

«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. Արվազյան
Գլխ. խմբագրի տեղակալ՝	դոցենտ, բ.գ.թ. Գ. Ալիսյան
Խմբագիր - թարգմանիչ՝	բ.գ.թ. Ա. Սեդրակյան
Խմբագիր՝	բ.գ.դ. Ն. Միրզոյան,
Օգնական՝	Ա. Ազարյան
Խմբագիր - դիզայներ՝	Զ. Պետրոսյան

Խմբագրական խորհուրդ

Նախագահ՝	բ.գ.դ. Մ. Թովսյան
Անդամներ՝	պրոֆ. Է. Ամրոյան, Լ. Ղազարյան

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

Регистрационный 03U066290 20.10.2004 г.

Редакция:

Գլ. 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

ԴՆՂԱՔԱՂԱՔԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ ՆՈՐՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ	3
ԵԿՐՈՊԱԿԱՆ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ԳՈՐԾԱԿԱԼՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ ՍՈՎՋԻՆ ԱՆԳԱՍ ԹՈՒՅԼԱՏՐԵԼ Է ԳԵՆԱԲՈՒԺՄԱՆ ՀԱՄԱՐ ՆԱԽԱՏԵՍԱԿԱԾ ԴՆՂԻ ԳՐԱՆՅՈՒՄԸ	3
ԴԵՂԵՐԻ ԵԿՐՈՊԱԿԱՆ ԳՈՐԾԱԿԱԼՈՒԹՅՈՒՆԸ ԽՈՐՀՈՐԴ Է ՏԱԼԻՍ ՍԱՀԱՄԱՆՓՈՎԵԼ ՏՐԻՄԵՏԱԶԻԴԻՆԻ ԿԻՐԱՌՈՒՄԸ.....	4
ՊՐԵԳՈՒԹՅԱՆ ԽՐԱԽՈՒՄՎԵԼ Է ՈՂՆՈՒԴԵՐԻ ԿՆԱՍՎԱԾՔԻ ԱՐԴՅՈՒՆՔՈՒՄ ԾԱԳՈՂ ՆՅԱՐԴԱԽՏԱՅԻՆ ՑԱԿԻ ԺԱՄԱՆԱԿ	5
ՍԱ ՀԵՏԱՔՐՔԻՐ Է	7
ԲՆԱԿԱՆ ԾՆՆԴԱԲԵՐՈՒԹՅՈՒՆԸ, ԲԱՅՑ ՈՉ ԿԵՍԱՐՅԱՆ ՀԱՏՈՒՄԸ, ԲԱՐԵՆՊԱՍՏ ԱԶԴԵՑՈՒԹՅՈՒՆ ՈՒՆԻ ԳԼԽՈՒՂԵՐԻ ԶԱՐԳԱՑՄԱՆ ԿՐԱ.....	7
ԱՓՈՒՆԱՅԻՆ ԹՄԱՐԴԵՂԵՐԸ ՀԱԶՈՂՎԵՑ ԱԶԱՏԵԼ ԲԱՑԱՍԱԿԱՆ ԱԶԴԵՑՈՒԹՅՈՒՆԻՑ	8
ԴԵՂԵՐԻ ԱՆՎՏԱՆԳՈՒԹՅՈՒՆԸ	10
ՍԱՀԱՅՈՒ ԵԼՔԻ ԿՏԱՆԳԸ ԿԻՐԱՀԱՏՈՒԹՅՈՒՆԻՑ ՀԵՏՈ ԵՐԵՄԱՆԵՐԻ ԿՈՂՄԻՑ ԿՈՂԵԻՆ ԸՆԴՈՒՆԵԼՈՒ ԺԱՄԱՆԱԿ	10
ՍԵՐՈՏՈՆԻՆԻ ՀԵՏԶԱԿՔՄԱՆ ԸՆՏՐՈՂԱԿԱՆ ԱՐԳԵԼԱԿԻՉՆԵՐ: ՀԴԻՈՒԹՅԱՆ ԺԱՄԱՆԱԿ ԿԻՐԱՌՈՒՄԸ ՊԱՐՈՒՆԱԿՈՒՄ Է ՆՈՐԱԾԻՆՆԵՐԻ ԿԱՅՈՒՆ ԹՈՒՅՄՅԻՆ ԳԵՐՃՆՇՄԱՆ (ԱՄՆ) ԵՎ ԱՐՅՈՒՆԱՀՈՍՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ (ՆՈՐ ԶԵԼԱՆԴԻԱ) ԿՏԱՆԳ	11
ՊՐՈՏՈՆԱՊՈՍՊԻ ԱՐԳԵԼԱԿԻՉՆԵՐ: Տեղեկություններ երկկամային սուր ռեակցիաների, հիմնականում՝ միջոցային երկկամաբորբի զարգացման դեպքերի մասին	12
ԲԵՆՋԻԼ ՍՊԻՐՏ ՊԱՐՈՒՆԱԿՈՂ ՀԱՐԱՐՍՈՂԱԿԱՆ ՆԵՐՄՈՒԾՄԱՆ ԴԵՂԵՐ: ՀԵՂՁՈՒԿԻ ՀԱՄԱԽՏԱՆԻՇԻ ԶԱՐԳԱՑՄԱՆ ԿՏԱՆԳ.....	13
ԱՊԱՅՈՒՑԱԿԱՆ ԲԺՇԿՈՒԹՅՈՒՆ	14
ՄԵՐՈՒ ԵՐԵՄԱՆԵՐԻ ՀԱԶՐ ԲՈՒԺՈՂ ՔԱՂՅՐ ՍՅԼՈՆՏՐԱՆՔ Է	14
ՍԻԼԴԵՆԱՖԻԼՆ ՈՒ ԵՐԵՄԱՆԵՐԻ ԹՈՒՅՄՅԻՆ ԳԵՐՃՆՇՈՒՄԸ	16
ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՀՍԿՈՂՈՒԹՅԱՆ ՈՒ ԿԱՆԽԱՐԳԵԼՄԱՆ ԿԵՆՏՐՈՆ (ԱՄՆ) ԱՅԼԵՎՍ ԽՈՐՀՈՐԴ ԶԻ ՏԱԼԻՍ ՍՈՒՍԱՆԱԿԻ ԺԱՄԱՆԱԿ ՆԵՐՔԻՆ ԸՆԴՈՒՆՄԱՆ ՑԵՖԱԼՈՍՊՈՐԻՆՆԵՐԻ ԿԻՐԱՌՈՒՄԸ	17
ՆԵՅՐԱՄԻՆԻԴԱԶԻ ԱՐԳԵԼԱԿԻՉՆԵՐՆ ԱՐԴՅՈՒՆԱԿԵՑ ԵՆ A ԳՐԻՊԻ ԾԱՆՐ ԶԵՎԵՐԻ ԺԱՄԱՆԱԿ	19
ԵՐԿՈՒ ՖՏՈՐՔԻՆՈՒԼՈՆԱՅԻՆ ՀԱԿԱԲԻՈՏԻԿԻՑ ԾԱԳՈՒՄ Է ԼՅԱՐԴԻ ԱԽՏԱՀԱՐՄԱՆ ԿՏԱՆԳ	21
ԱՍՏԻՆՆԵՐ: ՈՍՊՆՅԱԿԻ ՄՁԱԳՆՄԱՆ ԿՏԱՆԳ	22
ԿԱԼՅՈՒՄԱԿԱՆ ՄՂԱՆՑՔՆԵՐԻ ՊԱՇՏՈՒՉՆԵՐ + ՄԱԿՐՈՒԼԻԴՆԵՐ: ՑԱԾՐ ԶԱՐԿԵՐԱԿԱՅԻՆ ՃՆՇՄԱՆ ՊԱՏՃԱՌՈՎ ՀՈՍՊԻՏԱԼԱՅՎԵԼ ԵՆ ՏԱՐԵՑ ՀԻՎԱՆՂՆԵՐ	24
ՕԳՆՈՒԹՅՈՒՆ ԳՈՐԾՈՂ ԲԺՇԿԻՆ	26
ՄԱՆԿԱԿԱՆ ԳԱՍՏՐՈՒԷՆՏԵՐԻՑՆԵՐԻ ԲՈՒԺՈՒՄՆ ՈՒ ՄԱՐՏԱԿԱՐՈՒԹՅՈՒՆԸ	26
ՄԵՐ ՀՐԱՊԱՐԱԿՈՒՄՆԵՐԸ	32
ԴԵՂԵՐԻ ԿՈՂՄԱԿԻ ԱԶԴԵՑՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԴԻՏԱՐԿԱՍԱՆ ԿԵՐԼՈՒԾՈՒԹՅՈՒՆԸ ՀԱՅԱՍՏԱՆՈՒՄ	32

ԴԵՂԱԶԱՂԱԶԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ ՆՈՐՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

ԵՎՐՈՊԱԿԱՆ ԲԾՇԿԱԿԱՆ ԳՈՐԾԱԿԱԼՈՒԹՅՈՒՆ ԱՌԱՋԻՆ ԱՆԳԱՍ ԹՈՒՅԼԱՏՐԵԼ Է ԳԵՆԱԲՈՒԺՄԱՆ ՅԱՍԱՐ ՆԱԽԱՏԵՍԱԿԱԾ ԴԵՂԻ ԳՐԱՆՑՈՒՄԸ

Եվրոպական բժշկական գործակալության (EMA) մամլո հաղորդագրության մեջ նշվում է, որ կազմակերպությունն առաջին անգամ թույլատրել է Եվրամիության տարածքում գենաբուժման համար նախատեսված դեղի գրանցումը: Շուկայում մուտքի իրավունքի մասին վերջնական որոշում կկայացնի Եվրոհանձնախումբը:

Խոսքը UniQure ընկերության արտադրած **գլիբերա** դեղի (Glybera, alipogene tiparvovec) մասին է, որը նախատեսված է խիստ հազվադեպ (մեկ միլիոն բնակչությանը՝ մեկ-երկու հիվանդ) ժառանգական հիվանդությամբ՝ լիպոպրոտեինիլիպազի (LՊԼ) պակասորդով առապոլդների բուժման համար: Սննդի հետ մուտք գործող ճարպերի ճեղքման համար պատասխանատու LՊԼ ֆերմենտային սպիտակուցը կողավորող գենի մեջ մուտացիայի արդյունքում՝ այն հիվանդների օրգանիզմում անհրաժեշտ քանակով չի արտադրվում: Նման հիվանդները ստիպված են հետևել ճարպերի կտրուկ սահմանափակմամբ շատ խիստ սննդակարգին: Վերջինից անցյալ շեղումն իսկ հանգեցնում է արյան մեջ ճարպերի մակարդակի վտանգավոր աճին և որպես հետևանք՝ ենթաստամոքսագեղձի բորբոքմանը: Որոշ հիվանդների ենթաստամոքսագեղձի սուր բորբոքման՝ կյանքին սպառնացող նույնները սկսվում են նույնիսկ առանց սննդակարգը խախտելու:

Գլիբերան գենա-ինժեներային պատվաստուկ է, որի հետ օրգանիզմ է մուտք գործում LՊԼ գենի՝ արատավոր հատվածը փոխարինող առողջ աշխատանքային պատճենը: Որպես կրիչ հանդես է գալիս ադենոկապված վիրուսը (AAV)՝ շճատեսակ 1, որի գենոմում ներդրված է LՊԼ առողջ գենը: AAV-ի առանձնահատկությունը տիրոջ բջջի գենոմի մեջ իր գենոմը ներկառուցելու ունակությունն է: Առաջին հերթին AAV-ը ախտահարում է մկանահյուսվածքի բջջիները: Քանի որ LՊԼ-ը մեծամասամբ սինթեզվում է հենց մկանահյուսվածքում, ազդրի մեջ գլիբերայի միջմկանային ներարկումների միանվագ սերիան նպաստում է արատավոր գենը նրա աշխատանքային պատճենով փոխարինելուն:

Թույլ տալով գլիբերայի գրանցումը՝ EMA-ը վերապահությամբ նշել է, որ պատվաստուկի կիրառումը հնարավոր է միայն ամենալուրջ դեպքերում, և արտադրող ընկերությանը պարտավորեցրել է իրականացնել հիվանդների վիճակի դիտարկում ու գործակալությանը ներկայացնել համապատասխան տեղեկատվություն: .

Գլիբերայի գրանցման հայտը EMA է ներկայացվել դեռևս 2009թ-ի դեկտեմբերին: Սակայն 2011թ-ի հունիսին այն մերժվել է դեղի կիրառման հետևանքների մասին բացասական տեղեկատվության պատճառով: 2012թ-ի

հունվարին Եվրոհանձնախումբը գործակալությանն է դիմել այս հարցը կրկին քննարկելու խնդրանքով, ինչն էլ վերջիվերջո դրական լուծում է ստացել: Գեմաբուժման ղեղերի կիրառումը թույլ տվող առաջին երկիրը Չինաստանն է: Այդ երկրում 2003թ-ի հոկտեմբերին թույլատրվել է վերմաշկային քաղցկեղը բուժող գենդիցինի գրանցումը:

Medportal.ru

**ՂԵՂԵՐԻ ԵՎՐՈՊԱԿԱՆ ԳՈՐԾԱԿԱԼՈՒԹՅՈՒՆԸ
ԽՈՐՀՈՒՐԴ Է ՏԱԼԻՍ ՍԱՅՄԱՆԱՓԱԿԵԼ
ՏՐԻՄԵՏԱԶԻԴԻՆԻ ԿԻՐԱՌՈՒՄԸ**

22-ը հունիսի, 2012 թ: Գեղերի եվրոպական գործակալությունը խորհուրդ է տալիս սահմանափակել տրիմետազոլին պարունակող ղեղերի կիրառումը՝ դրանք թողնելով միայն կայուն կրծքահեղձուկով հիվանդների համար գուգորդված բուժման կազմում որպես երկրորդ շարքի ղեղեր: Գործակալության՝ Մարդկանց համար ղեղերի կոմիտեի (Committee for Medicinal Products for Human use – CHMP) կարծիքով ղեղը բոլոր մյուս ցուցումներով էական օգուտ չի բերել, ինչը կգերազանցեր վտանգը: Հետևաբար՝ կոմիտեն առաջարկում է հանել այդ ցուցումները: Հիվանդների բուժումն անհապաղ փոխելու անհրաժեշտություն չկա, սակայն հետագայում բժիշկները պետք է վերանայեն իրենց հիվանդների բուժումը: .

