

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

**Խմբագրակազմ**

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

**Խմբագրական խորհուրդ**

Նախագահ՝	բ.գ.դ. Մ. Թովմյան
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:**

Гл. редактор:	доц., к.м.н. А. Айвазян
Заместитель гл. редактора:	доц., к.м.н. Г. Асланян,
Редактор – переводчик:	к.ф.н. Г. Сукиасян
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  
Դեռ. 23 16 82, 23 08 96  
тел. 23 16 82, 23 08 96

# Ց Ա Ն Կ

<b>ԴԵՂԱՔԱՂԱՔԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ ՆՈՐՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ</b> .....	<b>3</b>
FDA-ն երաճեաՎորեւ է Նոր ՅԱԿԱՊԱԼԱՐԱԽՏԱՅԻՆ ԴԵՂԻ ԿԻՐԱՌՈՒՄԸ 3	
FDA-ն երաճեաՎորեւ է ԴԵՂ ԱՐՅԱՆ ՄԱԿԱՐԴՄԱՆ ԽԱՆԳԱՐՈՒՄՆԵՐԻ ԲՈՒԺՄԱՆ ՀԱՄԱՐ .....	5
FDA-ն երաճեաՎորեւ է ՄԻԳՐԵՆԻ ԲՈՒԺՄԱՆ ՀԱՄԱՐ ՓՈԽՄԱՇԿԱՅԻՆ ՍՊԵՂԱՆԻՆԵՐԸ .....	6
<b>ՀԵՏԱՔՐՔԻՐ ՓԱՍՏԵՐ</b> .....	<b>8</b>
ԷԺԱՆԱԳԻՆ ԵՎ ՀԱՍԱՆԵԼԻ ԿՈԼԽԻՑԻՆԸ՝ ՈՐՊԵՍ ՄԻՐՏ-ԱՆՈՒԹԱՅԻՆ ԻՐԱԴԱՐՑՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԵՐԿՐՈՐԴԱՅԻՆ ԿԱՆԽԱՐԳԵԼՄԱՆ ՄԻՋՈՑ .....	8
ՔԱԴՅԿԵՂԻ ՆՈՐ ՎԱՐԿԱԾԸ ԵՆԹԱԴՐՈՒՄ Է ՀԱԿԱԾՔՍԻԴԱՆՏՆԵՐԻ ՎՏԱՆԳԱՎՈՐ ԱԶԴԵՑՈՒԹՅՈՒՆԸ .....	10
ԿԱԼՑԻՈՒՄԻ ԱՎԵԼՏՈՒԿԸ ՄԵԾԱՏՆՈՒՄ Է ՄԱՀԱՑՈՒԹՅՈՒՆԸ ԿԱՆԱՆՑ ՇՐՋԱՆՈՒՄ .....	12
ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅԱՆ ՊԱԿԱՍԻ ԵՎ ԳԵՐԱԿՏԻՎՈՒԹՅԱՆ ՀԱՍՄԽՏԱՆԻՇԻ ՏԱՐԱԾՎԱԾՈՒԹՅՈՒՆԸ ԱՃՈՒՄ Է ՄԵԾ ԱՐԱԳՈՒԹՅԱՄԲ.....	14
<b>ԴԵՂԵՐԻ ԱՆՎՏԱՆԳՈՒԹՅՈՒՆ</b> .....	<b>16</b>
ԷՎԵՐՈԼԻՄՈՒՄԸ (10մգ) ԵՎ ԵՆԹԱՍՏԱՍՈՔՍԱՅԻՆ ԳԵՂՁԻ ՆՅԱՐԴԱՆԵՐՋԱՏԱՅԻՆ ՈՒՐՈՒՑՔՆԵՐԸ.....	16
ՎԵՆԼԱՖԱԿՍԻՆԻ ԵՎ ՔՎԵԹԻԱՊԻՆԻ ԲԵՋՈԱՐՆԵՐԸ .....	18
ԱԶԻՏՐՈՍԻՑԻՆ՝ ՍՐՏԻ ՈՒԹՄԻ ՄԱՀԱՑՈՒ ԽԱՆԳԱՐՈՒՄՆԵՐԻ ՎՏԱՆԳ .....	19
<b>ԱՊԱՑՈՒՅՏՆԵՐԻ ՎՐԱ ՀԻՄՆՎԱԾ ԲԺՇԿՈՒԹՅՈՒՆ՝</b> .....	<b>20</b>
ՀՈՍԵՐՊԱԹԻԱ՝ ԱՐԴՅՈՒՆԱՎԵՏՈՒԹՅԱՆ ՀԻՄՔԵՐ ԴԵՌԵՎՍ ԶԿԱՆ.....	20
ՖՈՒՐՈՍԵՄԻԴԸ ՄՈՒՐ ԴԵԿՈՄՊԵՆՍԱՑՎԱԾ ՍՐՏԱՅԻՆ ԱՆԲԱՎԱՐԱՐՈՒԹՅԱՆ ԴԵՊՔՈՒՄ.....	21
<b>ՕԳՆՈՒԹՅՈՒՆ ԲԺՇԿԻՆ</b> .....	<b>22</b>
ՊՐՈՏՈՆԱՅԻՆ ՊՈՍՊԻ ԱՐԳԵԼԱԿԻԶՆԵՐԸ ԵՎ ՄԵԹՈՏՐԵՔՍԱՏԸ.....	22
ԹՈՒՐԻՆՋԻ ՀՅՈՒԹԸ ԵՎ ԴԵՂԵՐԻ ՓՈԽԱԶԴԵՑՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ .....	23
<b>ՄԵՐ ՀՐԱՏԱՐԱԿՈՒՄՆԵՐԸ</b> .....	<b>28</b>
«ԱՐԱՆՑ ԲԺՇԿԻ ԴԵՂԱՏՈՍՄԻ» ՏՐՎՈՂ ԹՈՒՆԱՎՈՐ ԵՎ ԽԻՍՏ ԱԶՈՂ ԲՈՒՅՏԵՐԸ ՄԱՆԿԱԿԱՆ ԴԵՂԱԶԵՎԵՐՈՒՄ.....	28

## ԴԵՂԱԶԱՂԱԶԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ ՆՈՐՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

### **FDA-ն ԵՐԱՇԽԱՎՈՐԵԼ Է ՆՈՐ ՀԱԿԱՊԱՆԱՐԱՆՏԱՅԻՆ ԴԵՂԻ ԿԻՐԱՌՈՒՄԸ**

**28 դեկտեմբերի 2012թ.:** ԱՄՆ-ի Սննդի և դեղերի վարչությունն (FDA) երաշխավորել է **Sirturo** (bedaquiline) դեղի կիրառումը մեծահասակների մոտ որպես բազմակայուն թոքային պալարախտի (ԲԿՊ) համակցված բուժման բաղադրյալ՝ այլընտրանքային բուժման բացակայության դեպքում:

Պալարախտը (տուբերկուլյոզը), որի հարուցիչն է *Mycobacterium tuberculosis*-ը, պատասխանատու է հիվանդացության ու մահացության զգալի մասի համար ողջ աշխարհում: Վարակի փոխանցման մեխանիզմը օդակաթիլայինն է, և այն հիմնականում ախտահարում է թոքերը, սակայն կարող են ներգրավվել նաև այլ օրգաններ՝ ուղեղը և երիկամները: ԱՄՆ-ի Հիվանդությունների վերահսկման և կանխարգելման կենտրոնի տվյալների համաձայն՝ միայն 2011թ. ամբողջ աշխարհում գրանցվել է պալարախտի 9 մլն. նոր դեպք, իսկ Միացյալ Նահանգներում՝ 10 528:

Պալարախտը համարվում է բազմակայուն (ԲԿՊ) է այն դեպքերում, երբ *M. Tuberculosis*-ը կայուն է դառնում իզոնիազոլի և ռիֆամպինի՝ պալարախտի բուժման համար ամենահաճախ կիրառվող երկու բարձրարդյունավետ դեղերի հանդեպ:

Sirturo-ը (Bedaquiline) ԲԿՊ-ը բուժելու համար երաշխավորված առաջին դեղն է և պետք է կիրառվի այլ հակապալարախտային դեղերի հետ համակցված: Դեղի ազդեցության մեխանիզմն է միկոբակտերիաների բաժանումը և այնուհետև օրգանիզմում տարածումը ապահովող ֆերմենտի պաշարումը:

Sirturo-ը FDA-ի կողմից երաշխավորվել է գրանցման արագացված ծրագրով, որը հնարավորություն է տալիս գործակալությանը երաշխավորելու լուրջ հիվանդությունների բուժման համար դեղը՝ հիմնվելով դեղի արդյունավետությունը սուռոգատային վերջնակետով ցուցադրող կլինիկական տվյալների վրա, ինչը հիմնավորված կանխագուշակում է հիվանդի համար կլինիկական հավանական օգուտը: Արագացված փորձաքննությունը նոր հեռանկարային դեղը հիվանդների համար մատչելի է դարձնում ավելի վաղ, թեև դեղի անվտանգության և արդյունավետության վերաբերյալ հետազոտությունները շարունակվում են:

Ի լրումն արագացված փորձաքննությանը՝ Sirturo-ը FDA-ին ներկայացվել է որպես առաջնահերթ գրանցման դեղ-«որբուկ» (orphan-product): Դեղը ցուցադրեց ԲԿՊ-ի արդյունավետ և անվտանգ բուժման

հնարավորություն համապատասխան այլընտրանքային բուժման բացակայության դեպքում:

Sirturo-ի կիրառման հրահանգի «Զգուշացում» բաժնում հիվանդների և առողջապահության մասնագետների համար ներառված են զգուշացումներ դեղի QT միջակայքը երկարացնելու ունակության մասին, որը կարող է հանգեցնել կյանքը վտանգող ռիթմաշեղումների: Գրանցված են նաև մահվան դեպքեր. 9 դեպք Sirturo և, 2 դեպք՝ պլացեբո ստացածների խմբում:

Sirturo ստացած հիվանդների խմբում մահվան հինգ դեպքը և պլացեբո ստացած բոլոր հիվանդների մահվան դեպքերը պայմանավորված էին հիմնական հիվանդությամբ՝ պալարախտով, սակայն Sirturo-ով բուժված մնացած հիվանդների մահվան վերջնական պատճառը հայտնաբերված չէ:

Դեղի պատշաճ կիրառումը երաշխավորելու նպատակով Sirturo արտադրող Janssen Therapeutics կազմակերպությունը մտադիր է տրամադրել կրթական նյութեր:

Դեղի անվտանգությունը և արդյունավետությունը հաստատվել է 440 հիվանդների շրջանում 2-րդ փուլի երկու կլինիկական փորձարկումներով: Sirturo կամ պլացեբո բուժման խմբերում հիվանդները բաշխվել են պատահական ընտրության մեթոդով: Բոլոր հիվանդները ստացել են Sirturo կամ պլացեբո՝ այլ հակապալարախտային դեղերի հետ համակցված: Երկու փորձարկումների նպատակն էր որոշել խորխր M. Tuberculosis-ից ազատելու համար անհրաժեշտ ժամանակը (խորխի կոնվերսիա):

Ըստ առաջին փորձարկման արդյունքների՝ Sirturo-ով համակցված բուժում ստացած հիվանդների մոտ խորխի կոնվերսիան գրանցվել է միջինում 83 օրվա ընդացքում, ի համեմատ 125 օրվա, որն անհրաժեշտ էր պլացեբոյով համակցված բուժում ստացած հիվանդներին: Երկրորդ փորձարկման տվյալները հաստատում են Sirturo-ով բուժման արդյունավետության առաջին փորձարկման տվյալները: Կլինիկական փորձարկումների ընթացքում առավելապես հաճախ դիտարկված կողմնակի ազդեցություններից են սրտխառնոցը, հոդացավը և գլխացավը:

<http://www.fda.gov/NewsEvents/Newsroom/PressAnnouncements/ucm333695.htm>

## FDA-ն ԵՐԱՇԽԱՎՈՐԵԼ Է ԴԵՂ ԱՐՅԱՆ ՄԱԿԱՐԴՄԱՆ ԽԱՆԳԱՐՈՒՄՆԵՐԻ ԲՈՒԺՄԱՆ ՅԱՄԱՐ

Ռոբերտ Լոպես

**17 հունվարի 2013թ.:** ԱՄՆ-ի Սննդի և դեղերի վարչությունը (FDA) գրանցել է արյան պլազմայի պատրաստուկ, որն երկար ժամանակ կիրառվում է Եվրոպայում և աշխարհի այլ մասերում՝ արյան մակարդման խանգարումների բուժման համար:

Օկտապլաս/Octaplas (Octapharma) դեղը մարդու արյան ամբողջական պլազմայի սառեցված լուծույթ է, որը փոխարինում է մակարդման գործոններին, որոնց մակարդակները նվազել են որոշակի կլինիկական վիճակներում: Այսպիսի դեֆիցիտը կարող է առաջացնել չափից ավելի թրոմբազոյացում կամ արյունահոսություն:

Նոր դեղը համարժեք է թարմ սառեցված պլազմային, սակայն ի տարբերություն դրա՝ պարունակում է ոչ թե մեկ, այլ մի քանի դոնորների պլազմա: Այն մշակվում է որոշ վիրուսներ սպանող դետեռգենտներով, որոնք վարակելիության վտանգը իջեցնում են նվազագույնի:

Միացյալ Նահանգներում արտադրողները պլազման հավաքելու են ԱՄՆ-ի դոնորներից, որոնք հետազոտվել են արյան միջոցով փոխանցվող հիվանդությունները բացառման համար:

Օկտապլասի առաջին սերունդը համաշխարհային շուկան գրավեց 1992թ.-ում: Ներկայիս տարբերակը հասանելի դարձավ 2006-ից: FDA-ն օկտապլասի ԱՄՆ-ում վաճառքի խրախուսման իր որոշումը հիմնավորում է գլխավորապես լյարդի հիվանդություններով, լյարդի փոխպատվաստումից, սրտի վիրահատությունից հետո և թերթրոմբոցիտային ծիրանեցանով հիվանդների շրջանում կլինիկական փորձարկումների արդյունքներով:

Գործակալությունը նաև ուսումնասիրել է Եվրոպայում և այլ երկրներում դեղն օգտագործելու ընթացքում ստացած անվտանգության տվյալները: Եվրոպայում դեղի կիրառումը կապված չի եղել պլազմայի փոխներարկմամբ պայմանավորված թոքերի սուր ախտահարման հետ, որը հանդես է գալիս որպես պլազմայի առանձին տարրերի փոխներարկման ոչ հաճախ գրանցվող, սակայն լուրջ վտանգ:

Շնչափեղծությունը, գլխապտույտը, կրծքավանդակում անհարմարության զգացումը, մաշկի բորբ և ցանր, գլխացավը և թմրածությունը պատրաստուկի կլինիկական փորձարկումների ընթացքում ամենահաճախ դիտվող կողմնակի ազդեցություններն են:

Լրացուցիչ տեղեկատվությունը հասանելի է FDA-ի վեբ-կայքում:

[http://www.medscape.com/viewarticle/777822?nlid=27225\\_341&src=wnl\\_edit\\_medn\\_card&spon=2](http://www.medscape.com/viewarticle/777822?nlid=27225_341&src=wnl_edit_medn_card&spon=2)

## FDA-ն ԵՐԱՇԽԱՎՈՐԵԼ Է ՄԻԳՐԵՆԻ ԲՈՒԺՄԱՆ ՀԱՍԱՐ ՓՈԽՄԱՇԿԱՅԻՆ ՍՊԵՂԱՆԻՆԵՐԸ

Լորի Բարկլայ

**18 հունվարի 2013թ.:** ԱՄՆ-ի Սննդի և դեղերի վարչությունը (FDA) երաշխավորել **սումատրիպտանի (Zecuity, NuPathe Inc)** իոնաֆորետիկ փոխմաշկային համակարգի կիրառումը մեծահասակների միգրենի սուր նոպայի (աուրայով կամ առանց դրա) բուժման համար: Միանվագ օգտագործման մարտկոցներով սպեղանին թեթևացնում է միգրենից առաջացած սրտխառնոցը և գլխացավը:

ԱՄՆ-ում միգրենը ախտորոշված է 16 միլիոն մեծահասակների շրջանում, որոնցից 8 միլիոնը նշում է միգրենից առաջացած սրտխառնոց, որի պատճառով նրանք սովորաբար խուսափում են ներքին ընդունման դեղերի կիրարկումից:

Բացի ուժեղ գլխացավերից, միգրենով հիվանդների մոտ դիտարկվում են այլ արտահայտված ախտանիշներ, որոնք դեպքերի մեծամասնությունում ներառում են սրտխառնոցը: Ամերիկյան նյարդաբանության ակադեմիայի ուղեցույցները արտահայտված սրտխառնոց կամ փսխում ունեցող միգրենով հիվանդներին առաջարկում են դեղերի ներմուծման հարմարողական ուղին:

Նոպայի պահին սպեղանին ուսի կամ ազդրի մաշկին փակցնելուց և այն կոճակի օգնությամբ ակտիվացնելուց հետո սկսվում է ստանդարտիքային ուղին շրջանցող սումատրիպտանի ձեռքբազատումը: Դեղաչափման 4 ժամվա ընթացքում մաշկի դիմադրության մշտական վերահսկմամբ միկրոպրոցեստրով օգտագործվող սպեղանուց սումատրիպտանը արտազատվում է 6,5մգ ընդհանուր դեղաչափով:

3-րդ փուլի փորձարկումների ընթացքում 10 000-ից ավելի սպեղանի օգտագործած միգրենով 800 հիվանդների մոտ բուժումը անվտանգ և արդյունավետ թեթևացրել է գլխացավը, սրտխառնոցը և լուսավախությունը՝ սպեղանու երկժամյա ակտիվացման ընթացքում:

Բեղը պարունակող սպեղանին փակցնելուց 2 ժամվա ընթացքում գլխացավերը անցել էին հիվանդների 18% մոտ, պլացեբոյի խմբի 9%-ի համեմատ: 2 ժամ հետո գլխացավը թեթևացել էր ակտիվ բուժում ստացած 53% հիվանդների և պլացեբո ստացած 29%-ի շրջանում: Սրտխառնոցի վերացումը դիտարկվել է համապատասխանաբար 84%-ի և 63%-ի շրջանում:

Միգրենով պայմանավորված սրտխառնոցը կարող է նույնքան հյուծող լինել, որքան գլխացավը: Բեղի հարմարտեսական ուղիով ներմուծումը այս հիվանդների բուժման լավագույն եղանակն է:

Ավելի քան 5% հիվանդների շրջանում սպեղանու օգտագործմամբ պայմանավորված ամենից հաճախ նշվող կողմնակի երևույթներից են սպեղանին փակցնելու տեղում ցավը, քորը, դողի, տագուքյան և անհարմարավետության զգացումը: Տրիպտանի օգտագործմամբ պայմանավորված հաճախ կողմնակի երևույթներ՝ ներառյալ արտասովոր զգացողությունները, զարգացել են հիվանդների 2%-ի շրջանում: Հիվանդների 2%-ի շրջանում նույնպես նկատվել են ցավի և ճնշման զգացում:

Zecuity-ը օգտագործման հակացուցումներ են՝ պսակաձև զարկերակի հիվանդությունները, պսակաձև անոթների կծկումները, կաթվածը, ուղեղի արյան շրջանառության անցուղիկ իշեմիկ խանգարումները, հեմիպլեգիական և բազիլյար միգրենը անամնեզում, Վուլֆ-Պարկինսոն-Ուայթի համախտանիշը և սրտի հաղորդչական համակարգի այլ խանգարումները, ծայրամասային անոթների, աղիների իշեմիկ հիվանդությունները, չվերահսկվող գերճնշումը, տրիպտանի կամ էրգոտամինի խմբի այլ դեղերի օգտագործումը նախորդող 24 ժամերի ընթացքում, MAO A տեսակի արգելակիչների կիրառումը նախորդող 2 շաբաթների ընթացքում, սումատրիպտանի կամ Zecuity-ի ցանկացած բաղադրիչի նկատմամբ գերզգայունությունը, լյարդի ֆունկցիաների խիստ խանգարումները, սպեղանին փակցնելու տեղում շփումային ալերգային մաշկաբորբի առկայություն: Հակացուցված է նաև այն օգտագործել մազնիսառեզոնանսային շերտագրություն անցկացնելու ընթացքում:

Այլ տրիպտանամների մման Zecuity-ի օգտագործումը կարող է առաջացնել կյանքի համար խիստ վտանգավոր սերոտոնինային համախտանիշի զարգացում:

[http://www.medscape.com/viewarticle/777871?nlid=27244\\_1048&src=nldne](http://www.medscape.com/viewarticle/777871?nlid=27244_1048&src=nldne)

ՇԵՏԱԶԵՐՔԻՐ ՓԱՍՏԵՐ

**ԷՍԱՆԱԳԻՆ ԵՎ ՀԱՍԱՆԵԼԻ ԿՈԼԽԻՑԻՆԸ՝ ՈՐՊԵՍ ՍԻՐՏ-ԱՆՈԹԱՅԻՆ ԻՐԱԴԱՐՑՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԵՐԿՐՈՐԴԱՅԻՆ ԿԱՆԽԱՐԳԵԼՄԱՆ ՄԻՋՈՑ**

Մայքլ Օ Ռիորդան

**Լուս-Անջելես: 05 նոյեմբերի 2012թ.:** Ավստրալիացի հետազոտողները բացահայտել են, որ հողատապի (պողպաքա) և միջերկրածովյան ընտանեկան տենդի (պարբերական հիվանդության,ՊՀ) բուժման համար դեղը, մի շարք հանրահայտ ազդեցություններով հանդերձ, օգտակար մի քանի հատկություններ ունի պասկաձև անոթների հիվանդությունների (ՊԱՀ) բուժմալ համար:

Ընթացիկ դիպվածային բաց կլինիկական հետազոտության LoD-օCo (ցածր դեղաչափով կոլխիցին – [Low-Dose Colchicine- LoDoCo]) արդյունքում, քողարկելով կոլխիցինի երկրորդային կանխարգելման արդյունավետության չափանիշների գնահատականը, հետազոտողները ցույց են տվել, որ դեղը 67%-ով նվազեցնում է պսակային սուր համախտանիշի (ՊՍՀ), սրտի արտահիվանդանոցային կանգի կամ ոչ սրտախցանումային իշեմիկ կաթվածի վտանգը՝ հիմնականում ստենտավորման հետ կապ չունեցող ՊԱՀ-ի նվազման հաշվին:

Ավելի քան 3 տարի տևողությամբ հետազոտության ընթացքում սրտամկանի ինֆարկտը կամ անկայուն կրծքահեղձուկը զարգացել է կոլխիցին ընդունած 2%-ից քիչ հիվանդների շրջանում: Բուժման արդյունավետությունը ոչ միայն զարմանալի էր, այլև համահունչ կլինիկական բոլոր վերջնակետերին: Մակայն ապացուցված պասկաձև անոթների հիվանդությամբ հիվանդներին կոլխիցինի առօրյա կիրառման նշանակությունը պարզելու համար, անկասկած, անհրաժեշտ են հետազոտումնասիրություններ:

***Կլինիկական անկայունության նվազեցում***

LoDoCo անվանմամբ հետազոտության արդյունքները ներկայացվել են 2012թ. նոյեմբերի 05-ին Ամերիկյան սրտաբանական միության (American Heart Association – AHA) գիտական նստաշրջանում: Հետազոտության ղեկավար բժիշկ Նիդրոֆը պարզաբանեց, որ ՊԱՀ-ի կապակցությամբ հիվանդանոց ընդունված հիվանդների ախտահարված օջախներում ակտիվացած մեյարոֆիլների առկայությունը բազմապատկում է այն հավանականությունը, որ մեյարոֆիլների ֆունկցիայի արգելակումը կարող է նվազեցնել աթերոսկլերոզային թիթեղի անկայունության



վտանգը, հետևաբար մաս ՊԱՀ-ով հիվանդների կլինիկական անկայունությունը:

Կոլխիցինը ցածր դեղաչափով ունի լայնածավալ հակաբորբոքային ազդեցություն և կանխում է նեյարոֆիլ-միջնորդավորված բորբոքումը, որը հաստատվում է դեղի արդյունավետությամբ հողատասյի բուժման դեպքում: Բուժման սկզբում դեղի ընդունումը կարող է ուղեկցվել ստամոքսաղիքային խանգարումներով, սակայն այն հարաբերականորեն անվտանգ է երկարատև օգտագործման պարագայում: Պարբերական հիվանդությամբ հիվանդները դեղն օգտագործում են ողջ կյանքի ընթացքում:

Անոթագրական հետազոտությամբ հաստատված կայուն ՊԱՀ-ով ընդհանուր առմամբ 532 հիվանդներ պատահական (դիպլոմատային) ընտրությամբ բաշխվել են խմբերի, որոնք նվազագույնը 2 տարվա ընթացքում ստացել են կամ ցածր դեղաչափով կոլխիցին, կամ պլացեբո: Եռամյա հետազոտության ընթացքում կլինիկական առաջնային ցուցանիշը զարգացավ պլացեբո ստացող խմբի 250 հիվանդներից 40-ի մոտ (16%) և կոլխիցին ստացող խմբի 232 հիվանդներից 15-ի մոտ (5,3%): Բազմաթիվ բոլոր ենթախմբերում առավելությունն ակնհայտ էր:

Գրական գնահատական տալով հետազոտության արդյունքներին՝ բժիշկ Շինյա Գոտոն (Տոկայի համալսարանի բժշկական դպրոց, Կանագավա, Ճապոնիա) այնուամենայնիվ ընդգծեց, որ այն դժվար թե փոխի ներկայումս առկա կլինիկական մոտեցումը: LoDoCo կլինիկական հետազոտությամբ բացահայտված կոլխիցինի կիրառման առավելությունների հաստատման համար անհրաժեշտ է անցկացնել լայնածավալ, այդ թվում և կենսաբանական հետազոտություններ, որոնք կհաստատեն մեծ թվով լեյկոցիտների մասնակցությունը սրտամկանի ինֆարկտը պայմանավորող թրոմբի ձևավորման ընթացքում: Էական է, որ կոլխիցինի կիրառման օգուտը ակնհայտ էր տարբեր սիրտ-անոթային դեղերի գուգակցմամբ, որոնցով բուժել են հիվանդներին:

Տարածվո՞ւմ են արդյոք հետազոտությունների արդյունքները այլ պոպուլյացիաների վրա հարցը պարզելու համար անհրաժեշտ են հետագա ուսումնասիրություններ՝ այլ էթնիկ խմբերի ներառմամբ: Հետազոտողները պետք է բացահայտեն և բացառեն ստամոքսաղիքային խանգարումների մեծ վտանգով մասնակիցներին, քանի որ LoDoCo փորձարկումից հիվանդների մոտ 11%-ը հեռացվել են, մեծ մասը՝ վաղ փուլում ստամոքսաղիքային ուղու խանգարումների պատճառով:

**ՔԱՂՅԿԵՂԻ ՆՈՐ ՎԱՐԿԱԾԸ ԵՆԹԱՂՐՈՒՄ Է  
ՀԱՎԱՕՔՍԻՂԱՆՏՆԵՐԻ ՎՏԱՆԳԱՎՈՐ ԱԶԴԵՑՈՒԹՅՈՒՆԸ**

**Զոսյա Զուստեկա**

**11 հունվարի 2013թ.**: Թթվածնի ակտիվ ձևերի (ԹԱՁ) շուրջ նոր վարկածի համաձայն՝ ենթադրվում է, որ քաղցկեղի բջիջների ներսում հակաօքսիդանտների բարձր մակարդակը ապահովում է բուժման հանդեպ դրանց կայունությունը:

Կլոդ Սարինգ Խարբորի (Նյու Յորք) լաբորատորիայի փիլիսոփայական գիտությունների դոկտոր, Նոբելյան մրցանակակիր Ջեյմս Ուոտսոնի կարծիքով այս տեսությունը խարխլում է հակաօքսիդանտներ պարունակող սննդային հավելումների կիրառման բոլոր հիմքերը, քանի որ դրանք «ավելի մեծ հավանականությամբ առաջացնում, քան կանխում են քաղցկեղային հիվանդություններ»:

Դոկտոր Ուոտսոնը, որը Նոբելյան մրցանակ ստացել է ԴՆԹ-ի կառուցվածքը բացահայտելու համար, 1968-ից իր կողմից ղեկավարվող ինստիտուտի մամուլ հաղորդագրության մեջ նշում է, որ այս տեսությունը համարում է «ԴՆԹ-ի երկակի պարույրի բացահայտումից հետո կարևորագույն աշխատանքներից մեկը»:

Դոկտոր Ուոտսոնը մանրամասնում է, որ քաղցկեղի բջիջները անմիջականորեն ոչնչացնելու համար օգտագործվող միջոցների գերակշռող մասը, այդ թվում իոնիզացնող ճառագայթումը, քիմիաբուժության դեղերը և ուղղորդված բուժման որոշ տեսակներ ազդում են՝ առաջացնելով ԹԱՁ (ինչպես անմիջականորեն, այնպես էլ միջնորդավորված), որոնք պաշարում են բջջային ցիկլի հիմնական ուղիները: ԹԱՁ-ի նման արտադրությունը ստեղծում է թերթթվածնային միջավայր, որում քաղցկեղի բջիջները էպիթելայիններից ձևափոխվում են մեզենքիմային տեսակի բջիջների: Այդ ձևափոխված բջիջները գրեթե պարտադիր կլանում են շատ մեծ քանակությամբ հակաօքսիդանտներ, որոնք արդյունավետորեն պաշարում են հակաքաղցկեղային բուժման ազդեցությունը: Քիմիաբուժման հանդեպ դիմակայուն դարձած քաղցկեղը սովորաբար մույնչափ դիմակայուն է նաև իոնիզացնող ճառագայթմանը:

Բացի դրանից, քաղցկեղի ձևափոխված մեզենքիմային բջիջները ծնում են նոր առաձգական և շարժուն մեզենքիմային բջիջներ, ինչը նպաստում է դրանց փոխակայմանը դեպի մարմնի այլ մասեր (ուղեղ, լյարդ, երիկամներ): Փոխակայման դեպքում քաղցկեղը կյանքի համար վտանգավոր է դարձնում:

Հետաքրքիր է, որ լայնորեն կիրառվող մետֆորմին հակաշա-

քարախտային դեղը մեզենքիմային ցողունային բջիջները ընտրողաբար ոչնչացնելու ունակություն է դրսևորել: Դոկտոր Ուոտսոնը գրում է, որ «3 տարի առաջ հրատարակված և առայրժամ ամբողջությամբ չգնահատված հոդվածում մկների քաղցկեղի մոդելներով ցույց է տրվել, որ քիմիաբուժման ընթացքում մետֆորմինի ավելացումը եթե հիվանդությունը իրականում չի բուժում, ապա առաջացնում է երկարատև ախտադադար» (*Cancer Res.* 2009;69:7507-7511): Նա նշում է, որ ներկայումս կլինիկական փորձարկումներում փորձում են որոշել՝ կա՞ արդյոք կլինիկական օգուտ, քիմիաբուժմանը մետֆորմին ավելացնելուց, առավել ևս, որ շաքարաշտով տառապող հիվանդների շրջանում, որոնք կանոնավորապես օգտագործում են մետֆորմին, դիտարկվում է տարբեր տեսակի քաղցկեղների զարգացման ցածր հաճախականություն:

***Սննդային հակաօքսիդանտները կարող են վտանգավոր լինել***

Այս տեսության հեռահար հետևանքներից մեկն այն է, որ հակաօքսիդանտները՝ որպես սննդային հավելումներ, ներառելով բետա-կարոտինը, վիտամիններ A-ն, C-ն, E-ն և սելենը, կարող են վտանգավոր լինել քաղցկեղի դեպքում: Երկար տարիների ընթացքում մման հավելումները գովազդվել են քաղցկեղի կանխարգելման և բուժման համար, ինչպես նաև խրախուսվում էր հակաօքսիդանտներ պարունակող մրգերի և հատապտուղների օգտագործումը:

***Ժամանակն է եկել լրջորեն մտածելու այն մասին, որ հակաօքսիդանտների օգտագործումը ավելի շուտ առաջացնում է, քան կանխում է քաղցկեղը:***

Դոկտոր Ուոտսոնի կարծիքով ժամանակակից տվյալները ակտիվորեն հուշում են, որ վերջին փուլերի անբուժելի քաղցկեղի բազմաթիվ դեպքերը կարող են չափազանց մեծ քանակությամբ հակաօքսիդանտների հետևանք լինել: «Այսպիսով, եկել է ժամանակը լրջորեն մտածելու այն մասին, որ հակաօքսիդանտների օգտագործումը ավելի շուտ առաջացնում է քաղցկեղը, քան կանխում է այն»:

Մննդակարգի ազդեցությունն ուսումնասիրող բազմաթիվ փորձարկումներով հայտնաբերվել է ակնհայտ արդյունավետության բացակայությունը ստամոքսաորովայնային քաղցկեղի կանխարգելման կամ մահացության նվազման համար: Իրապես ներկայացվում է, որ դրանք պահպանողների ընդունողների կյանքի տևողությունը թեթևակի կրճատվում է:

«Հետևաբար, – եզրակացնում է դոկտոր Ուոտսոնը, – ավելի լավ է հապալասը ուտել, քանի որ այն համեղ է, և ոչ այն պատճառով, որ այն օգտագործելը կհանգեցնի քաղցկեղի նվազմանը»:

Այս տեսությունը մեկնաբանել խնդրել են Ամերիկայի Քաղցկեղի բուժման ազգային կենտրոնի ուռուցքաբանության բաժնի տնօրեն, բժշկական գիտությունների դոկտոր Մարի Մարկմանին, որը վարում է *Medscape Markman on Oncology* օրագիրը:

«Օբսիդանտային ակտիվության և հակաօբսիդանտների միջև եղած ճգնաժամային փոխհարաբերությունների կարևոր նշանակությունը բջիջների նորմալ գործունեության համար ուսումնասիրվել է բազմաթիվ հետազոտողների կողմից, և զարմանալի չէ, որ այդ պրոցեսը բավականաչափ էական է քաղցկեղի համար: Սակայն պետք է նշել, որ դա շատ բարդ պրոցես է, և բջջային մակարդակում այդ ուժեղ փոխազդեցությունների միջև հաշվեկշիռը, անկասկած, պետք է մանրակրկիտ վերահսկվի: Ավելին՝ անհրաժեշտ է նշել, որ հակաօբսիդանտները մեր նորմալ սննդակարգի բաղադրիչներն են: Վերջին հաշվով, չնայած սադրանքային հայեցակարգին, քիչ հավանական է, որ օրգանիզմից որևէ կերպ հակաօբսիդանտները դուրս մղելու պարզ մոտեցումը օգտակար մարտավարություն կդառնա քաղցկեղը վերահսկելու առումով», – գրում է Մարի Մարկմանը:

[Open Biol. 2013;2:120144](http://Open Biol. 2013;2:120144)

## **ԿԱԼՏԻՈՒՄԻ ԱՎԵԼՏՈՒԿԸ ՄԵՃԱՏՆՈՒՄ Է ՄԱՅԱՏՈՒԹՅՈՒՆԸ ԿԱՆԱՆՑ ՇՐՋԱՆՈՒՄ**

«Կալցիումի օգտագործման բարձր մակարդակը, ընդ որում, կարևոր չէ, թե այն ստացվել է սննդակարգի կամ սննդային հավելումների հաշվին, կանանց շրջանում մեծացնում է մահացության վտանգը՝ հատկապես պայմանավորված սիրտ-անոթային բնույթի պատճառներով», - նշվում է Ուպսալայի համալսարանի շվեդացի մի խումբ գիտնականների նոր հետազոտությունում:

Ներկայումս բժիշկները շատ հաճախ միջին տարիքի և տարեց կանանց խորհուրդ են տալիս մեծաքանակ կալցիում օգտագործել, քանի որ տվյալ տարրը շատ կարևոր դեր է կատարում նրանց ֆիզիոլոգիայում, հատկապես դաշտանադադարի շրջանում: Այսպիսով, ներկայումս Եվրոպայի երկրների կանանց ավելի քան 60%-ը օգտագործում է բազմազան հավելումներ՝ արյան մեջ կալցիումի մակարդակը բարձրացնելու համար:

Միկրոտարրը ինքնին անհրաժեշտ է օրգանիզմին: Կալցիումը ոսկրային հյուսվածքի հանքային հիմնական բաղադրիչն է, դրա խոնները մասնակցում են արյան մակարդամը: Առանց կալցիումի անհնար է նյարդաթելերով իմպուլսների փոխադրումը և մկանների՝ այդ թվում նաև

սրտամկանի, նորմալ կծկումը:

Սակայն համաձայն վիճակագրական նորագույն տվյալների՝ կալցիումի մակարդակի բարձրացումը արյան մեջ լրջորեն մեծացնում է սրտի իշեմիկ հիվանդության և կաթվածի վտանգը:

Շվեդիայում Ուպսալայի համալսարանի մասնագետները հետազոտություն են կազմակերպել 1914 և 1948 թվականների միջակայքում ծնված 61 443 կանանց մասնակցությամբ: Աշխատանքը տևել է 19 տարի: 1987, 1990 և 1997 թվականներին կանայք լրացրել են հարցաթերթիկ օգտագործված կալցիումի քանակի վերաբերյալ: Այսպիսով, մասնագետները կարողացել են հետևել շարժընթացում կալցիումի ազդեցությանը կնոջ առողջության տարբեր տեսանկյունների վրա:

Անհրաժեշտ վիճակագրական տվյալների մի մասը ստացվել է նաև Շվեդիայի Մահվան պատճառների գրանցամատյանից (Swedish Cause of Death Registry): Կալցիում օգտագործելու ամենացածր ցուցանիշը եղել է օրական 573 մգ-ը, ամենաբարձրը՝ օրական 2137 մգ-ը:

Հետազոտության ընթացքում մասնագետները հաշվի են առել բազմաթիվ գործոններ՝ դաշտանադադարը, քաշը, հասակը, վնասակար սովորությունները, ֆիզիկական ակտիվությունը, կրթական մակարդակը: Ընդհանուր առմամբ հետազոտությունն անցկացնելու ընթացքում մահացել է 11 944 (17%) կին: Նրանցից 3862-ի (32%) մահվան պատճառը եղել են սիրտ-անոթային համակարգի հիվանդությունները, 1932-ի (16%) դեպքում նկատվել է հանկարծամահություն, իսկ 1100-ի (8%) դեպքում՝ կաթված:

Այս հետազոտության արդյունքները ցույց տվեցին, որ օրգանիզմ բափանցող կալցիումի չափազանց մեծ քանակությունը (օրական 1400 մգ-ից ավելի), ինչպես նաև չափազանց քիչ քանակությունը (օրական 600 մգ-ից պակաս) կարող է հանգեցնել առողջության լուրջ խանգարումների, ընդհուպ մինչև մահ:

Մահացած կանանցից 69%-ը ընդունել է կալցիումի բարձր դեղաչափեր: Նրանցից ևս 12%-ը ընդունել է, հակառակը, շատ քիչ կալցիում: Հետազոտությունը ցույց տվեց, որ կինը ուղղակիորեն կարող է նվազեցնել մահվան վտանգը, եթե իր սննդակարգում սահմանափակի կալցիումի քանակը:

Համաձայն վիճակագրության՝ դրանից հետո 1,5 տարվա ընթացքում կալցիում ընդունելու պատճառով սիրտ-անոթային համակարգին հասցրած վնասը գործնականորեն լիովին վերանում է, ընդ որում, դրա ակնհայտ նվազումը (միջինում 45%-ով ինֆարկտի և կաթվածի համար) դիտվում է առաջին երկու ամիսների ընթացքում:

[Science Daily](http://www.ScienceDaily.com) նյութերի: Աղբյուրը՝ [Medlinks.ru](http://www.Medlinks.ru)

## **ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅԱՆ ՊԱԿԱՍԻ ԵՎ ԳԵՐԱԿՏԻՎՈՒԹՅԱՆ ՀԱՄԱԽՏԱՆԻՇԻ ՏԱՐԱԾՎԱԾՈՒԹՅՈՒՆԸ ԱՃՈՒՄ Է ՄԵԾ ԱՐԱԳՈՒԹՅԱՄԲ**

«Ամերիկացի շատ երեխաներ բժշկի սենյակից հեռանում են ուշադրության պակասի և գերակտիվության համախտանիշի (ՈւՊԳ-Հ) ախտորոշմամբ, որը 10 տարվա ընթացքում աճել է 66%-ով», – նշվում է JAMA Pediatrics ամսագրում հրատարակված հետազոտության մեջ: Այսպիսով, այս հիվանդացությունը ժամանակակից աշխարհում ամենաարագ տարածվողն է:

ՈւՊԳ-Հ-ը դասակարգվում է որպես նյարդավարքային խանգարում: ԱՄՆ-ի Հիվանդությունների վերահսկման և կանխարգելման կենտրոնի տվյալներով ՈւՊԳ-Հ-ով տառապում են զարգացած երկրների դպրոցահասակ բոլոր երեխաների 4-12%-ը, ինչը դարձնում է այն ամենատարածված հիվանդություն երեխաների շրջանում: ՈւՊԳ-Հ-ը բուժելու համար ԱՄՆ-ի առողջապահության համակարգը տարեկան ծախսում է 36-52 միլիարդ դոլար:

Գիտնականներն ուսումնասիրել են ողջ երկրում բժշկական տարբեր հաստատություններում 2001-2010թթ. ընթացքում ստուգված 5-11 տարեկան մոտավորապես 850 000 երեխաների էլեկտրոնային բժշկական տվյալները: Երեխաների գրեթե 5%-ի շրջանում (39 200) ախտորոշվել է ՈւՊԳ-Հ: Ընդ որում, նշված ժամանակահատվածում ընդհանուր ստուգվածների քանակից ՈւՊԳ-Հ-ով երեխաների տոկոսը մեծացել է 24%-ով (2,5%-ից մինչև 3,1%):

Տղաների շրջանում, ինչպես նախկինում, ՈւՊԳ-Հ-ն ախտորոշվել է աղջիկներից երեք անգամ ավելի հաճախ: Կա ևս մեկ հետաքրքիր փաստ. այն ընտանիքները, որոնք կարող են իրենց թույլ տալ երեխայի բուժման համար տարեկան 30 000 դոլար ծախսել, 20%-ով հաճախ են տեղեկանում իրենց երեխայի ՈւՊԳ-Հ-ի ախտորոշման մասին, քան նրանք, որոնք այդպիսի հնարավորություններ չունեն: Այլ կերպ ասած, եթե ծնողները ունակ չեն վճարելու բժշկին խանգարումները բուժելու համար, ապա վերջինս քիչ հավանականությամբ այն կտարբերակի:

Մասնագետները նոր ուսումնասիրություններով ևս մեկ անգամ հանդգնեցին, որ բժիշկները հաճախ են երեխայի մեջ փոթորկող էներգիայի առկայությունը բնորոշում որպես նյարդաբանական խանգարում:

«Ջարմանալի է, որ մեր երկրում երեխաները հիվանդանում են այնպիսի հիվանդություններով, որոնց մասին մենք 50 տարի առաջ ոչինչ չենք լսել: Նախկինում այդպիսի վարքը բնականոն էր համարվում, իսկ հիմա այն՝ որպես հիվանդություն բուժում են: Հիվանդությունը նորմայի

սահմաններից դուրս եկող ոչ մի ախտանիշ չունի, և զարմանալի է, թե ինչու են ծնողները այդպես սիրով համաճայնվում բուժման: Ընդ որում, ՈւՊԳ-Հ-ի ախտանիշները առանց հետևանքների ինքնաբերաբար անցնում են ժամանակի ընթացքում, ասես մենք ինքներս ենք հնարել գոյություն չունեցող հիվանդությունը», – նշվում է հետազոտության մեկնաբանություններում:

[Ըստ Natural News նյութերի: Medlinks.ru](http://www.Medlinks.ru)

## ՂԵՂԵՐԻ ԱՆՎՏԱՆԳՈՒԹՅՈՒՆԸ

### **ԷՎԵՐՈՒՄՈՒՍԸ (10մգ) ԵՎ ԵՆԹԱՍՏԱՍՈՔՍԱՅԻՆ ԳԵՂԶԻ ՆՅԱՐԴԱՆԵՐԶԱՏԱՅԻՆ ՈՒՈՒՑՔՆԵՐԸ**

**Բազում կողմնակի ազդեցություններ և անորոշ օգուտ**

Ենթաստամոքսային գեղձի չափավոր կամ խիստ տարբերակված զարգացող, մետաստազավորող կամ վիրահատությանը ոչ ենթակա նյարդաներզատային ուռուցքով սակավաթիվ հիվանդների համար զոյություն չունի քիմիաբուժման բջջաթունային կուրս, որը կավելացնէր ընդհանուր ապրելունակությունը: Բուժման բոլոր կուրսերը նշանակալի կողմնակի ազդեցություններ են առաջացնում: Բացակայում է սունիտինիբի (sunitinib)՝ թիրոզինակինազի արգելակչի համապատասխան գնահատականը, որը թույլ չի տալիս եզրակացություններ անելու դրա օգուտ-վնաս հարաբերակցության կապակցությամբ:

**Էվերոլիմուսը (Afinitor, Novartis)** իմունաճնշիչ է, որը երաշխավորված է այս ցուցմամբ կիրառման համար նույն դեղաչափով, ինչ երիկամների քաղցկեղի որոշ տեսակների դեպքում:

#### **Կլինիկական անորոշ օգուտ**

Անցկացվել է Էվերոլիմուսի և բջջաթունաբանական այլ դեղերի համեմատական կլինիկական հետազոտություն ենթաստամոքսային գեղձի նյարդաներզատային ուռուցքի դեպքում: Վերջինիս կլինիկական գնահատականը հիմնված է կրկնակի մեկ կուրս պլացեբո-հսկադական դիվիզիային հետազոտության վրա՝ որտեղ Էվերոլիմուսի 10 մգ օրական դեղաչափը զուգորդվում էր սատարողբուժմամբ: Փորձարկմանը մասնակցել են ենթաստամոքսային գեղձի մետաստազավորող /փոխակայող/ կամ վիրահատությանը ոչ ենթակա նյարդաներզատային ուռուցքով 410 հիվանդներ, որոնց հիվանդությունը, ըստ ռենտգենաբանական չափանիշների՝ զարգացել էր 1 տարուց պակաս ժամանակահատվածում: Ուռուցքների մեծ մասը (դեպքերի 82%-ը) խիստ տարբերակված էր: Մինչ կլինիկական փորձարկումներին մասնակցելը հիվանդների 59%-ը ենթարկվել են վիրաբուժական միջամտություն, մասնակիցների կեսը ստացել է բջջաթունաբանական քիմիաբուժում, իսկ մեկ երրորդը՝ ռենտգենաբուժում:

17 ամիս տևած դիտարկումից հետո յուրաքանչյուր խմբում հիվանդների մոտավորապես քառորդ մասը մահացավ: Ապրելունակության միջին տևողությունը մինչև ռենտգենաբանական զարգացում կամ մահ /առաջնային վերջնակետ/ ավելի մեծ էր **Էվերոլիմուսի** դեպքում. շուրջ 11



ամիս ընդդեմ պլացեբոյի խմբի 5 ամիսների ( $P < 0,001$ ):

Ապրելունակության մնան երկարումը նկատվել է **սունիտինիբի** կիրառման դեպքում այլ պլացեբո-վերահսկվող հետազոտության ընթացքում, թեև մնան անուղղակի համեմատությունները ապահովում են ապացուցողականության միայն ցածր մակարդակ:

**Կողմնակի ազդեցությունների ընդգրկուն ցանկ**

Էվերոլիմուսի կիրառումը քաղցկեղի բուժման համար երաշխավորված դեղաչափով հանգեցնում է հայտնի կողմնակի ազդեցությունների զարգացմանը՝ բերանաբորբ (ստոմատիտ), օպորտունիստական վարակներ, մաշկային ռեակցիաներ, արյունահոսություն, թոքերի վարակիչ և ոչ վարակիչ հիվանդություններ, ստամոքսաղիքային խանգարումներ, ինչպես նաև երիկամների (ներառյալ սուր երիկամային անբավարարություն), լյարդի, արյունաբանական և նյութափոխանակման խանգարումները: Հետազոտության ընթացքում վիրահատությանը ոչ ենթակա ենթաստամոքսային գեղձի նյարդաներզատային ուռուցքով հիվանդների շուրջ 3%-ը, որոնք ստացել են էվերոլիմուս, մահացել են կողմնակի ազդեցությունների պատճառով. 40,7%-ի դեպքում զարգացել են կողմնակի լուրջ ազդեցություններ՝ ընդդեմ պլացեբոյի խմբի 25,6%-ի, իսկ 20,1%-ը կողմնակի ազդեցությունների պատճառով ընդհատել է բուժումը՝ ընդդեմ պլացեբոյի խմբի 5,9%-ի: Սունիտինիբը օգտագործելու դեպքում վտանգը, թվում է, ավելի մեծ է, թեև մնան անուղղակի համեմատությունները ունեն ցածր առժեք:

Բացի դրանից, համաձայն դեղագործական ընկերությունների տվյալների բազայի, կլինիկական փորձարկումների ընթացքում և հետշուկայական հաղորդագրություններում արձանագրվել է խորանիստ երակների թրոմբոզի 26 դեպք: Այս տվյալների ի հայտ գալով՝ էվերոլիմուսի ընդհանուր բնութագիրը (SPC) նորովի սահմանվեց Եվրամիության կողմից:

**Գործնականում.** Ենթաստամոքսային գեղձի չափավոր կամ խիստ տարբերակված զարգացող, մետաստազավորող կամ վիրահատությանը ոչ ենթակա նյարդաներզատային ուռուցքով սակավաթիվ հիվանդներին բուժելու ընթացքում գերադասելի է նախապատվությունը տալ սատարող լավագույն բուժմանը, քան նրանց ենթարկել բջջաթոնային դեղերի, այդ թվում՝ էվերոլիմուսի կողմնակի ազդեցություններին:

*Translated from Rev Prescrire April 2012: 32 (342): 253*

*Prescrire International October 2012/Volume 21, N 131: 234*

**ՎԵՆԱՏԱԿԱՍԻՆԻ ԵՎ ԲՎԵԹԻԱՊԻՆԻ ԲԵՋՈՒՐՆԵՐԸ**

**Նկատի ունենալ գերդեղաչափման ախտանիշները պահպանվելու դեպքում**

Բեզոարը մարտոդության արտազատուկներով շաղախված այլաձիկ նյութի զանգված է, որը կուտակվում է ստամոքսաղիքային ուղիում: Դեղային բեզոարները հազվադեպ են:

Առավել հաճախ ներգրավված դեղերը անտացիդներն են, մածուցիկ և լորձային միջոցները, իոնափոխանակման խեժերը և դանդաղ ձերքազատման որոշ դեղեր:

Ինպես և այլ բեզոարները, դեղային բեզոարները ևս կարող են առաջացնել աղիքային խցանում: Դրանք նաև կրում են հետաձգված գերդեղաչափման վտանգ, որը պայմանավորված է դեղահատերի զանգվածից ակտիվ բաղադրամասերի արտազատմամբ, և արյան պլազմայում դեղի խտության կրկնակի մեծացմամբ: Հիվանդանոցից դուրս գրված հիվանդներից մեկը մահացավ թեոֆիլինի մակարդակը բարձրանալու պատճառով, որը պայմանավորված էր դանդաղ ձերքազատվող թեոֆիլին պարունակող բեզոարով:

Բեզոարի մասին մանրամասն հաղորդագրությունները, որոնք վերաբերում են դանդաղ ձերքազատվող վենլաֆակսին և անմիջապես կամ դանդաղ ձերքազատվող կվետիապինին, հրատարակվել են Շվեյցիարիայում և Կանադայում 2011թ.: Հիվանդներն ընդունել են մի քանի դյուժին դեղահատեր, և նրանց շրջանում զարգացել են չվերահսկվող գերդեղաչափման ախտանիշներ: Ստամոքսագնումը ցույց տվեց ստամոքսում տարրալուծված դեղահատերի զանգվածի առկայություն: Մասնագետները բեզոարի գոյացումը մեկնաբանեցին դեղահատերում հիպրոմեկոլի առկայությամբ:

**Գործնականում.** մեծ քանակությամբ վենլաֆակսին կամ քվետիապին ընդունող հիվանդները պետք է գտնվեն երկարատև հսկողության ներքո, քանի որ գերդեղաչափման ախտանիշների արտահայտումը կարող է լինել ուշացված:

*Translated from Rev Prescrire May 2012; 32 (343): 358*

*Prescrire International October 2012/Volume 21, N 131: 239*

**ԱԶԻՏՐՈՄԻՏԻՆ՝ ՍՐՏԻ ՌԻԹՄԻ ՄԱՅԱՑՈՒ  
ԽԱՆՉԱՐՈՒՄՆԵՐԻ ՎՏԱՆԳ**

**12-ը մարտի 2013թ.:** ԱՄՆ-ի Սննդի և դեղերի վարչությունը (FDA) հանրությանը զգուշացնում է, որ ազիտրոմիցինը (Zithromax) կարող է առաջացնել սրտի էլեկտրական ակտիվության ախտաբանական փոփոխություններ, որոնք կարող են զարգացնել սրտի ռիթմի հնարավոր մահացու խանգարումներ: Այդ խանգարումների զարգացման ռիսկի խմբում են QT միջակայքի երկարացմամբ, արյան մեջ կալիումի կամ մագնեզիումի ցածր մակարդակով, սրտի դանդաղ ռիթմով, ռիթմա-խանգարմամբ կամ ռիթմակարգավորիչ դեղեր ընդունող հիվանդները: Վարչության կողմից հրատարակված տեղեկատվությունը ազիտրոմիցինի՝ սրտի էլեկտրական ակտիվության ախտաբանական փոփոխություն առաջացնելու հնարավոր հատկությանը նվիրված հետազոտությունների արդյունքների վերանայման արդյունք է:

2012թ. մայիսի 17-ին FDA-ն արդեն հայտարարել էր հետազոտության արդյունքների մասին, որում համեմատում էին հակամանրէային դեղեր՝ ազիտրոմիցին, ցիպրոֆլոքսացին (Cipro) և լևոֆլոքսացին (Levaquin), ընդունող հիվանդների սիրտ-անոթային մահվան վտանգը՝ ի տարբերություն հակամանրէային դեղեր չընդունողների: Հետազոտության մեջ հաղորդվում էր սիրտ-անոթային և ընդհանուր մահացության մեծացման մասին այն հիվանդների շրջանում, որոնք ստացել են ազիտրոմիցինի (Zithromax) հնգօրյա կուրս՝ համեմատած ամօքսիցիլին, ցիպրոֆլոքսացին ստացողների կամ հակամանրէային դեղեր չընդունողների: Սիրտ-անոթային մահացության ծագման վտանգը՝ պայմանավորված լևոֆլոքսացինով, հավասար էր ազիտրոմիցինով պայմանավորված վտանգին:

**Երաշխավորումներ:** Սիրտ-անոթային խանգարումների զարգացման վտանգի խմբի հիվանդների բուժումը ընտրելիս բժիշկները պետք է նկատի ունենան ազիտրոմիցինով torsades de pointes տեսակի ռիթմաշեղման և սրտի ռիթմի մահացու խանգարումների զարգացման վտանգը: FDA-ը նշում է, որ հակամանրէային դեղեր ընտրելիս պետք է հաշվի առնել ազիտրոմիցինի QT միջակայքը երկարազգելու հատկությունը: Մակրոլիդների կամ ֆտորքինոլոնների խմբի այլընտրանքային դեղերը նույնպես ունեն զիտրոմիցինի վրա նմանատիպ ազդեցություն և այլ արտահայտված կողմնակի ազդեցություններ, ընչը պետք է հաշվի առնել հակամանրէային բուժում ընտրելիս:

<http://www.fda.gov/Safety/MedWatch/SafetyInformation/SafetyAlertsforHumanMedicalProducts/ucm343350.htm?source=govdelivery>

ԱՊԱՅՈՒՅՑՆԵՐԻ ՎՐԱ ՇԽՆՎԱԾ  
ԲԾՇԿՈՒԹՅՈՒՆ՝

**ՀՈՄԵՈՊԱԹԻԱ՝ ԱՐԴՅՈՒՆԱՎԵՏՈՒԹՅԱՆ  
ՀԻՍՔԵՐ ԴԵՌԵՎՍ ԶԿԱՆ**

Հոմեոպաթիան (նմանաբուժությունը) հատուկ տեղ է զբաղեցնում բուժման մեջ. հոմեոպաթային դեղերի գրանցման ժամանակ չեն պահանջվում դրանց արդյունավետության ապացույցները: Բացառությամբ ավելի քիչ նոսրացմամբ դեղերի, հոմեոպաթիան միջոցները շատ հազվատեպ են առաջացնում կողմնակի ազդեցություններ:

*Prescrire*-ի 1999 թ. համեմատական ամփոփումը չի հայտնաբերել ապացույցներ հոմեոպաթիայի արդյունավետության՝ պլացեբոյի համեմատությամբ:

Բելգիայի Առողջության գնահատման տեխնոլոգիայի կենտրոնի կողմից անցկացվեց բազմաթիվ ցուցումների կապակցությամբ կիրառված հոմեոպաթային բուժման ապացուցողական տվյալների ամփոփում (ընդհուպ մինչև 2010թ.): Վերլուծված ուսումնասիրությունների մեծ մասի որակը գնահատվեց անբավարար: Հոմեոպաթային դեղերից ոչ մեկը արդյունավետություն չցուցաբերեց՝ պլացեբոյի համեմատությամբ: Համակարգային ամփոփումը վերլուծեց կողմնակի ազդեցությունների զարգացման վտանգը՝ պայմանավորված հոմեոպաթային դեղերի օգտագործմամբ: Դիտարկումներում նույնականացվեց 19 հետազոտություն, սակայն այդ բուժման հետ կապված որևէ վտանգ չհայտնաբերվեց:

**Պործնականում.** հոմեոպաթիան արդյունավետություն չի ցուցադրում: Հոմեոպաթիան կիրառող առողջապահության մասնագետները, պետք է նկատի ունենան, որ առաջին ընտրության դեղեր են հանդիսանում ապացուցված դրական օգուտ-վնաս հարաբերությամբ բուժման առկա տարբերակները:

*Translated from Rev Prescrire July 2012; 32 (344): 446*

*Prescrire International October 2012/Volume 21, N 131: 248*

**ՖՈՐՈՍԵՄԻՂԸ ՍՈՒՐ ԴԵԿՈՄԳԵՆՍԱՅՎԱԾ ՄՐՏԱՅԻՆ ԱՆԲԱՎԱՐԱՐՈՒԹՅԱՆ ԴԵՊՔՈՒՄ**

Կանթային միզամուղների, ինչպիսին է ֆուրոսեմիդը, արդյունավետությունը սուր սրտային անբավարարությամբ հիվանդների հեղուկ կարճաժամկետ ախտանշային բուժման համար հաստատված է երկար տարիների ընդացքում ստացած կլինիկական տվյալներով: Սակայն դեղի ներմուծման լավագույն եղանակի վերաբերյալ առկա են միայն ցածր ապացուցողականության մակարդակով տվյալներ:

Կրկնակի կույր դիպվածային փորձարկման մեջ ներառվել են 308 քրոնիկական սրտային անբավարարությամբ հիվանդներ, որոնք հոսպիտալացվել են սուր դեկոմպենսացիայի պատճառով: Համեմատվել են ֆուրոսեմիդի ներարկման 2 եղանակներ՝ դեղի ներարկումը յուրաքանչյուր 12 ժամը մեկ և դրա երկարատև կաթիլաներարկումը, ինչպես նաև ֆուրոսեմիդի երկօրյա դեղաչափը՝ «սովորական դեղաչափ», որը համարժեք էր 1 օրվա դեղաչափին՝ սրացումից առաջ ներքին ընդունմամբ, և «գերդեղաչափ», որը 2,5 անգամ մեծ էր օրականից:

Փորձարկման վերջնակետերն էին՝ հիվանդների կողմից իրենց ախտանիշների գնահատումը տեսա-անալոգային սանդղակով և կրեատինինի խտության փոփոխությունները 72 ժամ անց:

Նշված վերջնակետերի արդյունքները նման էին, անկախ ֆուրոսեմիդի՝ կրկնակի ներարկումներով կամ երկարատև կաթիլաներարկմամբ ներմուծման եղանակից: Նմանապես չկար վիճակագրական նշանակալի տարբերություն երկու դեղաչափերի միջև 72 ժամ անց գնահատված ելքային արդյունքներում:

Երիկամային սուր անբավարարությունը առավել հաճախ զարգացել էր երկարատև կաթիլաներարկման խմբում, սակայն տարբերությունը վիճակագրորեն աննշան էր:

Սրացման դեպքից 60 օրվա ընթացքում հոսպիտալացման տևողությունը, մահացու ելքերի ու կրկնակի հոսպիտալացումների քանակը նման էին՝ անկախ ներմուծման եղանակից և դեղաչափից:

**Գործնականում:** Սուր դեկոմպենսացիայով քրոնիկական սրտային անբավարարությամբ հիվանդների բուժման ժամանակ չկա տարբերություն ֆուրոսեմիդի տևական կաթիլաներարկմամբ կամ 12 ժամը մեկ անգամ ներարկմամբ ներմուծման եղանակների միջև: Ներերակային ներարկման դեղաչափը, որը համարժեք է անմիջապես սրացումից առաջ տրվող օրական դեղաչափին, դրսևորում է ազդեցություն, որը շատ նման է ավելի բարձր դեղաչափերի ազդեցությանը:

*Translated from Rev Prescrire September 2012; 32 (347): 686-687*

*Prescrire International December 2012/Volume 21, N 133: 303*

ՕԳՆՈՒԹՅՈՒՆ ԲԺՇԿԻՆ

**ՊՐՈՏՈՆԱՅԻՆ ՊՈՍՊԻ ԱՐԳԵԼԱԿԻՉՆԵՐԸ  
ԵՎ ՄԵԹՈՏՐԵՔՍԱՏԸ**

**Պրոտոնային պոմպի արգելակիչների և մետոտրեքսատի  
փոխազդեցությունը**

**Կանադա:** Կանադայի առողջապահության նախարարությունը տեղեկացնում է, որ վերանայված են մեթոտրեքսատի և պրոտոնային պոմպի արգելակիչների (ՊՊԱ) կիրառման հրահանգները, և դրանցում վերանայված է այդ դեղերի հնարավոր փոխազդեցության մասին տեղեկատվությունը: Նոր տեղեկատվությունը կներառվի մեթոտրեքսատի և ՊՊԱ-ի կիրառման հրահանգների «Նախազգուշացում և նախազգուշական միջոցառումներ» բաժնում: Մեթոտրեքսատի և ՊՊԱ-ի բարձր դեղաչափերի միաժամանակ կիրառումը կարող է բարձրացնել մեթոտրեքսատի մակարդակը արյան մեջ՝ նպաստելով կողմնակի ազդեցությունների զարգացմանը: Առողջության համար հնարավոր վտանգը ներառում է երիկամային անբավարարությունը, էրիթրոցիտների քանակության նվազումը, մարսողական համակարգի բորբոքումը, սրտի ռիթմի խանգարումը, մկանային ցավերը, վարակները և փորլուծությունը:

Չնայած նրան, որ ՊՊԱ-ի կիրառման և արյան մեջ մեթոտրեքսատի մակարդակի բարձրացման միջև հստակ փոխադարձ կապը հաստատված չէ, սակայն առկա են այդ դեղերի միջև հնարավոր փոխազդեցություն ենթադրող մի շարք հետազոտություններ: Մեթոտրեքսատի կողմնակի ազդեցությունների զարգացման վտանգի մեծացումը շատ հավանական է, այդ պատճառով Կանադայի առողջապահության մարմինները դեղերի կիրառման հրահանգներում տեղեկացնում են այդ փոփոխությունների մասին և կշարունակեն գիտական ապացուցումների գնահատումը: Հիվանդները չպետք է ընդհատեն այդ դեղերի ընդունումը մինչև դրա վերաբերյալ խորհուրդ չտրվի առողջապահության մասնագետների կողմից: ՊՊԱ և մեթոտրեքսատ ընդունող հիվանդները պետք է խորհրդակցեն բուժող բժշկի հետ իրենց առողջության վերաբերյալ որևէ անհանգստության կամ այդ դեղերը օգտագործելու դեպքում:

WHO Pharmaceutical Newsletter N 6, 2012

### **ԹՈՒՐԻՆՋԻ ՅՅՈՒԹԸ ԵՎ ԴԵՂԵՐԻ ՓՈՒՍԱԳԴԵՑՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ**

1980-ական թվականների վերջերից հայտնի է, որ թուրինջի հյուրը կարող է փոխել ներքին ընդունման որոշ դեղերի նյութափոխանակությունը: Առկա են մի քանի հաղորդագրություններ դրանց լուրջ կլինիկական հետևանքների մասին:

Թուրինջի հյուրի և դեղերի միջև փոխազդեցության վտանգը վերլուծվել է նաև դեղակինետիկական հետազոտություններում:

*Prescrire* խմբագրության կողմից անցկացվել է դեղերի՝ թուրինջի հետ փոխազդեցության և դրանց մեխանիզմների վերաբերյալ մասնագիտական գրականության վերլուծություն:

#### **Որոշ մանրամասն հաղորդագրություններ լուրջ կողմնակի ազդեցությունների մասին**

Դեղերի՝ թուրինջի հետ փոխազդեցության վերաբերյալ մի քանի մանրամասն տեղեկություններում նկարագրված են առավելապես լուրջ խանգարումներ՝ ներառյալ ռաբդոմիոլիզը, երիկամային անբավարարությունը, անաշխատունակության հանգեցնող տրեմորը, արյունահոսային շոկը և մահացու ելքը:

#### **Ռաբդոմիոլիզը ստատիններով բուժման ընթացքում**

40-ամյա կինը շտապօգնության բաժանմունք էր ընդունվել ստորին վերջույթների երկկողմանի թուլության պատճառով: Նա ավելի քան 2 տարի ընդունել էր **սիմվաստատին** (օրական 80մգ դեղաչափով)՝ կապված ընտանեկան գերխոլեստերինարյունության հետ: Վերջին 2 շաբաթվա ընթացքում հիվանդը կերել է օրական մեկ ամբողջական թուրինջ:

Կնոջ մոտ ախտորոշվել է ռաբդոմիոլիզ՝ կրեատին ֆոսֆոկինազի 12 640մ/լ ակտիվացմամբ: Սիմվաստատինի կիրառումը դադարեցնելուց հետո ախտանիշները մեղմացան:

#### **Սուր երիկամային անբավարարություն տակրոլիմուս օգտագործելու դեպքում:**

52-ամյա հիվանդը լյարդի փոխապատվաստումից հետո այլ դեղերի հետ միաժամանակ ընդունել է **տակրոլիմուս** (օրական 6մգ դեղաչափով): Փոխապատվաստումից 4 ամիս անց, երբ բուժումը բարեհաջող էր ընթանում և տակրոլիմուսի խտությունը պլազմայում կազմում էր 8-13նգ/մլ (նորման՝ 10-20նգ/մլ), հիվանդը դարձավ նյարդային և ամհանգիստ, նրա մոտ ի հայտ եկան մշտական տրեմորը և մթազնած տեսողությունը: Հիվանդը դժվարանում էր գրել, իսկ 5 օր հետո կորցրեց աշխատունակությունը: Ախտորոշվեց երիկամային անբավարարություն: Արյան մեջ տակրոլիմուսի խտությունը հասել էր 55,4նգ/մլ:

Տակրոլիմուսի այդ գերդեղաչափումը բացատրվեց հիվանդի կողմից վերջերս օգտագործված ցիտրուսե մարմնլադի մեծ քանակությամբ (ավելի քան 1,5 կգ մեկ շաբաթվա ընթացքում՝ ախտանիշները զարգանալուց առաջ), որը պարունակում էր մոտ 50% թուրինջ:

**Ղեղակինետիկական հետազոտություններ առողջ կամավորների շրջանում. միջանհարական փոփոխականություն**

Ղեղակինետիկական հետազոտությունները օգտակար տվյալներ ներկայացրին թուրինջի հետ դեղերի փոխազդեցության վերաբերյալ:

Լյարդի բջիջների միկրոտոմային ֆրակցիայի կիրառմամբ in vitro հետազոտություններում ուսումնասիրվել են մի շարք դեղերի նյութափոխանակության մեջ ներառված ֆերմենտներ (մասնավորապես՝ ցիտոքրոմ P450-ի իզոֆերմենտները):

Առողջ կամավորների շրջանում (շուրջ 10 մարդ յուրաքանչյուր փորձարկման մեջ) ղեղակինետիկական հետազոտությունները տարբորշեցին որոշ դեղերի կամ դրանց մետաբոլիտների խտությունների փոփոխությունները թուրինջ օգտագործելուց հետո:

**Տասնյակ դեղեր, տարբեր ազդեցություններ:**

Ղեղերի փոխազդեցության մասին «Stockley’s Drug Interactions» բրիտանական դասագիրքը ներկայացնում է մոտ 40 դեղի (կամ դեղախմբի) ցուցակ, որոնց համար առկա են թուրինջի հյութի հետ փոխազդեցության մասին տվյալներ: Յուրաքանչյուր դեղի համար դա կարող է հաստատված լինել տարատեսակ տվյալներով՝ եզակի դեպքից մինչև ղեղակինետիկական մեկ-երկու հետազոտություն:

Արդյունքները ցույց են տալիս թուրինջի հյութի նշանակալի միջանհատական փոփոխականության ազդեցությունը արյան պլազմայում դեղի խտության վրա: **Պարզ տարածում:** Եթե հայտնաբերվում է, որ դեղի խտությունը պլազմայում էականորեն փոխվում է թուրինջի հյութի հետ միաժամանակ օգտագործելիս, ապա դրա ենթադրվող կլինիկական հետևանքները սովորաբար որոշվում են՝ հիմնվելով հայտնի դեղաչափակախյալ կողմնակի ազդեցությունների վրա. կլինիկական կողմնակի ազդեցությունները հազվադեպ են գրանցվում առողջ կամավորների շրջանում անցկացված ղեղակինետիկական հետազոտությունների ընթացքում:

**Թուրինջի խառնուրդով մթերքներ. խիստ փոփոխական է**

**Մի շարք ակտիվ բաղադրիչներ:** Թուրինջի (*Rutaceae* ընտանիքից խառնուրդը անվանել են *Citrus x paradise*) հյութը շատ բաղադրիչներ է պարունակում (ֆլավոնոիդներ, ֆուրանոկումարիններ, սեսկվիտերապիններ, տրիտերպեններ և այլն), որոնց բաղադրությունը կարող է պայմանավորված լինել բույսի տեսակով, հասած լինելու աստիճանով և միրգը աճելու վայրով, տեղական կլիմայական պայմաններով և արտադրության գործընթացով:



Ապացուցված չէ, որ դեղի նյութափոխանակության վրա թուրինջի հյուրի արգելակիչ բոլոր հատկությունների համար պատասխանատու է բաղադրամասերից որևէ մեկը: Այսպես՝ թուրինջում պարունակվող ֆլավոնոիդներից կամ ֆուրանոկումարիններից ոչ մեկը առանձին պատասխանատու չէ ավելի քան 40%-ով ցիտոքրոմ P450-ի CYP 3A4 իզոֆերմենտի ընկճման համար:

**Ոչ միայն հյուրը:** Գեղերի փոխազդեցությունների մասին հաղորդագրություններում առավել հաճախ հանդիպողը թուրինջի հյուրն է: Սակայն հաղորդագրություններում կամ հետազոտություններում երբեմն նշվում են նաև թուրինջից այլ մթերքների, այդ թվում՝ ամբողջապես թարմ, պահածոյացված կամ լիոֆիլացված մրգի, ամբողջական թուրինջի փոշու, թուրինջի սերմերի և կեղևի համուկի (ցիտրուսակեղևի արտաքին մասի կամ կեղևի) օգտագործման դեպքեր:

***CYP 3A4-ի արգելակում. բազմաթիվ դեղերի գերդեղաչափման վրանգը***

CYP 3A4-ը ցիտոքրոմ P450-ի իզոֆերմենտն է, որը առավել հաճախ է մասնակցում դեղերի նյութափոխանակությանը: Այն մի քանի ժամվա ընթացքում ադիններում արգելակվում է թուրինջի հյուրով:

Թուրինջի հյուրը բարձրացնում է այդ ֆերմենտով նյութափոխանակվող դեղի խտությունը՝ պլազմայում, ինչը կարող է հանգեցնել դեղի գերդեղաչափմանը կամ դեղաչափակախալ կողմնակի ազդեցությունների զարգացմանը:

***Փաստագրված կամ բավականաչափ հավաստի կլինիկական ազդեցություններ:***

Գեղակինետիկական հետազոտությունները և հաղորդագրությունները ցույց են տալիս, որ թուրինջի հյուրի և CYP 3A4-ով նյութափոխանակվող դեղերի փոխազդեցությունը կարող է ունենալ անցանկալի կլինիկական հետևանքներ:

Թուրինջի հյուրը մեծացնում է որոշ իմունաճնշիչների, այդ թվում՝ **ցիկլոսպորինի, տակրոլիմուսի և սիրոլիմուսի** երկվամաթունայնությունը, և ռաբդոմիոլիզի և միալգիայի զարգացման վտանգը՝ **ստատինների** օգտագործման դեպքում (**ատորվաստատին և սիմվաստատին**): Այն նաև մեծացնում է զարկերակային ճնշման անկման, ռեֆլեկտոր հաճախասրտության, արյունահորդման և գլխացավերի վտանգը կալցիումական մղանցքների պաշարիչներով՝ **ֆելոդիպինով, մանիդիպինով, վերապամիլով, նիկարդիպինով, նիֆեդիպինով, նիմոդիպինով և նիտրեդիպինով** բուժման ընթացքում:

Թուրինջի հյուրը ուժեղացնում է որոշ բենզոդիազեպիններից (**դիազեպամ, միդազոլամ**) և **բուսապիրոնից** առաջացած անդորրաբեր ազդեցությունը և

հիշողության խանգարումները, ինչպես նաև մեծացնում է կրկնատեսության /դիպլոպիայի/ և տեսողության մթագմման տանգը՝ պայմանավորված **կարբամազեպինի** ընդունմամբ:

**Պետք է գոլշանալ տարատեսակ դեղերի հետ օգտագործելիս:**

Ձանազան այլ դեղեր նյութափոխանակվում են CYP 3A4 իզոֆերմենտով: Չնայած թուրինջի հետ դրանց փոխազդեցության մասին հիմնավոր ապացույցների բացակայությանը, պետք է հաշվի առնել այդ դեղերի դեղաչափակախալ կողմնակի ազդեցությունների զարգացման մեծ լրացուցիչ վտանգը:

**P450-ի այլ իզոֆերմենտների արգելակում՝ մը**

Առողջ կամավորների դեղակինետիկական հետազոտությունները ցույց տվեցին, որ թուրինջի հյութը արգելակում է ցիտոքրոմ P450-ի նաև այլ իզոֆերմենտները՝ CYP 1A2, CYP 2E1 և CYP 2D9:

Փոխազդեցության վտանգը նշված է **անագրելիդի** և սերոտոնինի հետ-զավթման ընտրողական արգելակիչների խմբի հակադեպրեսանտների համառոտ բնութագրում: Դա հիմնված է 15 կամավորների դեղակինետիկական երկու հետազոտությունների և տպագրված հաղորդագրությունների արդյունքների վրա: Ենթադրվող մեխանիզմը համապատասխանաբար CYP 1A2-ի և CYP 2D9-ի արգելակումն է:

**P-գլիկոպրոտեինի թուլյ արգելակում. գերդեղաչափման վտանգ**

P-գլիկոպրոտեինը տեղափոխող սպիտակուց է, որն աշխատում է որպես պոմպ: Այն տեղակայվում է որոշ տեսակի բջիջների արտաքին շերտի թաղանթում և տեղափոխում է մի շարք նյութեր, այդ թվում և դեղեր: P-գլիկոպրոտեինը նաև ընկճում է այդ նյութերի ադիքայիններ՝ մերժումը և ուժեղացնում է դրանց երկկամային և լյարդանին արտազատումը: P-գլիկոպրոտեինի արգելակիչները մեծացնում են P-գլիկոպրոտեինի սուբստրատի պլազմային խտությունը՝ առաջացնելով գերդեղաչափման վտանգ:

Առողջ կամավորների վրա կատարված երկու հետազոտություններից մեկում (ընդհանուր առմամբ 19 մարդ) ցույց է տրված P-գլիկոպրոտեինի սուբստրատի՝ **դիֆոքսինի** պլազմային խտության չափավոր ան թուրինջի հյութ միաժամանակ օգտագործելուց հետո:

Փաստորեն, **թուրինջի հյութը P-գլիկոպրոտեինի թուլյ արգելակիչ է:**

**Օրգանական անիոնների փոխադրիչների արգելակում. զանազան ազդեցություններ**

Օրգանական անիոնների փոխադրիչները, որոնք տեղափոխում են նյ մեծ անիոններ, և դրանց պեպտիդները, որոնք փոխադրում են առավել

ծանր անիոնային մոլեկուլներ, կարևոր դեր են կատարում այդ անիոնների երիկամային խոխովակային արտազատման մեջ՝ այդպիսով նվազեցնելով արյան պլազմայում դրանց խտությունը: Սակայն այդ փոխադրիչները նպաստում են նաև անիոնների աղիքային ներծծմանը, որը հանգեցնում է արյան պլազմայում անիոնների խտության մեծացմանը:

**Գերազանցապես գերդեղաչափում:**

Որպես սուբստրատ ազդող դեղերի մեծամասնությունը, հատկապես օրգանիզմում ցիտոքրոմ P-450 ֆերմենտային համակարգով նյութափոխանակվելուց հետո, ենթարկվում են երիկամային ուժեղացված արտազատման: Օրգանական անիոններ փոխադրիչները և դրանց պեպտիդների արգելակիչները կարող են մեծացնել այն դեղերի պլազմային խտությունները, որոնք այդ փոխադրիչների սուբստրատներն են: Թուրինջի հյուսթը այդպիսի արգելակիչ է:

**Որոշ դեպքերում նվազած խտություններ:**

Սակայն թուրինջի հյուսթը կարող է նաև նվազեցնել օրգանական անիոնների փոխադրիչների և դրանց պեպտիդների սուբստրատ հանդիսատող որոշ դեղերի խտությունները: Դա կարող է կլինիկական նշանակություն ունենալ այն դեղերի համար, որոնք օրգանիզմում թույլ են նյութափոխանակվում ցիտոքրոմ P450 իզոֆերմենտների օգնությամբ, և դրանց աղիքային ներծծման փոփոխությունը կարող է առավել լուրջ հետևանքներ ունենալ:

Օրինակ՝ հայտնաբերված է, որ թուրինջը նվազեցնում է հակազերճնշումային դեղ **ալիսկիրենի** (առողջ 11 կամավորների կլինիկական հետազոտության տվյալներ) և հակահիստամինային դեղ՝ **ֆեկսֆենադինի** (առողջ կամավորների կլինիկական 3 հետազոտությունների տվյալներ) պլազմային խտությունը:

Արյան պլազմայի խտության նվազում դիտարկվել է նաև **ինդինավիրի** (առողջ 10 կամավորների դեղակինետիկական 1 հետազոտություն), որոշ **բետա-պաշարիչների** (առողջ 42 կամավորների դեղակինետիկական 4 հետազոտություն) և **բիլաստինի**՝ հակահիստամինային դեղի կիրառման դեպքում:

**Գործնականում. զգուշացնել ցածր բուժական ինդեքսով դեղեր ընդունող հիվանդներին**

Չնայած լուրջ կողմնակի ազդեցությունների դեպքերի մասին սակավաթիվ հրատարակումներին՝ կան բավականաչափ հիմքեր դեղաբուժման ընթացքում խուսափելու թուրինջ օգտագործելուց, հատկապես ցածր բուժական ինդեքսով կամ լուրջ դեղաչափակախյալ կողմնակի ազդեցություններ ունեցող դեղերի կիրառման ընթացքում:

Այս դեղերից որևէ մեկը նշանակելու դեպքում հիվանդները պետք է

գգուշացված լինեն թուրինջի հետ լուրջ փոխազդեցությունների վտանգի մասին: Նախագգուշացումը պետք է բավականաչափ ծավալուն լինի, քանի որ անհնար է բացառել դեղերի փոխազդեցությունը այլ մրգային հյութերի հետ, մասնավորապես նարնջի հյութի հետ, և փոխազդեցության նշանակալիությունը խիստ տարբերվում է՝ պայմանավորված մրգի տեսակով և դրա ծագմամբ:

*Translated from Rev Prescrire September 2012; 32 (347): 674-679*

*Prescrire International December 2012/Volume 21, N 133: 294-297*

### ՄԵՐ ՎՐԱՏԱՐԱԿՈՒՄՆԵՐԸ

*«... ոչինչ՝ ո՛չ գիտնականների շահերը, ո՛չ դեղագործական ընկերությունների շահերը, ո՛չ կլինիկական դեղաբանության շահերն ամբողջությամբ չպետք է երեխայի իրավունքից և շահերից վեր լինել»:*  
**L. Ս. Ստրաշունսկի**

### **«ԱՌԱՆՅ ԲԺՇԿԻ ԴԵՂԱՏՈՄՄԻ» ՏՐՎՈՂ ԹՈՒՆԱՎՈՐ ԵՎ ԽԻՍՏ ԱԶԴՈՂ ԲՈՒՅՍԵՐԸ ՄԱՆԿԱԿԱՆ ԴԵՂԱԶԵԿԵՐՈՒՄ**

**L. Վ. ՌԵՎԱԶՈՎԱ**

**Դեղերի և բժշկական տեխնոլոգիաների փորձաքննության գիտական կենտրոն**

Ըստ Եվրոկոմիսիայի տվյալների՝ մանկաբուժական պրակտիկայում կիրառվող դեղերի ավելի քան 50%-ը թույլատրված չէ կիրառմանը երեխաներին կամ նշանակվում է նրան չգրանցված ցուցումներով (off-label): Մանկաբուժական դեղաբանության այլ գերակա խնդիր է երեխաների համար առանց դեղատոմսի դեղերի վաճառքը: Մանկաբուժական պրակտիկայում դա վտանգավոր է նույնիսկ մրսածությունը, հարբուխը, հազը բուժելու դեպքում, քանի որ առաջանում են այնպիսի իրավիճակներ, երբ վտանգը գերազանցում է օգուտը [10]:

Երեխաների համար դեղերի ընտրությունը և օգտագործումը պահանջում են խիստ գզուշություն և պատասխանատվություն: Ոչ միայն սպառողները, այլև շատ բժիշկներ սխալ պատկերացում ունեն մանկաբուժության մեջ դեղերի կիրառման վերաբերյալ: Ոչ բոլորը գիտեն, որ բուսական դեղերը երեխաների համար ոչ միշտ են անվտանգ և արդյունավետ: Օրինակ՝ բուսական ծագման լուծողական դեղերը կարող են գրգռել ստամոքսաղիքային

ուղու լորձաթաղանթը, իսկ երկար օգտագործման դեպքում՝ նույնիսկ փոփոխություններ առաջացնել գենետիկական մակարդակում: Հազի դեմ բուսական ծագման դեղերը հաճախ են առաջացնում գերզգայնության /ալերգիկ/ ռեակցիաներ: Բույսերից ստացած դեղաձևերը վատ են դեղաչափվում, չեն համապատասխանում երեխաների համար առաջարկվող դեղերի համի որակի պահանջներին: Բուսական հիմքով բազմաթիվ լուգաններ առավելապես արդյունավետ են միայն հիվանդության սկզբնական փուլում և կանխարգելման նպատակով [2]:

Մարդու համար դեղերի կոմիտեյի (CHMP) կողմից անցկացված վերլուծության արդյունքում, որը վերաբերում է տերպենների ամանցյալներ (քափուր, մենթոլ, սկիպիդար, էվկալիպտի եթերայուղ, սողացող ուրց, սոճու փշատերև) պարունակող ուղիղաղիքային մոմիկների օգտագործմանը, որոնք սովորաբար նշանակում են միջին ծանրության սուր բրոնխաբորբի ախտանշային բուժման համար, հատկապես արդյունավետ և անարդյունավետ հազի դեպքում 30 ամսականից փոքր երեխաներին, Գեղերի եվրոպական գործակալությունը (EMA) խորհուրդ է տալիս վերանայել այդ դեղերի կիրառման հրահանգները՝ դրանցում նոր հակացուցումներ ավելացնելով: Կոմիտեյի եզրակացությանը համաձայն՝ այդ դեղերը ունեն նյարդաբանական խանգարումների զարգացման վտանգ, մասնավորապես նորածինների և երեխաների շրջանում ջղակծկումների զարգացում, այդ պատճառով դրանց կիրառումը հակացուցված է 30 ամսականից փոքր կամ անամնեզում էպիլեփսիյա և ջերմային ցնցումներ ունեցող երեխաներին: Բացի դրանից, այդ դեղերը կարող են առաջացնել ուղիղաղիքային ախտահարումներ (մախաբաղցկեղային աճ) [11]:

Թունավոր և խիստ ազդող բաղադրամասեր պարունակող դեղերը երեխաներին պետք է նշանակել միայն կենսական ցուցումներով. հորմոնային, հակահորմոնային, ցիտոստատիկ դեղերը թույլատրելի են միայն խիստ ցուցումներով (որպես «հուսահատության բուժում» բուժման մնացած բոլոր մեթոդների անարդյունավետության դեպքում): Մանկական փոքր տարիքում, ինչպես նաև կրծքով կերակրող կանանց, հակացուցված են ալկալոիդներ, անտրազոլիկոզիդներ, որոշ եթերային յուղեր, արբուտին, սիլիցիումօրգանական թթուներ, ալերգեններ պարունակող դեղաբույսերը [5]:

Հեռուստացույցով և զանգվածային լրատվամիջոցներով իրականացվում է դեղերի առևտրային, հաճախ անորակ գովազդ: Ընդ որում, սովորաբար չի նշվում երեխաների շրջանում դրանք օգտագործելու հնարավորությունը: Իրենց դեղերը գովազդող ընկերությունները հաճախ ուշադրությունը շեշտադրում են դրանց բուսական ծագման վրա՝ իմանալով բուսաբուժության հանրաճանաչության մասին: Գեղաբույսերի և դրանց հիման վրա դեղերի անվերահսկելի կիրառումը հանգեցրեց նրան, որ արձանագրվեցին բազմաթիվ

տվյալներ դրանց կողմնակի ազդեցությունների մասին [2]:

Անհրաժեշտ ենք համարում նշել, որ «ժամանակակից ըմբռնմամբ բուսաբուժությունը՝ գիտական հիմնավորմամբ բուժում է ղեղաբույսերով և դրանցից ստացված գաղենյան պատրաստուկներով: Բույսերից անջատված առանձին նյութերը բուսապատրաստուկներին չեն պատկանում»:

Լինելով ղեղաբուժության բաժին՝ բուսաբուժությունն ունի իր հնարավորություններն ու սահմանափակումները, առավելություններն ու առանձնահատկությունները:

Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպությունը (ԱՀԿ) բնական ծագման ղեղերին ներկայացնում է բոլոր այլ ղեղերին բնորոշ նույն պահանջները՝ **որակ, արդյունավետություն, անվտանգություն**: Պարտադիր նորմերը և պահանջները շարադրված են նորմատիվատեխնիկական փաստաթղթերում (ՆՏՓ) (Պետական ղեղագրքեր, Ազգային և տարածաշրջանային ղեղագրքեր, Եվրոպական ղեղագիրք, Բրիտանական խոտաբույսերի ղեղագիրք), ինչպես նաև մենագրություններում և ԱՀԿ -ի մեթոդական երաշխավորումներում [1,3,12,6,9]:

Տվյալ տարածաշրջանում հանրաձանոթ ավանդական միջոցների օգտագործումը մասամբ նպաստում է կյանքի որակի բարելավմանը սպառողի համար հասանելի եղանակով: Մակայն բնական ծագման (ինչպես բուսական, այնպես էլ կենդանական) հումքի օգտագործումը բժշկական նպատակներով, այնուամենայնիվ, կապված է որոշակի վտանգի հետ: Պատճառը՝ նաև ղեղաբույսերի լիովին անվտանգության մասին գերակշռող կարծիքն է, որը, անկասկած, իրականությունը չի համապատասխանում: Ղեղաբույսերի հիման վրա ստեղծված ղեղերի անվերահսկելի, չարդարացված ընդունումը կարող է հանգեցնել բացասական հետևանքների. սա հատկապես պետք է նկատի ունենալ մանկահասակ հիվանդների բուսաբուժության ղեպքում, որի հիմնական սկզբունքը ղեղերի անվտանգությունն է, առավել ևս, որ ղեղագործական շուկայում հայտնվել են արտերկրյա արտադրողների բազմաթիվ բուսական ղեղեր, որոնց բաղադրության մեջ կան մեր լայնություններին ոչ բնորոշ բույսեր:

Երեխաների հիվանդությունները բուժելիս անհրաժեշտ է նկատի ունենալ մանկան օրգանիզմում ֆիզիոլոգիական և կենսաքիմիական պրոցեսների կազմավորման հասակային յուրահատկությունները (հատկապես այն, որ աճող օրգանիզմի ձևավորումը ավարտվում է 12-14 տարեկանում), թեև առանձին համակարգեր, օրինակ՝ ոսկրայինը, և դրանց հետ կապված նյութափոխանակության պրոցեսները շարունակում են զարգանալ ևս մի քանի տարի:

Երեխան մեծահասակի փոքրացրած պատճենն չէ: Երեխաների ամենա ոչ հասուն կենսական կարևոր օրգաններ են լյարդը, երիկամները և ուղեղը: Մրանով պայմանավորված՝ ղեղերի նյութափոխանակությունը, յուրացումը և

դուրսբերումը որպես այդպիսին զգալիորեն տարբերվում են մեծահասակից, իսկ անտաքանական պրոցեսները լրացուցիչ փոխում են այն օրգանների ֆունկցիաները, որոնք մասնակցում են դեղերի յուրացմանը, բաշխմանը և դուրսբերմանը, ինչը հաճախ հանգեցնում է բուժման անբավարար արդյունավետությանը կամ թունավոր ազդեցությունների առաջացմանը: Հատկապես արտահայտված է դեղերի ազդեցության տարբերությունները նորածինների ու կրծքի հասակի երեխաների օրգանիզմի վրա: Որքան փոքր է երեխան, այնքան նա ավելի զգայուն է դեղերի անցանկալի ազդեցությունների նկատմամբ: Փոքր երեխաների մոտ ավելի արտահայտված է ստամոքսի և աղիների անոթավորումը, ստամոքսահյութի թթվայնությունը 3-4 անգամ ցածր է՝ մեծահասակների համեմատությամբ, մեծ է աղիների ծակոտիների թափանցելիությունը խոշոր մոլեկուլների համար: Արյան պլազմայում պլեյմինի քանակը քիչ է, այդ պատճառով կրծքահասակ երեխաների դեղերը ամուրե՛ն չեն կապվում սպիտակուցների հետ, որը նպաստում է արյան մեջ դեղի ազատ ֆրակցիայի մեծացմանը: Շատ դեղեր ավելի լավ են թափանցում արյունաուղեղային պատնեշով: Միաժամանակ դեղը նվազագույն չափով է ներծծվում ուղեղի հյուսվածքով, քանի որ այն քիչ լիպիդներ է պարունակում: Երեխաների մոտ դեղերի նյութափոխանակության ապակտիվացումը նվազած է՝ պայմանավորված լյարդի հյուսվածքի փոքր զանգվածով, թթվեցնող ֆերմենտների և թունազերծման համակարգի թույլ ակտիվությամբ: Նորածինների և առաջին տարվա երեխաների երիկամներից դեղերի արտազատումը դանդաղած է, որը պայմանավորված է մեծահասակներից ավելի ցածր կծիկային գտմամբ /ֆիլտրացիայով/ և երիկամային կծիկների հիմքային թաղանթի ավելի փոքր թափանցելիությամբ [2]:

Եվրոպական շուկայում բուսադեղերը ներկայացված են բավականաչափ լայն ընտրությամբ: Բուսադեղերի նկատմամբ կողմնորոշումը կայուն է Գերմանիայում, Ֆրանսիայում, Իտալիայում: Անհրաժեշտ է նշել, որ եվրոպական ընկերությունների կողմից առաջադրվող բուսադեղերը հիմնականում պատրաստվում են տեղական հումքից: Նույնիսկ Ginkgo bilobajի և, Echinacea purpurea-յի դեղերը պատրաստվում են Գերմանիայում և Ֆրանսիայում աճեցրած բույսերի հումքից: Համենայն դեպս, այդպես էր դեռևս 10-15 տարի առաջ:

Ներկայումս դեղագործական շուկան բառացիորեն հեղեղված է ներմուծվող ավանդական բուժական համակարգերի դեղերով և կենսաբանորեն ակտիվ սննդային հավելումներով (ԿԱՀ), որոնց արդյունավետությունը (սակայն ոչ այնքան անվտանգությունը) հաստատված է բազմադարյան տևական կիրառմամբ: Գրանց մասին տեղեկատվությունը ամենից հաճախ կարող է որակվել որպես առևտրային՝ պայմանավորված շահագրգիռ անձանց ստվար քանակությամբ /արտադրողներ, մանիպուլյատորներ, քաշխողներ/: Ընդ որում, վնաս կարող է հասցնել ինչպես գիտակցաբար

սուտ կամ չափազանցված, այնպես էլ սխալ կամ թերի տեղեկատվությունը: Տեղեկատվության կեղծումը կամ դրա անճշտությունը դիտարկվում է որպես դեղագործական որակի կեղծում:

Հատկապես դա վերաբերում է՝

- ա) բուսական ղեղերին, որոնց բուժական հատկությունները հայտնի են ավանդական բժշկության աղբյուրներից,
- բ) բուսական համակցված ղեղերին, որոնց մեկ կամ մի քանի բաղադրիչներ թույլատրված չեն օգտագործելու տվյալ երկրում,
- գ) բնական ծագման ղեղերին, որոնց բաղադրության մեջ գիրակցաբար ներառված են թունավոր բաղադրամասեր պարունակող բույսեր [7]:

Ավաճառ պատկերացնելու նպատակով ներկայացնենք մի քանի օրինակ ակալալիդներ, ստերոիդային և տրիտերպենային սապոնիններ, լիզանններ, անտրախինոններ, տերպեններ պարունակում **խիստ ազդող դեղաբույսերից**, որոնք չեն երեշխավորվում օգտագործելու մանկական պրակտիկայում, հղիության դեպքում և կրծքով կերակրելու ժամանակ.

- *Dill Oil-ը, Oleum Anethi-ը, սամիթի բուրավեր պտուղների եթերայուղը հակացուցված են օգտագործելու նորածիններին և փոքր հասակի երեխաներին [13],*
- *Anethum graveolens-ը հղիության և կրծքով կերակրելու դեպքում [13],*
- *Tinospora cordifolia-ն, տրինոսպորա սրբատերեր /բույսի բոլոր մասերում պարունակվում են իզոխոլինային ալկալոիդներ՝ բերբերին, յարբերիզին, ինչպես նաև սպորֆինային մագնոֆլորին ալկալոիդ և տրինոկորդին ալկալոիդ/ հակացուցված է մինչև 12 տարեկան երեխաներին [14],*
- *Terminalia chebula, տերմինալիա խեբուլան (պարունակում է ֆիտոստերոլներ, տերպեններ, կուկուրբիտին, սկվալեն, Գ-ԼԿԹ) չի նշանակվում 12 տարեկանից փոքր երեխաներին [14],*
- *Achillea millefolium, հազարաթերթիկ սովորականը (պարունակում է տերպեններ, կունարիններ) չի նշանակվում 12 տարեկանից փոքր երեխաներին [15],*
- *Tribulus terrestris, տրաբուսի գեղնատարածը (պարունակում է ալկալոիդներ, ստերոիդային գլիկոզիդներ) չի նշանակվում 12 տարեկանից փոքր երեխաներին [16],*
- *Cassia occidentalis, կասսիա արևմտյանը (պարունակում է անիրախինոններ, տերպեններ, խեժեր): Կասսիայից պատրաստված ղեղերը չեն օգտագործվում 10 տարեկանից փոքր երեխաներին բուժելու համար [17]:*
- *Abrus precatorium, աբրուս սրբազանը, որի բույսերը (աբրին) նույնիսկ փոքր դեղաչափով աղիքի պատում ընկնում են սպիրալուցների*



սինթեզը, որի հետևանքով այն խանգարվում է և դադարում է գործել, **հակացուցված է 18 տարեկանից փոքր երեխաներին և կրծքով կերակրելու ժամանակ [8],**

- *Withania somnifera* (պարունակում է սպերոիդային վիրանոլիդների լակտոններ, անաֆերին ալկալոիդներ, անագիրին, կուսկզիգրին, իզոպելեպերին, փրոսպիլոփոլոսպ), *Adhatoda vasica* (պարունակում է իիննազոլինային ալկալոիդներ՝ վազիցին, վազիցինոլ, պեզանին, դրանց ածանցյալներ): Այս դեղաբույսերը պարունակող դեղերը **հակացուցված են 12 տարեկանից փոքր երեխաներին, հղիության և կրծքով կերակրելու դեպքում:** Դրանք նաև ուժեղացնում են բարբիտուրաբույսերի ազդեցությունը և նվազեցնում դիազեպամի և կլոնազեպամի ազդեցությունը [18]:
- *Radix Glycyrrhizae*, մալուրասկի արմատ. երեխաների շրջանում օգտագործման անվտանգությունը և արդյունավետությունը սահմանված չէ. բացառել օգտագործելու **6 տարեկանից փոքր երեխաներին, հակացուցված է հղիության և կրծքով կերակրելու դեպքում [19],**
- *Piper longum*, պղպեղ երկարվուն (պարունակում է պիպերին ալկալոիդ) **հակացուցված է հղիության և կրծքով կերակրելու դեպքում [20]:**

Ավանդական համակարգերի (օր.՝ Այուրվեդա) գրեթե բոլոր դեղերում բացակայում են հակացուցումները: Հիմնավորումը, դեղերն ունեն բուսական ծագում: Ամենայն հարգանք ունենալով անվիճելի հետաքրքրություն վաստակած հնդկական ավանդական բժշկության միջոցների հանդեպ՝ այնուամենայնիվ չարժե մոռանալ, որ անգամ հազարամյա փորձը չի կարող փոխարինել ժամանակակից դեղագործական գիտության նվաճումները և վերացնել հասակային բոլոր խմբերի բուսադեղերի նկատմամբ անվտանգության պահանջները, առավել ևս ամենախոցելի ու անպաշտպան երեխաների, որոնց օրգանիզմի պաշտպանական համակարգը դեռ չի ձևավորվել:

Որոշ երկրներում արդեն արգելված է դեղամիջոցը ներկայացնել որպես արտառոց, ավելի քան արդյունավետ, ավելի քան անվտանգ կողմնակի ազդեցություններ չունենալու առումով, պարունակել բովանդակություն՝ երեխաների համար դրա բացառիկ կամ առավելապես նշանակումների մասին, պնդել, որ տվյալ դեղամիջոցի անվտանգությունը և արդյունավետությունը պայմանավորված են նրա բնական ծագմամբ, պարունակել պնդում այն մասին, որ տվյալ դեղամիջոցի ազդեցությունը երաշխավորված է, տպավորություն ստեղծել բժշկական խորհրդատվության կամ վիրաբուժական վիրահատությունների անհարկության առումով[4]:

Այդպիսի գովազդը արդեն պետք է զգուսացնի սպառողին և ստիպի խուսափելու այդպիսի դեղ ընդունելուց:

Հաճախ հանդիպող «Դեղի բաղադրիչների նկատմամբ բարձրացած

զգայունություն» հակացուցումը եվրոպացիների, նաև մեր տարածաշրջանի բնակիչների համար ոչ այնքան ճիշտ է հնչում: Անհնար է տվյալներ ունենալ բարձրացած զգայունության վերաբերյալ բացարձակապես անձանոթ բույսերի և նյութերի դեպքում:

Դեղերը և ավանդական համակարգերի մեթոդները չպետք է օգտագործելու երաշխավորվեն (կամ գոնե սահմանափակեն համապատասխան նախագուշացումներով) երկրի այն շրջաններից դուրս, որտեղ դրանք աճում են: Մեթոդները և արևելյան համակարգի ավանդական միջոցները չպետք է բռնությամբ (իսկ «տպագրված խոսքի հիպնոսի տակ» եղող տգետ սպառողի համար տեղեկատվությունը ևս բռնություն է) և հանուն նորածն միտումների պատվաստվեն այն երկրներում, որտեղ սպառողը իր մտածելակերպով պատրաստ չէ դրանք ընդունելու և գնահատելու: Առավել ևս, եթե տվյալ տարածաշրջանում առկա է սեփական, դաբերով հաստատված համակարգ՝ հանրահայտ բժշկության տեղական փորձված միջոցներով:

Այս խնդիրը ՀՀ ԱՆ Դեղերի և բժշկական տեխնոլոգիաների փորձագիտական կենտրոնի ուշադրության կենտրոնում է՝ բուսական դեղեր ընդունելու անվտանգությունը ապահովելու նպատակով, հատկապես մանկական պրակտիկայում: Բացառիկ դեպքերում օգտվելով մանկաբուժության մեջ չհաստատված դեղերից՝ անհրաժեշտ է հստակ հետևել ցանկացած, այդ քվում և բուսական ծագման դեղի ցուցումներին:

**Գրականություն (Տես՝ էջ 63)**