեսողության անցողիկ շեղումների մասին տեղեկություններ: 3780 բուժվող ներառած 14 կլինիկական փորձարկումների մեկնաբանության և մետա-վերլուծության մեջ 25-100 մգ դեղաչափով *սիլդենաֆիլ* ընդունած 3% հիվանդների շրջանում զարգացել են տեսողական շեղումներ (ընդդեմ պլացեբոյի խմբի 0,8% -ի): Գույները սովորաբար ձեռք են բերել երկնագույն կամ երկնագույն-կանաչավուն, երբեմն էլ՝ վարդագույն կամ դեղին երանգ, մուգ գույները երևացել են ավելի մուգ, և ծագել են գունային տարբերակման դժվարություններ: Այս ազդեցությունները սովորաբար դրսևորվել են սիլդենաֆիլ ընդունելուց 1-2 ժամ անց և եղել են դարձելի՝ սովորաբար վերանալով 3-6 ժամ հետո: Ցանցենու վրա սիլդենաֆիլի ազդեցությունները դեղաչափակախալ են և պայմանավորված են ցանցենային լուսափոխակերպման մեջ ներառված ֆերմենտ ֆոսֆոդիէսթերազի վրա այդ դեղի արգելակիչ ազդեցությամբ: Դրանք կապված չեն աչքի ծանր ախտահարումների հետ, սակայն հատուկ զգուշություն է պահանջվում հիվանդների ցանցենու կազմափոխական շեղումների դեպքում:

Տադալաֆիլը նույնպես ունակ է ախտահարել գունային տեսողությունը (սիլդենաֆիլից հազվադեպ)՝ հրահրելով կապտատեսություն: Գունային տեսողության աղավաղումներ են նշվել նաև վարդենաֆիլի ընդունման ժամանակ:

Դիգոքսին. գերդեղաչափման համախտանիշ

Դիգոքսինը սրտային գլիկոզիդ է, ունի բուժական նեղ ցուցիչ և կարող է հրահրել կյանքին սպառնացող սրտային խանգարումներ: Դեղին գույնի գերակշռմամբ (ավելի հազվադեպ՝ կանաչի, կարմիրի, դարչնագույնի կամ սպիտակի) գունային տեսողության շեղումներն այս դեղի գերդեղաչափման նախանշանն են:

Այս դեղը նշանակելիս՝ հիվանդներն ու նրանց խնամողները պետք է տեղեկացված լինեն դիգոքսինի նեղ բուժական ինդեքս, որս գերդեղաչափման ախտանիշների (առավելապես ստամոքսաղիքային, նյարդահոգեկան՝ ներառյալ գունային տեսողության փոփոխությունները) և հնարավոր ծանր հետևանքների մասին: Նշված խանգարումների ժամանակ պետք է որոշել արյան մեջ դիգոքսինի մակարդակը, անհրաժեշտության դեպքում շտկել դեղաչափը և մանրագին վերահսկել հիվանդի վիճակը:

Այլ սիրտանոթային դեղեր

Տրանեքսամինաթթու – հակաֆիբրինոլիտիկ է, կարող է առաջացնել ցանցենու՝ տեսողական խանգարումներով ախտահարում, այդ թվում՝ գունային տեսողության խանգարում, որոնք հաճախ վերանում են դեղի կիրառումը դադարեցնելուց հետո մի քանի օրվա ընթացքում, սակայն երբեմն պահպանվում են վատ լուսավորված վայրերում գտնվելու դեպքում: Դեղնավուն երանգ ի հայտ է գալիս երկու միզամուղների՝ *հիդրոքլորոթիազիդի*

և *Ֆուրոսամիդի* ընդունումից:

Հակավիրուսային ինտերֆերոններ և դիդանոզին. ցանցենու ախտահարում

Ինտերֆերոն ալֆան կարող է ախտահարել ցանցենին: Այս դեպքում տեսողության սրությունը սովորաբար չի տուժում, սակայն տեղեկություններ կան դրա ծանր և անդարձելի նվազման, ինչպես նաև տեսադաշտերի խախտման մասին: Հաստատվել է, որ ինտերֆերոն ալֆա (պեգիլացված և ոչ պեգիլացված) ընդունող հիվանդների շրջանում ախտանշային և առանց ախտանիշների տեսողական շեղումների հաճախությունը բուժման առաջին 3 ամսվա ընթացքում տատանվել է 20% և 80%-ի սահմաններում: Նշվում է նաև գունային տեսողության խանգարումների զարգացում:

Դիդանոզին. հակառետրովիրուսային դեղ է, կարող է ախտահարել աչքի ցանցենին և տեսանյարդը: Գեղն ընդունելիս՝ խորհուրդ է տրվում իրականացնել գունային տեսողության հետազոտություններ առողջ ակնաբուժական ամենամյա դիտարկում:

Որոշ հակապալարախտային դեղեր. տեսողական նյարդախտ

Էթանբուրոլը կարող է հրահրել օրական դեղաչափից կախված 1-18% հաստատված հաճախությամբ տեսողական նյարդախտ՝ 2 ամսից ավելի երկարատև բուժման դեպքում: Սա կարող է հանգեցնել տեսողության տարատեսակ շեղումների, այդ թվում՝ տեսողության սրության թուլացմանը, տեսադաշտերի փոփոխությանը և կարմիրի ու կանաչի գունընկալման աղավաղմանը: Այս խանգարումները սովորաբար վերանում են մի քանի շաբաթ կամ ամիս անց, երբեմն էլ՝ ավելի ուշ, բայց կարող են լինել նաև անդարձելի: Տեսողական նյարդախտ ունակ է հրահրել նաև **իզոնիազիդը**:

Այլ հակաբիոտիկներ. տեսողական նյարդախտ

Քվինոլոնները, որոնցից են *նալիդիքսաթրոն* և *ֆլունեքվինը*, կարող են հրահրել նյարդագգայական կողմնակի ազդեցություններ, այդ թվում՝ աղավաղված տեսողություն: Տեղեկություններ կան նաև անցողիկ կապտատեսության մասին:

Տեսողական նյարդախտի զարգացման դեպքեր են նշվել *լինեզոլիդի* ընդունման ժամանակ, դեղ, որն ունակ է հրահրել ծայրամասային նյարդախտ, հատկապես 28 օրից ավել տևող բուժման ժամանակ: Հնարավոր մեխանիզմներից է լինեզոլիդով միտոքոնդրիումային սպիտակուցների սինթեզի արգելակումը: Գունային տեսողության խանգարումը նախագոյազանող ախտանիշ է:

Գունային տեսողության փոփոխություններին, տեսողության սրացման թուլացմանը և սկոտոմների գոյացմանը հանգեցնող տեսողական նյարդախտի դեպքեր են գրանցվել նաև *մեդրոնիդազոլի* կիրառման պայմաններում: Գեղի կիրառումը դադարեցնելուց հետո երբեմն պահպանվում են մնացորդային երևույթներ:

Գունային տեսողության շեղումներ են առաջացնում նաև իմիդազոլի խմբի հակաանկային դեղերը, օրինակ՝ *վորիկլոնազոլը*:

Որոշ հակամալարիային դեղեր. ցանցենախտ:

Բլորոքվինը կարող է վնասել ցանցենին, հատկապես՝ մեծ դեղաչափերի տևական կիրառման դեպքում՝ հանգեցնելով մշուշոտ տեսողությանը, կիզակետման դժվարություններին, գունային տեսողության վատացմանը և հնարավոր է՝ տեսողության սրության ծանր կորստին: Այս փոփոխությունները կարող են պահպանվել և անգամ խորանալ դեղի կիրառումը դադարեցնելուց հետո:

Ըվինինի գերդեղաչափումը հանգեցնում է աչքերի վրա թունային ազդեցությանը: Ըվինինի սուր գերդեղաչափմամբ 165 հիվանդ ընդգրկած կլինիկական փորձարկման մեջ նրանց 42%-ը ունեցել է տեսողական շեղումներ, որոնք ներառել են մշուշոտ տեսողություն, գունային տեսողության փոփոխություններ, տեսադաշտերի խանգարումներ և կուրություն: Մնացորդային երևույթները կարող են պահպանվել դեղի կիրառումը դադարեցնելուց հետո: Հնարավոր մեխանիզմներ են ցանցենու անոթացանցի վրա ներգործությունը և ցանցենու վրա ուղղակի թունային ազդեցությունը:

Նյութափոխանակության շեղումները բուժող դեղեր

Աեֆերոքսամինը երկաթի կոմպլեքսն է, հատկապես մեծ դեղաչափերով տևական բուժման ժամանակ ունակ է հրահրել ռսպինայի մթագնում, տեսողական նյարդախտ, գունային, ծայրամասային և գիշերային տեսողության փոփոխություններ ներառող տեսողական շեղումներ: Վերջինները սովորաբար վերանում են դեղի կիրառումը դադարեցնելուց հետո:

Ռոզիգլիպրազոնը հակաշաքարախտային դեղ է, կարող է առաջացնել գունընկալման և մթության մեջ կողմնորոշվելու դժվարացմանը հանգեցնող բժավոր այտուց: Դեղը կիրառումը դադարեցնելուց հետո նկատվում է բարելավում, այս ախտանիշները վերանում են:

ՌՍՀԳ-եր և հիդրոսիքլոթրովին

Ոչ ստերոիդային հակաբորբոքային դեղերը, օրինակ՝ *ինդոմեթացինը* և դրա անալոգները, կարող են հրահրել գունային տեսողության ախտահարմամբ տեսողական նյարդախտ:

Բլորոքվինի պես ռևմատաբնույթ հոդաբորբի բուժման ժամանակ կիրառվող *հիդրոսիքլոթրովինն ու պենիցիլամինը* կարող են հրահրել գունային տեսողության շեղումներին հանգեցնող ցանցենախտ:

Նյարդահոգեմտ դեղեր. կարբամազեպին և ֆենոթիազիններ

Կարբամազեպին կիրառելիս նշվել են գունային տեսողության ախտահարման դեպքեր, ինչը հավանաբար պայմանավորված է աչքի ցանցենու ախտահարմամբ:

Ֆենոթիազինները կարող են հրահրել ցանցենու պիգմենտային խանգարումներ՝ կախված բուժման տևողությունից ու կիրառվող դեղաչափերից: *Թիորիդազին* կիրառելիս ևս տեղ է գտնում գունային տեսողության շեղումների զարգացում (այդ թվում՝ դարչնագույն երանգի առաջացում), որոնք կարող են խորանալ դեղի կիրառումը դադարեցնելուց հետո:

ՄԱՕ-ի արգելակիչները կարող են առաջացնել աչքերի ծանր անդարձելի

ախտահարումներ, որոնց նախորդում է գունային տեսողության շեղումը:

Իզոպրեպիլոնյինը կարող է առաջացնել լորձաթաղանթներում և էպիթելային հյուսվածքներում, այդ թվում՝ աչքերի կառույցներում փոփոխություններ: Տեղեկացվել է բազում ակնային կողմնակի ազդեցությունների մասին, որոնք ներառել են գունային տեսողության՝ դեղի կիրառումը դադարեցնելուց հետո վերացող հազվադեպ շեղումներ:

Այլ դեղեր

Հայտնաբերվել է հակահիստամինային դեղ **դիմենհիդրինատի**՝ գունընկալման պրոցեսի վրա ներգործելու ունակությունը:

Դիսուլֆիրամը կարող է առաջացնել ծայրամասային նյարդախտ, տեսողական նյարդախտ և ապաճում: Կան նաև գունային տեսողության շեղման մասին տեղեկություններ: Այս նյարդաբանական ախտահարումները կարող են պահպանվել դիսուլֆիրամի կիրառումը դադարեցնելուց հետո մինչև 2 տարի:

Translated from Rev Prescrire February 2012; 32 (340): 113-116

Prescrire International May 2012/Volume 21, N 127: 126-128

ԱՊԱՅՈՒՑԱԿԱՆ ԲԺՇԿՈՒԹՅՈՒՆ

ՄԻԳՐԵՆԻ ՍՈՒՐ ՆՈՊԱ: ՆԱԽ՝ ՊԱՐԱՅԵՏԱՍՈՒ

Միգրենի սուր նոպայով հիվանդների մտավորապես կեսը վիճակը շոշափելի թեթևանում է պարացետամոլի 1000 մգ միանվագ դեղաչափի ներքին ընդունումից 2 ժամ հետո:

Միգրենի սուր նոպայի բուժումը ենթադրում է առաջին հերթին ոչ հասկերոշիչ ցավազերծիչների նշանակում: Որքանով է արդյունավետ պարացետամոլն այս դեպքում:

Քոհրենյան համագործակցության գիտնականների խումբը վերլուծել է միգրենով տառապող մեծահասակների բոլոր մատչելի դիպլաձային կլինիկական փորձարկումների արդյունքները: Հայտնաբերվել են 1239 բուժվողի շրջանում պարացետամոլի 1000 մգ միանվագ դեղաչափի արդյունավետությունը պլացեբոյի հետ համեմատող 4 կլինիկական փորձարկում:

Երեք փորձարկման մեջ (717 բուժվող) հաշվի չի առնվել սուր նոպայի ծագման ու պարացետամոլ ընդունելու միջև ժամանակահատվածը: 1000 մգ պարացետամոլի ներմուծումից հետո 2 ժամվա ընթացքում 56% բուժվողի ախտանիշները զգալի պակասել են, պլացեբոյի խմբում գրանցվել է միայն 36% հիվանդի վիճակի թեթևացում, այսինքն՝ պարացետամոլի խմբում վիճակը բարելավվել է 1,6 անգամ հաճախ (ՀՄ 95% – 1.3-1.8): Պարացետամոլի խմբում նշվել է 19% հիվանդի միգրենի ախտանիշների լրիվ վերացում, պլացեբոյի խմբում այդ ցուցանիշը 10% էր:

576 հիվանդ ներառած մեկ այլ հետազոտության մեջ դեղն ընդունվել է միգրենի առաջին նշանների ժամանակ: 2 ժամ անց պարացետամոլի կիրառումից վիճակի բարելավմամբ հիվանդների թիվը կրկնակի մեծ էր պլացեբոյի խմբի հիվանդների թվից (95% ՀՄ. 1.47-2.57):

Պարացետամոլը պլացեբոյից առավել արդյունավետ էր այնպիսի ախտանիշների վերացման համար, ինչպիսին էին սրտխառնոցը, լուսավախությունը և ձայնավախությունը: 2 հետազոտության մեջ (635 հիվանդ) պարացետամոլի խմբում 24% բուժվող ցավը վերակսվելուց հետո ստիպված էին լրացուցիչ ընդունել ցավազերծիչ, պլացեբոյի խմբում նման դեպքերի քանակը 41% էր (վիճակագրորեն հավաստի է):

Այս փորձարկման երկու խմբում էլ կողմնակի ազդեցությունների զարգացման հաճախության մեջ էական տարբերություններ նշված չեն: Ավելին՝ պարացետամոլն առաջին ընտրության՝ նվազագույն կողմնակի ազդեցություններով ոչ հասկերոշիչ ցավազերծիչ է:

Գործնականում: Միգրենով հիվանդների առավել քան մեկ երրորդի վիճակը թեթևանում է պարացետամոլից: Դեղի 1000 մգ միանվագ դեղաչափն առավել արդյունավետ է, որը զգալիորեն բարելավում է մասնակիցների կեսի վիճակը, կանխում կրկնվող նոպաները և չունի լուրջ կողմնակի ազդեցություններ:

*Prescrire International, May 2012/ Volume 21, N 127: 132
Translated from Rev.Prescrire September 2011; 31 (335): 687-688.*

ՕԳՆՈՒԹՅՈՒՆ ԳՈՐԾՈՂ ԲԺԻՇԿՆԵՐԻՆ

Հարգելի ընթերցող,

Ձեր ուշադրությանն ենք ներկայացնում բժիշկ Գ.Մագուայրի՝ «Հոգեբուժություն և հոգեղեղաբանություն» ամսագրի 2006 թ թիվ 6 համարում տպագրված հոդվածը, որում կլինիկադեղաբանական վերլուծության հիման վրա նկարագրված են ոչ տիպային հակահոգեգարային դեղերի (նեյրոլեպտիկներ) ներխմբային տարբերությունները, և տրված է դրանց նոր դասակարգումը:

Մենք հուսով ենք, որ այս մոտեցումը կնպաստի հոգեկան խանգարումների ժամանակ առավել արդյունավետ և անվտանգ հակահոգեգարային դեղի ավելի գիտակցված ու ռացիոնալ ընտրությանը:

ՊՐՈՒԼԱԿՏԻՆԻ ՄԱԿԱՐԴԱԿԻ ԱՃ ՀԱԿԱՅՈՒԹՅԱՆ ԴԵՂԵՐՈՎ ԲՈՒԺՄԱՆ ԸՆԹԱՑՔՈՒՄ: ԱԶԴԵՑՈՒԹՅԱՆ ՄԵԽԱՆԻԶՄՆԵՐՆ ՈՒ ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ ՀԵՏԵՎԱՆՔՆԵՐԸ

Գ.Մագուայր, ԱՄՆ

Ներածություն

Հակահոգեգարային դեղերի ազդեցության մեխանիզմների տարբերություններով որոշվում են այդ դեղերի արդյունավետության և կողմնակի ազդեցությունների ցուցանիշների տարբերությունները: Պրո-լանկտինի մակարդակների վրա չազդող (կողմնակի ազդեցություն, որն, անկախ բուժման տևողությունից, կարող է թողնել լուրջ կլինիկական հետևանքներ) և շարժողական կողմնակի ազդեցություններ չիրահրող հակահոգեգարային դեղերի կիրառումը կարող է ուղեկցվել բուժման վերջնական արդյունավետության աճով: Համապատասխանաբար բոլոր նշված 3 գործոնները՝ արդյունավետությունը, շարժողական շեղումներն ու պրոլանկտինի մակարդակը, կարող են կիրառվել հակահոգեգարային դեղերի դասակարգման համար:

Հակահոգեգարային դեղերի դասակարգման վերանայումը

Հակահոգեգարային դեղերը բաժանվում են հին և նոր սերնդի բուժամիջոցների: Դրանց երկու հիմնական դեղադասի նկարագրման համար կիրառում են տիպային և ոչ տիպային գիտաբառերը: Նոր սերնդի դեղերը, այսինքն՝ ոչ տիպային հակահոգեգարայինները, որոնք բնորոշվում են շարժողական կողմնակի ազդեցությունների ավելի փոքր վտանգով, խորհուրդ են տրվում որպես առաջին ընտրության դեղեր:

Սակայն ոչ տիպային հակահոգեգարայինները տարբերվում են անվտանգության և արդյունավետության ցուցանիշներով. որոշները մոտ են տիպային նեյրոլեպտիկներին, մյուսները զգալիորեն տարբերվում են դրանցից: Հակահոգեգարային դեղերի դասակարգությունը բարելավելու

նպատակով հեղինակներն առաջարկում են դրանք 3 դասի ստորաբաժանելու խմբավորումը (աղյուսակ 1): Այս դասակարգման շրջանակներում հակահոգեգարայինները տարբերակվում են արդյունավետության ոլորտի առանձնահատկությունների համապատասխանությամբ, ինչպես նաև շարժողական շեղումների և պրոլակտինի խտության փոփոխությունների վտանգի ցուցանիշներով, այսինքն՝ դեղերի ազդեցության մեխանիզմներով պայմանավորված հիմնական կլինիկական ազդեցություններով: Տվյալ դասակարգման համապատասխանությամբ նախապատվելի են երրորդ սերնդի դեղերը՝ կլոզապինը, օլանզապինն ու քվեթիապինը:

Աղյուսակ 1:

Հակահոգեգարային դեղերի վերանայված դասակարգումը¹

Հակահոգեգարային դեղ	Արդյունավետություն	ԱԲԱ/ՈՒԴ (վտանգ)	Պրոլակտին (մակարդակ)
Առաջին սերունդ (հալոպերիդոլ, քլորպրոմազին և այլն)	Միայն դրական ախտանիշներ	Մեծ	Բարձրացում
Երկրորդ սերունդ (ռիսպերիդոն, զիպրազիդոն?)	Դրական ու բացասական ախտանիշներ	Դեղաչափա-կախյալ	Բարձրացում
Երրորդ սերունդ (կլոզապին, օլանզապին, քվեթիապին)	Լայն ոլորտ (քվեթիապինի համար վերջնականապես հաստատված չէ)	Ցածր	Առանց փոփոխությունների

¹ G.Maguire-ի և C.Nemec-ի տվյալները [1].
ՈՒԴ – ուշացախ դիսկինեզիա, ? – անբավարար տվյալներ:

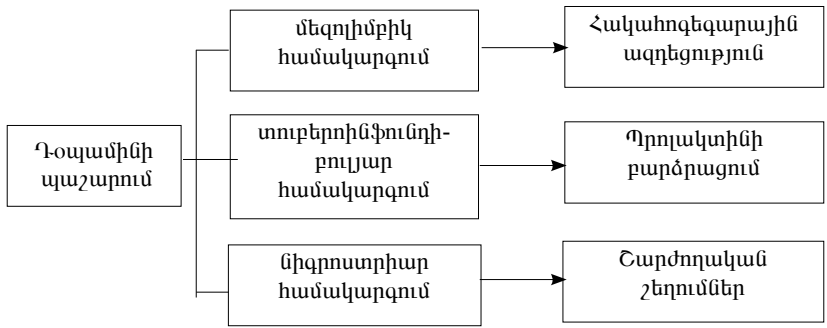
Այս հակահոգեգարայիններն ունեն արտաբրգային ախտանիշների (ԱԲԱ) և ուշահաս դիսկինեզիայի զարգացման մվագազույն վտանգի հետ մեկտեղ արդյունավետության բարելավված ցուցանիշներ, ինչպես նաև չեն ազդում պրոլակտինի խտության վրա: Այլ հակահոգեգարայիններից տարբերվելով՝ դրանք բարելավում են տրամադրությունն ու իմացական ֆունկցիաները (համեմատաբար նոր դեղ քվեթիապինի համար անհրաժեշտ է լրացուցիչ հաստատում):

Նոր դասակարգման մեջ աստիճանակարգերի անվանումները կապված չեն շուկայում հակահոգեգարայինների մուտքի ժամանակագրության հետ: Օրինակ՝ կլոզապինը առաջին ոչ տիպային հակահոգեգարային դեղն է, բայց արդյունավետության ու անվտանգության պրոֆիլի

առանձնահատկությունների կապակցությամբ դասվել է երրորդ սերնդի դեղերի շարքին:

Հակահոգեգարային դեղերի ազդեցության մեխանիզմները

Դասակարգման հիմքում ընկած բոլոր 3 գործոնն էլ՝ արդյունավետությունը, շարժողական շեղումներն ու պրոլակտինի մակարդակների տեղաշարժերը, պայմանավորված են գլխուղեղում որոշակի դոպամինաբնույթ ուղիների պաշարմամբ (տես նկարը):



Նկար. Հակահոգեգարայինների ազդեցության մեխանիզմները (հարմարեցված է P.Seeman-ի և T.Tallerico-ի թույլատրությամբ [2]):

Ըստ էության՝ հակահոգեգարային ազդեցությունը պայմանավորված է մեգոլիմբիկ դոպամինային ուղիների պաշարմամբ, սակայն առ այսօր գլխուղեղի այդ հատվածում ընտրողական ազդեցությամբ ոչ մի դեղ չկա: Այնուամենայնիվ՝ հատկապես երրորդ դասի հակահոգեգարայիններ օլանզապինը, կլոզապինն ու քվեթիպապինն են օժտված դոպամինի պաշարման նկատմամբ հարաբերական հատկորոշիչ մեգոլիմբիկ ազդեցությամբ: Դրանց կիրառման պայմաններում պահպանվում է տուբերոհինֆունդոլյար և նիգրոստրիար դոպամինաբնույթ ուղիների ակտիվությունը, ինչն իրացվում է շարժողական շեղումների և պրոլակտինի մակարդակների աճի վտանգի նվազեցմամբ:

ԱԲԱ-ի վտանգը

P.Seeman-ի և T.Tallerico [2]-ի տվյալներով՝ ԱԲԱ-ի զարգացման վտանգը որոշվում է դոպամին D2-ի ընկալիչների հետ հակահոգեգարայինների կապի աստիճանով, որքան ամուր է այդ կապը, այնքան ծանր են արտաբրգային շեղումները: Յայտուն ԱԲԱ չառաջացնող երրորդ դասի դեղերը զգալիորեն հեշտ են ձերբազատում D2 ընկալիչները՝ ի տարբերություն այլ դեղադասի հակահոգեգարայինների և ըստ կապի ուժի թուլացման կարգի՝ խմբավորվում

են հետևյալ ձևով՝ օլանգապին-կլոզապին-քվեթիապին:

Պրոլակտինի աճի վրանգ

Առանց հակահոգեզարային դեղերով բուժման՝ շիզոֆրենիայով հիվանդների օրգանիզմում պրոլակտինի մակարդակը չի տարբերվում ընդհանուր պոպուլյացիայում եղած մակարդակից (կաթնարտադրության փուլից դուրս) և տատանվում է 1-ից մինչև 25 նգ/լ սահմաններում [3]: Տիպային նեյրոէպտիկների կիրառումը կապակցվում է պրոլակտինի մակարդակի աճի հետ: Այսօր մատչելի ոչ տիպային հակահոգեզարայինների կողքին գերպրոլակտինարյունության առավելապես բարձր ցուցանիշներ դրսևորվում են ռիսպերիդոնով բուժման ընթացքում (ռիսպերիդոն ընդունող նախադաշտանադադարի փուլի կանանց շրջանում ամրագրվել է պրոլակտինի մակարդակի մինչև 100-200 նգ/լ աճ): Կլոզապինի, քվեթիապինի և օլանգապինի կիրառման ժամանակ պրոլակտինի մակարդակի շոշափելի աճ չի գրանցվում տուբերոլինֆունդիբուլյար համակարգի վրա դրանց խնայիչ ներգործության շնորհիվ: Քվեթիապինը պրոլակտինի մակարդակի վրա չի ազդում նույնիսկ առավելագույն առաջարկվող դեղաչափերով [4]: Օլանգապինով բուժումը կարող է ուղեկցվել պրոլակտինի ելքային ցուցանիշների ոչ մեծ և կարճատև (ընդունման 1-ին շաբաթ) բարձրացմամբ. հետագայում դրա խտությունն ինքնաբերաբար կարգավորվում է [5]:

Պրոլակտինի մակարդակի աճի հետևանքները

Հակառակ բժիշկների շրջանում տարածված գերպրոլակտինարյունության նշանակությունն անտեսող միտման՝ հակահոգեզարայինների այս կողմնակի ազդեցությունը կարող է լուրջ սոցիալական ու բժշկական հետևանքներ թողնել (աղյուսակ 2): Գերպրոլակտինարյունության որոշակի ախտանիշներ, որպես կանոն, զարգանում են պրոլակտինի բարձր պլազմային խտության պայմաններում (30–60 նգ/լ-ից ավել) [6]:

Հակահոգեզարային դեղերով մակամված գերպրոլակտինարյունության կարևոր կլինիկական դրսևորումներից է ընկճախտը (դեպրեսիան): Գերպրոլակտինարյունության ու դեպրեսիայի կապը կարող է կայանալ գերպրոլակտինարյունության պայմաններում էստրոգենների պակասորդի հաշվին, ինչը հայտնաբերում է նաև աֆեկտային, իմացական և այլ հոգեախտաբանական խանգարումների հետ կապակցվածություն [7]: Այլ հետազոտողների տվյալների համապատասխանությամբ՝ պրոլակտինն ունակ է ուղղակիորեն ազդել տրամադրության վրա (ամկախ էստրոգենների մակարդակի փոփոխությունից): Գերպրոլակտինարյունությամբ կանանց հետազոտության արդյունքում R.Kellner-ը և համահեղինակները [8] հայտնաբերեցին ընկճախտի, տագնապի և թշնամության բարձր ցուցանիշներ: Արդի հետազոտողների տվյալներով՝ երրորդ դասի հակահոգեզարային դեղերը (կլոզապին, օլանգապին և քվեթիապին) գուրկ են ընկճախտահարույց

հատկություններից (ի հակակշիռ ստանդարտ նեյրոէպիտիկների) և շիֆոֆրենիայով հիվանդների բուժման ժամանակ օժտված են հավաստիորեն առավել ցայտուն հակադեպրեսային ազդեցությամբ՝ ի տարբերություն երկրորդ դասի ոչ տիպային հակահոգեզարայինների (ռիսպերիդոն և այլն): Նման առավելության բացատրություններից մեկը կարող է լինել պրոլակտինի ներգատման վրա խնայիչ ներգործությունը, ինչպես նաև ԱԲԱ-ի նվազագույն մակարդակը (մի շարք հակահոգեզարային դեղերի՝ ընկճախտահարույց ազդեցությամբ պայմանավորված մեկ այլ կողմնակի ազդեցություն):

Աղյուսակ 2:

Հակահոգեզարայիններով պայմանավորված պրոլակտինարյունության հնարավոր կլինիկական հետևանքները

Կանայք	Տղամարդիկ
Կարճատև բուժում	
Դաշտանախանգար	Սեռական ցանկության կորուստ
Կաթնահոսություն	Էրեկցիայի շեղումներ
Կաթնագեղձերի ուռածություն	Սերմնաժայթքման խանգարումներ
Սեռական ֆունկցիայի շեղումներ	Սերմնագոյացման թուլացում
Անպտղություն	Գինեկոմաստիա
Տևական բուժում	
Ոսկրահյուսվածքի խտության նվազում էստրոգենի հարաբերական կամ բացարձակ պակասորդի արդյունքում	Ոսկրահյուսվածքի պնդության նվազում թեստոստերոնի հարաբերական կամ բացարձակ պակասորդի արդյունքում
Սիրտանոթային հիվանդություններ?	Սիրտանոթային հիվանդություններ?
Քաղցկեղ (կրծքագեղձի, ներարգանդենու)?	Դեպրեսիա?
Դեպրեսիա?	

Հակահոգեզարայիններով պայմանավորված պրոլակտինարյունությունը հաղթահարելու նազմավարությունը

Գերպրոլակտինարյունությունը կարելի է նվազեցնել պրոլակտինի մակարդակը չբարձրացնող հակահոգեզարային դեղի անցնելիս: Պարզվել է, որ հալոպերիդոլն օլանզապինոլ փոխարինելը հանգեցնում է հիվանդների արյան մեջ պրոլակտինի խտությունների կարգավորմանը [9]:

Մյուս, առավել ճկուն մոտեցումը նախատեսում է պրոլակտին –նվագեցնող դեղերի կիրառում, եթե կլինիկական իրավիճակը բույլ չի տալիս լիովին դադարեցնել գերպրոլակտինարյունություն մակաժող հակահոգեգարայինի ընդունումը: Որպես այդիպի բուժամիջոցներ կարող են կիրառվել բրոմոկրիպտինն ու պերգոլիդը: Այս դեղերն ունակ են վերացնել հետծննդյան փուլի ընկճախտային ախտանիշներն ու թշնամանքը [8], ինչպես նաև նպաստում են պրոլակտին-մակաժող ուռուցքով (պրոլակտինոմա) կանանց դեպրեսիայի նվազմանը [10]; Սակայն նման մոտեցման արդյունավետությունը կլինիկայում դեռ ուսումնասիրված չէ: Հրապարակվել է 7 օրվա ընթացքում ստանդարտ նեյրոլեպտիկ ընդունած, շիզոֆրենիայով հիվանդ 28- ամյա կնոջ կողմից գերպրոլակտինարյունության ախտանիշների (օստեոպորոզ, կաթնահոսություն, անդաշտանություն) վերացման նպատակով բրոմոկրիպտինի բարեհաջող ընդունման միայն մեկ հետազոտում [11]:

Եզրակացություն

Գերպրոլակտինարյունությունը շարունակում է մնալ մի շարք հակահոգեգարային դեղերի «քողարկված» կողմնակի ազդեցությունը: Հիվանդները հազվադեպ են ինքնուրույնաբար տեղեկացնում գերպրոլակտինարյունության ախտանիշների մասին: Հակահոգեգարային դեղերով բուժման պրոցեսում բժիշկը պետք է կանոնավոր կերպով հիվանդին հարցուփորձ անի կաթնահոսության ու գինեկոմաստիայի, դեպրեսիայի և սեռական ֆունկցիայի շեղումների ախտանիշներ հայտնաբերելու նպատակով: Գերպրոլակտինարյունությունը կարող է թողնել մի շարք լուրջ կլինիկական հետևանքներ, ուստի բժիշկները պետք է հաշվի առնեն պրոլակտինի մակարդակի աճի հեռավոր հետևանքների վտանգը՝ հիվանդի առողջության սպառնալիքի, կոմանակցության իջեցման ու դեպրեսիայի զարգացման տեսանկյունից:

Գրականություն (պես՝ էջ 63)