Նրանք չպետք է այլևս տրիմետազոլին նշանակեն ականջներում աղմուկ նշող, գլխապտույտով կամ տեսողական շեղումներով հիվանդներին: Այս ցուցումներով տրիմետազոլին ընդունող հիվանդները պետք է բժշկի հետ խորհրդակցեն բուժման այլընտրանքային տարբերակների շուրջ: Բժիշկները կրծքահեղձուկի բուժման նպատակով տրիմետազոլինով բուժումը կարող են շարունակել միայն անկանոն հսկվող կրծքահեղձուկով կամ առաջին գծի հեղձուկամարիչներով բուժում չտանող հիվանդների համալիր ախտանշային բուժման կազմում:

Տրիմետազոլինի արդյունավետության վերլուծությունը կատարվեց Ֆրանսիայում, ղեղի անբավարար արդյունավետության առնչությամբ: Մինևույն ժամանակ շարժողական խանգարումների՝ պարկինսոնիզմի, ոտքերի շարժողական անհանգստության համախտանիշի, դողի և քայլվածքի անկայունության զարգացման մասին տեղեկությունների ուսումնասիրությունը հայտնաբերեց այդ ղեղի կիրառման հետ կապ:

Չնայած նման շեղումների դարձելիությանը (տրիմետազոլինի կիրառման դադարից հետո չորս ամսվա ընթացքում լիովին վերականգնում)՝ Կոմիտեն խորհուրդ է տալիս այդ ղեղի կիրառմամբ պայմանավորված շարժողական շեղումների զարգացման հնարավոր վտանգը նվազեցնելու և այն կառավարելու համար ընդգրկել նոր հակացուցումներ ու նախագուշացումներ:

Խորհուրդ չի տրվում տրիմետազոլին նշանակել պարկինսոնիզմի համախտանիշով կամ հիվանդությամբ, դողով, ոտքերի շարժողական

անհանգստությամբ կամ այլ նմանատիպ շարժողական շեղումներով, ինչպես նաև երիկամների ծանր անբավարարությամբ հիվանդներին: Երիկամների չափավոր անբավարարությամբ և տարեց հիվանդներին դեղը պետք է նշանակել զգուշությամբ, մասնավորապես՝ փոքրացնել դեղաչափը:

Շարժողական խանգարումներ (մասնավորապես պարկինսոնիզմ) ծագելիս՝ տրիմենտազիդինի կիրառումը պետք է անհասպող դադարեցնել: Եթե կիրառման դադարից հետո չորս ամիս անց պարկինսոնիզմի ախտանիշները պահպանվում են, պետք է դիմել նյարդաբանին: Այս հարցի մասին Կոմիտեի կարծիքը կուղարկվի Եվրոպական Հանձնախումբ՝ Եվրամիության ողջ տարածքում պարտավորեցնող ուժի որոշում կայացնելու նպատակով:

<http://www.EMA/CHMP/417861/2012>

ՊՐԵԳԱԲԱԼԻՆԸ ԽՐԱՆՈՒՄԿԵԼ Է ՈՂՆՈՒՂԵՂԻ ՎՆԱՍՎԱԾՔԻ ԱՐԴՅՈՒՆՔՈՒՄ ԾԱԳՈՂ ՆՅԱՐԴԱՆՏԱՅԻՆ ՑԱԿԻ ԺԱՍՆԱԿ

Սյուզեն Զեֆրի

21-ը հունիսի, 2012 թ: ԱՄՆ-ի Սննդի և դեղերի վարչությունը (FDA) խրախուսել է ողնուղեղի վնասվածքի արդյունքում նյարդախտային ցավը բուժելու համար պրեգաբալին (Pregabalin, LYRICA, Pfizer Inc.) դեղը:

Վարչությունը որոշումը կայացրել է այս ցուցման հայտը վերանայելուց հետո: Այն Միացյալ Նահանգներում պրեգաբալինի կիրառման՝ FDA-ի կողմից խրախուսված 5-րդ ցուցումն է: Մյուս ցուցումները ներառում են շաքարախտային նյարդախտ, հետհերպետային նյարդացավ, ֆիբրոմկանացավ, էպիլեպսիայով մեծահասակների մասնական (ֆոկալ) նուպաներ, որոնք որպես լրացուցիչ բուժում ընդունում են մեկ և ավել հակացնցումային դեղ:

ԱՄՆ-ում ողնուղեղի վնասվածքային կամ հետվնասվածքային ախտահարումներով առավել քան 100.000 հիվանդի (մոտավորապես 40%) շրջանում զարգանում է ցավ: Ողնուղեղի ախտահարմամբ պայմանավորված նյարդախտային ցավը կարող է խիստ հյուծել օրգանիզմը և զգալիորեն խոչընդոտել ֆունկցիայի վերականգնմանը: Այն կարող է իրեն զգացնել տալ ախտահարված շրջանի վերին ու ստորին հատվածներում և սովորաբար չի սահմանափակվում մարմնի մեկ մասով: Ողնուղեղի վնասվածքով հիվանդների մոտավորապես մեկ երրորդը բողոքում է ախտահարված շրջանի ստորին հատվածի ծանր ու տանջալից նյարդախտային ցավերից: Գրանք կարող են սկսվել վնասվելուց հետո երկու շաբաթ անց և պահպանվել մինչև 25 տարի:

Պրեգաբալինի նոր ցուցման խրախուսումը հիմնված է երկու դիպլոմային, կրկնակի կույր փորձարկումների 3-րդ փուլի արդյունքների վրա, որոնք համեմատել են 357 հիվանդի շրջանում ճկուն դեղաչափով պրեգաբալինը (150-ից մինչև 600 մգ/օրը) պլացեբոյի հետ: Փորձարկման մասնակիցներին թույլատրված էր շարունակել այլ դեղերի՝ ներառյալ այնպիսի ցավազերծիչների

ընդունումը, ինչպիսին են ոչ ստերոիդային հակաբորբոքային դեղերը, փոխանակելով և ոչ փոխանակելով: Մեկ հետազոտություն ներառել էր միայն ողնուղեղի վնասվածքային ախտահարմամբ հիվանդներին, մյուսը՝ ոչ վնասվածքային ախտահարմամբ մոտավորապես 5% հիվանդ: Վերջին հետազոտությունը ներկայացվել էր Նյարդաբանության ամերիկյան ակադեմիայի 64-րդ ամենամյա կոնգրեսին և միաժամանակ լուսաբանվել «Medscape»-ի նորություններում: Հետազոտությունները ցույց տվեցին, որ **պրեգաբալինը** զգալիորեն նվազեցնում է նյարդախտային ցավը՝ յուրաքանչյուր հետազոտության 12-րդ և 16-րդ շաբաթվա ելքային տվյալների համեմատությամբ, համապատասխանաբար, ի տարբերություն պլացեբոյի: Պրեգաբալին ընդունող հիվանդների մեծամասնությունը նշել է ցավի 30 և 50% նվազում՝ պլացեբո ընդունածների համեմատությամբ: Որոշ հիվանդների համար ցավի զգալի մեղմացում է նկատվել մեկ շաբաթ անց և շարունակվել ողջ փորձարկման ընթացքում:

Պրեգաբալինի առավել հաճախական կողմնակի ազդեցություններն էին քնկոտությունը, գլխապտույտը, բերանում չորությունը, հոգնածությունն ու ծայրամասային այտուցները: Հակաէպիլեպսային դեղերից՝ ներառյալ պրեգաբալինից, աճում է ինքնասպանության մտադրության և վարքագծի դրսևորման վտանգը: Տեղ են գտել Կվինկելի այտուցի և պրեգաբալինի նկատմամբ գերզգայնության մասին հետվաճառքային տեղեկություններ: Կարող են ծագել նաև տեսողության շեղումներ, քաշի ավելացում, փոքրկապություն, էյֆորիկ տրամադրություն, հավասարակշռության խախտում, ախորժակի խթանում և մտածողության խնդիրներ (առաջին հերթին՝ ուշադրության կենտրոնացման դժվարություններ):

Հետազոտողների կարծիքով տվյալ փուլում բժիշկներին տրվում է հյուծող, հաճախ ողնուղեղի ախտահարումն ուղեկցող նյարդախտային ցավն առավել արդյունավետ կառավարելու լավ հնարավորություն: Հաշվի առնելով հիվանդների այս պոպուլյացիայում նյարդախտային ցավն ուսումնասիրելու ժամանակ ծագող կլինիկական խնդիրները՝ բուժման ցանկացած նվաճումներ հավասարապես ողջունելի են ինչպես բժիշկների, այնպես էլ հիվանդների կողմից:

«Մինչ օրս ողնուղեղի ախտահարմամբ պայմանավորված, հաճախ խեղող ցավով հիվանդները պրեգաբալինով բուժում ստացել են FDA-ի կողմից չհաստատված ցուցմամբ (.off label)», – նշել է բժշկության դոկտոր, դեղերի ներդրման խմբի ավագ փոխնախագահ և ղեկավար, Պֆայզերի բժշկական ներկայացուցիչ Ստիվեն Ջ.Ռոմանոն՝ շարունակելով. «Այս ցուցմամբ պրեգաբալինի հաստատումը բժշկության չբավարարված կարիքների լուծմանն ուղղված գիտական մշակումներին Pfiizer ընկերության կողմնակցությունը վեր հանող կարևոր փուլ է»:

Նշանակման մասին ամբողջական տեղեկատվությունը մատչելի է www.lyrica.com կայքում: <http://www.medscape.com/viewarticle/766147>

ՍԱ ՇԵՏԱԲԵՐԻ Է

**ԲՆԱԿԱՆ ԾՆՆՂԱԲԵՐՈՒԹՅՈՒՆԸ, ԲԱՅՑ ՈՉ՝ ԿԵՍԱՐՅԱՆ
ՅԱՏՈՒՄԸ, ԲԱՐԵՆՊԱՍՏ ԱԶԴԵՑՈՒԹՅՈՒՆ ՈՒՆԻ
ՉԼԽՈՒՂԵՂԻ ԶԱՐԳԱՑՄԱՆ ԿՐԱ**

Ի տարբերություն կեսարյան հատման՝ բնական ծննդաբերությունը նորածինների գլխուղեղում գործի է դնում յուրաքանչյուր սպիտակուցի արտադրությունը, որը խթանում է օրգանիզմի աճի պրոցեսում ուղեղակառույցների զարգացումը և կարգավորում մեծահասակների ուղեղի զանազան ֆունկցիաները: Նման եզրահանգման է եկել բժշկության Յելսկյան դպրոցի գիտնականների խումբը, որի հետազոտությունը հրատարակվել է PLoS ONE ամսագրի օգոստոսյան թողարկման մեջ:

Խոսքը UCP2 սպիտակուցի (միտոքոնդրիումային անջատարար սպիտակուց 2) մասին է, որը կարգավորում է ծովածիխ (hippocampus), այն է՝ ուղեղի՝ կարճաժամկետ ու երկարաժամկետ հիշողության, տարածքային կողմնորոշման համար պատասխանատու, ինչպես նաև հույզերի ձևավորման մեխանիզմներին մասնակցող հատվածի մեջ մեյոզոմային կապերի պատշաճ զարգացումը:

Աշխատանքի հեղինակները պարզաբանել են, որ UCP2-ի հանգուցային գործառնություններից մեկը կրծքի կաթի մեջ պարունակվող, նյարդաբջիջների համար էներգիայի կարևորագույն աղբյուր համարվող երկարաշրթաճարպաթթուների յուրացմանը մասնակցելն է, ինչը հատկապես կարևոր է պերինատալ փուլում: UCP2 –ը ներգրավված է նաև հատուն առանձնյակների գլխուղեղում այնպիսի պրոցեսների կարգավորման մեջ, ինչպիսին են էներգամոխանակությունը, բջջաբազմացումը, սինապսային կապերի նյարդապաշտպանությունն ու խթանումը:

Ուսումնասիրելով մկների վրա ծնվելու եղանակի և UCP2-ի մակարդակի միջև եղած կապը՝ հետազոտության հեղինակները հայտնաբերեցին, որ բնական ծննդաբերության ժամանակ ֆիզիոլոգիական ստրեսը նախաձեռնում է ծովածիխ մեջ այս սպիտակուցի ակտիվ արտադրանք: Միևնույն ժամանակ կեսարյան հատմամբ ծննդաբերած մկների հիպոկլամպում UCP2-ի մակարդակը զգալի նվազած էր:

UCP2-ը կողավորող գենի լիովին անջատումը կամ քիմիական ուղիով սպիտակուցի ֆունկցիայի ընկճումը հանգեցրեց հիպոկլամպում նյարդաբջիջների քանակի և դրանց չափերի պակասին, սինապսային կապերի խաթարմանը և որպես արդյունք՝ հատուն առանձնյակների ուղեղային ֆունկցիայի թուլացմանն ու վարքագծային տարբեր շեղումներին:

«Ստացված տվյալները ցույց են տալիս, որ UCP2-ը հավանաբար հանգուցային դեր ունի ուղեղի զարգացման ու գործարկման պրոցեսների և

դրանցով պայմանավորված վարքի մեջ,– խմբի ղեկավար Թամաս Հորվաթի (Tamas Horvath) է ցիտում EurekaAlert!-ը,– բժշկագիտորեն չիմնավորված կեսարյան հատումների քանակի վերջերս նկատվող աճը կարող է երկարատև հետևանքներ ունենալ մարդկության համար, որոնք մենք նախկինում չէինք կռահում»:

Աղբյուր՝ Medportal.ru

ԱՓԻՈՆԱՅԻՆ ԹՄՐԱԳԵՂԵՐԸ ՀԱՋՈՂՎԵՑ ԱՋԱՏԵԼ ԲԱՑԱՍԱԿԱՆ ԱՋՐԵՑՈՒԹՅՈՒՆԻՑ

EurekaAlert-ը տեղեկացնում է, որ Ավստրալիայի Ադելաիդայի համալսարանի և ԱՄՆ-ի Կոլորադո նահանգի համալսարանի հետազոտողների միջազգային խմբին հաջողվեց առավել քան 30 տարի առաջ ստեղծված, սակայն կլինիկական փորձարկումների չենթարկված պատրաստուկով պաշարել ափիոնային թմրադեղերից կախյալության համար պատասխանատու հանգուցային իմունային ընկալիչը՝ չվերացնելով դրանց ցավազերծող ազդեցությունը:

Հեղինակների կարծիքով՝ նրանց «Journal of Neuroscience»-ում օգոստոսի 15-ին օնլայն հրատարակված աշխատանքի արդյունքները ոչ միայն թույլ կտան կլինիկական պրակտիկայում, հատկապես տարբեր ծագումնաբանության քրոնիկական ցավերի ժամանակ, առանց հիվանդների թմրակախյալությունից վախենալու, որպես ցավազերծիչներ լայնորեն կիրառել ափիոնակերպեր, մասնավորապես՝ մորֆին, այլև կօգնեն ազատվել որոշների մոտ արդեն առկա կախյալությունից:

Հետազոտողներին հաջողվեց պարզել, որ ափիոնային դեղերից (մորֆին, հերոին) կախյալության զարգացման պրոցեսում ներգրավված է ոչ միայն կենտրոնական նյարդահամակարգը (ԿՆՀ), այլ նաև իմունային համակարգը: Ինչպես վաղորոք հայտնի էր՝ ափիոնակերպերն ազդում են ԿՆՀ-ի համապատասխան ընկալիչների վրա, որոնք պաշարում են գլխուղեղ ներթափանցող ցավային ազդակները և հրահրում «հաճույքի հորմոն» դոպամինի արտադրանքը, ինչն էլ ընկած է կախյալության ծագման հիմքում: Սակայն, ինչպես պարզվեց, ափիոնակերպերը նաև գործի են դնում օրգանիզմի իմունապատասխանը, որն էլ աշակցում, անգամ՝ ուժեղացնում է այդ նյութերից կախյալությունը:

Ադելաիդայի համալսարանից բժիշկ Մարկ Հաթչինսոնի (Mark Hutchinson) ղեկավարությամբ խումբը նախորդ հետազոտությունների ընթացքում պարզել է, որ ափիոնակերպերը կապվում են բնածին իմունիտետին մասնակցող թաղանթային սպիտակուց TLR4 (տուլբրոյթ ընկալիչ 4) իմունային ընկալիչի հետ: Այս ընկալիչի միջոցով բջջին հաղորդվող ազդանշանը օրգանիզմի հակամարեային պաշտպանության համակարգում հնագույնն է: Սակայն այս անգամ հեղինակներին հաջողվեց ապացուցել, որ հատկապես

ափիոնակերպեր – TLR4 կապն է աջակցում և ուժեղացնում կախյալությունը: Պլյուս նալօքսոն [(+)-naloxone, plus-naloxone] դեղով այս կապի պաշարումը լիովին ազատում է կախյալությունից՝ փոխելով ոչ միայն վարքը, այլ նաև գլխուղեղում նյարդաքիմիական պրոցեսները. վերջինում դադարում է դոպամինի պատասխան արտադրանքը:

Մասնավորապես մորֆին ընդունելուց առաջ պլյուս-նալօքսոն ստացած առնետները չէին ցուցաբերել թմրակախյալություն վկայող վարքագիծ, իսկ դրանց ուղեղում արտադրվել էր դոպամինի զգալիորեն պակաս քանակ՝ ի տարբերություն միայն թմրադեղ ստացած կենդանիների: Այս դեպքում թեստավորումը ցույց տվեց, որ պլյուս-նալօքսոնի ընդունումը ոչ մի կերպ չէր ներգործել մորֆինի ցավազերծող ազդեցության վրա:

Թմրակախյալության ձևավորման պրոցեսում TLR4-ի հանգուցային դերի մեջ վերջնականապես համոզվելու նպատակով հետազոտության հեղինակներն աճեցրին այդ ընկալիչների բացակայությամբ առնետների տեսակ: Փորձերը ցույց տվեցին, որ նրանց օրգանիզմի վրա ափիոնակերպերի ազդեցությունը չի տարբերվում պլյուս-նալօքսոն ստացող առնետների վրա եղած ազդեցությունից:

Պլյուս-նալօքսոնը ափիոնաբնույթ ընկալիչների ներհակորդ է, ստեղծվել է դեռևս 1970-ականներին, բայց մինչ օրս չի ենթարկվել կլինիկական փորձարկումների (հարկ է նշել, որ գործնական բժշկության մեջ ափիոնաբնույթ թմրադեղերով թունավորման ժամանակ որպես հակաթույն լայնորեն կիրառվում է նալօքսոնը, որը ևս ափիոնաբնույթ ընկալիչների ներհակորդ է):

Աշխատանքի հեղինակները հաստատում են, որ պլյուս-նալօքսոնի կլինիկական փորձարկումները կսկսվեն մոտակա մեկուկես տարվա ընթացքում:

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

ԴԵՂԵՐԻ ԱՆՎՏԱՆԳՈՒԹՅՈՒՆԸ

ՄԱՅԱՑՈՒ ԵԼՔԻ ՎՏԱՆԳԸ ՎԻՐԱՅԱՏՈՒԹՅՈՒՆՆԻՑ ՅԵՏՈ ԵՐԵՒԱՆԵՐԻ ԿՈՂՄԻՑ ԿՈՂԵՆ ԸՆԴՈՒՆԵԼՈՒ ԺԱՄԱՆԱԿ

15-ը հունիսի, 2012 թ: ԱՄՆ-ի Սննդի և դեղերի վարչությունը (FDA) ուսումնասիրել է երեխաների նշկահատումից (ТОНЗИЛЛЭКТОМИЯ) և/կամ աղեկնոդները հեռացնելուց հետո ցավագեթներու նպատակով կողեին ընդունելուց շնչառության ընկճման արդյունքում մահվան 3 և կյանքին սպառնացող 1 դեպքի մասին տեղեկությունները: Վիրահատությունները կատարվել են քնի ժամանակ խցանաբնույթ անշնչության համախտանիշը բուժելու նպատակով, մի վիճակ, որը հանգեցնում է քնի ժամանակ վերին շնչուղիների ամբողջական կամ մասնակի խցանման կրկնվող դրվագների: Երեխաները կողեին ստացել են սովորական դեղաչափերով:

Կողեինը հազն ու ցավը մեղմելու համար նախատեսված դեղատոմսային դեղերի բաղադրամաս է: Օրգանիզմ մտնելով՝ P450 ֆերմենտի (իզոֆերմենտ CYP2D6) օգնությամբ այն **լյարդում նյութափոխանակվում է մորֆինի**: Որոշ մարդկանց օրգանիզմում փոխակերպվում է արագ և առավել ամբողջական՝ ի տարբերություն մյուսների: Նրանք համարվում են «գերարագ նյութափոխանակիչներ» և կողեին ընդունելուց հետո հավանաբար ունեն արյան մեջ մորֆինի՝ սովորականից բարձր մակարդակ: Այդ բարձր մակարդակները կարող են հանգեցնել մորֆինի գերդեղաչափմանը՝ հրահրելով շնչառության՝ հնարավոր մահացու ելքով ընկճում: Հայտնաբերվել են ապացույցներ, որ տուժած երեխաները եղել են «գերարագ նյութափոխանակիչներ»: Ենթադրաբար յուրաքանչյուր 100 մարդուց 1-ից մինչև 7-ը «գերարագ նյութափոխանակիչներ» են: Վերջիններիս որոշելու բնական ձևը ժառանգական թեստերն են: Կան այդ նպատակով FDA-ի կողմից խրախուսված վերլուծիչներ:

Առողջապահության մասնագետներն ու ծնողները պետք է տեղեկացված լինեն հետվիրահատական շրջանում երեխաների կողմից կողեինի կիրառման վտանգների մասին: Կողեին պարունակող դեղեր պետք է նշանակել ըստ անհրաժեշտության՝ կարճատև կիրառմամբ ու նվազագույն արդյունավետ դեղաչափով: Եթե ծնողները կամ խնամողները երեխայի մոտ նկատում են գերդեղաչափման նախանշաններ՝ անսովոր քնկոտություն, կանչելուն դանդաղեցված արձագանք, արթնացման դժվարություններ, գիտակցության խառնաշփոթ կամ աղմկոտ, դժվարացած շնչառություն, պետք է դադարեցնեն երեխային կողեին տալն ու անհապաղ դիմեն բժշկին:

Ներկայումս FDA-ը շարունակում է կողեինի անվտանգության վերլուծությունը՝ որոշելու համար, թե կա՞ն արդյոք այդ դեղն ընդունած երեխաների շրջանում չկանխամտածված գերդեղաչափման ու մահվան դեպքեր, ծագու՞մ են կողմնակի ազդեցություններ այլ վիրահատություններից կամ բուժամիջոցառումներից ծագող ցավատեսակների բուժման ժամանակ:

FDA-ը հանրությանը կտեղեկացնի լրացուցիչ տեղեկատվություն ստանալիս:

<http://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/ucm313631.htm>

ՍԵՐՈՏՈՆԻՒ ԴՆՏՋԱՎԹՄԱՆ ԸՆՏՐՈՂԱԿԱՆ ԱՐԳԵԼԱ-ԿԻՉՆԵՐ: ԳՆԻՈՒԹՅԱՆ ԺԱՄԱՆԱԿ ԿԻՐԱՌՈՒՄԸ ՊԱՐՈՒՆԱԿՈՒՄ Է ՆՈՐԱԾԻՆՆԵՐԻ ԿԱՅՈՒՆ ԹՈՔԱՅԻՆ ԳԵՐՃՆՇՄԱՆ (ԱՄՆ) ԵՎ ԱՐՅՈՒՆԱՅՈՍՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ (ՆՈՐ ԶԵԼԱՆԴԻԱ) ԿՏԱՆԳ

ԱՄՆ: Սննդի և դեղերի վարչությունը (FDA) բժշկական հանրությանը տեղեկացրել է այն մասին, որ հղիության ժամանակ սերոտոնինի հետզավթման ընտրողական արգելակիչների (ՍՀԸԱ) խմբի հակադեպրեսսանտների կիրառումը պարունակում է նորածինների սրտի ու թոքերի հազվադեպ շեղման՝ կայուն թոքային գերճնշման (ՆԿԹԳ) հնարավոր վտանգ: Հակադեպրեսսանտների վերոնշյալ խումբը ներառում է ցիտալոպրամ (Celexa), էսցիտալոպրամ (Lexapro), ֆլուօքսետին (Prozac, Sarafem, Symbyax), ֆլուվոքսամին (Luvox), պարօքսետին (Paxil, Pexeva), սերտրալին (Zolofit) և վիլագոդոն (Viibryd):

ՆԿԹԳ-ով նորածինների համար հաճախ պահանջվում է թթվածնի մակարդակի բարձրացման նպատակով մեխանիկական արհեստական շնչառություն ներառող ինտենսիվ ախտանշային բուժում: Ծանր դեպքերում ՆԿԹԳ-ը կարող է հանգեցնել օրգանների, այդ թվում՝ ուղեղի բազմակի վնասումներին, անգամ՝ մահվան:

FDA-ի համաձայն՝ սկզբում (2006թ. հուլիսին) մնան վտանգի հավանականությունը հիմնվում էր մեկ հրապարակված հետազոտության արդյունքների վրա: Այնուհետև ի հայտ եկան այդ հնարավոր վտանգն արժևորող նոր հետազոտությունների իրարամերժ արդյունքներ, որոնք այդպես էլ չպարզեցին՝ իրո՞ք հղիության ժամանակ ՍՀԸԱ-ների կիրառումը կարող է հանգեցնել ՆԿԹԳ-ի զարգացմանը:

FDA-ը վերլուծել է հետազոտությունների նոր լրացուցիչ տվյալները և եզրակացրել, որ, հաշվի առնելով տարատեսակ հետազոտությունների հակասական արդյունքները, դեռ վաղ է ՍՀԸԱ-ների կիրառման ու ՆԿԹԳ-ի զարգացման միջև հնարավոր կապի մասին որևէ եզրակացություն անել:

FDA-ը պլանավորում է նորացնել ՍՀԸԱ-ների խմբի բոլոր դեղերի կիրառման հրահանգները, որոնցում կներկայացվեն բոլոր նոր տվյալներն ու իրարամերժ արդյունքները: FDA-ը բժիշկներին խորհուրդ է տալիս դեռ չփոխել հղիների դեպրեսիայի ընթացիկ բուժումը:

Նոր Զելանդիա: Դեղերի անվտանգության վարչությունը (Medsafe) առողջապահության մասնագետներին նախազգուշացնում է, որ ՍՀԸԱ-ներից աճում է թրոմբոցիտների ֆունկցիայի փոփոխմամբ հրահրվող արյունահոսությունների վտանգը: Այդ դեղերից ծագած արյունահոսությունների մասին տեղեկությունները ներառել են արյան ենթազեղումներ, ծիրանեցան (արյունազեղային ցան), քթային արյունահոսություն, շուրջվիրահատական, հեշտոցային, ստամոքսաղիքային արյունահոսություններ: Դրանց վտանգը

հիմնականում վերաբերել է վեներաֆաքսինին և սերոտոնինի ու նորադրենալինի զավթման ընտրողական արգելակիչներին (ՄՆՁԼԱ), որոնք ՍՀԸԱ-ների հետ ունեն նմանատիպ հատկություններ:

Դեզագոնոթյան կենտրոնը շարունակում է տեղեկություններ ստանալ արյունահոսությունների մասին, որոնցում ՍՀԸԱ-ները նույնականացվում են որպես դրանց նպաստող դեղեր: Տեղեկություններից մեկում նկարագրվում է վարֆարինի ու ՍՀԸԱ-ի ընդունման փուլում մի հիվանդի՝ ծանր հետևանքներով ենթակարծրենային հեմատոմայի զարգացման դեպք: Հետաքրքիր է այն, որ նրա արյան մակարդեղիության ցուցանիշը (INR) նորմալի սահմաններում էր: Արյունահոսությունների վտանգը մեծ էր դրանց զարգացմանը նպաստող այլ դեղերով՝ հակամակարդիչներով ու ՈՍՀԳ-երով զուգորդման ժամանակ: Որոշ ՍՀԸԱ-ների ու ՈՍՀԳ-երի զուգորդման դեպքում հականերզատային դեղեր չկիրառած յուրաքանչյուր 250 հիվանդից մեկն ունեցել է ՍԱՀ-ի վերին հատվածներից արյունահոսություն:

Առողջապահության մասնագետները պետք է զգույշ լինեն ՍՀԸԱ-ները հակամակարդիչների ու ՈՍՀԳ-երի հետ միաժամանակ նշանակելիս:

Նման զուգորդումների անհրաժեշտության դեպքում պետք է միաժամանակ ընդունել պրոտոնապոմպի արգելակիչներ (հականերզատային դեղեր): Միաժամանակ նաև խորհուրդ է տրվում հիվանդներին նախազգուշացնել արյունահոսության ախտանիշներին հետևելու անհրաժեշտության մասին:

WHO Pharmaceuticals Newsletter N 1, 2012.

ՊՐՈՏՈՆԱՊՈՄՊԻ ԱՐԳԵԼԱԿԻՉՆԵՐ: Տեղեկություններ երիկամային սուր ռեակցիաների, հիմնականում՝ միջոցքային երիկամաբորբի զարգացման դեպքերի մասին

Նոր Ձեւանդիա: Երկրի կողմնակի ազդեցությունների դիտարկման կենտրոնը (CARM) շարունակում է տեղեկություններ ստանալ պրոտոնապոմպի արգելակիչների (ՊՊԱ) կիրառումից երիկամային սուր ռեակցիաների, հիմնականում՝ միջոցքային երիկամաբորբի զարգացման դեպքերի մասին:

2011թ-ի հունիսի 30 -ի դրությամբ CARM է մուտք գործել օմեպրազոլի (62 դեպք) և պանտոպրազոլի (3 դեպք) կիրառումից ծագած միջոցքային երիկամաբորբի զարգացման դեպքերի մասին 65 տեղեկություն: Լանսոպրազոլի և էսօմեպրազոլի մասին տեղեկություններ չլինելը կարելի է բացատրել Նոր Ձեւանդիայում այդ դեղերի սահմանափակ կիրառմամբ:

Սուր միջոցքային երիկամաբորբով հիվանդները կարող են ունենալ սուր երիկամային անբավարարությանը բնորոշ ոչ յուրաբնույթ ախտանիշներ: Դրանք ներառում են տենդ, ցան, անհարմարավետության զգացում, էոզինոֆիլիա, մկանացավ, հոդացավ, քաշի կորուստ, միզարտադրության խանգարում, մեզի մեջ արյան բջիջների կամ թարախի առկայություն և/կամ զարկերակային բարձր ճնշում: Որոշ դեպքերում սրանք կարող են նմանվել անոթաբորբի ախտանիշներին:

Երբ հիվանդն ունենում է միջոցքային երիկամաբորբի կասկած հարուցող

ախտանիշներ, որպես վտանգի գործոն պետք է նկատի ունենալ նաև ՊՊԱ-ների կիրառումը: Վտանգի մյուս գործոններն են՝

- *բերրա-լակտամային հակաբիոտիկների, ՈՍՀՂ-երի, սուլֆա-նիլամիդների և միզամուղների կիրառումը,*
- *վարակային պրոցեսի առկայությունը,*
- *խմուռահամակարգի շեղումները և ուռուցքային հիվանդու-թյունները:*

Միջոցային երիկամաբոբբ ախտորոշել կարելի է միայն երիկամների կենսազննմամբ: Ախտի կասկածի դեպքում անհրաժեշտ է կատարել մեզի մանրադիտակային անալիզ և երիկամների ֆունկցիայի հետազոտություն:

Դեղահարույց երիկամաբոբբի դեպքում պետք է անհապաղ դադարեցնել այն հարուցող դեղի ընդունումը և հետագա հետազոտության նպատակով հիվանդին ուղարկել երիկամաբանի մոտ:

WHO Pharmaceuticals Newsletter No 5, 2011

ԲԵՆՋԻԼ ՍՊԻՐՏ ՊԱՐՈՒՆԱԿՈՂ ՀԱՐՄԱՐՍՈՂԱԿԱՆ ՆԵՐՍՈՒՃՄԱՆ ԴԵՂԵՐ: ԶԵՂՁՈՒԿԻ ՀԱՄԱԽՏԱՆԻՇԻ ԶԱՐ-ԳԱՑՄԱՆ ԿՏԱՆԳ

Մտուղյան Արաբիա: Երկրի Սննդի և դեղերի վարչությունը (SFDA) առողջապահության մասնագետներին նախազգուշացնում է պահածոյացնող նյութ բենզիլ սպիրտ պարունակող հարմարսողական դեղերի ներմուծումից նորաձինների ու երեխաների հեղձուկի համախտանիշի զարգացման վտանգի մասին:

ԱՄՆ-ում նկարագրվել է 2,5 կգ քաշով թերիաս նորաձիններին 0,9% բենզիլ սպիրտ պարունակող լուծույթների պարբերաբար ներարկումից 16 մահվան դեպք: Մահացու ելքով հեղձուկի համախտանիշը դրսևորվել է այնպիսի ախտանիշներով, ինչպիսին էին նյութափոխանակային թթվազարությունը, դանդաղասրտությունը, դժվարացած շնչառությունն ու սիրտանոթային կոլապսը:

Տեղեկություններում բենզիլ սպիրտի հաստատված մահացու դեղաչափն էր օրը 130 մգ/կգ-ը: Մակայն մեկ հետազոտությունում հաստատվել է, որ բենզիլ սպիրտի՝ երեխաների հեղձուկի համախտանիշին հանգեցրած միջին դեղաչափը կազմել է 99-234 մգ/կգ. երեխաների հսկողական խումբը ստացել է 27-99 մգ/կգ դեղաչափ: Մակայն հարկ է նկատել, որ տեղեկություններում նշված թարմ պատրաստված ներարկային լուծույթների ծավալը որոշելու սահմանափակումներ են եղել: Քանի որ նվազագույն թունային դեղաչափը սահմանված չէր, ապա հաստատված չէ նաև նորաձինների համար կիրառվող բենզիլ սպիրտի պարունակությամբ դեղերի անվտանգությունը:

Առողջապահության Համաշխարհային Կազմակերպությունը հանդես է գալիս հատկապես զարգացող երկրներում դեղադրյունաբերության մեջ կիրառվող բոլոր բաղադրատարրերի վերաբերյալ պարտադիր կատա-րողական հայտարարագիր ստեղծելու կոչով: Նմանատիպ, հատկապես

բենզիլ սպիրտի պարունակության մասին հանձնարարականներ է ստեղծել SFDA-ի Ղեղազգոնության խորհրդատվական կոմիտեն՝ այդ նպատակով առողջապահության բոլոր մասնագետների շրջանում տարածելով հետևյալ շրջաբերականը.

- *խորհուրդ չի տրվում բենզիլ սպիրտ կիրառել մանկական ներարկային լուծույթների պարրասարման համար լուծիչների կազմում,*
- *հնարավորին կիրառել բենզիլ սպիրտ չպարունակող թույլատրելի այլընտրանքային դեղեր,*
- *առողջապահության մասնագետները պետք է տեղեկացված լինեն հեղշուկի համահարանիչի զարգացման հնարավոր վրասնիչ մասին և բենզիլ սպիրտ պարունակող դեղաչեղեր կիրառելիս՝ արժևորեն վրասն/օգուտ հարաբերակցությունը:*

WHO Pharmaceuticals Newsletter N 2, 2012.

ԱՊԱՅՈՒՑԱԿԱՆ ԲԺՇԿՈՒԹՅՈՒՆ

ՄԵՐՈՆ ԵՐԵՒԱՆԵՐԻ ՀԱՋՆ ԲՈՒԺՈՂ ՔԱՂՅՐ ՍՅԼԵՆՏՐԱՆՔ Է

Զեկիֆեր Գարսիա

6-ը օգոստոսի, 2012 թ: Նոր դիպվածային, պլացեբո-հսկողական, կրկնակի կույր փորձարկումների արդյունքները ցույց տվեցին, որ վերին շնչուղիների վարակով (ՄՀՀ) երեխաների գիշերային հազի դեմ պայքարում մեղրը պլացեբոյից արդյունավետ է: Այդ արդյունքները հրապարակվեցին «Педиатрия» ամսագրի՝ ընթացիկ տարվա օգոստոսի 6-ի համարում:

Առողջապահության Համաշխարհային Կազմակերպությունը մանկիկների վերին շնչուղիների վարակի ժամանակ հազը բուժելու նպատակով խորհուրդ է տալիս գիշերային ժամերին կիրառել մեղր: Սակայն նախորդ փորձարկումները ծավալվել էին միայն մեկ մեղրատեսակով և կույր չէին: Ընթացիկ, կրկնակի կույր, դիպվածային հետազոտության ժամանակ վերին շնչուղիների վարակով ու գիշերային հազով երեխաներին քնելուց 30 րոպե առաջ տրվել էր մեղրի երեք տարբեր տեսակներից մեկը կամ պլացեբո: Առաջին եզրահանգումները կատարվել էին ծնողների դիտարկումներում հազի հաճախության սուբյեկտիվ փոփոխությունների հիման վրա: Երկրորդ եզրակացությունների համար չափվել էին հազի ծանրության փոփոխությունները, երեխաների ու ծնողների քնի վրա հազի ազդեցությունը, հաշվարկվել էին միավորներ միջամտությունից առաջ և հետո:

Պետահ-Տիկվայի (Բարայել) մանկական ամբուլատորային պետական կլինիկայից բժշկության դոկտոր Հերման Ավներ Քոէնն ու գործընկերները միջամտությունից առաջ և հետո համեմատել են յուրաքանչյուր բուժված խմբի ախտանիշներն ըստ միավորների և հայտնաբերել, որ բոլոր երեք խմբում էլ մեղր ստացած հիվանդների վիճակը զգալիորեն բարելավված էր՝ ի տարբերություն պլացեբո ստացածների խմբի: Մեղրի տարատեսակների միջև էական տարբերություններ չեն եղել:

Այս հետազոտությունների արդյունքները ցույց են տալիս, որ մեղրի երեք տեսակից յուրաքանչյուրը (նիվենու, ցիտրուսային և շրթնածաղկավոր) պլացեբոյից առավել արդյունավետ էր գիշերային հազով, երեխայի և ծնողների քնով պայմանավորված բոլոր խնդիրների բուժման ժամանակ:

Հետազոտության մեջ ներառված էին վերին շնչուղիների վարակով 1 ից մինչև 5 տարեկան 300 երեխա, որոնք պետական մանկաբուժական կլինիկայում գնմվում էին 2009թ-ի հունվարից մինչև դեկտեմբերն ընկած ժամանակահատվածում: Հետազոտության մեջ հիվանդների ներառման չափանիշը վերին շնչուղիների վարակով հրահրված գիշերային հազն էր: Բացառման չափանիշներն էին ասթմայի, թոքաբորբի, լարինգոտրախեբրոնխիտի, սինուսիտի և/կամ ալերգային քթաբորբի ախտանիշները: Բացառվել են նաև այն հիվանդները, որոնց հետազոտությունների մեկնարկին նախորդած 24 ժամվա ընթացքում տվել էին ցանկացած հազամարիչ կամ մրսածության դեմ որևէ դեղ, ինչպես նաև՝ մեղր: Ծնողները հարցվել են գնմման առաջին օրը, այնուհետև՝ քննելուց առաջ նիվենու, ցիտրուսային, շրթնածաղկավոր մեղրի կամ պլացեբոյի (շաքարից օշարակ) 10 գ միանվագ չափաբաժնից հետո մեկ օր անց:

Մեղր ընդունելուց առաջ և հետո հազի ու քնի խանգարման սուբյեկտիվ գնահատականն արժևորվել է Լայկերտի 5 կետանոց հարցաշար-սանդղակի կիրառմամբ: Ներառվել են միայն այն երեխաները, ում ծնողները ծանրությունն արժևորել են առնվազ 3 միավորով (ըստ 7 բալանոց սանդղակի), և որոնց համար երեք կետից երկուսը վերաբերել են գիշերային հազին ու քնի որակին:

300 ներառված հիվանդից 270-ը (89,7%) ավարտել են միանվագ գիշերային փորձարկումները: Այդ երեխաների միջին տարիքը 29 ամիս էր (12-71 ամսվա ընդգրկությամբ): Բուժված խմբերի միջև էական տարիքային տարբերություններ չկային: Բոլոր 4 խմբում էլ ախտանիշների ծանրությունը նույնն էր: 5 հիվանդի համար նշվել են կողմնակի ազդեցություններ, որոնք ներառել են որովայնացավ, սրտխառնոց, փսխում, և խմբերի միջև էական տարբերություններ չեն արձանագրվել:

Հեղինակները խոստովանում են հետազոտությունների սահմանափակվածությունը՝ ելնելով դրանց սուբյեկտիվ բնույթից և այն հանգամանքից, որ միջամտության փաստը սահմանափակված էր միանվագ չափաբաժնով: Սրանից զատ՝ նրանք գտնում են, որ նշված որոշակի բարելավումը կարող է պայմանավորված լինել հիվանդության (ՄՇՀ, վերին շնչուղիների վարակ) բնական ընթացքով և աջակցող խնամքով:

Վերոնշյալ հետազոտությունների հիման վրա մեղրը պետք է առաջարկվի

որպես 1 տարեկանից մեծ երեխաների այլընտրանքային բուժամիջոց: Այն կարող է դառնալ մանկական տարիքում վերին շնչուղիների վարակով հրահրվող հազի և քնի խանգարման բուժման նախընտրելի եղանակ:

Մանկաբուժություն: Համացանցում հրապարակվել է 2012 թ-ի օգոստոսի 6-ին: <http://www.medscape.com/viewarticle/768669>

ՍԻԼՎԵՆԱՖԻԼ ՈՒ ԵՐԵՆԱՆԵՐԻ ԹՈՔԱՅԻՆ ԳԵՐՃՆՇՈՒՄԸ

Ըստ WHO/NYHA ֆունկցիոնալ դասակարգման՝ 3-րդ աստիճանի թոքային գերճնշմամբ երեխաների շրջանում նկատվում է ցերեկային ակտիվության ասիմանափակում:

Ընդոթելիանային ընկալիչների ներհակորդ **բոսենտանի** ներքին ընդունումը բուժման տարբերակներից մեկն է: Ոչ հսկողական փորձարկումների արդյունքում առաջ է քաշվել ենթադրություն, ըստ որի՝ բոսենտանը բարձրացնում է ապրելունակությունը և կարճաժամկետ բարելավում ֆունկցիոնալ կարգավիճակը, սակայն կարող է առաջացնել իր անոթալայնիչ հատկությամբ պայմանավորված խնդիրներ, ինչպես նաև լյարդի ախտահարում ու հնարավոր վտանգավոր արյունաբանական շեղումներ:

Մեծահասակ հիվանդների համար ֆոսֆոդիէսֆերազ 5-ի ներքին ընդունման արգելակիչ **սիլդենաֆիլը** բոսենտանից լավը չէ: Այն ներկայումս խրախուսված է ≥ 1 տարիքի երեխաների կողմից կիրառվելու համար: Սիլդենաֆիլը բոսենտանի համեմատությամբ արդյոք ունի՞ առավելություններ:

Թույլ ապացույցներ: Երեխաների շրջանում սիլդենաֆիլի կլինիկական արժևորումը հիմնված էր առավելապես պլացեբո-հսկողական փորձարկումների վրա, որոնք համեմատել են ի լրումն ստանդարտ բուժման՝ մարմնի քաշին համապատասխանաբար շտկված երեք դեղաչափերը (10 մգ, 10-40 մգ կամ 20-80 մգ՝ բաժանված երեք օրական դեղաչափերի): Դիպլոմաչափացումից հետո կլինիկական փորձարկումներն անցկացվեցին 16 շաբաթվա ընթացքում՝ կրկնակի կույր մեթոդով, որից հետո սիլդենաֆիլ ընդունող երեխաները շարունակեցին նախկին բուժումը այն դեպքում, երբ պլացեբո խմբում տալիս էին սիլդենաֆիլի երեք դեղաչափից մեկը: 2003-2008թթ-երին հետազոտության մեջ ներառվեցին թոքային զարկերակի իդիոպաթային գերճնշմամբ (բոլոր դեպքերի մեկ երրորդը) կամ բնածին սրտային հիվանդությամբ պայմանավորված թոքային գերճնշմամբ 234 երեխա: Հիվանդների մեկ քառորդը 7 տարեկանից փոքր երեխաներն էին: Նրանց մեծամասնությունն ուներ հիվանդության 1-ին կամ 2-րդ և միայն 15%-ը՝ 3-րդ աստիճան:

Առնվազն երեք տարվա ընթացքում (որոշ դեպքերում՝ 7 տարվա) զննության ներքո եղած երեխաների շրջանում սիլդենաֆիլի մեծ դեղաչափեր ընդունած 100-ից 20-ը (20%) մահացել է՝ ընդդեմ միջին դեղաչափեր ընդունած 74-ից 10-ի (14%) և փոքր դեղաչափեր ընդունած 55-ից 5-ի (9%): Մահացած երեխաների մեծամասնությունն ի սկզբանե գտնվել էր հիվանդության 3-րդ փուլում:

16 շաբաթ տևած բուժումից հետո ֆունկցիոնալ կարգավիճակի վիճա-

կազորեն զգալի բարելավում նկատվել էր միայն մեծ դեղաչափեր ընդունածների շրջանում՝ այլացեռ ստացածների համեմատությամբ, հատկապես հիվանդության 3-րդ փուլում:

Լուրջ կողմնակի ազդեցություններ: Այս փորձարկումներում սիրդենաֆիլի առավել հաճախական կողմնակի ազդեցություններն էին գլխացավն ու ստամոքսաղիքային համակարգի խանգարումները: Չորս երեխայի մոտ գրանցվել են առավել լուրջ կողմնակի ազդեցություններ՝ ցնցումներ, գերզգայնության ռեակցիաներ, թթվածնաքաղց, փորքային ռիթմաշեղում: Նշվել են գունային տեսողության շեղումներ (5 երեխա) և դեղի կիրառման դադար պահանջած ցան: Իմացական ու շարժողական խանգարումներ չեն գրանցվել:

2009թ-ի հունիսից մինչև դեկտեմբերն ընկած ժամանակահատվածում դեղի վաճառքի մեկնարկից հետո նշվել է սիրդենաֆիլով բուժված 11 երեխայի շրջանում 21 կողմնակի ազդեցություն, որոնցից 7-ը դասակարգվել է որպես ծանր: Մեկ երեխա մահացել է թոքային արյունահոսությունից:

Ավելի շատ դժվարություններ նշանակման ժամանակ: Գեղահատեր կուլ տալ չկարողացող երեխաների համար ներքին ընդունման դեղակախությունը կարող են ըստ պահանջի (ex tempore) պատրաստել դեղագործները՝ կիրառելով դեղահատեր և համապատասխան լուծիչներ՝ ըստ 14-քայլային ընթացակարգի: Այդ ներքին ընդունման դեղակախությունը կայուն են 28 օրվա ընթացքում՝ սառնարանում 2-8°C. ջերմության պայմաններում պահվելիս:

Գործնականում: 3-րդ աստիճանի թոքային գերճնշմամբ երեխաների շրջանում ծավալված այլացեռ-հսկողական փորձարկումներում սիրդենաֆիլի կիրառումը նպաստեց այնտանիշների կարճատև բարելավմանը: Մակայն, ինչպես նշվել է, այն մաս բարձրացնում է մահացությունը: Ուստի ավելի լավ է շարունակել բոսենտանի կիրառումը՝ մինչև այս ցուցմամբ սիրդենաֆիլի արդյունավետության և անվտանգության հետագա արժևորման ավարտը:

*Translated from Rev Prescrire February 2012; 32 (340): 102
Prescrire International July 2012/Volume 21, N 129: 178*

**ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՀՍԿՈՂՈՒԹՅԱՆ ՈՒ ԿԱՆԽԱՐ-
ԳԵԼՄԱՆ ԿԵՆՏՐՈՆՆ (ԱՄՆ) ԱՅԼԵՎՍ ԽՈՐՀՈՒՐԴ
ՉԻ ՏԱԼԻՍ ՍՈՒՄԱՆԱԿԻ ԺԱՄԱՆԱԿ ՆԵՐՔԻՆ
ԸՆԴՈՒՆՄԱՆ ՑԵՖԱԼՈՍՊՈՐՏԻՆՆԵՐԻ ԿԻՐԱՌՈՒՄԸ**

Լորի Բարկլայ, բժշկության դոկտոր

10-ը օգոստոսի, 2012 թ: «Հիվանդացության ու մահացության հարցերի շաբաթական հաշվետվության» (Morbidity and Mortality Weekly Report) օգոստոսյան թողարկման մեջ հրատարակված նորացված հանճնարարականների համապատասխանությամբ՝ ԱՄՆ-ի Հիվանդությունների հսկողության ու կանխարգելման կենտրոնը (CDC) խորհուրդ չի տալիս գոնոկոկային վարակների բուժման համար ներքին ընդունման ցեֆալոսպորինների կիրառումը: Նոր հանճնարարականները նորացնում են CDC-ի 2010թ-ի «Սեռական ուղիով

փոխանցվող հիվանդությունների բուժման հանճնարարականները»:
 «Neisseria gonorrhoeae-ով ախտահարումը կոնքի օրգանների բորբոքային հիվանդությունների, արտաարգանդային հղիության, անպտղության հիմնական պատճառն է, ինչպես նաև կարող է նպաստել ՄԻՎ-վարակի փոխանցմանը», – գրում են Ջորջիա նահանգի Ատլանտայի Էմորիի համալսարանին առընթեր Ռոլինգի պետական առողջապահական դպրոցից բժշկության դոկտոր Կառլոս դել-Ռիոնն ու գործընկերները. «Միացյալ Նահանգներում սուսանակը ծանուցմանը ենթակա վարակների շարքում երկրորդ, ամենահաճախական վարակն է: 2011թ-ի ընթացքում տեղեկացվել է առավել քան 300.000 դեպքի մասին: Սուսանակի բուժման մեջ խնդիրներ ծագում են N.gonorrhoeae-ի՝ հակամամրեային դեղերի նկատմամբ կայունություն առաջացնելու ունակությունից »:

Գոնոկոկի շտամների վերահսկման CDC-ի նախագծի շրջանակներում ստացված տվյալներից ելնելով՝ 2006-2011թթ–երին հիվանդների միզուկից վերցրած N.gonorrhoeae շտամների հետազոտությունը ցույց տվեց ցեֆիքսիմի նկատմամբ դրանց զգայնության թուլացում: Այսպիսով՝ սուսանակի բուժման համար ԱՄՆ-ի Հիվանդությունների հսկողության ու կանխարգելման կենտրոնի նորացրած հաճնարարականները ներառում են հետևյալը.

- *միզասեռական համակարգի, ուղիղ աղու կամ ընկալի չբարդացած սուսանակի բուժման համար առավել հուսալի և արդյունավետ բուժումն է համակցված սխեման՝ 250 մգ միքսկանալին միանվագ ցեֆտրիաքսոն ազիթրոմիցիլինով (ներքին ընդունման 1գ միանվագ) կամ դոքսիցիլինով (7 օրվա ընթացքում օրը 2 անգամ ներքին ընդունման 100 մգ),*
- *գոնոկոկային վարակի բուժման ժամանակ CDC-ը որպես առաջին շարքի դեղ այլևս խորհուրդ չի տալիս ցեֆիքսիմի և ոչ մի դեղաչափ,*
- *ցեֆիքսիմը որպես այլընտրանքային դեղ սրացող հիվանդների բուժման արդյունավետությունը պերք է արժեկրփի 1 շաբաթ անց՝ ախտահարված հսկողությունների թեստերի միջոցով,*
- *առաջարկված զուգորդված սխեմայով անհաջող բուժված հիվանդների համար պերք է նկատի ունենալ, որ առկա է քրոնիկական (կայունացող) վարակ, և նրանց շրջանում կարարել N.gonorrhoeae շտամների համապարասխան նմուշների զգայնության որոշմանը մասնընթացական հետազոտություն՝ սկսվառակավոր դիֆուզիայի, E-թեստի կիրառմամբ կամ ազարի մեջ նուսացմամբ: Լաբորատորիան պերք է պահպանի շտամը՝ հետագա հետազոտության անհրաժեշտության դեպքում,*
- *անցկացված բուժման անարդյունավետության հայրնաբերումից հետո 24 ժամվա ընթացքում բուժող բժիշկը պերք է րեդեկացնի Կենտրոնին և բուժման խորհուրդ սրանա Սեռավարակների և ՄԻՎ-վարակի կենտրոնի կամ Հիվանդությունների հսկողության ու կանխարգելման կենտրոնի վարակային հիվանդությունների մասնագետից,*
- *անհաջող բուժված հիվանդները պերք է կրկնված բուժումից 1 շաբաթ հետո րան հսկողական անալիզներ,*

- *ցեֆալոսպորիններից ծանր պերզիա ունեցող, միզասեռական կամ ուղիղաղիքային սուսանակով հիվանդները պետք է սրանան ներքին ընդունման 2 գ միանվագ ազիթրոմիցին, իսկ մեկ շաբաթ անց պետք է կատարվի հսկողական անալիզ,*
- *ցեֆալրիաքսոնի ոչ մալարիալ լինելու պայմաններում չբարդացած սուսանակի բուժման այլընտրանքային սխեմա է ցեֆիքսիմի ներքին ընդունման 400 մգ միանվագ դեղաչափ + ազիթրոմիցինի ներքին ընդունման 1 գ միանվագ դեղաչափը կամ 7 օրվա ընթացքում օրը երկու անգամ 100 մգ դոքսիցիլինի + բուժման արդյունավետությունը որոշելու նպատակով 1 շաբաթ անց հսկողական անալիզը,*
- *հնարավորության սահմաններում սուսանակով հիվանդներին բուժող բժիշկները պետք է արագ սրանան մանրէախուսք և բուժեն հիվանդի՝ նախորդ 60 օրերի զուգընկերներին: Օպերատիվ կերպով հետազոտվել ու բուժվել չկարողացող փարատեսային զուգընկերները կարող են սրանալ ներքին ընդունման 400 մգ ցեֆիքսիմով և 1 գ ազիթրոմիցինով արագացած բուժում, դեղերը կարվեն նրանց հիվանդի, համաճարակաբանի կողմից կամ նրանց հետ համագործակցող դեղատան միջոցով:*

«Սուսանակով հիվանդների՝ առավել արդյունավետ դեղերով բուժումը կասեմանափակի վարակի փոխանցումը, կկանխի բարդությունների առաջացումը և հնարավոր է՝ կդանդաղեցնի դիմակայունության զարգացումը», – եզրակացնում են հեղինակները. «Այնուամենայնիվ՝ սպասվում է ցեֆալոսպորինների՝ ներառյալ ցեֆտրիաքսոնի նկատմամբ մանրէակայունության զարգացում: Սուսանակի կանխարգելման ու հսկողության մեջ վերաներդրումն արդարացված է, սակայն անհապաղ պետք են բուժման նոր, այլընտրանքային տարբերակներ»:

<http://www.medscape.com/viewarticle/768990>

ՆՆՅՐԱՄԻՆԻՂԱԳԻ ԱՐԳԵԼԱԿԻԶՆԵՐՆ ԱՐԴՅՈՒՆԱԿԵՆ ԵՆ A ԳՐԻՊԻ ԾԱՆՐ ԶԵՎԵՐԻ ԺԱՄԱՆԱԿ

8-ը օգոստոսի, 2012 թ., Նյու-Յորք (Ռեյտերի բժշկական տեղեկատվություն): Նեյրամինիղագի արգելակիչներ **օգելտամիվիրը (Tamiflu)** և **զանամիվիրը (Relenza™)** կարող են դառնալ հանրաճարակային (pandemic) A (H1N1) pdm09 գրիպով («խոզ» գրիպ) ծանր հիվանդների փրկությունը՝ նույնիսկ հիվանդության համեմատաբար ուշ փուլում:

Նեյրամինիղագի արգելակիչները կարող են կարճացնել ամբուլատորային հիվանդների շրջանում գրիպի տևողությունը և նվազեցնել լուրջ բարդությունների վտանգը, երբ կիրառվում են հիվանդության մեկնարկից 48 ժամվա ընթացքում, սակայն ծանր հիվանդների համար դրանց արդյունավետությունն ու կիրառման օպտիմալ ժամկետները դեռ հաստատված չեն:

Ռիչմոնդում Առողջապահության կալիֆորնիական դեպարտամենտից (CDPH) բժիշկ Ջենիֆա Կ. Լուին և գործընկերները վերլուծել են նեյրամինիղագի արգելակիչներ ընդունած 1859 ծանր հիվանդի ապրելունակության տվյալները

ու հանրաճարակային գրիպով հիվանդների մահվան դեպքերը:

Հուլիսի 26-ի «Clinical Infectious Diseases» (ԱՄՆ-ում) գեկուցման համաձայն՝ ախտանիշների մեկնարկից մինչև նեյրամինիդազի արգելակիչներ ընդունելու սկիզբն ընկած միջին ժամանակահատվածը կազմել է 4 օր, իսկ բուժման միջին տևողությունը՝ 5 օր: Ապրելունակությունը զգալիորեն բարձր էր, երբ հիվանդներն ընդունել են նեյրամինիդազի արգելակիչներ (75%՝ ընդդեմ 58%; $p < 0.0001$), հատկապես, երբ բուժումն իրականացել էր հիվանդության վաղ ժամկետներում:

Հրուժված հիվանդների հետ համեմատած՝ նեյրամինիդազի արգելակիչներ ընդունած հիվանդներն ախտանիշների ծագման սկզբից հինգ օրվա ընթացքում ողջ մնալու ավելի մեծ հնարավորություն ունեին: Մրանից գատ, ի տարբերություն չբուժվածների, նեյրամինիդազի արգելակիչներ ստացածները ողջ մնալու ավելի մեծ հնարավորություն ունեին ախտանիշների ծագման սկզբից չորս օրվա ընթացքում: Բուժված ու չբուժված հիվանդների միջև արհեստական շնչառության պահանջի զգալի տարբերություններ չեն գրանցվել:

Նեյրամինիդազի արգելակիչներով բուժման դեպքերը հիվանդանոցում մնալու ավելի մեծ միջին տևողություն ունեին (10՝ ընդդեմ 6 օրվա, $p < 0.0001$):

Գիտնականները գտնում են, որ անհրաժեշտ են հիվանդության մեկնարկից հինգ օրվա ընթացքում նեյրամինիդազի արգելակիչներ նշանակելիս դրանց արդյունավետությունը որոշող հետագա հետազոտություններ: Պետք են գրիպի ժամանակ ապրելունակությունն արժևորող ավելի շատ հետազոտություններ՝ հաշվի առնելով նեյրամինիդազի արգելակիչներով բուժման այլ տեսանկյունները՝ բուժման տևողությունը, մեծ դեղաչափերի արդյունավետությունն ու նեյրամինիդազի արգելակիչներով գուրդողված բուժասխեսմաները:

Այս արդյունքները համաձայնեցվում են այլ հետազոտությունների հետ, որոնք վեր հանեցին նեյրամինիդազի արգելակիչների՝ պատեհաժամ նշանակման օգուտի առկայությունը (օրինակ՝ ստորին շնչուղիների բարդությունների, հոսպիտալացումների պակաս, հիվանդության տևողության կրճատում, մահացության նվազում)՝ հիվանդների մի շարք խմբերում (ներառյալ իմունային խնդիրներ ունեցողներ, հղիներ, ծանր հիվանդներ) բուժման բացակայության համեմատությամբ:

Արդյունքները վկայում են, որ առաջին ախտանիշների ծագումից սկսած 48 ժամից ուշ հակավիրուսային դեղերով մեկնարկած բուժումը ծանր վարակների ժամանակ դեռ կարող է օգուտ բերել: Հետևաբար դրանք նշանակելու հարցը պետք է քննարկվի հոսպիտալացում պահանջող բոլոր հիվանդների համար, եթե նույնիսկ նրանք հիվանդանոց են տեղափոխվում հիվանդության ավելի ուշ փուլերում:

Որքան կարճ է հիվանդության սկզբի և բուժման մեկնարկի միջև ժամանակահատվածը, այնքան ավելի մեծ է բուժական արդյունավետությունը: Անհրաժեշտ է բոլոր ջանքերը գործադրել վաղ բուժումը հնարավոր դարձնելու նպատակով:

<http://bit.ly/RAZERG>, <http://www.medscape.com/viewarticle/768831>

ԵՐԿՈՒ ՖՏՈՐՔՎԻՆՈԼՈՆԱՅԻՆ ՀԱԿԱԲԻՈՏԻԿԻՑ ԾԱԳՈՒՄ Է ԼՅԱՐԴԻ ԱԽՏԱՅԱՐՄԱՆ ՎՏԱՆԳ

Ղ. Յենդերսոն

13-ը օգոստոսի, 2012 թ: Բժիշկ Միշել Պատերսոնի ղեկավարությամբ կանադացի գիտնականների (Տորոնտոյի համալսարանի առողջապահության քաղաքականության ամբիոն, Կանադա) իրականացրած «դեպք-հսկողություն» հետազոտության արդյունքները վկայում են, որ **մօքսիֆլօքսացինից** ու **լևոֆլօքսացինից** կարող է աճել տարեց ամբուլատորային հիվանդների լյարդի ախտահարման վտանգը: Հետազոտության տվյալները օգոստոսի 13-ին online հրատարակվել են Կանադական բժշկական ընկերության ամսագրում (Canadian Medical Association Journal):

Հանրահայտ ֆտորքվինոլոնների խմբի այս դեղերը մեծ ուշադրության կենտրոնում հայտնվեցին անվտանգության խնդիրների արդյունքում: Հյուսիսային Ամերիկայում ֆտորքվինոլոններն առավել լայնորեն նշանակվող հակաբիոտիկներն են, և շարունակում է աճել լևոֆլօքսացինի և մօքսիֆլօքսացինի նշանակումների քանակը:

Այս հակաբիոտիկների ընդլայնված կիրառման արդյունքում հայտնաբերվել են չնախատեսված կողմնակի ազդեցություններ՝ արյունալուծարում, երկկամային անբավարարություն, լյարդաթունայնություն, QT միջակայքի երկարում և այլ լուրջ դեպքեր՝ հանգեցնելով շուկայից այս խմբի որոշ դեղերի (տեմաֆլօքսացին, գրեպաֆլօքսացին, տրովաֆլօքսացին և բոլորովին վերջերս՝ գատիֆլօքսացին) դուրս մղմանը:

Եվրոպական բժշկական գործակալությունը հարց բարձրացրեց մօքսիֆլօքսացինի հնարավոր լյարդաթունայնության մասին, իսկ երկրի առողջապահության նախարարությունը նախագգուշացում տարածեց մօքսիֆլօքսացինի ազդեցությունից լյարդի ախտահարման վերաբերյալ:

Ֆտորքվինոլոնների անվտանգության համաճարակաբանական հետազոտությունները շատ քիչ են: Ուստի բժիշկ Պատերսոնն ու գործընկերները ֆտորքվինոլոնների կիրառման և սուր լյարդաթունայնության արդյունքում հաջորդած հոսպիտալացման փոխկապվածությունն ուսումնասիրելու նպատակով անցկացրին «դեպք-հսկողություն» տեսակի հետազոտություն:

Օնտարիոյում ավելի քան 1.5 միլիոն տարեց հիվանդների վարչական փաստաթղթերի շարքում հեղինակներն առանձնացրին անամնեզում լյարդային հիվանդություններ չնշող և ազդեցության լայն ոլորտի հակաբիոտիկներ ընդունած 66 և անց հիվանդների կոհորտա: Դեղերի անվտանգության տվյալների հենակետից ընտրվեցին մաս այդ դեղերն ընդունած 65-ն անց ամբուլատորային հիվանդներ: Ուսումնասիրվեց նաև Օնտարիոյում 2011թ-ի մարտից մինչև ապրիլը սուր ախտահարումներով հիվանդների հոսպիտալացման վերաբերյալ Կանադայի առողջապահության ինստիտուտի տվյալների հենակետը, որոնցից առանձնացվեցին սուր լյարդային խախտումների դեպքերը:

Գիտնականները վերլուծեցին դեպքերի սահմանափակ քանակ, երբ

հիվանդները հոսպիտալացվել էին առավել հաճախակի նշանակվող հինգ դեղից (կլարիթրոմիցին, ցեֆուրօքսիմ, մօքսիֆլօքսացին, լևոֆլօքսացին կամ ցիպրոֆլօքսացին) մեկն ընդունելուց հետո 30 օրվա ընթացքում:

Թերի բժշկական գրանցումներից խուսափելու նպատակով հետազոտությունից բացառվեցին դեղատոմսային դեղերի ծախսերից ապահովագրման առաջին տարվա հիվանդները, ինչպես նաև այն բուժվողները, ովքեր լյարդի հիվանդությունների պատճառով վերջին հինգ տարվա ընթացքում են հոսպիտալացվել, բժշկին դիմել կամ բուժամիջոցառումների ենթարկվել՝ երաշխավորելու համար, որ վերլուծությունը սահմանափակվում է անամնեզում լյարդային հիվանդություններ չնշող հիվանդներով:

Հեղինակները 746 հայտնաբերված դեպքից առանձնացրին նաև 144 հիվանդ և նրանց ըստ տարիքի ու սեռի համադրեցին 1409 հսկողական հիվանդների հետ, ովքեր ստացել էին հինգից մեկ հակաբիոտիկ, բայց այդ դեպքում չէին հոսպիտալացվել լյարդի սուր ախտահարման առթիվ: Հիվանդների միջին տարիքն էր «դեպք» խմբում՝ 77,4, հսկողական խմբում՝ 77,7, «դեպք» խմբում 47,2%-ը և հսկողական խմբում 47,9%-ը կանայք էին: Հակաբիոտիկ ընդունելու և հոսպիտալացվելու միջև միջին ժամանակահատվածը 9 օր էր, իսկ հիվանդանոցում մնալու միջին ժամանակը՝ 8 օր, լյարդի ախտահարմամբ 88 հիվանդ (61,1%), մահացել էին հիվանդանոցում:

Ընդհանուր առմամբ՝ հակաբիոտիկաբուժության մոտավորապես 2,86 մլն կուրս կապվել է լյարդի սուր ախտահարմամբ պայմանավորված 172 հոսպիտալացման հետ (144 դեպքից մի քանիսը տեղափոխվել են 1 անգամից ավել), կամ յուրաքանչյուր 100.000 բուժվողին բաժին է հասել մոտավորապես 6 հոսպիտալացում:

Ի տարբերություն կլարիթրոմիցինի՝ մօքսիֆլօքսացինից առավել քան կրկնակի աճել է լյարդի ախտահարման արդյունքում հոսպիտալացման վտանգը (հնարավորությունների հաստատված հարաբերություն [Z] 2.20, հավաստի միջակայք [ZU] 95% 1.21 – 3.98) [$P = .009$]: Լևոֆլօքսացինը կապված էր լյարդի ախտահարման վտանգի վիճակագրորեն հավաստի աճի հետ, որը սակայն ավելի փոքր էր մօքսիֆլօքսացինի վտանգից (հաստատված Z 1.85, ZU 95% 1.01–3.39) [$P = .046$]:

<http://www.medscape.com/viewarticle/769065>

ՄՏԱՏԻՆՆԵՐ: ՈՍՊԵՅԱԿԻ ՄԹԱԳՆՄԱՆ ԿՏԱՆԳ

Մայքլ Օ Ռիորդան

13-ը օգոստոսի, 2012 թ., Օնտարիո: Ըստ նոր հետազոտության տվյալների՝ ստատիները ընդունող հիվանդները 50%-ով ավելի ենթակա են ոսպնյակի տարիքային մթազմման զարգացմանը: Ստատիները ընդունող 2-րդ տեսակի շաքարախտով հիվանդների համար այս վտանգն ավելի մեծ է:

Գիտնականների (հետազոտության հեղինակ բժիշկ Կարոլինա Մաշան և գործընկերներ, Վաթերլոյի համալսարան, Օնտարիո) կարծիքով այս արդյունքների կենսաբանական ճշմարտացիությունը հիմնվում է այն հանգամանքի վրա, որ

բաղանթի էպիթելային բջիջների զարգացման ու բյուրեղակի թափանցիկության համար պահանջվում են խղեստերինի բարձր մակարդակներ: Սա հաստատվում է այն փաստով, որ խղեստերինի պակասորդով փորձի կենդանիների ու մարդկանց ոսպնյակի մթազմումն ավելի հաճախական է: Քանի որ ստատիններն արգելակում են բյուրեղակի մեջ խղեստերինի կենսասինթեզը, առկա է այդ դեղերն ընդունող հիվանդների ոսպնյակի մթազմման վտանգ:

WATERLOO Eye Study կլինիկական փորձարկումը

Փորձարկման մեջ ներառվել է 6397 հիվանդ, այդ թվում՝ շաքարախտով տառապողներ: Ինչպես հայտնի է՝ շաքարախտը ոսպնյակի մթազմման վտանգի գործոն է, ուստի կատարվեց այլ խմբերում ստատիններ ընդունող հիվանդների շրջանում ոսպնյակի մթազմման գերակշռման խմբային վերլուծություն՝ շաքարախտով (n=452) և առանց շաքարախտի (n=5884): Շաքարախտի խմբում մասնակիցների միջին տարիքը 14 տարով բարձր էր առանց շաքարախտի խմբի մասնակիցների տարիքից, և շաքարախտի խմբում գերակշռում էին կանայք: Շաքարախտի խմբում 38-ն անց հիվանդներից ստատիններ ընդունում էր 56%-ը, իսկ առանց շաքարախտի խմբում՝ 16%-ը:

WATERLOO Eye Study փորձարկման տվյալների վերլուծությունը ցույց տվեց, որ շաքարախտից ոսպնյակի մթազմման վտանգը աճում է 86%-ով, ընդ որում 84%-ով աճում է կորիզային կարծրուկի (scleriosis nuclearis), 38%-ով՝ ոսպնյակի կեղևային մթազմման և 52%-ով՝ ոսպնյակի հետին ենթապատիճային մթազմման վտանգը:

Ստատինների կիրառումը կապված է ոսպնյակի տարիքային մթազմման, մասնավորապես դրա ենթատեսակների վտանգի զգալի աճի հետ (48%-ով մեծ է կորիզային կարծրուկի և 48%-ով՝ ոսպնյակի հետին ենթապատիճային մթազմման վտանգը, բայց բացակայում է ոսպնյակի կեղևային մթազմման զարգացման վրա ազդեցությունը):

Ստատիններ ընդունող, շաքարախտով և առանց դրա հիվանդների շրջանում ոսպնյակի մթազմման գերակշռման տվյալների վերլուծությունը ցույց տվեց շաքարախտով հիվանդների շրջանում ոսպնյակի մթազմման գերակշռություն և դրա զարգացման խթանված արագություն. մոտավորապես նմանատիպ գերակշռում է նկատվում ստատիններ չընդունող շաքարախտով հիվանդների և դրանք ընդունող առանց շաքարախտի հիվանդների շրջանում: Ոսպնյակի մթազմման նվազագույն գերակշռություն և դրա դանդաղ զարգացում է նշվում ստատիններ չընդունող, առանց շաքարախտի հիվանդների շրջանում:

Բժիշկ Ռիչարդ Կարասը (Բոստոնի բժշկական դպրոց) տվյալ գնությունը մեկնաբանելու խնդրանքին պատասխանեց, որ այն հետաքրքիր, բայց տագնապալի չէ, քանի որ յուրաքանչյուրի տեսողական խնդիրները վերջիվերջո ծագում են տարիքի հետ, և լրացրեց, որ տվյալ կապը հաստատելու համար պահանջվում են հետագա հետազոտություններ: Այս գնությունը պետք է ընդլայնի վերոնշյալ հնարավոր խնդրի մասին մասնագետների տեղեկացվածությունը, բայց հետազոտությունն ինքնին չի հաստատում, որ ոսպնյակի մթազմումը հիմնահարց է:

**ԿԱՆՑԻՄԱԿԱՆ ՄՂԱՆՑՔՆԵՐԻ ՊԱՇԱՐԻՉՆԵՐ +
ՄԱԿՐՈԼԻԴՆԵՐ: ՑԱԾԻ ԶԱՐԿԵՐԱԿԱՅԻՆ ՃՆՇՄԱՆ
ՊԱՏՃԱՌՈՎ ՀՈՍՊԻՏԱԼԱՑՎԵԼ ԵՆ ՏԱՐԵՑ ՀԻՎԱՆԴՆԵՐ**

Կանոնավոր կերպով հակագերճնշումային դեղեր ընդունող շատ տարեցներ կիրառում են նաև այլ դեղեր, այդ թվում՝ հակաբիոտիկներ: Հայտնի է, որ կալցիումական մղանցքների պաշարիչների և մակրոլիդային հակաբիոտիկների միջև հնարավոր է ֆարմակոկինետիկ դեղային փոխազդեցության զարգացում: Բնորոշ է, արդյոք, այս փոխազդեցությունը բոլոր մակրոլիդներին, և որո՞նք են դրա կլինիկական հետևանքները:

2011թ-ին հրապարակված դեպք-հսկողություն հետազոտությունն այս առթիվ ներկայացնում է օգտակար գործնական տեղեկավորություն:

Կանադական հետազոտություն

Կանադացի հեղինակները, կիրառելով Օնտարիոյի գավառի դուրս գրված դեղատոմսերի և հիվանդանոցային գրանցումների տվյալների հենակետը, հետազոտեցին կանոնավոր կերպով կալցիումական մղանցքների պաշարիչներ (amlodipine, diltiazem, felodipine, nifedipine և verapamil) ընդունող 65-ն անց հիվանդներին: Ընդհանուր առմամբ 7100 հիվանդ հոսպիտալացվել է թերճնշման կամ շոկի պատճառով: Հիվանդների միջին տարիքը 77-ն էր, և նրանց 55%-ը կանայք էին:

Հոսպիտալացված հիվանդներից 176-ը հոսպիտալացմանը նախորդած 7 օրվա ընթացքում (դեպքի փուլ) կամ հոսպիտալացումից 1 ամիս առաջ (հսկողական փուլ) ընդունել էր մակրոլիդներ: Հեղինակները համեմատել են այս երկու փուլի ընթացքում մակրոլիդների փոխազդեցությունը՝ կիրառելով հետազոտության դեպք-խաչաձև դիզայն եղանակը:

Հոսպիտալացմանն անմիջապես նախորդած յոթնօրյա փուլում 24 հիվանդ ընդունել է ազիթրոմիցին, 77-ը՝ կլարիթրոմիցին, 30-ը՝ էրիթրոմիցին: Հսկողական փուլի ընթացքում 16 հիվանդ ընդունել է ազիթրոմիցին, 23-ը՝ կլարիթրոմին, 6-ը՝ էրիթրոմիցին:.

Առավելապես՝ էրիթրոմիցին և կլարիթրոմիցին

Կանոնավոր կերպով կալցիումական մղանցքների պաշարիչներ ընդունող հիվանդները որոշակի մակրոլիդներ հաճախակի կիրառել են զարկերակային թերճնշման պատճառով հոսպիտալացումից անմիջապես առաջ՝ հսկողական խմբի համեմատությամբ. Հնարավորությունների հարաբերությունը (ՀՀ) կազմել է էրիթրոմիցինի համար 5.8 (95% հավաստի միջակայք /ՀՄ/: 2.3 մինչև 15) և կլարիթրոմիցինի համար՝ 3.7 (95% ՀՄ: 2.3 մինչև 6.1):

Ազիթրոմիցինի համար վիճակագրորեն նշանակալի տարբերություն չի գրանցվել (ՀՀ = 1.5, 95% ՀՄ: 0.8 մինչև 2.8):.

Նմանատիպ արդյունքներ են ստացվել, երբ այս խմբում վերլուծվել են միայն դիհիդրոպիրիդինները (ամլոդիպին, ֆելոդիպին և նիֆեդիպին):

CYP3A4 ֆերմենտի արգելակիչներ

Առաջարկվող մեխանիզմ է կալցիումական մղանքների պաշարիչների և մակրոլիդների միջև ցիտոքրոմ P450 ֆերմենտի արգելակմամբ դեղակի-նետիկական փոխազդեցությունը:

Էրիթրոմիցինն ու կլարիթրոմիցինը CYP3A4-ի ուժեղ արգելակիչներ են, ուստի դանդաղեցնում են կալցիումական մղանքների պաշարիչների դուրսբերումը, որոնք մասնաբաժնիստանակվում են այդ իզոֆերմենտի միջոցով: Սա հանգեցնում է օրգանիզմում վերջինների կուտակմանն ու թերճնշման հնարավոր զարգացմանը:

Հայտնի է, որ էրիթրոմիցինը ցիտոքրոմ P450 ֆերմենտի համակարգի վրա ունի առավել թույլ արգելակող ազդեցություն:

Գործնականում: Սպիրամիցինը կամ ազիթրոմիցինը լավագույն ընտրությունն են

Կալցիումական մղանքների պաշարիչները թերճնշում կարող են հրահրել ծայրամասային անոթալայնացման արդյունքում: Այս խմբի ցանկացած դեղ ընդունող հիվանդներին պետք է միաժամանակ նշանակել ոչ թե ֆերմենտն արգելակող մակրոլիդներ, այլ նմանատիպ ազդեցությամբ, բայց դեղային փոխազդեցության ավելի փոքր վտանգով հակաբիոտիկ:

Եթե նշանակվում է մակրոլիդ, ապա ընտրության դեղը սպիրամիցինն է, քանի որ ունի դեղային փոխազդեցություն հրահրելու փոքր վտանգ:

Այլընտրանք է ֆերմենտի թույլ արգելակիչ ազիթրոմիցինը: Նման գուգորդումներ ընդունող հիվանդները պետք է տեղեկացված լինեն վտանգի մասին, և պետք է խստորեն հսկել նրանց զարկերակային ճնշումը:

Translated from Rev Prescrire March 2012; 32 (341): 197-198

Prescrire International July 2012/Volume 21, N 129: 182

ՕԳՆՈՒԹՅՈՒՆ ԳՈՐԾՈՂ ԲԺՇԿԻՆ

ՄԱՆԿԱԿԱՆ ԳԱՍՏՐՈՒՆՏԵՐԻՏՆԵՐԻ ԲՈՒԺՈՒՄՆ ՈՒ ՄԱՐՏԱՎԱՐՈՒԹՅՈՒՆԸ

Մինչհիվանդանոցային փուլում (շտապ օգնության ժամանակ)

Սուր գաստրոէնտերիտներով երեխաների համար հազվադեպ է պահանջվում ներերակային միջամտություն: Եթե տեղ է գտնում ուժեղ ջրազրկման կամ արյունավարակի արդյունքում անոթային կոլապսը, ապա պետք է իրականացվի 20 մլ/կգ դեղաչափով ֆիզիոլոգիական լուծույթի բույուսային ներմուծմամբ ներերակային միջամտություն:

Բուժումն ինտենսիվ բուժման և վերակենդանացման բաժանմունքում

Մանկաբուժության ամերիկյան ակադեմիան, Մանկական գաստրոէնտերոլոգիայի ու սնուցման եվրոպական կազմակերպությունը (ESPGAN) և Առողջապահության Համաշխարհային Կազմակերպությունը խորհուրդ են տալիս ինչպես զարգացած, այնպես էլ զարգացող երկրներում գաստրոէնտերիտի թեթև ու չափավոր դրսևորումներով երեխաների բուժման համար որպես ընտրության մեթոդ կիրառել ներքին ընդունման ջրահագեցնող լուծույթներ (ՆԸՋԼ) հիմնվելով տասնյակ դիպլոմային հսկողական հետազոտությունների և մի քանի խոշոր մետա-վերլուծությունների արդյունքների վրա:

Թեթև ու չափավոր զրազրկմամբ 1545 երեխա ներառած 16 հետազոտությունների մեկ խոշոր մետա-վերլուծությունը ցույց տվեց, որ ներերակային ջրավերականգնման համեմատությամբ՝ ներքին ընդունման ջրահագեցնող լուծույթներով բուժում ստացած երեխաների հիվանդանոցում գտնվելու ժամանակը զգալիորեն կրճատվել է, նրանց շրջանում նշվել է կողմնակի ազդեցությունների ու մահացության դեպքերի ավելի քիչ քանակ:

Ներքին ընդունման ջրահագեցումը ներերակայինի հետ համեմատող հետազոտություններում ներքին ընդունման ամհաջող ջրավերականգնման ընդհանուր մակարդակը (այն երեխաների տոկոսը, որոնց համար վերջում պահանջվել է ներերակային ջրավերականգնում) մոտավորապես 4% էր: Անհապաղ օգնության բաժանմունքում բուժումը պետք է սկսվի ջրազրկման շտկմամբ: Ներմուծվող հեղուկի տեսակն ու քանակը պետք է համապատասխանեն երեխայի ջրազրկվածության աստիճանին:

Նվազագույն ջրազրկում կամ դրա բացակայություն

Անհապաղ բուժում չի պահանջվում: Եթե երեխան սնուցվում է կրծքով, պետք է խորհուրդ տալ սովորականից ավելի հաճախ կերակրել կրծքով և մեծացնել ամեն կերակրման տևողությունը: Եթե երեխան չի գտնվում բացառապես կրծքով սնուցման փուլում, ապա ներքին ընդունման աջակցող հեղուկները (մաքուր ջուր, սուս, բրնձի եփուկ, ըմպելի յոգուրտ կամ այլ հեղուկներ ներառող, կրթական առանձնահատկություններին համապատասխանորեն) պետք է տրվեն

մոտավորապես 500 մլ/օրը՝ 2-ից փոքր, 1000 մլ/օրը՝ 2-10 տարեկան և 2000 մլ/օրը՝ 10-ից մեծ երեխաների համար ծավալով: Սրանից գատ՝ հեղուկի շարունակվող կորուստները պետք է փոխհատուցվեն յուրաքանչյուր ջրալի արտաթորուկին՝ ՆԸՋԼ-ի 10մլ/կգ քաշ և փսխման ամեն մի դրվագին՝ 2 մլ/կգ քաշ հաշվարկով (ինչպես կրծքով, այնպես էլ՝ արհեստական սնուցմամբ երեխաների համար):

Թերև ու չափավոր ջրազրկում

Երեխաների օրգանիզմում հայտնաբերված հեղուկի պակասորդը փոխհատուցելու նպատակով նրանց պետք է տալ 2-4 ժամվա ընթացքում 50-100 մլ/կգ ներքին ընդունման լուծույթներ՝ ընթացիկ կորուստների համար հեղուկի լրացուցիչ ներմուծմամբ (յուրաքանչյուր կղազատմանը՝ 10մլ/կգ քաշ և փսխման ամեն մի դրվագին՝ 2 մլ/կգ քաշ): Սկզբնական ջրահագեցումից հետո հիվանդները բերվում են վերոգրյալ աջակցող ջրավերականգնման մակարդակի: ՆԸՋԼ պետք է տրվի դանդաղորեն, խնամողների կամ ծնողների կողմից, թեյի գդալով, ներարկիչով կամ կաթոցիկով, յուրաքանչյուր 1-2 րոպետում՝ 5 մլ արագությամբ: Եթե հիվանդն այն լավ է տանում, ժամանակի ընթացքում լուծույթ տալու արագությունը կարելի է աստիճանաբար մեծացնել:.

Տալու ամհնարինության դեպքում, բերանով ներքին լուծույթների ընդունում չտանող հիվանդների համար քթատամոքսային սնուցումն անվտանգ և արդյունավետ այլընտրանք է:

Բազմաթիվ կլինիկական փորձարկումներ ցույց են տվել, որ քթատամոքսային ջրավերականգնումը նույնքան արդյունավետ է, որքան ներերակային ջրահագեցումը, բայց միևնույն ժամանակ առավել տնտեսող է և ունի ավելի քիչ կողմնակի ազդեցություններ: Բժշկի կողմից հիվանդների վիճակը պետք է ավելի հաճախ վերազնահատվի՝ ներքին ընդունման համապատասխանության և ջրազրկման տարբեր նախանշանների և ախտանիշների վերացման մեջ վստահ լինելու նպատակով:

Ծանր ջրազրկում

Սա հեղուկի անհասկալ ներերակային ներմուծում պահանջող անհետաձգելի բժշկական վիճակ է: Պետք է ապահովել ներերակային միջամտություն կատարելու հնարավորություն և հիվանդներին ներարկել Ռ-ինգերի լակտատի (LR) բոլյուսային 20-30 մլ/կգ դեղաչափ կամ սովորական ֆիզիոլոգիական լուծույթ (NS):

Եթե պուլսը, պերիֆուզիան և/կամ հոգեկան վիճակը չեն բարելավվում, պետք է ներարկել երկրորդ բոլյուսը: Դ-րանից հետո հիվանդը պետք է ստանա Ռ-ինգերի լակտատի կամ նորմալ ֆիզիոլոգիական լուծույթի 70 մլ/կգ դեղաչափ՝ 5 ժամվա (<12 ամսական երեխաների համար) և 2,5 ժամվա (դրանից մեծ երեխաների համար) ընթացքում: Եթե ծայրամասային երակները մատչելի չեն, պետք է տեղադրվի ներերակային կաթետեր:

Պետք է որոշվեն շիճուկի էլեկտրոլիտները, նատրիումի բիկարբոնատը, միզանյութ/կրեատինինը և գլյուկոզի մակարդակը: Վերակենդանացման փուլի ավարտից և հոգեմտավոր կարգավիճակի վերականգնումից հետո ջրահագեցումը պետք է շարունակվի ներքին ընդունման լուծույթներով, ինչպես նկարագրված

է վերը, այն ցուցված է ներերակային ջրահագեցման ժամանակ հնարավոր թերնատրիումարյունության կամ գերնատրիումարյունության հաճախությունը փոքրացնելու համար:

Ներքին ընդունման ջրավերականգնման լուծույթների տեսակները

Տվյալների քոքրանյան (Cochrane) հենակետի պարբերական ամփոփումն ու մետա-վերլուծությունը հաստատեցին քիչ վաղ ծավալված հետազոտությունների արդյունքները, որոնք ցույց էին տվել, որ ոչ խոլերային գաստրոէնտերիտներով հիվանդների շրջանում ներքին ընդունման ջրավերականգնման լուծույթների ցածր օսմոլայնությունը (<250 մմոլ/լ) կապված է բուժման սակավաթիվ անհաջողությունների, կղազանգվածի ծավալի կրճատման և փսխման հաճախության փոքրացման հետ՝ ի տարբերություն լուծույթների ստանդարտ օսմոլայնության:

Ինչևէ՝ խոլերայով հիվանդների շրջանում, ի տարբերություն ստանդարտ լուծույթների, ցածր օսմոլայնությամբ ներքին ընդունման ջրավերականգնման լուծույթների կիրառման պայմաններում հաճախական է թերնատրիումարյունության զարգացումը, այս դեպքում չկան ոչ խոլերային գաստրոէնտերիտների ժամանակ նկատվող որևէ առավելություններ:

Ցածր օսմոլայնությամբ բազմաթիվ պատրաստուկներ մատչելի են Միացյալ Նահանգներում՝ ներառյալ Pedalyte-ը, Infalyte-ը և Naturalyte-ը: Եվրոպայում մատչելի բաղադրությունները ներառում են Dioralyte և Dioralm Junior: Չարգացող երկրներում բժիշկները կարող են կիրառել ԱՀԿ-ի կողմից երաշխավորված, փաթեթիկներով՝ ՆԸՋԼ կամ տնային պայմաններում պատրաստված լուծույթ՝ 1 լ մաքուր ջրին՝ 3գ (1 ք.գ.) աղ և 18 գ (6 ք.գ.) շաքար:

Նոր հետազոտությունը ենթադրում է, որ պոլիմերների հիմքով, բրնձի, ցորենի կամ եգիպտացորենի բարդ ածխաջրերից բաղկացած ՆԸՋԼ-ները կարող են նվազեցնել կղազանգվածի ծավալը և փորլուծության տևողությունը՝ ի տարբերություն գլյուկոզի հիմքով ՆԸՋԼ-ների: Այս լուծույթների օգնությամբ ածխաջրերը դանդաղ են մարվում բարակ աղու մեջ, առանձնացվող գլյուկոզը հեշտացնում է նատրիումի ներծծումը՝ առանց աղու պարունակության վրա օսմոսային բեռնվածության զգալի ուժեղացման:

Թեպետ ներկայումս պոլիմերային հիմքով այս ներքին ընդունման լուծույթները լայնորեն անմատչելի են Միացյալ Նահանգներում, կարող են դառնալ փորլուծությամբ երեխաների ներքին ընդունման ջրահագեցման համար նախընտրելի լուծույթներ:

Կերակրումն ու սնուցումը

Ընդհանուր առմամբ գաստրոէնտերիտով երեխաները պետք է նորմալ սնվելուն վերադառնան հնարավորինս շուտ: Վաղ կերակրումը կարճացնում է հիվանդության տևողությունը և բարելավում մարսողության հնարավորությունները: Ծծկերներին պետք է շարունակել կրծքով սնուցել ողջ ջրահագեցման ընթացքում և պահպանել այն սուր գաստրոէնտերիտների բոլոր փուլերում: Արհեստական սնուցմամբ երեխաները պետք է լիաժամպալ կերակրվեն ջրավերականգնման փուլի (լավագույնս 2-4 ժամ) ավարտից հետո հնարավորինս շուտ: Կրծքից

կտրված երեխաները պետք է հեղուկների և պինդ սննդի նորմալ ընդունումը սկսեն ջրավերականգնման փուլի ավարտից հետո հնարավորինս շուտ: Յուրդու ու պարզ շաքարների բարձր պարունակությամբ սննդից պետք է խուսափել:

Երեխաների մեծամասնության համար կլինիկական փորձարկումներն ի հայտ չբերեցին կաթնաշաքար պարունակող սննդակարգից կաթնաշաքարից զուրկ սննդակարգի առավելություններ: Այնպիսի յուրաբնույթ սննդակարգեր, ինչպիսին է . BRAT-ը (աղամաքուզ, բրինձ, խնձորի խյուս և տոստեր), նույնպես չցուցաբերեցին առավելություններ և կարող են հիվանդին ապահովել միայն սուբօպտիմալ սննդով:

Դեղաբուժում

Դեղերի բնութագիրը

Դեղաբուժման խնդիրներն են հիվանդության դրսևորումների նվազեցումը, բարդությունների կանխումն ու կանխարգելումը: Հակափորլուծային (օր.՝ կաոլին-պեկտին) և հակազալարակծկանքային (օր՝ լոպերամիդ) դեղերը հակացուցված են երեխաների սուր գաստրոէնտերիտի բուժման ժամանակ՝ օգուտի բացակայության և այնպիսի կողմնակի ազդեցությունների զարգացման վտանգի պատճառով, ինչպիսին են աղիքային անանցանելիությունը, քնկոտությունը և սրտխառնոցը:

Կենդանի մանրէային սննդային հավելումներ պրոբիոտիկները լայնորեն կիրառվում են սուր փորլուծության կանխարգելման ու բուժման համար: Ազդեցության հնարավոր մեխանիզմները ներառում են հակամանրէային նյութերի սինթեզ, սնուցող նյութերի համար ախտածինների հետ մրցակցություն, թունանյութերի պակասեցում և ախտածին մանրէներին ոչ յուրաբնույթ ինունապատասխանի խթանում:

Երկու մեծ համակարգային վերլուծություններում պրոբիոտիկները (հատկապես *Lactobacillus GG*) արդյունավետ համարվեցին սուր գաստրոէնտերիտներով երեխաների տևական փորլուծության նվազման մեջ: Հաշվի առնելով այն, որ պրոբիոտիկներից ստացված պատրաստուկները լայնորեն տարբերվում են, մեկ պատրաստուկի արդյունավետությունն արժևորելը դժվար է:

Ջարգացող երկրներում ծավալված 18 հրապարակված փորձարկումներ ներառած մեկ մետա-վերլուծության ժամանակ հայտնաբերվել է, որ ցինկի հավելումները կարող են արդյունավետ լինել սուր գաստրոէնտերիտներով երեխաների փորլուծության տևողության ու ծանրության նվազման մեջ: ԱՀԿ-ը ցինկի հավելումներն (10-14 օրվա ընթացքում՝ 10-20 մգ /օրը) առաջարկում է սուր գաստրոէնտերիտներով 5 տարեկանից փոքր երեխաների բուժման ժամանակ, թեպետ տվյալները քիչ են զարգացած երկրներում այդ համճնարարականները կյանքի կոչելու համար:

Պարվաստանյութեր

Դասերի բնութագիրը

2006 թ-ի փետրվարին ԱՄՆ-ի Սննդի և ղեղերի վարչությունը խրախուսեց ռոտավիրուսային գաստրոէնտերիտների կանխարգելման համար Rota Tec պատվաստուկը, որը խրախուսվել էր Մանկաբուժության ամերիկյան ակադեմիայի կողմից (ՄԱԱ):

2008թ-ի ապրիլին վարչությունը խրախուսեց ռոտավիրուսային գաստրոէնտերիտների կանխարգելման համար ևս մեկ, ներքին ընդունման պատվաստուկ՝ Rotarix-ը: Ընթացիկ հանձնարարականների համաձայն՝ այն 2 առանձին ղեղաչափերով տրվում է 6-ից մինչև 24 շաբաթական մանկիկներին:

Rotarix-ը արդյունավետություն ցուցաբերեց մեծ հետազոտության ժամանակ, որում տեղեկացվեց, որ այն հիվանդներին պաշտպանեց ծանր ռոտավիրուսային գաստրոէնտերիտներից և նվազեցրեց ծանր փորլուծության ու չճշգրտված պատճառագիտության գաստրոէնտերիտների հաճախությունը: Լատինական Ամերիկայում և Աֆրիկայում ծավալված վերջին խոշոր փորձարկումները ևս հաստատեցին Rotarix-ի արդյունավետությունը փորլուծությամբ երեխաների հիվանդացության ու մահացության նվազման մեջ:

Ռոտավիրուսային պատվաստանյութեր (RotaTec, Rotarix)

Ներկայումս ներքին ընդունման երկու <<կենդանի>> պատվաստանյութ են վաճառվում Միացյալ Նահանգներում: Դրանցից յուրաքանչյուրը նշանակվում է երեխաների ծանր փորլուծության պատճառներից մեկի՝ ռոտավիրուսային գաստրոէնտերիտի կանխարգելման համար:

Rota Tec-ը հնգավալենտ պատվաստանյութ է, պարունակում է 5 կենդանի ռեասորտանտ ռոտավիրուս, ներմուծվում է 3 ղեղաչափով և ազդում A խմբի առավել տարածված ռոտավիրուսներ համարվող G1, G2, G3 և G4 շճատեսակների դեմ: Այն պարունակում է նաև P1A (գենոտիպ P) սպիտակուց: Rotarix-ը պաշտպանում է G1, G3, G4 և G9 շտամներով հարուցվող ռոտավիրուսային գաստրոէնտերիտներից և նշանակվում 2 ղեղաչափով՝ 6-24 շաբաթական մանկիկներին:

Ըստ կլինիկական փորձարկումների՝ պատվաստանյութերը 74-78% դեպքերում կանխում են բոլոր ռոտավիրուսային գաստրոէնտերիտները, ռոտավիրուսային վարակի գրեթե բոլոր ծանր ձևերը և այդ վարակի պատճառով գրեթե բոլոր հոսպիտալացումները:

Հակամանրէային ղեղեր

Դասերի բնութագիրը

Հաշվի առնելով, որ զարգացած ու զարգացող երկրներում սուր գաստրոէնտերիտների մեծամասնությունը հրահրվում է վիրուսներով, հակաբիոտիկներ, որպես կանոն, չեն նշանակվում: Նույնիսկ այն դեպքերում (օր.՝ արյունալույծ (dysentery), երբ կասկածվում են մանրէային հարուցիչներ, հակաբիոտիկները կարող են երկարացնել կրությունը (սալմոնել) կամ մեծացնել արյունալուծամիզարյունային համախտանիշի զարգացման վտանգը (աղիքարյունազեղային

E.coli): Կղանքի դրական անալիզով կամ *C.difficile*-ի մեծ կասկածանքով հիվանդների համար ենթադրաբար նման վիճակ հրահրած հակաբիոտիկը պետք է անհապաղ համվի կիրառումից.:

Մետրոնիդազոլը (30 մգ/կգ/օրը դեղաչափով, բաժանված 4 ընդունման համար, 7 օրվա ընթացքում) կարող է կիրառվել որպես առաջին գծի բուժամիջոց՝ կայուն վարակների համար ներքին ընդունման վանկոմիցինի պահեստավորմամբ: Թեպետ 8 տարեկանից փոքր երեխաներին ընդհանրապես խորհուրդ չի տրվում, բայց տետրացիկլինը (50մգ/կգ/օրը դեղաչափով, բաժանված 4 ընդունման համար, 3 օրվա ընթացքում) և դոքսիցիկլինը (6 մգ/կգ միանվագ դեղաչափով) խոլերայի ժամանակ ընտրության դեղեր են:

Լավ արդյունավետությամբ այլընտրանքային դեղեր են երիթրոմիցինն ու ցիպրոֆլոքսացինը: Լյամբլիոզի առկայությունը հաստատող ցիստերով ու լյամբլիաներով հիվանդների համար ընտրության դեղ է մետրոնիդազոլը՝ օրը 35-50 մգ/կգ, յուրաքանչյուր 8 ժամը 1 անգամ ընդունելու համար բաժանված դեղաչափով: Նիտազօքսանիդի ներքին ընդունման դեղակախությոը (1-3 տարեկան երեխաների համար՝ 3 օրվա ընթացքում ամեն 12 ժամը մեկ անգամ 100 մգ, 4-11 տարեկանների համար՝ 3 օրվա ընթացքում ամեն 12 ժամը մեկ անգամ 200 մգ) մետրոնիդազոլի պես արդյունավետ է և կարող է լրացուցիչ առավելություն ունենալ աղիքային մակաբուծային հիվանդությունների բուժման մեջ, ինչպիսին է կրիպտոսպորիոզը:

Փսխամարիչներ

Դասերի բնութագիրը

Մեկ մեծ, առաջիայաց, դիպլաժային, կրկնակի կույր հետազոտությունը համեմատել է անհետաձգելի օգնության բաժանմունքում գտնվող սուր գաստրոէնտերիտներով երեխաների շրջանում օնդանսետրոնի բերանում լուծվող դեղահատերի մեկանգամյա կիրառումը պլացեբոյի հետ և ցույց տվել, որ պլացեբո ստացողների համեմատությամբ օնդանսետրոն ընդունողների փսխումն ավելի հազվադեպ էր, նրանք ստանում էին ներքին ընդունման լուծույթի մեծ ծավալ, նրանց համար հազվադեպ էր պահանջվում ներերակային ջրավերականգնում, և կրճատվում էր այդ բաժանմունքում նրանց գտնվելու ժամանակը: Երեխաների համար օնդանսետրոնի նման արդյունավետություն է գրանցվել նաև մի քանի ոչ մեծ հետազոտություններում:

Արագնալության աղբյուր՝ <http://emedicine.medscape.com/article/801948-treatment#a1126>

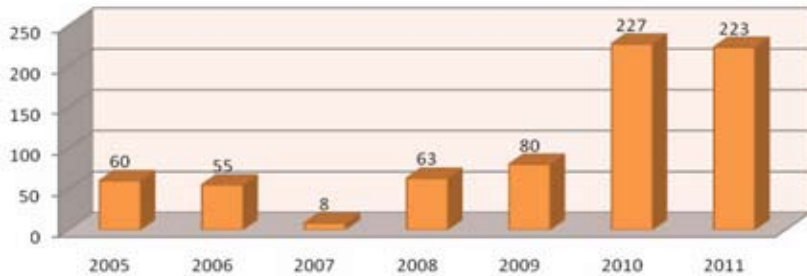
ՄԵՐ ՎՐԱՊԱՐԱԿՈՒՄՆԵՐԸ

ԴԵՂԵՐԻ ԿՈՂՄՆԱԿԻ ԱԶԴԵՑՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԴԻՏԱՐԿՄԱՆ ՎԵՐԼՈՒԾՈՒԹՅՈՒՆԸ ՀԱՅԱՍՏԱՆՈՒՄ

Ն.ՌՈՄԱՆՈՎԱ

ՀՀ ԱՆ ԴԲՏՓԳԿ դեղերի կողմնակի ազդեցությունների դիտարկման բաժին

Հայաստանում դեղերի կողմնակի ազդեցությունների (ԿԱ) գրանցումն իրականացվում է ՀՀ ԱՆ Դեղերի և բժշկական տեխնոլոգիաների փորձաքննության գիտական կենտրոնում: Ստացված տվյալները վերլուծվում և պարբերաբար ուղարկվում են ԱՀԿ-ի Դեղերի կողմնակի ազդեցությունների դիտարկման կենտրոնին: 2005- 2011 թթ Հայաստանում գրանցվել է 716 ԿԱ (աղյուսակ 1):



Նկար 1. ԿԱ-ների ըստ տարիների բաշխումը ԴԲՏՓԳԿ-ի տվյալների հենակետում

Ինչպես երևում է նկար 1-ից՝ անցած 2011թ-ի ընթացքում ստացվել է ԿԱ-ների զարգացման դեպքերի մասին 223 քարտ-հայտագիր, որոնցից 2-ը վերաբերել են կենսակտիվ հավելումներին (ԿԱՀ), 221-ը՝ դեղերին:

Վերլուծության արդյունքում հայտնաբերվեց, որ 221 քարտում նկարագրվել են ԿԱ-ների 267 դրսևորում: Դրանցից առավել տարածվածը ալերգային ռեակցիաներն էին (աղթվում՝ անաֆիլաքսային շոկը)՝ 34,4%, ստամոքսաղիքային խանգարումները՝ 16,9%, ԿՆՀ խանգարումները՝ 14,6%: Գրանցվել են նաև դեղերի արդյունավետության բացակայության 55 և ոչ ռացիոնալ զուգորդման/դեղային փոխազդեցության հնարավոր վտանգի 5 դեպք: Օրինակ՝ ՄԻՀ-ով ու զերճնշմամբ հիվանդին միաժամանակ նշանակվել են պրեստարիում, ռաունատին, պապավոլ և ադելֆան: Այս դեղերի զուգորդման դեպքում հնարավոր է թերճնշումային ազդեցության պոտենցում: Սեկ այլ դեպքում հիվանդին միաժամանակ նշանակվել են ֆլյուկոնազոլ, էտոպոնագիդ և պրեդնիզոլոն, որոնք նյութափոխանակվում են CYP450 3A4 իզոֆերմենտի օգնությամբ: Այս դեղերի զուգորդումից հնարավոր է արյան մեջ դրանց խտության աճ:

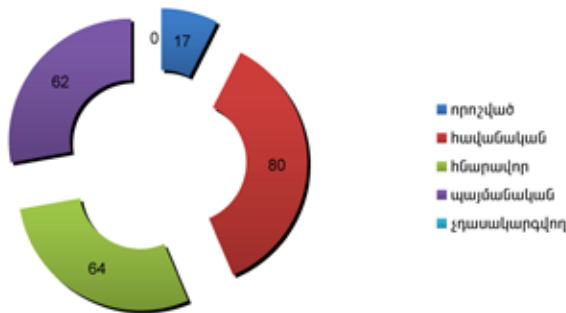
Աղյուսակ 1-ում բերված է ԿԱ-ների դրսևորման տվյալների վերլուծությունը

Աղյուսակ 1.

ԿԱ-ների վերլուծությունն ըստ դրանց դրսևորումների

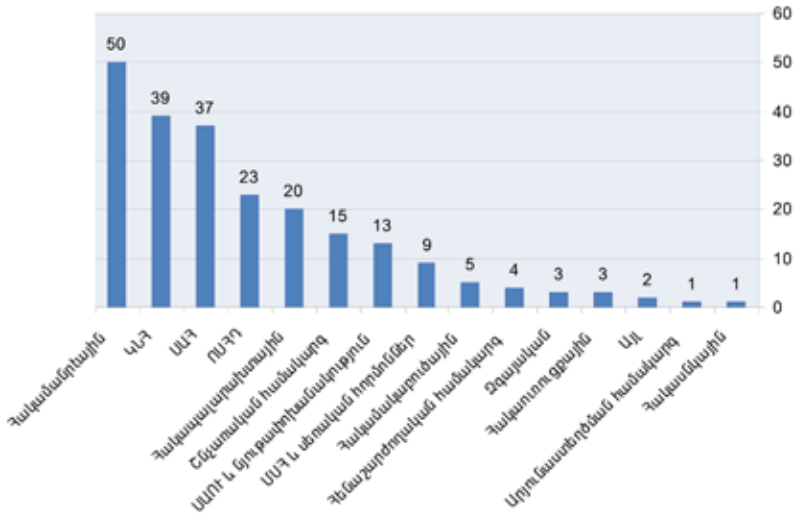
ԿՆՀ	31	(14.6%)
Հենաշարժողական համակարգ	2	(0.9%)
Տեսողության օրգաններ	1	(0.5%)
Ստամոքսաղիքային ուղի	36	(16.9%)
Սիրտանոթային համակարգ	8	(3.7%)
Միզասեռական համակարգ	2	(0.9%)
Լյարդ ու լեղուղիներ	7	(3.3%)
Շնչառական համակարգ	11	(5.1%)
Ալերգային ռեակցիաներ (այդ թվում՝ անաֆիլաքսային շոկ)	73	(34.4%)
Գլխացավ	10	(4.7%)
Վերին ու ստորին վերջույթների այտուց	6	(2.8%)
Այլ	25	(11.8%)
Ընդամենը	212	100%
Ոչ ռացիոնալ գուգորդում/դեղային փոխազդեցության հնարավոր վտանգ	5	
Արդյունավետության բացակայություն	55	

223 քարտ-հայտագրից 22 դեպք դասվել է լուրջ ԿԱ-ների շարքին, ինչը կազմում է ընդհանուր թվի 9.9% -ը: Կատարվել է մաս դեղի հետ պատճառահետևանքային կապի հավաստիության աստիճանի վերլուծություն (նկար 2): Արժևորումն իրականացել է Նարանժոյի սանդղակով:



Նկար 2. ԿԱ-ի վերլուծություն ըստ հավաստիության աստիճանի

ԿԱ-ներն առավել հաճախական էին հակամանրէային (22.6%), ԿՆՀ-ի (17.6%) և սիրտանոթային համակարգի (16.7%) վրա փոխազդող, ոչ ստերոիդային հակաբորբոքային (10.4%) և հակապալարախտային (9%) դեղերի կիրառման ժամանակ (նկար 3):



Նկար 3. Դեղերի թիվն ըստ դեղերի ԱԲՔ դասակարգման

2011թ-ի ընթացքում Դեղերի գիտական կենտրոնի կողմից կողավորվել և ԱՀԿ-ի դեղերի կողմնակի ազդեցությունների դիտարկման կենտրոն է ուղարկվել 207 քարտ-հայտագիր: