

«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. Արխաչյան
Գլխ. խմբագրի տեղակալ՝	դոցենտ, բ.գ.թ. Գ. Ասլանյան
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՝ 72 էջ:
Объем: 72 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

ԴԵՂԱՔԱՂԱՔԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ ՆՈՐՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ	3
ՄԵԹՅԵՍՈՒԳԼՈՒԲԻՆԱՐՅՈՒՆՈՒԹՅԱՆ ԶԱՐԳԱՑՄԱՆ ԿՏԱՆԳ ԲԵՆԶՈԿԱՅԻՆԻ ՏԵՂԱՅԻՆ ԴԵՂԱՁԵՎԵՐԻՑ	3
ԴԻՖԼՈՒԿԱՆ: ՅՂԻՈՒԹՅԱՆ ՓՈՒԼՈՒՄ ՄԵԾ ԴԵՂԱԶՈՓԵՐԻ ԿԻՐԱՌՈՒՄԸ ԿԱՐՈՂ Է ԲԵՐԵԼ ԲՆԱԾԻՆ ԱՐԱՏՆԵՐԻ	4
ՆԻՄԵՍՈՒԼԻԴԻ ԿԻՐԱՌՈՒՄԸ ՄԻԱՅՆ ՍՈՒՐ ՑԱԿԻ ԵՎ ԱՌԱՋՆԱՅԻՆ ԴԱՇՏԱՆԱԽԱՆԳԱՐԻ ԺԱՄԱՆԱԿ	4
ՏԵՐՊԵՆՆԵՐԻ ՅԻՄՔՈՎ ՅԱԶԱՄԱՐԻՉՆԵՐ	5
ԼԻՆԵՋՈՒԼԻԴ: ՈՐՈՇ ՅՈԳԵՄԵՏՆԵՐ ԸՆԴՈՒՆՈՂ ՅԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ԿՆՅԻ ԼՈՒՐՋ ՈՒՄԿՅՈՒՆՆԵՐ	6
ԴՐՈՍՊԻՐԵՆՈՆ ՊԱՐՈՒՆԱԿՈՂ ՆԵՐՔԻՆ ԸՆԴՈՒՆՄԱՆ ԲԵՂՄՆԱԿԱՆԻՉՆԵՐ: ԹՐՈՍԲԵՎՈՅԱՑՄԱՆ ՄԵԾ ԿՏԱՆԳ	7
ԱՊԱՅՈՒՑԱԿԱՆ ԲԺՇԿՈՒԹՅՈՒՆ	8
ԱՍՊԻՐԻՆԸ ՉՊԵՏՔ Է ԿԻՐԱՌՎԻ ՆԱԽԱՍՐՏԵՐԻ ԹԵԼԵԻԿԱՑՄԱՄԲ ՅԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ՈՒԴԵՂԱԿԱԹՎԱԾԸ ԿԱՆԽԱՐԳԵԼԵԼՈՒ ՆՊԱՏԱԿՈՎ	8
ՅՂԻՈՒԹՅԱՆ ԺԱՄԱՆԱԿ ԿԱԼՑԻՈՒՄ ԸՆԴՈՒՆԵԼԸ ՕԳՏԱԿԱՐ Է ՄԻԱՅՆ ԳԵՐՃՆՇՈՒՄԸ ԿԱՆԽԱՐԳԵԼԵԼՈՒ ՅԱՄԱՐ	9
ԿԻՏԱՄԻՆԱՅԻՆ ՅԱՎԵԼՈՒՄՆԵՐԸ ԿԱՊՎԱԾ ԵՆ ՄԱՅԱՑՈՒԹՅԱՆ ՄԵԾ ԿՏԱՆԳԻ ՅԵՏ	10
ՅԱՃԱԽԱԿԱՆ, ՅՆԱՐԱԿՈՐ, ԼՈՒՐՋ ԿՈՂՄՆԱԿԻ ԱԶԴԵՑՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ ՍՊԻՏԱԿԵՑՆՈՂ ԳԵՂԱՐԱՐԱԿԱՆ ՄԻՋՈՑՆԵՐԻՑ	11
ՍՊԻՐՈՆՈՒՄԿՅՈՆՆԵՐ ՈՒ ՍՏԱՍՈՔՍԱԴԻՔԱՅԻՆ ՅԱՄԱԿԱՐԳԻ ՎԵՐԻՆ ՅԱՏՎԱԾՆԵՐԻՑ ԱՐՅՈՒՆԱՅՈՍՈՒԹՅՈՒՆԸ	17
ՕԳՆՈՒԹՅՈՒՆ ԳՈՐԾՈՂ ԲԺՇԿԻՆ	20
ԴԵՂԱԲՈՒԺՄԱՆ ՅԻՄՆԱԿՈՐՈՒՄԸ ՅՂԻՆԵՐԻ ՈՒ ՍՆՈՒՑՈՂ ՄԱՅՐԵՐԻ ՍՏՈՍԱՏՈՒՆԴԱԿԱՆ ՅԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԲՈՒԺՄԱՆ ԺԱՄԱՆԱԿ	20
ԳԻՏԱԿԱՆ ՅՐԱՊԱՐԱԿՈՒՄՆԵՐԸ	33
ՅՂԻՈՒԹՅԱՆ ԵՎ ԾՆԱՊԱՔԵՐՈՒԹՅԱՆ ԴՐԱՅԻՆ ԱՍՐԵՍԱՅԻՆ ԱՆԱՄԻԳԱԿԱԿՈՒՅՈՒՄԱՆ ԳԱՐԳԱՑՄԱՆ ՎՄԱՆԳԻ ԳՈՐԾՈՆ	33

ԴԵՂԱԶԱՂԱԶԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ ՆՈՐՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

ՄԵՔԻԵՆՈՂՈՒԲԻՆԱՐՅՈՒՆՈՒԹՅԱՆ ԶԱՐԳԱՅՄԱԼ ՎՏԱՆԳ ԲԵՆԶՈԿԱՅԻՆԻ ՏԵՂԱՅԻՆ ԴԵՂԱԶԵՎԵՐԻՑ

ԱՄՆ: Սննդի և դեղերի վարչությունը (FDA) առողջապահության մասնագետներին տեղեկացնում է վիրաբուժական միջոցառումների ժամանակ բերանի խոռոչի և կոկորդի լորձաթաղանթի անզգայացման համար կիրառվող բենզոկայինի շիթացրից, ինչպես նաև տարբեր վիճակների ժամանակ (ատամնահանում, աֆտոզային բերանաբորբ, բերանի խոռոչի և լնդերի գրգռվածություն) կիրառվող ոչդեղատոմսային ձևերից (դոնդող կամ լուծույթ) լուրջ, հնարավոր մահացու կողմնակի ազդեցության՝ մեքիեմոզոլոբինարյունության զարգացման դեպքերի մասին տեղեկությունների շարունակվող հոսքի մասին:

Մեքիեմոզոլոբինարյունությունը հազվադեպ, բայց լուրջ վիճակ է, երբ զգալիորեն պակասում է արյամբ հյուսվածքներին մատակարարվող քթվածնի քանակը: Ծանր դեպքերի մեծամասնությունում այն մահացու էրվում է:

FDA-ի տեղեկության համաձայն՝ մեքիեմոզոլոբինարյունություն գրանցվել է բենզոկայինի գելի և հեղուկների բոլոր դեղաչափերի կիրառումից: Դեպքերը զարգացել են հիմնականում 2 տարեկան և փոքր երեխաների շրջանում, որոնց ատամնահանման ընթացքում կիրառել են դոնդող: Մեքիեմոզոլոբինարյունության ախտանիշներ զարգացել են բենզոկայինի կիրառումից անց մի քանի րոպեի կամ ժամվա ընթացքում՝ ինչպես առաջին, այնպես էլ կրկնվող դեղադրումներից հետո:

Բենզոկայինի շիթացրի կիրառումից հետո մեքիեմոզոլոբինարյունության զարգացումը պայմանավորված չէր ընդունված դեղի քանակով: Շատ դեպքերում այս բարդությունը զարգացել է շիթացրի միանվագ կիրառումից:

FDA-ի հանձնարարականների համաձայն՝ բենզոկայինի նշված դեղաձևերը չպետք է կիրառվեն մինչև 2 տարեկան երեխաների համար՝ բացառությամբ այն դեպքերի, երբ դեղը նշանակված է բժշկի կողմից, և երեխան գտնվում է բժշկական հսկողության ներքո:

Բերանի խոռոչի անզգայացման համար բենզոկայինի դոնդող կամ լուծույթ կիրառող մեծահասակները պետք է հետևեն դեղի կիրառման հրահանգում նշված խորհուրդներին: Դեղը պետք է պահվի երեխաներին անհասանելի տեղում:

<http://www.fda.gov/Safety/MedWatch/SafetyInformation/SafetyAlertsforHumanMedicalProducts/ucm250264.htm>

WHO Pharmaceuticals Newsletter N 3, 2011

ԴԻՖԼՈՒԿԱՆ: ՅՐԻՈՒԹՅԱՆ ՓՈՒԼՈՒՄ ՄԵԾ ԴԵՂԱԶԱՓԵՐԻ ԿԻՐԱՌՈՒՄԸ ԿԱՐՈՂ Է ԲԵՐԵԼ ԲՆԱԾԻՆ ԱՐԱՏՆԵՐԻ

ԱՄՆ: Սննդի և դեղերի վարչությունը (FDA) հայտարարել է, որ հղիության 1-ին եռամսյակում դիֆուկանի (ֆլուկոնազոլ) մեծ դեղաչափերի (օրական 400-800 մգ) կիրառումը կարող է հանգեցնել երեխաների հազվադեպ, ցայտուն, զուգակցված արատների: Այս վտանգը չի ծագում հեշտոցային կանդիդոզի բուժման համար ֆլուկոնազոլի միանվագ կամ փոքր (150մգ) դեղաչափերից: Տվյալ տեղեկատվության հիման վրա դեղի ցուցումները (քացի հեշտոցային կանդիդոզից) «Կիրառումը հղիության ժամանակ» բաժնում «C» կարգից տեղափոխվել են «D» կարգի մեջ:

Նախադրյալը: Դիֆուկանը կիրառվում է հեշտոցի, բերանի, կոկորդի, կերակրափողի և այլ օրգանների՝ խմորասնկերից հրահրված վարակների բուժման համար: Կիրառվում է նաև ոսկրաղեղի փոխպատվաստումից առաջ քիմիա- կամ ճառագայթաբուժում ստացող հիվանդների հնարավոր սնկավարակը կանխելու նպատակով: Դեղը նշանակում են նաև սնկային մենինգիտի բուժման համար:

Հղիության ժամանակ ընդունելու համար D կարգը նշանակում է, որ կան պտղի համար վտանգի՝ կլինիկական դեպքերի վրա հիմնված ապացույցներ, սակայն, անկախ այդ վտանգից, չի բացառվում նաև լուրջ և կյանքին սպառնացող վիճակներով հղիների համար դեղից հնարավոր օգուտի առկայությունը:

Հանճարարականներ: Բուժող բժիշկները պետք է քննարկեն հիվանդներին դեղը նշանակելու հարցը, եթե այն կիրառվում է հղիության ժամանակ, կամ եթե կինը հղիանում է բուժման ընթացքում: Հիվանդները ևս պետք է տեղեկացնեն բժշկին բուժման ժամանակ հղիանալու մասին: Հղիության ժամանակ դեղ ընդունելիս՝ կնոջը պետք է տեղեկացնեն պտղի համար հնարավոր վտանգի մասին:

<http://www.fda.gov/Safety/MedWatch/SafetyInformation/SafetyAlertsforHumanMedicalProducts/ucm266468.htm>

ՆԻՄԵՍՈՒԼԻԴԻ ԿԻՐԱՌՈՒՄԸ ՄԻԱՅՆ ՍՈՒՐ ՑԱՎԻ ԵՎ ԱՌԱՋՆԱՅԻՆ ԴԱՇՏԱՆԱԽԱՆՔԱՐԻ ԺԱՄԱՆԱԿ

Եվրոպա: Մարդկանց համար բժշկական արտադրանքի կոմիտեն (CHMP) եզրակացրել է, որ սուր ցավի և առաջնային դաշտանախանգարի ժամանակ նիմեսուլիդ պարունակող համակարգային կիրառման բոլոր դեղերի օգուտը շարունակում է գերազանցել վտանգը: Սակայն այդ դեղերը չպետք է կիրառվեն ոսկրահողաբորբի տևական բուժման համար: Նիմեսուլիդ ոչ ստերոիդային հակաբորբոքային դեղ է (ՈՍՀԳ), կիրառվում է սուր ցավի, ցավային համախտանիշով ուղեկցվող ոսկրահողաբորբի և առաջնային դաշտանախանգարի բուժման համար: Վերլուծելով կոմիտեի պահանջով

արտադրողի կողմից 2007թ-ին ծավալած համաճարակաբանական հետազոտությունների արդյունքներն ու կողմնակի ազդեցությունների մասին ողջ մատչելի տեղեկատվությունն ու գրականության տվյալները՝ CHMP-ը եզրակացրել է, որ սուր ցավը վերացնելու համար նիմեսուլիդը նույնքան արդյունավետ է, իսկ անվտանգության տեսակետից այլ ՈՍՀԳ-երի (դիկլոֆենակ, իբուպրոֆեն, նապրոքսեն) պես հղի է ստամոքսաղիքային բարդությունների վտանգով:

Կոմիտեն գտնում է, որ նիմեսուլիդը այլ հակաբորբոքային դեղերի համեմատությամբ պարունակում է լյարդաթունայնության մեծ վտանգ:

WHO Pharmaceuticals Newsletter N4, 2011

ՏԵՐՊԵՆՆԵՐԻ ԴԻՄԵՏԻԼ ԶԱԶԱՄԱՐԻՉՆԵՐ

Եվրոպա: Մարդկանց համար բժշկական արտադրանքի կոմիտեի (CHMP) կողմից 30 ամսականից փոքր երեխաների համար տերպենների ածանցյալներ պարունակող ուղիղաղիքային մոմիկների կիրառման վերլուծության արդյունքում Եվրոպական բժշկական գործակալությունը (EMA) խորհուրդ է տալիս վերանայել այդ դեղերի կիրառման հրահանգները՝ դրանցում ներառելով նոր ցուցումներ:

Կոմիտեի եզրակացության հիման վրա՝ այդ դեղերը հղի են նյարդաբանական շեղումների, մասնավորապես մանկիկների ու երեխաների շրջանում ծագող ցնցումների վտանգով, ուստի 30 ամսականից փոքր կամ անամնեզում էպիլեպսիայով կամ տենդածին ցնցումներով երեխաների կողմից դրանց կիրառումը հակացուցված է: Սրանից զատ՝ այդ դեղերը կարող են հրահրել անոռեկտալ ախտահարումներ (ուղիղ աղիքում կամ հետանցքում նախաքաղցկեղային աճ):

Տերպենային ածանցյալներ (քափուր, նիվենի, սողացող ուրց, տերպենոլ, տերպեն, ցիտրալ, մենթոլ, և սոճու փշատերևի, նիվենո էսենցիալ յուղեր և բնեկնայուղ) պարունակող մոմիկները սովորաբար նշանակվում են միջին ծանրության սուր բրոնխաբորբերի ախտանշային բուժման համար, հատկապես խորխային և խորխագուրկ հազի ժամանակ:

WHO Pharmaceuticals Newsletter N5, 2011

Խմբագրության կողմից:

Հայաստանում գրանցված են տերպենների հիմքի վրա որոշ բուսական հազամարիչներ՝ գեղելիկա (օշարակ), ստոպտուսին ֆիտո (օշարակ), դոկտոր ՄՈՄ-ԸՈՒԴ-Ո-ԱԲ (քսուր, պաստեղներ), դոկտոր ՄՈՄ-Ո-ԱԲՈՆ (արտաքին կիրառման լուծույթ), դոկտոր ՄՈՄ (օշարակ), պրոսպան (հազամարիչ օշարակ և կաթիլներ), տրավիսիլ (հազամարիչ օշարակ): Հետագայում, տերպենահիմք համազարիչների մոմիկների գրանցման դեպքում ՀՀ-ի դեղերի կարգավորման գործակալությունը արտադրողից կպահանջի դեղի կիրառման հրահանգը համալրել այս նոր ցուցմամբ:

**ԼԻՆԵՋՈՒԴ: ՈՐՈՇ ՀՈԳԵՄԵՏՆԵՐ ԸՆԴՈՒՆՈՂ
ՀԻՎԱՆՂՆԵՐԻ ԿՆՀ-Ի ԼՈՒՐՋ ՌԵԱԿՑԻԱՆԵՐ**

ԱՄՆ: Սննդի և դեղերի վարչությունը (FDA) հայտարարել է սերոտոնինաբնույթ հոգեմետներ ընդունող հիվանդների՝ լինեզոլիդով (Zyvox) բուժվելուց ԿՆՀ-ի լուրջ կողմնակի ազդեցությունների վերաբերյալ տեղեկություններ ստանալու մասին: Տրվել է լինեզոլիդի և սերոտոնինաբնույթ հոգեմետների կիրառման հրահանգներում նման փոխազդեցության մասին տեղեկություն ընդգրկելու հանձնարարական:

Լինեզոլիդը հակամանրէային դեղ է, կիրառվում է շատ հակաբիոտիկների նկատմամբ կայուն մանրէներից (*Enterococcus faecium*) հրահրված տարբեր վարակների (ախթվում՝ թոքաբորբի, մաշկի վարակային ախտահարումների) բուժման համար: Այն նաև ՄԱՕ-A-ի թույլ արգելակիչ է: Այս դեղերի փոխազդեցության ճշգրիտ մեխանիզմը հայտնի չէ, սակայն ենթադրվում է, որ սերոտոնինաբնույթ հոգեմետներ ընդունող բուժվողներին լինեզոլիդ նշանակելիս՝ կտրուկ բարձրանում է ԿՆՀ-ի սինապսներում սերոտոնինի մակարդակը՝ հրահրելով **սերոտոնինաբնույթ համախտանիշ**: Նշված վիճակի կլինիկական ախտանիշներն են ապակոդմնորոշումը, գիտակցության խառնաշփոթը, դրդվածությունը, անհանգստությունը, կողողինացիայի շեղումը, տենդը, դողը, սարսուռը, խթանված քրտնարտադրությունը, փորլուծությունը, սրտխառնոցը, փսխումը, ատաքսիան, գերռեֆլեքսայնությունը, միոկլոնուսը (մկանների հանկարծախաս կարճատև կծկումներ), որովայնի կցվանքային (схваткообразные) ցավերը, մարմնի ջերմաստիճանի 41,1°C-ից բարձրացումը, զարկերակային գերճնշումը, արագասրտությունը:

FDA-ը խորհուրդ է տալիս լինեզոլիդ չնշանակել սերոտոնինաբնույթ դեղեր ընդունող հիվանդներին, սակայն դրանց կիրառումը չպետք է դադարեցնել առանց բժշկի նախնական խորհրդի:

FDA Drug Safety Communication, US FDA

26-ը հուլիսի, 2011 թ: Ներկայումս FDA-ը նորացրել է լինեզոլիդի և սերոտոնինաբնույթ հոգեմետների փոխազդեցության հնարավորության մասին տեղեկատվությունը: Կողմնակի ազդեցությունների մասին տեղեկությունների մեծամասնությունում սերոտոնինաբնույթ համախտանիշ ծագել է սերոտոնինի և նորադրենալինի հետզավթման ընտրողական արգելակիչներ (SNRI) ընդունող հիվանդների օրգանիզմում:

[UPDATED 10/21/2011] FDA Drug Safety

**ԴՐՈՍՊԻՐԵՆՈՆ ՊԱՐՈՒՆԱԿՈՂ ՆԵՐՔԻՆ
ԸՆԴՈՒՆՄԱՆ ԲԵՂՄՆԱԿԱՆԻՉՆԵՐ:
ԹՐՈՄԲԱԳՈՅԱՑՄԱՆ ՄԵՃ ՎՏԱՆԳ**

ԱՄՆ: Հետազոտելով այլ ներքին ընդունման բեղմնականիչների (ՆԸԲ) համեմատությամբ դրոսպիրենոն պարունակող ներքին ընդունման բեղմնականիչների կիրառման ժամանակ երակային թրոմբախցանման (ԵԹԽ) վտանգի արժևորման 2 նոր հետազոտությունների արդյունքները՝ Սննդի և դեղերի վարչությունը (FDA) եզրակացրել է, որ այս դեղերի կիրառումից ԵԹԽ-ի վտանգը մոտավորապես 2-3 անգամ գերազանցում է լեռնորգեստրել պարունակող ՆԸԲ-ի կիրառման ժամանակ նման վտանգը:

Հաշվի առնելով այդ վտանգի արժևորման 6 այլ հետազոտությունների հակասական տվյալները՝ վերջնական որոշում կայացնելու նպատակով FDA-ը պլանավորում է Վերարտադրողական դեղերի խորհրդատվական կոմիտեի և Անվտանգության ու վտանգի կոմիտեի հետ համատեղ խորհրդակցություն՝ դրոսպիրենոն պարունակող ՆԸԲ-ների վտանգ/օգուտ հարաբերակցությունը քննարկելու նպատակով:

UPDATED 09/26/2011] FDA. Drug Safety Communication. US FDA

WHO Pharmaceuticals Newsletter N4, 5, 2011

ԱՊԱՅՈՒՑԱԿԱՆ ԲԺՇԿՈՒԹՅՈՒՆ

ԱՍՊԻՐԻՆԸ ՉՊԵՏԶ Է ԿԻՐԱՌՎԻ ՆԱԽԱՍՐՏԵՐԻ ԹԵԼԵԻԿԱՑՄԱՍԲ ՀԻՎԱՆՂՆԵՐԻ ՈՂԵՂԱԿԱԹՎԱԾԸ ԿԱՆԽԱՐԳԵԼԵԼՈՒ ՆՊԱՏԱԿՈՎ

11-ը նոյեմբերի, 2011թ (Լոնդոն, Մեծ Բրիտանիա): Դանիական ռեգիստրի նոր հետազոտության (Danish Registry Study – DRS) տվյալներով կան նախասրտերի թելքիկացմամբ (ՆԹ) հիվանդների ուղեղակաթվածը կանխարգելելու նպատակով ասպիրինի կիրառման վտանգի և անարդյունավետության մասին շատ տեղեկություններ: Կոպենհագենում Genfolte համալսարանական հոսպիտալի բժիշկ Jonas Bjerring Olesen-ի և գործընկերների կողմից ծավալված հետազոտության արդյունքները հրատարակվեցին «Thrombosis and Haemostasis» ամսագրի հոկտեմբերյան համարում:

Այս աշխատանքի նախադրյալը ՆԹ-ի ժամանակ ասպիրինի կիրառման դիպվածային փորձարկումների մետա-վերլուծությունն էր, որն ի ցույց դրեց ուղեղակաթվածի վտանգի 19%-ով նվազում՝ գրոյի հետ հատվող հավաստիությամբ: Այս մետա-վերլուծությունից օգուտ ակնկալելը հաստատվել էր միայն մեկ դրական հետազոտությամբ (SPAF-1): Չնայած դրան՝ բժիշկները նախընտրում են ասպիրինը:

DRS նոր հետազոտության արդյունքները համահունչ են սրտաբանների Եվրոպական ընկերության վերջին ձեռնարկներին, որոնք վերանայվել են անցյալ տարում և պարունակում են ՆԹ-ով որոշ հիվանդների ուղեղակաթվածի կանխարգելման համար ասպիրինի կիրառումը մերժող հանձնարարականներ: Վերջինները հիմնված են փոքր վտանգի ենթակա հիվանդների համար ասպիրինի անարդյունավետությունը վեր հանած ճապոնական հետազոտության արդյունքների վրա:

DRS հետազոտության մեջ գիտնականներն արժևորեցին ՆԹ-ով 146.000 բուժվողի թրոմբալիցանման և արյունահոսության վտանգը՝ կիրառելով բուժվողների դանիական ազգային ռեգիստրի (ուր փաստաթղթավորված են բուժվողների բոլոր հոսպիտալացումները), բժշկական արտադրանքի վիճակագրության դանիական ռեգիստրի (ուր գրանցվում են առանձին հիվանդներին նշանակվող բոլոր դեղերը) և մահվան դեպքերի Ազգային ռեգիստրի տվյալները:

Կարևոր եզրակացություն էր, որ ՆԹ-ով բոլոր հիվանդների համար վարձարինը դրսևորում է հավաստի կլինիկական օգուտ՝ բացառությամբ ուղեղակաթվածի շատ փոքր վտանգի ենթակա հիվանդների:

**Արյունահոսության մեծ վտանգով հիվանդների համար առավել
նախընտրելի է վարֆարինը:**

DRS-ի մյուս արդյունքը արյունահոսության առավել մեծ վտանգով հիվանդների վրա վարֆարինի հստակ, բարենպաստ ազդեցությունն էր: Գիտնականները դա բացատրում են այն հանգամանքով, որ մմանատիպ հիվանդները սովորաբար ենթակա են նաև ուղեղակաթվածի մեծ վտանգին, և այն փոքրացնելու մեջ վարֆարինի բացարձակ օգուտը հեշտությամբ գերազանցում է արյունահոսության վտանգը:

Չի կարելի հաստատել, որ ասպիրինը հակացուցված է ՆԹ-ով բոլոր հիվանդներին, քանի որ դրանցից որոշների համար պահանջվում է դրա նշանակում (ստենտի առկայություն): Միայն ՆԹ-ով հիվանդների համար ներքին ընդունման հակամակարդիչները լավագույն ընտրություն են:

www.medscape.com/viewartocle/751324?sssdmh=dm1.724913&src=nldne

**ՀՂԻՌԹՅԱՆ ԺԱՄԱՆԱԿ ԿԱՆՅՈՒՄ ԸՆԴՈՒՆԵԼՈՒ ՕԳՏԱ-
ԿԱՐ Է ՄԻԱՅՆ ԳԵՐՃՆՇՈՒՄԸ ԿԱՆԽԱՐԳԵԼԵԼՈՒ ՀԱՍԱՐ**

Yael Wakhine

11-ը հոկտեմբերի, 2011թ: «Cochrane Database of Systematic Reviews» ամսագրի վերջին համարում հրատարակված հոդվածի համաձայն, հղիության ժամանակ կալցիումի հավելումների ընդունումը չի կանխում վաղաժամ ծննդաբերությունը կամ նորածինների փոքր քաշը: Այդ արտադրանքը կարող է օգտակար լինել միայն հղիության ժամանակ ծագող գերճնշման վտանգը նվազեցնելու համար:

Khon Kaen (Թալանդ) համալսարանի մանկաբարձության ու գինեկոլոգիայի ամբիոնի գիտնականներ բժշիկ Pranom Buppasiri-ն և գործընկերները ուսումնասիրեցին քոհրենյան ռեգիստրի «Հղիություն ու ծննդաբերություն» բաժնի 21 հետազոտության տվյալները (n= 16 602):

Կանոնավոր վերլուծությունը ցույց տվեց, որ հղիության ժամանակ կալցիումի հավելումները չունեն մինչև 37 շաբաթական հղիությունը (հարաբերական վտանգ [ՀՎ] 0.90, հավաստի միջակայք (ՀՄ)՝ 0.73-1.11, 12 հետազոտություն, n=15 615 կին), ինչպես նաև մինչև 34 շաբաթական հղիությունը (ՀՎ՝ 1.11; 95% ՀՄ՝ 0.84-1.46; 3 հետազոտություն, n=5145 կին) սահմանվող վաղաժամ ծննդաբերության վտանգը փոքրացնելու համար պաշտպանիչ ազդեցություն:

Կալցիումական հավելումների կիրառումը չի կապվում նաև ծնվելիս նորածնի փոքր քաշի վտանգի նվազման հետ (ՀՎ՝ 0.91; 95%, ՀՄ՝ 0.72-1.16, 4 հետազոտություն, n=13.449 նորածին), այլ, ընդհակառակն, ի հայտ է բերում նորածինների քաշի ոչ մեծ աճ (միջին տարբերությունը՝ 64.66 95% ՀՄ 15.75-133.58 19 n = 8 287 կին): Մոր ոսկրահյուսվածքի պնդության վրա բարենպաստ ազդեցություն չի գրանցվել:

Սակայն քոհրենյան հետազոտությունների տվյալների հենակետը կիրառած Hofmeyr-ի և գործընկերների՝ 2010թ-ին հրատարակված նախորդ հետազոտությունները ցույց տվեցին, որ հղիության ժամանակ կալցիումի հավելումների կիրառումը կանխում է մայրական գերճնշումը՝ դրանով փոքրացնելով պրեէկլամպսիայի զարգացման վտանգը (ՀՎ՝ 0.45; 95% ՀՄ՝ 0,31-0,65; 13 հետազոտություն, n= 15 730) և նվազեցնում է մայրական մահացության կամ լուրջ հիվանդացության հանրագումարային վտանգը (ՀՎ՝ 0.80; 95% ՀՄ՝ 0.65-0.97; 4 հետազոտություն, n=9 732):

Այսպիսով՝ այս հետազոտության տվյալները կարող են լինել ապացույցն այն իրողության, որ վաղաժամ ծննդաբերությունը և նորածինների փոքր քաշը կանխելու նպատակով հղիներին կալցիումական հավելումների նշանակումը կարող է ցուցված լինել գերճնշման դեպքում:

Cochrane Database Syst Rev.2011;10. Abstract

www.medscape.com/viewarticle/751319?sssdmh=dm1.724913&src=nldne

ՎԻՏԱՄԻՆԱՅԻՆ ՀԱՎԵԼՈՒՄՆԵՐԸ ԿԱՊԱՃ ԵՆ ՄԱՀԱՅՈՒԹՅԱՆ ՄԵԾ ՎՏԱՆԳԻ ՀԵՏ

Emma Hitt

10-ը հոկտեմբերի, 2011թ: 55-69 տարեկան կին ներառած նոր հետազոտության արդյունքներով վիտամինային ու հանքային հավելումների (հատկապես՝ երկաթի) լայնածավալ և ինտենսիվ կիրառումը կարող է կապվել մահացության մեծ վտանգի հետ:

Թեպետ ընդհանուր մահացության մեծ վտանգը պայմանավորված չէ շատ վիտամինային հավելումների կիրառմամբ, որոշ հավելումներ, մասնավորապես՝ բազմավիտամինները, B₆ վիտամինը և ֆոլաթթուն, ինչպես նաև երկաթի, մագնեզիումի, ցինկի և պղնձի իոնները հատուկ զգուշությամբ պետք է կիրառվեն:

«Archives of Internal Medicine» ամսագրում ներկայացված են Արևելյան Ֆինլանդիայի Կոտայիո քաղաքի Հանրային առողջապահության ինստիտուտի գիտնականներ Jaakko Mursu-ի և գործընկերների հետազոտության արդյունքները: Նրանց կարծիքով հավելումները լայնորեն կիրառվում են, և անհրաժեշտ են դրանց արդյունավետության հետազոտումն ասփրություններ: Շատ քիչ բան է հայտնի բազմավիտամինների և քիչ կիրառվող երկաթի հավելումների և հանքանյութերի երկարաձգված ազդեցությունների մասին:

Հավելումների կիրառման ու մահացության ցուցանիշի միջև կապն արժևորելու նպատակով կատարվել է Iowa Women’s Health Study հետազոտության տվյալների վերլուծություն, որում հետազոտության սկզբում՝ 1986թ-ին ներառվեցին 59-69 տարեկան(միջին տարիքը՝ 61.6 տարեկան) 38.722

տարեց կին: Հավաքվեցին 1986, 1997 և 2004 թթ վիտամինային հավելումներ կիրառելու մասին մասնակիցների ինքնուրույն տեղեկությունների տվյալներ: 2008թ-ի դեկտեմբերի 31-ին գրանցվեց մահվան 15.594 դեպք, որը կազմում է հետազոտությանը մասնակցած կանանց սկզբնական թվի 40%-ը:

Ընդհանուր առմամբ բազմավիտամինների կիրառումը կապվում էր մահացության բացարձակ վտանգի աճի հետ (հարաբերական վտանգը՝ 1.06, 95% հավաստի միջակայք՝ 1,2-1,1): Ըստ մասնակից կանանց ինքնուրույն տեղեկությունների՝ բազմավիտամինների կիրառումը զգալիորեն աճել է 1986 և 2004 թթ-երի միջև: Հավելում ընդունողներն ունեին կրթվածության բարձր մակարդակ, ֆիզիկապես բավականին ակտիվ էին և, ըստ էության, հաճախ կիրառել էին փոխարինիչ էստրոգենաբուժում:

Յժ վիտամինի, ֆոլաթթվի, երկաթի, մագնեզիումի և ցինկի կիրառումը պայմանավորել է մահացության վտանգի 3-6% աճ այն դեպքում, երբ պղնձային հավելումներից ընդհանուր մահացությունն աճել էր 18%-ով: Ընդհակառակն՝ կալցիումի կիրառումն ունեցել է մահացության ցուցանիշի վրա հակառակ ազդեցություն (հարաբերական վտանգ 0.91, 95% հավաստի միջակայք՝ 0.88-0.94, բացարձակ վտանգի նվազում՝ 3,8%): Կարճ ժամանակադարձներով (10, 6 և 4 տարի) ավելի մանրագին արժևորելով երկաթի և ցինկի տվյալները՝ գիտնականները հանգեցին այն նույն եզրակացությանը, որին հանգել էին զննման ողջ փուլում:

Հետազոտության արդյունքում աճեց հիմնական **հակաօքսիդանտային հավելումների (E, A վիտամիններ և բետա կարոտին) վտանգի** ասպացույցների քանակը:

Գիտնականները խորհուրդ չեն տալիս վիտամինային ու հանքային հավելումներն ընդունել կանխարգելման նպատակով, առնվազն՝ լիարժեք օրաբաժնով խմբում: Դրանք կարող են անցանկալի երևույթների պատճառ դառնալ՝ ոչ մի առավելություն չունենալով մրգերից ու բանջարեղենից:

Arch Intern Med. 2011;171:1625-1634.

www.medscape.com/viewarticle/751263?sssdmh=dm1.724913&src=nldne

**ՀԱՃԱՆԱԿԱՆ, ՀՆԱՐԱՎՈՐ, ԼՈՒՐԶ ԿՈՂՄԱԿԻ
ԱԶԴԵՑՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ ՄՊԻՏԱԿԵՑՆՈՂ
ԳԵՂԱՐԱՐԱԿԱՆ ՄԻՋՈՑՆԵՐԻՑ**

Սպիտակեցնող գեղարարական միջոցները լայնորեն կիրառվում են ողջ աշխարհում, հատկապես Աֆրիկայի, Միջին Արևելքի, Վեստ-Ինդիայի, Ամերիկյան մայրցամաքի և Ասիայի (Հնդկաստան, Ֆիլիպիններ) երկրներում: Եվրոպայում դրանք կիրառվում են վերոնշյալ տարածաշրջանների որոշ բնիկների կողմից: Մաշկի ավելի բաց գույնը կապվում է հասարակության մեջ հաջողության և հարգանքի, ինչպես նաև լավագույն կենսապայմանների հետ:

Այս ընկալումները նպաստեցին մաշկը սպիտակեցնող գեղարարակական միջոցների խոշորագույն շուկայի ստեղծմանը: Հաշվարկվել է, որ դրանք կիրառում է Աֆրիկայի քաղաքային բնակչության մոտավորապես քառորդը, հիմնականում՝ կանայք (սակայն տղամարդիկ ևս բացառություն չեն)՝ անկախ նրանց սոցիալական դիրքից, կրթվածության մակարդակից, տարիքից, ընտանեկան դրությունից և ծագման երկրից:

Սպիտակեցնող գեղարարակական միջոցները տասնամյակներ շարունակ, ամեն օր քսում են մաշկին: Դրանց մեծամասնությունը պարունակում է ուժեղագրող տեղային գլյուկոկորտիկոստերոիդներ, երբեմն՝ հիդրոքվինոնի կամ դրա որևէ ածանցյալի, ինչպես նաև մեքվիմոլի կամ սնդիկի աղերի գուգորդամաբ: Սրանից զատ՝ դրանցում պարունակվում են սալիցիլաթթու, գլիկոլա-, ազելախինա-, ասկորբինաթթուներ, տրետինոին, սպիտակեցնող նյութ, ջրածնի պերօքսիդ և կիտրոնի հյութ:

Ի՞նչ վտանգներով են հղի սպիտակեցնող նյութերը մարդկանց, այդ թվում՝ հղիների ու պտղի համար:

Հարցին պատասխանելու նպատակով Prescrire-ի խմբագրությունը Prescrire ստանդարտ մեթոդաբանությամբ վերլուծել է մատչելի տվյալները:

Սպիտակեցնող կոսմետիկայի կողմնակի ազդեցությունները դժվար է արժևորել մի քանի պատճառով.

- *դրանք լայնորեն կիրառվող արտադրանք են,*
- *դեղագործական արտադրանք չեն, ուստի դուրս են դեղագոգնության համակարգից,*
- *ունեն առևտրային քազում անվանումներ,*
- *երբեմն դրանց բաղադրության մեջ ներառված են արգելված նյութեր, օրինակ՝ Ֆրանսիայում արգելված սնդիկի աղերը և հիդրոքվինոնը:*

Սրանից զատ՝ սպիտակեցնող կոսմետիկայի կիրառումը հաճախ գաղտնի է պահվում, և կիրառողները չեն խորհրդակցում բուժաշխատողների հետ: Դրանց անվտանգությունն արժևորելու նպատակով անհրաժեշտ է գնահատել յուրաքանչյուրի բաղադրամասն առանձին վերցրած: Բոլորն ունակ են հրահրել ինչպես մաշկի, այնպես էլ համակարգային կողմնակի ազդեցություններ և բացասաբար ազդել պտղի վրա:

Սպիտակեցնող միջոցների առավել տարածված բաղադրամասերից կողմնակի ազդեցություններ

Տեղային գլյուկոկորտիկոստերոիդներ

Մաշկային կողմնակի ազդեցություններ

- *մաշկի բարակում կամ ապանում (թևադակների և ցալքի հարվածում), ջգվածքների, վերքերի դանդաղ ապաքինում,*

- մաշկի չորություն (հասկապես սրունքների), էկզեմա, քոր, ծիրանեցան, կորյակացան, վարդագույն ցան, բշտացան,
- իմունամնչիչ ազդեցության արդյունքում մաշկի սնկային, մակաբուծային, մանրէային և վիրուսային վարակներ,
- հազվադեպ՝ գերզգայնության ռեակցիաներ՝ ներառյալ անաֆիլաքսիան. վրանգը մեծ է տեսական կիրառման դեպքում:

Համակարգային կողմնակի ազդեցություններ

Մաշկին քսած գլյուկոկորտիկոիդներն ունեն ներծծման տարբեր աստիճան (անհատական առանձնահատկություններից, քսելու մակերեսից, վերնամաշկի ամբողջությունից կախված), ինչը կարող է հանգեցնել համակարգային կողմնակի ազդեցությունների զարգացմանը, որոնք են՝

- մակուղեղի կեղևի գերֆունկցիան,
- մակերիկամային անբավարարությունը,
- գերճնշումը,
- գերշաքարարյունությունը և գերխոլեստերաբարյունությունը,
- նյարդաբանական և հոգեբանական խանգարումները,
- ջրաէլեկտրոլիտային հաշվեկշռի խանգարումները, օրգանիզմում հեղուկի և ջրի կուտակումը,
- օստեոպորոզը,
- տեսողական խանգարումները (ոսպնյակի մթազնում, գլաուկոմա և այլն):

Հիդրոքլինոն

Բենզեմի արգասիքն է: Մեքվինոլը հիդրոքլինոնին խնամակից միացություն է, 2011-ի սկզբին դեռ առկա էր Ֆրանսիայի շուկայում:

Մաշկային կողմնակի ազդեցություններ

Մեքվինոնի և հիդրոքլինոնի հիմնական կողմնակի ազդեցությունները ներառում են՝

- գունակային խանգարումներ (մաշկի կապրասև գունակացում, գերգունակացված բծերի կուտակման հարվածներ, հեղքային թերգունակացում), որոնք հաճախ անդարձելի են և զարգանում են հիդրոքլինոն պարունակող նրբաքսուրքներ քսելուց հետո՝ ենթարկվելով արևային ճառագայթահարման, եղունգների դարչնագույն երանգ (վերանում է կիրառման դադարից հետո),
- մաշկի հասարացում,
- մաշկի գրգռվածություն, բերանի, շեղքի ասիերի և ուրևաթաթերի հարվածում ցավ, այրոցի զգացում և քոր,
- չարորակ նորագոյացություններ. կենդանիների վրա փորձերում

հայրնաբերվել է հիդրոքվինոնից քաղցկեղածնության վրանգ, նշվել են նաև հիդրոքվինոնի տեսական կիրառմամբ անշանց քաղցկեղի մի քանի դեպք:

Համակարգային կողմնակի ազդեցություններ

Մաշկից հիդրոքվինոնը ներծծվում է տարբեր աստիճաններով (անհատական առանձնահատկություններից, տեղադրելու մակերեսից, վերնամաշկի ամբողջականությունից կախված), ինչը կարող է հանգեցնել համակարգային կողմնակի ազդեցությունների զարգացմանը.

- *մեծ քանակներից լյարդի ախտահարում,*
- *մառունից չկան հոդ:*

Սնդիկի աղեր

Սնդիկի աղերի հիմքով գեղարարական նյութերը Ֆրանսիայի շուկայից հանվել են 1980-ակաների կեսին՝ ալերգային մաշկային և համակարգային կողմնակի ազդեցությունների կապակցությամբ (ուղեղախտ և երիկամների ախտահարում):

Մաշկային կողմնակի ազդեցություններ

Սնդիկի աղերից մաշկի հիմնական կողմնակի ազդեցություններն են՝

- *մաշկացանը, մաշկաբորբը, բշտացանը,*
- *մաշկի գրգռվածությունը, մաշկի մուգ գունավորումը, բերանի, շեղքի ափերի և ուրնաթաթերի հարվածում ցավը, ալյուրոցի զգացումը և քորը:*

Սնդիկով բունավորում

Մաշկի վրա սնդիկի աղերի տեղադրումը հանգեցնում է դրանց տարաստիճան ներծծման (անհատական առանձնահատկություններից, տեղադրելու մակերեսից, վերնամաշկի ամբողջականությունից կախված), ինչը կարող է հանգեցնել համակարգային կողմնակի ազդեցությունների զարգացմանը.

- *սրամոքսադիքային խանգարումներ՝ սրտխառնոց, փսխում, արյունային փորլուծություն, գերթքարտրություն,*
- *երիկամների ախտահարում, երիկամային անբավարարություն, երիկամային համախտանիշ, խողովակաչև մեռուկ (tubular necrose),*
- *արյունաքանական խանգարումներ,*
- *նյարդային խանգարումներ՝ դող, ցնցումներ, շարժողական ու զգայական շեղումներ, ինտելեկտի խանգարում, արաքսիա, խոսքախանգար (dysarthria) և գլխացավ, շուրջմաշկային ներծծումը խթանվում է խոնավ, տաք կլիմայական պայմաններում՝ հանգեցնելով նյարդային խանգարումների զարգացման վրանգի աճին,*

- մկանների ախտահարում,
- գերզգայնության ռեակցիաներ, երբեմն՝ անաֆիլաքսիա:

Տրետինոին

Ռետինոիդ է, նախատեսված է հիմնականում կորյակացանի տեղային բուժման համար: Կողմնակի ազդեցությունները համապատասխանում են ռետինոիդներին բնորոշ կողմնակի ազդեցություններին:

Հիմնական մաշկային կողմնակի ազդեցություններ.

- գունակացման խանգարումներ,
- մաշկացան,
- բերանի, շեռքի ափերի և ոտնաթաթերի հափվածում մաշկի գրգռվածություն, մուգ մաշկը կարող է ավելի մգանալ, կարող են ծագել ցավ, այրոցի զգացում կամ քոր:

Լործաթաղանթի վրա համակարգային կողմնակի ազդեցություններ և հոգեբանական խանգարումներ

Մաշկի վրա տրետինոինի տեղադրումը հանգեցնում է դրա տարաստիճան ներծծման (անհատական առանձնահատկություններից, տեղադրելու մակերեսից, վերնամաշկի ամբողջականությունից կախված), ինչը կարող է հանգեցնել համակարգային կողմնակի ազդեցությունների զարգացմանը.

- լորձաթաղանթի չորություն, քթից արյունահոսություն, շրթնաբորբ, հասար աղու բորբոքում, ասեպտիկ միզուկաբորբ,
- հոգեբանական շեղումներ, ընկճահար, ինքնասպանություն,
- տեսողական խանգարումներ, ակնաչորություն,
- ոսկրի գերաճ (հիպերոստոզ), հանգույցների և ջլերի կալցիֆիկացում,
- լյարդի ֆունկցիայի շեղումներ:

Տրետինոինն օժտված է նաև արատածին հատկություններով:

Սպիտակեցնող նրբաքսուքներ. նախազգուշացումներ մանկածնային տարիքի կանանց:

Կիրառում են սովորաբար երիտասարդ կանայք: Այս միջոցների բաղադրությունը հաճախ անհայտ է, և որոշ բաղադրամասեր կարող են ներծծվել և թափանցել ընկերքով: Կախված այն իրողությունից, թե իդիոքսյան որ փուլում են կիրառվել այդ նրբաքսուքները, դրանք կարող են հրահրել պտղի զարգացման շեղումներ կամ դրսևորել պտղաթունայնություն:

Տրետինոին. արափածություն: Իզոտրետինոինի պես ռետինոիդ է: Ներքին ընդունման ռետինոիդները արատածին են. իդիոքսյան 1-ին եռամսյակում իզոտրետինոինի ազդեցությանը ենթարկված երեխաների մոավորապես մեկ քառորդն ունենում է գանգի, դեմքի, սրտի և կենտրոնական

նյարդահամակարգի զարգացման արատներ:

Ներկայումս մատչելի համաճարակաբանական հետազոտությունների տվյալները արատածնության վտանգը չեն բացառում նույնիսկ վերնաշկային ռետինոդիոների համար. նշվել են պտղի զարգացման շեղումների մի քանի դեպք, որոնք համընկել են ներքին ընդունման ռետինոդիոներից ծագածներին:

Պործնականում արդյունավետ բեղմնականխում չկիրառող մանկածնային տարիքի կանայք պետք է խուսափեն տրետինոինի կիրառումից:

Սալիցիլաթթու

Սալիցիլաթթուն օժտված է ասպիրինին բնորոշ պտղաթունայնությամբ, հատկապես կարող է հրահրել երիկամային անբավարարություն, թոքային զարկերակում գերճնշում և հղիության վերջում՝ արյունահոսության վտանգ:

Պործնականում հղիության ժամանակ պետք է խուսափել սալիցիլաթթվի նրբաքսուրից:

Սնդիկի անօրգանական աղերից՝ հավանական պտղաթունայնություն Ենթադրվում է, որ սնդիկի անօրգանական աղերը չեն վերածվում սնդիկի օրգանական միացությունների, օրինակ՝ մեթիլսնդիկի, որը հայտնի է առավելապես ԿՆՀ-ի վրա իր արատածին ազդեցությամբ:

Սակայն չկան հղիության 2-րդ կամ 3-րդ եռամսյակում մաշկին քսվող սնդիկի անօրգանական ածանցյալների՝ մարդու և կենդանիների վրա պտղաթունայնության հետազոտությունների տվյալներ:

Նկարագրվել է 3 ամսական մանկիկի՝ սակավարյունությամբ ու երիկամների խողովակածն և ախտահարմամբ ոսպնյակի երկկողմանի մթազման դեպք: Թե մոր, թե երեխայի արյան և մեզի մեջ հայտնաբերվել են սնդիկի մեծ խտություններ: Մայրը 15 տարի շարունակ, այդ թվում՝ հղիության ժամանակ և կրծքով սնուցման փուլում 1 ամսվա ընթացքում կիրառել է սնդիկ պարունակող օճառ: Երեխայի համար նա այդ օճառը չի օգտագործել:

Պործնականում ավելի լավ է խուսափել հղիության ժամանակ սնդիկի աղերի կիրառումից:

Հիդրոքլինոն. կմախքի զարգացման խանգարումներ:

Ուսումնասիրված չէ հիդրոքլինոնի՝ ընկերքով թափանցումը: Կենդանիների վրա փորձերում հայտնաբերվել են կմախքի (ողնաշարի և ազդրերի) ձևավորման շեղումների և մանրակնության (microphthalmia) վտանգի հակասական արդյունքներ:

Պործնականում հղիության փուլում այս դեղի կիրառումից հարկ չկա խուսափել:

Գլյուկոկորտիկոստերոիդներ. վերքերի դանդաղ ապաքինում կեսաղյան հաբումից հետո:

Տեղային կիրառման գլյուկոկորտիկոստերոիդները կարող են ներծծվել

և թափանցել ընկերքով: Հղիության փուլում դրանց տեղային կիրառումը ցուցված է մի շարք մաշկային հիվանդությունների ժամանակ: Մրանից գասո՝ դրանցով բուժումը երբեմն ցուցված է ծանր ասթմայի, ինքնիմունային հիվանդությունների ժամանակ, իսկ միանվագ կիրառմամբ՝ վաղածամ ծննդաբերությունը կանխելու համար:

Նշված է, որ տեղային կիրառման գլյուկոկորտիկոստերոիդները հղիության ժամանակ որովայնի հատվածին քսելիս՝ դանդաղեցնում են կեսարյան հատումից հետո վերքերի ապաքինումը և նպաստում վերքային վարակի հատունացմանը:

Գործնականում սպիտակեցնող գեղարարական միջոցները ունեն բազմաթիվ, հաճախ վատ վավերացված կողմնակի ազդեցություններ և կարող են պարունակել անհայտ նյութեր: Հղիության ժամանակ դրանց կիրառումը լի է պտղի զարգացման շեղումների վտանգով: Մանկածնային տարիքի կանայք պետք է տեղեկացված լինեն դրա մասին, և նրանց պետք է խորհուրդ տալ դադարեցնել այդ արտադրանքի կիրառումը:

Translated from Rev Prescrire May 2011; 31 (331): 350-357

Prescrire International September 2011/Volume 20, N 119: 209-215

ՍԿԻՐՈՆՈԼԱԿՏՈՆ ՈՒ ՍՏԱՄՈՔՍԱԴԻԷԱՅԻՆ ՀԱՄԱԿԱՐԳԻ ՎԵՐԻՆ ՀԱՏՎԱԾՆԵՐԻՑ ԱՐՅՈՒՆԱՅՈՍՈՒԹՅՈՒՆ

Սպիրոնոլակտոնը կալիումապահպան միզամուղ է (ալդոստերոնային ընկալիչների ներհակորդ), համաշխարհային շուկայում է 1960-ականներից: Կիրառվում է զարկերակային գերճնշման (չնայած՝ չի արժևորվել դեղի՝ սիրտանոթային բարդությունները կանխելու արդյունավետությունը) և (ԱՓՖ արգելակիչներով և միզամուղներով զուգորդմամբ միջին բուժական դեղաչափերով) առանց գերճնշման ծանր սիրտանոթային անբավարարությամբ հիվանդների ախտահիշները, մահացությունը ու հիվանդության սրացման վտանգը նվազեցնելու համար: Հակացուցված է երիկամային անբավարարության և գերկալիումարյունության ժամանակ:

Գեղի կողմնակի ազդեցությունները հիմնականում նման են այլ միզամուղների կողմնակի ազդեցություններին, սակայն այն կարող է հրահրել նաև գերկալիումարյունություն, զինեկոմաստիա, դաշտանային և սեռական խանգարումներ: Վերջին 10 տարվա ընթացքում ծավալված որոշ հետազոտություններ թույլ են տալիս եզրակացնել, որ սպիրոնոլակտոն ընդունող հիվանդները ենթակա են ստամոքսաղիքային համակարգի վերին հատվածից արյունահոսությունների մեծ վտանգին: Նախկինում դեղի այս կողմնակի ազդեցությունն անհայտ էր:

Արյունահոսության կրկնակի վտանգ

Հրատարակվել են նմանատիպ արդյունքներով երեք հետազոտության տվյալներ:

Մեկ կոհորտային հետազոտություն: Իրականացվել է Իտալիայում, ուսումնասիրել սպիրոնոլակտոնի կիրառման ու ՄԱՀ-ի վերին հատվածներից արյունահոսության միջև կապը: Ներառվել են 18 տարեկանից մեծ 64.114 հիվանդ, արյունահոսության դեպքերի տվյալներ ստացվել են հիվանդանոցների տեղեկատվական համակարգերից ու մահացության դեպքերի գրանցման ձևերից:

Սպիրոնոլակտոն ընդունող 10.564 բուժվողից 51 (0,48%-)ն ունեցել է ստամոքսաղիքային արյունահոսություն՝ ընդդեմ այլ միզամուղներ ստացող 53 550-ից 174 բուժվողի (0,32%): Սպիրոնոլակտոնի կիրառումը արյունահոսության վտանգը կրկնակի գերազանցել է (հարաբերական վտանգը/ՀՎ՝ 1.94; հավաստի միջակայք՝ 95% (95% ՀՄ 1.42-2.65)): Սպիրոնոլակտոնի մեծ օրական դեղաչափեր (նշված չեն) ընդունող հիվանդների շրջանում գրանցվել է 2.5 անգամ վիճակագրորեն հավաստի աճ: Արյունահոսությունների վտանգը շարունակել է բարձր մնալ նաև հետազոտությունից սրտային անբավարարությամբ, ջրաէլեկտրոլիտային հաշվեկշռի խանգարմամբ և լյարդի քրոնիկական հիվանդություններով 9635 բուժվող հանելուց հետո (հաստատված ՀՎ՝ 1.59, ՀՄ՝ 95%, 1.01-2.49):

Դեպք-հսկողություն երկու հետազոտություն: Նմանատիպ արդյունքներ են ստացվել դեպք-հսկողություն 2 հետազոտության արդյունքում: Նիդերլանդների առողջապահության առաջնային օղակի տվյալների հենակետի կիրառմամբ ծավալված մեկ հետազոտություն ներառել է խոցային հիվանդությամբ 18-ից բարձր 209 կամ ՄԱՀ-ի վերին հատվածներից ներգնմամբ հաստատված արյունահոսությամբ 314 բուժվող, ինչպես նաև ըստ սեռի և տարիքի ընտրված 5230 հսկողական դեպք: Տարբեր ուղեկցող գործոններով շտկումից հետո պարզվեց, որ սպիրոնոլակտոնի կիրառումը հաճախական էր խոցային հիվանդությամբ կամ ՄԱՀ-ի վերին հատվածներից արյունահոսությամբ բուժվողների շրջանում՝ ի տարբերություն հսկողական խմբի (հաստատված ՀՎ՝ 2,7, ՀՄ՝ 95%՝ 1.2-6): Սպիրոնոլակտոնի մեծ օրական դեղաչափեր (նշված չեն) ընդունող հիվանդների շրջանում, ուղեկցող գործոններով շտկումից հետո պարզվեց, որ հաստատված ՀՎ կազմել է 5.1 (ՀՄ՝ 95% 1.5-17.1):

Դանիական Ռեգիստրի տվյալների կիրառմամբ ծավալված մյուս դեպք-հսկողություն հետազոտությունը ներառել է ՄԱՀ-ի վերին հատվածներից լուրջ արյունահոսությամբ 3652 հիվանդ: Դեպքերը համեմատվել են ըստ սեռի և տարիքի ընտրված 36 502 հսկողական դեպքի հետ, որից հետո արդյունքները շտկվել են ուղեկցող գործոններով՝ ներառյալ լյարդի ցիռոզը: Սպիրոնոլակտոնի կիրառումը հաճախական էր արյունահոսությամբ հիվանդների շրջանում՝ ի տարբերություն հսկողական խմբի (հաստատված

ՀՎ՝ 2.7, ՀՄ՝ 95% 2.2-3.2): Օրական մեծ դեղաչափեր (նշված չեն) ընդունող հիվանդների շրջանում հաստատված ՀՎ կազմել է 5.4: Այսպիսով՝ չնայած այն հանգամանքին, որ այս հետազոտություններում ուղեկցող գործոնների ազդեցությամբ պարբերական սխալները լիովին չեն վերահսկվել, նմանատիպ արդյունքները ցույց են տալիս սպիրոնոլակտոն ընդունող հիվանդների ստամոքսաղիքային արյունահոսությունների մեծ վտանգ:

Ապաքինման խաթարում

Սպիրոնոլակտոնի արյունահոսություն հրահրելու մեխանիզմը պարզ չէ:

Վարկածներից մեկի համաձայն՝ սպիրոնոլակտոնն իր հակաալդոստերոնային ակտիվության հաշվին խախտում է ստամոքսի և 12-մատնյա աղու վնասված հատվածների ապաքինումը: Ստամոքսում և 12-մատնյա աղու մեջ գտնվող միներալոկորտիկոիդային ընկալիչների հետ ալդոստերոնի կապումը իրոք կարող է դեր խաղալ ստամոքս-12 մատնյա վնասումների և խոցերի ապաքինման պրոցեսում: Սակայն մատչելի գրականության մեջ մեր կողմից չեն հայտնաբերվել հետազոտություններ, որոնցում արյունահոսությունը պայմանավորվեր սպիրոնոլակտոնի ազդեցությամբ նման ազդեցությամբ դեղերի, մասնավորապես՝ դրոսպիրենոնի կամ էպլերենոնի կիրառմամբ: Այլ դեղերը, հատկապես ԱՓՖ արգելակիչները, անգիոտենզին ընկալիչների ներհակորդները, ալիսկիրենն ու հեպարինը, տարատեսակ մեխանիզմներով խոչընդոտում են ալդոստերոնի ազդեցությունների դրսևորմանը, սակայն դրանց կողմնակի ազդեցություններում չի նշվում խոցերի կամ ստամոքսաղիքային արյունահոսությունների ծագում:

Մատչելի գրականության մեջ մեր կողմից չի հայտնաբերվել նաև ընդհանրապես արյունահոսությունների զարգացման միջև և սպիրոնոլակտոնի կիրառման ժամանակ հարաբերակցություն վեր հանող հետազոտություն:

Գործնականում արյունահոսություն ծագելիս՝ պետք է հաշվի առնել նաև հիվանդի կողմից սպիրոնոլակտոն ընդունելը:

Չնայած հստակ ապացուցված դեղաբանական մեխանիզմի բացակայությանը՝ այս հետազոտությունների արդյունքները դեղագրոնության (pharmacovigilance) ահազանգ են: Անհրաժեշտ է հաշվի առնել արյունահոսության վրա սպիրոնոլակտոնի ազդեցության հավանականությունը և արյունահոսության հակվածության գործոններով հիվանդների կողմից զգույշ լինել այդ դեղն ընդունելիս: Անգամ հին դեղերի համար ուշացած հայտնաբերվում են նոր կողմնակի ազդեցություններ: Չարժե անտեսել կողմնակի ազդեցությունների հայտնաբերման մեջ համաճարակաբանական հետազոտությունների դերը: Հետագա տեղեկատվությանը սպասելիս՝ խորհուրդ է տրվում տեղեկացնել ցանկացած նմանատիպ դեպքերի մասին:

Translated from Rev Prescrire July 2010; 30 (321): 510-511

Prescrire International April 2011/Volume 20, N 115: 98-99

ՕԳՆՈՒԹՅՈՒՆ ԳՈՐԾՈՂ ԲԾՅԿԻՆ

Հարգելի ընկերոջո՛ղ,

Ձեր ուշադրությանն ենք ներկայացնում հոդվածների ու սնուցող մայրերի դեղաբուժության անվտանգության մասին հոդված, որն անկասկած կհետաքրքրի բոլոր պրակտիկ բժիշկներին: Հոդվածը տպագրվում է կրճարումներով: Ամբողջական տեքստը կարելի է գրել <http://www.medlinks.ru/article.php?sid=47877> կայքում

ԴԵՂԱԲՈՒԺՄԱՆ ՀԻՄՆԱՎՈՐՈՒՄԸ ՀՂԻՆԵՐԻ ՈՒ ՍՆՈՒՑՈՂ ՄԱՅՐԵՐԻ ԱՏՈՍԱՏՈՒՈՒԹՅԱՆ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԲՈՒԺՄԱՆ ԺԱՄԱՆԱԿ

Ս. Ռաբվինովիչ, Ե. Զոբյան, Ա.Նոսովա-Դմիտրիևա
ՄՊԲՍՀ, ՄՊԲՍԻ

Ցանկացած մասնագիտության բժիշկ հոդվածների ու սնուցող մայրերի բուժման ժամանակ բախվում է անվտանգ դեղաբուժում ընտրելու խնդրին: Վիճակագրական տվյալներով բոլոր բնածին արատների ոչ պակաս քան 5%-ը պայմանավորված է դեղակիրառմամբ: Ընկերքով դեղերի քափանցումը կախված է դրանց ֆիզիկաքիմիական հատկություններից, ընկերքի վիճակից ու ընկերքային արյունահոսքից: Այս առնչությամբ դեղակիրառման անհրաժեշտություն ծագելիս՝ պետք է հաշվի առնել, որ դեղերի մեծամասնությունը քափանցում է ընկերքային պատնեշով, իսկ սաղմի ու պտղի օրգանիզմում դրանց ակտիվազերծման ու դուրսբերման արագությունը անբավարար է, ինչը գերազանցում է պտղի վրա դրանց անբարենպաստ ազդեցության վտանգը (Վ.Կուկես, 1999):

Ստոմատոլոգիական օգնություն ցուցաբերելիս՝ հղիության ընթացքի և պտղի զարգացման վրա ազդող հիմնական անբարենպաստ գործոն կարող է լինել հատկապես համակարգային ազդեցության դեղերի (ոչ ստերոիդային հակաբորբոքային, հակամաներային, հակահիստամինային դեղեր, անդոր-րաբերներ, տեղային անզգայացնողներ և այլն) անցանկալի ներգործությունը: Հղիության ժամանակ մեծանում է շրջանառվող արյան ու կծիկային ֆիլտրման ծավալը, խթանվում է լյարդային ֆերմենտների ակտիվությունը, ինչը կարող է ազդել դեղաբաշխման ծավալի, դեղերի նյութափոխանակության ու դուրսբերման, այսինքն՝ դեղակիներտիկայի վրա, որն իր հերթին ունակ է փոփոխել դրանց ակտիվությունն ու թունայնությունը: Նշվել է հղիության ժամանակ պլազմայի սպիտակուցների հետ դեղերի կապի փոքրացում, արդյունքում դրանց՝ արյան մեջ շրջաբերվող ֆրակցիայի խտությունը մեծանում է՝ ազդելով «հղի-պտուղ» համակարգում դեղաբաշխման վրա: Պտղի օրգանիզմում պլազմայի սպիտակուցների ավելի փոքր խտությունը

բուլացնում է դրանց հյուսվածքների՝ դեղեր կապելու ունակությունը, բարձրանում է դրանց ազատ ֆրակցիաների պարունակությունը, աճում պտղի ախտահարման վտանգը:

Գեղերը կարող են հրահրել սաղմնաթունային, սաղմնակործան, արատածին և պողաթունային ազդեցություններ (աղ.1):

Աղյուսակ 1

Անտենատալ փուլում դեղերի վնասակար ազդեցության բնույթը

Ազդեցության բնույթը	Գեղաբանական ազդեցության արդյունքը
Սաղմնաթունային և սաղմնակործան	Չներխուժած բլաստոցիստի վնասում, որը հանգեցնում է սաղմի կործանմանը (սաղմնակործան ազդեցություն), իսկ նրա պահպանման ժամանակ՝ զարգացման բազմակի արատներով երեխայի ծնվելուն (սաղմնաթունային ազդեցություն):
Արատածին	Կառուցվածքաֆունկցիոնալ և կենսաքիմիական փոփոխություններ, որոնք դրսևորվում են պտղի զարգացման շեղումներով:
Պտղաթունային	Հասուն պտղի առանձին բջջային համակարգերի կառուցվածքաֆունկցիոնալ խանգարումներ, որոնք, սակայն, ի տարբերություն արատածին ազդեցության, չեն հանգեցնում շեղումների զարգացմանը:

Պտղի զարգացման ու կենսունակության վրա դրանց ներգործության ծավալն ու լրջությունը հիմնականում որոշվում են հետևյալ գործոններով՝ պտղի գեստացիոն տարիքով, դեղի ակտիվությամբ և ընդունված դեղաչափով, պտղի համար դեղի վտանգավորության աստիճանով (աղ.2), ինչպես նաև նախատրամադրող գործոնների առկայությամբ:

Աղյուսակ 2

Գեղերի դասակարգումն ըստ սաղմնաթունային և արատածին ազդեցության զարգացման վտանգի աստիճանի

Գեղերի խումբը	Հակացուցումների բնույթը	Գեղերի ցանկը
I – վտանգի բարձր աստիճան	Բացարձակ հակացուցումներ	Թալիդոմիդ, առնածիններ, մեթոսրեքսատ և այլ հակաֆոլային դեղեր, դիէթիլստիլբեստրոլ, հորմոնային բեղմնականխիչներ, իմունաճնշիչներ (ազաթիոպրին, իմուրան):

II – վտանգի գգալի աստիճան	հարաբերական հակացուցումներ	Հակաէպիդեմիոլոգիա (ֆենիտոյին, ֆենոբարբիտալ և այլն), հակապարկինոտոնային, ներքին ընդունման հակաշաքարախտային դեղեր (տոլբուտամիդ, գլիբենկլամիդ, գլիբուտիդ և այլն), գլյուկոկորտիկոիդներ, բջջաճնշիչներ (էմբիխին, քլորէփիլամինոուրացիլ, քլորամբուցիլ և այլն), էթիլային սպիրտ, նեյրոլեպտիկներ, լիթումի աղեր:
III – վտանգի չափավոր աստիճան	նախատրամադրող պայմաններում զարգացման արատներ հրահրող հակացուցումներ	Որոշ հակաբիոտիկներ (քլորամֆենիկոլ, տետրացիկլիններ և այլն), մետրոնիդազոլ, սալիցիլատներ, իզոնիազոլ, իմիպրամին, հալոթան, K վիտամինի ներհակորդներ (նեոդիկումարին, վարֆարին և այլն), անդորրաբերներ, միզամուղներ, պրոպրանոլոլ և այլն:

Ընդունված է առանձնացնել սաղմնաձագման կրիտիկական փուլեր, որոնց դեպքում արտաքին անբարենպաստ գործոնի ազդեցությունն առավել վտանգավոր է:

1-ին կրիտիկական փուլ (առաջին 3 շաբաթ) – սաղմնաձագման նախաներխուժային փուլ, երբ գործում է «ամեն ինչ կամ ոչինչ» օրենքը, ուստի այս փուլում դեղերի կիրառումը կարող է հանգեցնել կամ սաղմի կործանմանն ու հղիության ընդհատմանը, կամ բարձր վերականգնողական ունակության շնորհիվ սաղմը կարող է շարունակել զարգանալ, սակայն հղիությունը կարող է ավարտվել ծանր, հաճախ բազմակի արատներով երեխայի ծնվելով: Սաղմնաթունային ազդեցությունները հնարավոր են հղիի կողմից սալիցիլատներ, հակաբիոտիկներ, սուլֆանիլամիդներ և այլ դեղեր ընդունելիս:

2-րդ կրիտիկական փուլ (ներարգանդային կյանքի 3-ից մինչև 12-16 շաբաթ) – հղիության 3-րդ և 8-րդ շաբաթների միջև առավել վտանգավոր ժամկետն է, բնորոշվում է սաղմի հյուսվածքների ինտենսիվ տարբերակմամբ: Այս փուլում հղիի բուժման համար կիրառվող դեղը կարող է՝

- *պրոդի վրա ակներև կերպով չազդել,*
- *հրահրել ինքնաբերական վիժում,*
- *առաջացնել այն օրգանի զարգացման կոպիտ ենթամահացու շեղում, որն առավել ինտենսիվ է զարգացել մոր կողմից դեղն ընդունելու*

պահին (հրական արարածին ազդեցություն),

- *դառնալ ոչ այնքան զգալի, սակայն անդարձելի փոխանակային կամ ֆունկցիոնալ շեղման (քողարկված էմբրիոպաթիա) պատճառ, որը կարող է ի հայտ գալ հետագա կյանքի ընթացքում:*

Արատածին ազդեցությունը կարող է պայմանավորվել ոչ միայն սաղմի օրգանիզմ ներթափանցած դեղի ուղղակի ազդեցությամբ, այլ նաև արգանդի նյութափոխանակության և արյունամատակարարման այն խանգարումներով, որոնք այդ դեղը հրահրել է մոր օրգանիզմում (Բ.Մարկովա, Վ. Կալինիչևա, 1987):

3-րդ կրիտիկական փուլ (հղիության 18-րդ և 22-րդ շաբաթների միջև) – ընկերքի վերջնական ձևավորման փուլն է, երբ դեղերի կիրառումը կարող է վնասել օրգանները, բայց զարգացման արատներ չառաջացնել: Պտղաթունային ազդեցությունը հասուն պտղի վրա դեղերի ներգործությունն է, որն ազդում է ոչ միայն պտղի, այլ նաև նորածնի կենսունակության վրա:

Հղիության 1-ին եռամսյակում պետք է խուսափել ցանկացած դեղերի ու պատվաստանյութերի կիրառումից, եթե միայն դրանց նշանակումը կարևոր չէ մոր առողջության ու կյանքի պահպանման համար:

Հղիության ժամանակ պտղի վրա մոր կողմից ընդունած դեղերի անբարենպաստ ազդեցության մեխանիզմները (Ռ.Բերկոու, 1997).

- *սաղմի վրա ուղղակիորեն ազդող մահացու թունային կամ արարածին ազդեցություններ,*
- *մոր և պտղի միջև զազափոխանակության կամ սննդանյութերի փոխանակության խանգարմամբ ընկերքի ֆունկցիոնալ ակտիվության փոփոխություն (անոթների նեղացում),*
- *մոր օրգանիզմում կենսաքիմիական պրոցեսների շարժի՝ պտղի ֆիզիոլոգիական վիճակի վրա անուղղակիորեն ազդող խանգարում,*
- *հղի կնոջ օրգանիզմում հորմոնային, վիրամինային, ածխաջրային և հանքային հաշվեկշիռների՝ պտղի վրա բացասաբար ազդող խանգարում:*

Մոր, պտղի, նորածնի վրա անցանկալի ազդեցությունների զարգացման վտանգին նախատրամադրող գործոնները հղի կամ սնուցող կնոջ ստոմատոլոգիական բուժման ժամանակ.

- *հղիության 1-ին եռամսյակ,*
- *կրկնվող հղիություն՝ հարկապես բազմածին կանանց,*
- *հղիի տարիք (25-ից բարձր),*
- *ծանրաթեռնված մանկաբարձագինեկոլոգիական անամնեզ,*

- հարկապես դուրսբերման օրգանների (լյարդ, երկկամներ, աղիներ) ծանրաբեռնված անամնեզ,
- թունային հղիություն (տոքսիկոզ),
- ընկերքային պատնեշով և կրծքի կաթի մեջ թափանցող դեղերի կիրառում,
- դեղի զգալի դեղաչափ,
- բուժվողի նյարդաստորոշիկ վիճակի առանձնահատկություններն ու հղիության ու սպասվելիք ծննդաբերության նկատմամբ նրա քաղաքական վերաբերմունքը:

Ղեղընտրության հարցում զգուշ պետք է լինել նաև կրծքով սնուցելիս: Մոր արյան մեջ շրջանառվող դեղերի՝ կրծքի կաթի մեջ տեղափոխվելը հիմնականում կախված է դրանց ֆիզիկաքիմիական հատկություններից ու դեղակինետիկայից: Թույլ հիմքերը, օրինակ՝ էրիթրոմիցինը, տեղային անզգայացնողներն ու այլը սովորաբար վատ են թափանցում մայրական կաթի մեջ, իսկ օրգանական թթուները (պենիցիլին, սուլֆանիլամիդներ և այլն)՝ հեշտությամբ, ինչի արդյունքում սնուցող մոր կողմից դրանց կիրառումը կարող է երեխայի օրգանիզմում կողմնակի ազդեցությունների ծագման պատճառ դառնալ:

Ստոմատոլոգիական բուժման ժամանակ կիրառվող հակաբիոտիկների և այլ հակամանրէային դեղերի ազդեցությունը պտղի վրա

Հղիության ժամանակ կարող է բարձրանալ հակաբիոտիկների նկատմամբ զգայնությունը և երկարել օրգանիզմից դրանց դուրսբերման փուլը, ինչն առանձնապես էական է տոքսիկոզով և երիկամների՝ հղիությունից առաջ ծագած ախտահարմամբ հղիների համար:

Ք-լակտամային հակաբիոտիկներ

Պենիցիլինները (հատկապես կիսասինթետիկ ածանցյալները) ունակ են թափանցել ընկերքային պատնեշով, սակայն թունային ազդեցություն այս դեպքում չի ծագում: Ընկերքային պատնեշով թափանցելու աստիճանը հակադարձ կախվածության մեջ է արյան պլազմայի սպիտակուցների հետ կապվելու աստիճանից: Այս դեղերը գուրկ են արատածին ու սաղմնաթունային հատկություններից և կարող են հղիության ժամանակ կիրառվել, եթե բուժվողը դրանց նկատմամբ ալերգիա չունի:

Կրծքով սնուցելիս՝ ազդեցության լայն ոլորտի հակաբիոտիկների կիրառումը կարող է հանգեցնել երեխայի աղիքային մանրէամիջավայրի փոփոխությանը, կանդիդոզի, փոքրլուծության, վիտամինաքաղցի, ալերգացմանը:

Ցեֆալոսպորիններ: Պտղի վրա վնասող ազդեցություն չի հայտնաբերվել: Կարող են կիրառվել հղիության ժամանակ (H. A. Hirsch 1971, Վ. Կուլես 1999):

Գրանք կիրառելիս՝ պետք է հաշվի առնել թերապոթրոմբինարյունության և լյարդում K վիտամինի փոխանակության նվազման արդյունքում արյունահոսության զարգացման վտանգը: Կրծքով սնուցելիս՝ կողմնակի ազդեցությունը կարող է դրսևորվել պտղի գերզգայնության և Կումբսի դրական ռեակցիայի ձևով:

Լինկոզամիններ: Պտղի վրա լինկոմիցինի, կլինդամիցինի (դալացին C, կլիմիցին) անբարենպաստ ազդեցության մասին տեղեկություններ չկան: Լինկոմիցինն ու կլինդամիցինը կարելի է ընդունել ողջ հղիության ընթացքում:

Տետրացիկլիններ: Այս դեղախումբը հղիության ընթացքում չի կիրառվում: 1-ին եռամսյակում դրանք բացասաբար են ազդում պտղի մկանունքի վրա և ընկճում են նրա կմախքի ձևավորումը: 2-րդ եռամսյակում կարող են հրահրել ոսպնյակի մթազում, ունենալ լյարդաթունային ազդեցություն: 3-րդ եռամսյակում հարմարսողական ներմուծման ժամանակ կարող են հրահրել հղիի լյարդի սուր դեղին սնուցախանգար (dystrophia) և ենթատամոքսագեղձի սուր բորբոքում:

Ստոմատոլոգը պետք է անպայման գիտենալ, որ տետրացիկլինի ներարկման հետ են կապում պտղի ոսկրածագման խանգարումն ու կոշտ հյուսվածքներում տետրացիկլինի կուտակումը՝ հանգեցնելով էմալի հետագա թերաճին ու «դեղին» ատամների (P. A. Davis, K. Little, W. Aherne, 1962):

Տետրացիկլինները գոյացնում են կալցիումի օրոտոֆոսֆատի հետ խելատային համալիրներ և ներառվում կալցիֆիկացման փուլում ոսկրերի և ատամների բաղադրության մեջ:

Ֆենիկոլներ: Քլորամֆենիկոլը (լևոմիցետին) ունակ է հրահրել արատածին ազդեցություն: Ընկճում է հյուսվածքային շնչառությունը, սիրտանոթային համակարգը, ինչը կարող է հանգեցնել սրտային անբավարարության զարգացմանը (նորածինների «գորշ համախտանիշ»): Առավել վտանգավորը արյունաստեղծ օրգանների՝ թերաճային սակավարյունությամբ վնասումն է (Հ. Կյումերլե, Կ. Բրենդել, 1987):

Կրծքով սնուցման ժամանակ ապահովվում են կաթի մեջ դեղի մեծ խտություններ, որը կարող է թերել ոսկրողեղային արյունաստեղծման ընկճմանը, դեղնուկի զարգացմանը կամ աղու մանրէամիջավայրի խանգարմանը:

Մակրոլիդներ: Տեղեկություններ չկան այնպիսի դեղերի արատածին ազդեցության մասին, ինչպիսին են էրիթրոմիցինը, միդեկամիցինը (մակրոպեն), օլեանդոմիցինը, կլարիթրոմիցինը (կլարիցին, կլասիդ), ազիթրոմիցինը (սումամեդ), ռօքսիթրոմիցինը (ռուլիդ), սակայն առկա են գերբիլիռոմբինարյունության և սաղմնածագման տվյալներ, ինչի առնչությամբ էլ հղիության ժամանակ պետք է խուսափել մակրոլիդներ նշանակելուց:

(Հ.Կյումերլե, Կ.Բրենդելա, 1987):

Կան նաև կրծքի կաթի մեջ կլարիթրոմիցինի և էրիթրոմիցինի թափանցման մասին տվյալներ (Յու. Բելրուսով, Մ.Լեոնովա, 2002):

Ամինոգլիկոզիդներ (ստրեպտոմիցին, ամիկացին, կանամիցին, գենտամիցին): Հղիության ժամանակ նշանակվում են կենսական ցուցումներով: Կողմնակի ազդեցությունների շարքում նշվում են մոր երիկամների, մոր և մանկան գանգանյարողերի VIII զույգի ախտահարում, պտղի ոսկրածևավորման զանազան խանգարումներ (Հ.Կյումերլե, Կ.Բրենդելա, 1987, Վ.Կուկես 1999): Բարդությունների հավանականությունն ավելի բարձր է ստրեպտոմիցինի կիրառման պայմաններում:

Ֆտորքվինոլոններ: Նալիդիքսաթթուն (նևիգրամոն, նեգրամ), պիպեմիդաթթուն (պալին), նորֆլօքսացինը (օքսոն, նուլիցին, նորբակտին, նորիլետ, նորմաքս), օֆլօքսացինը (գանցին, օֆլոցին, տարիվոլդ, տարիֆերիդ, տարիցին) հեշտությամբ թափանցում են ընկերքային պատնեշով և կուտակվում շուրջպտղային ջրերում: Կենդանիների վրա հետազոտությունների ընթացքում հայտնաբերվել է, որ դրանք հրահրում են պտղի թունդրոպաթիա, և թեպետ մարդու պտղի վրա դրանց արատածին ազդեցությունը չի հաստատվել, խորհուրդ է տրվում խուսափել հղիներին ֆտորքվինոլոններ նշանակելուց: Կրծքով սնուցման ժամանակ տևական կիրառումը կարող է մանկիկի վրա բունային ազդեցություն ունենալ:

Սուլֆանիլամիդներ: Տևական ազդեցության սուլֆանիլամիդներ (սուլֆադիմետոքսին, սուլֆալեն), ինչպես նաև զուգորդված ձևերը՝ սուլֆանիլամիդներ + տրիմեթոպրիմ (կո-տրիմօքսազոլ, բակտրիմ, բիսեպտոլ, սեպտրիմ և այլն) խորհուրդ չի տրվում կիրառել, քանի որ դրանք կարող են հղիության վերջում ցուցաբերել արատածին ազդեցություն, որը կդրսևորվի պտղի կամ նորածնի «կորիզային» դեղնուկով, մեթենոզոքինարյունությամբ, էրիթրոցիտների արյունալուծարմամբ, բիլիռուբինային ուղեղախտով: Կո-տրիմօքսազոլը կարող է տրիմեթոպրիմի հաշվին լրացուցիչ խանգարել մոր և պտղի ֆոլաթթվային փոխանակությունը: Պտղի համար նվազագույն վտանգ ունի սուլֆապիրիդինը: Կրծքով սնուցման փուլում սուլֆանիլամիդները, ակտիվորեն կուտակվելով կաթի մեջ, կարող են հրահրել մանկան գերբիլիռուբինարյունություն, արյունալուծարիչ սակավարյունություն (հատկապես գլյուկոզ-6-ֆոսֆատդեհիդրոգենազի պակաստորոյի ժամանակ), երիկամների. լյարդի ախտահարում և ալերգիա: Հակացուցված են նաև կրծքով սնուցվող մինչև 6 ամսական մանկիկներին:

Նիտրոիմիդազոլի ածանցյալներ: Մետրոնիդազոլը (մետրոգիլ, տրիխտալո, ֆլազիլ) զգալիորեն մեծացնում է մարդու լիմֆոցիտներում պտղի վրա քաղցկեղածին ազդեցություն ունեցող քրոմոսոմային աբերացիաների հաճախությունը: Հղիության 1-ին եռամսյակում կարող է ի հայտ գալ

սաղմնաթունային ներգործություն, ինչի կապակցությամբ էլ նիտրոիմիդազոլի ածանցյալներ այս փուլում չեն կիրառվում: 2-րդ և 3-րդ եռամսյակներում դրանք նշանակվում են միայն կենսական ցուցումներով: Կրծքով սնուցման ժամանակ հնարավոր են նորածնի անսխորթակությունը, փսխումն ու դիսկրագիան:

Նիտրոֆուրանային դեղեր: Ֆուրադոնինի, ֆուրազինի, ֆուրազոլիդոնի, ֆուրացիլինի կիրառումն անցանկալի է, քանի որ կարող է դառնալ հետծննդյան փուլում արյունալուծարման ու գերբիլիռոբինարյունության պատճառ: Ունեն պողաթունային ազդեցություն, կրծքով սնուցման փուլում կարող են ծագել նմանատիպ բարդություններ:

Հակաանկային դեղեր են՝ լևորինը, ամֆոտերիցինը, գրիզեոֆուլվինը, նիստատինը, նատամիցինը (պիմաֆուցին), կլոտրիմազոլը, ֆլուկոնազոլը (դիֆլուկան) և այլն: Փորձում հայտնաբերվել է ամֆոտերիցինի և գրիզեոֆուլվինի արատածին ազդեցությունը: Նշված չեն նիստատինի, նատամիցինի, կլոտրիմազոլի, միկոնազոլի, բիֆոնազոլի արատածին և պողաթունային ազդեցությունները: Մարդու կողմից տրիազոլային շարքի (ֆլուկոնազոլ կամ դիֆլուկան, իտրակոնազոլ) դեղեր ընդունելու տվյալները չեն պարունակում կիրառման վտանգի մասին տեղեկություններ, սակայն կենդանիների վրա փորձերում ի հայտ է բերվել դրանց մեծ դեղաչափերով թունայնությունը: Կրծքով սնուցման փուլում պետք է խուսափել լևորինի, գրիզեոֆուլվինի, ամֆոտերիցին B-ի, ֆլուկոնազոլի (դիֆլուկան), իտրակոնազոլի կիրառումից:

Ստոմատոլոգիական պրակտիկայում կիրառվող ոչ ստերոիդային հակաբորբոքային դեղերի (ՈՍՀԴ) ազդեցությունը պտղի վրա

Հղիության ժամանակ ցավազերծիչներ ընդունելու անհրաժեշտության դեպքում խորհուրդ է տրվում դրանք կիրառել փոքր դեղաչափերով ու կարճաժամկետ: Հղիության ուշ փուլերում դրանց ընդունումից հնարավոր են ժամկետանց հղիության, հղիի և պտղի արյունահոսության ձևով բարդություններ, բոտալյան ծորանի վաղաժամկետ փակում, թոքային գերճնշում և նորածնի երիկամների ֆունկցիայի խանգարում (Վ.Կուկես, 1999): Մարդու պտղի վրա սալիցիլատների և ինդոմետացինի արատածին ազդեցության գրական տվյալները սակավաթիվ են: Սակայն կենդանիների վրա փորձերում ցույց է տրվել դրանց արատածնությունը: Հղիության ուշ փուլերում այդ դեղերի նշանակում խորհուրդ չի տրվում, քանի որ այցելիլապիլիպթիլի նույնիսկ ախտանշային ընդունումը (շաբաթական 1 անգամ) կարող է պտղի վրա թողնել հետևյալ ազդեցությունները.

- *սաղմնաթունային՝ ընդհուպ մինչև սաղմի ներծծումը,*
- *արարածին, որը հետծննդյան շրջանում դրսևորվում է սիրտանոթային շեղումներով (չախի փորոքի թերաճ, թոքային գերճնշմանը*

միջփոքրբային միջնորմի արաբ), ստոմատո ճողվածքներով,

- *պտղի աճի դանդաղում՝ հանգեցնելով բնածին թերաճի:*

Պտղի քիմքի ճեղքվածքի 599 դեպքի հետազոտությունը ցույց է տվել, որ նման 14,9% նորածին սալիցիլատների ազդեցությանն է ենթարկվել հղիության 1-ին, 11,5%՝ 2-րդ և 8%՝ 3-րդ եռամսյակում (I. Saxon, 1975):

Գրականության մեջ կան պտղի վրա այլ ՈՍՀԳ-երի՝ ինդոմետացինի, իբուպրոֆենի, նապրոքսենի, ֆլուֆենամաթթվի և այլ դեղերի ասպիրինանման ազդեցության տվյալներ: Վերոնշյալ դեղերի ընդունումը կարող է դառնալ թրոմբոցիտների վրա ներգործելու արդյունքում պտղի արյունահոսության պատճառ և թունային ներգործության արդյունքում հանգեցնել հղիության երկարաձգմանը: Ացետիլսալիցիլաթթվի ընդունումից հնարավոր է Ռեյի համախտանիշի զարգացում, դեղի կանոնավոր կիրառումը հրահրում է հակաազդեցանտային ազդեցություն: Ինդոմետացինի ընդունումից կարող են ծագել մանկիկի ցնցումներ:

Կրծքով սնուցման փուլում նորածնի վրա մյուս ոչ թմրաբեր ցավազերծիչների և ՈՍՀԳ-երի կողմնակի ազդեցությունների մասին տվյալներ չկան, բայց արտադրողների մեծամասնությունը խորհուրդ է տալիս խուսափել այդ փուլում դրանք կիրառելուց:

Հակահիստամինային դեղերի ազդեցությունը պտղի և նորածնի վրա

Հղիության ժամանակ հակահիստամինային դեղերի նշանակմանը պետք է զգուշությամբ վերաբերվել՝ հաշվի առնելով հղիության ընթացքի և պտղի զարգացման մեջ հիստամինի ֆիզիոլոգիական դերը: Հիստամինն սպասեցնում է սաղմի ներդրման ու զարգացման նպաստավոր պայմաններ: Մրանից գատ՝ այն կարգավորում է սոր և պտղի միջև փոխանակային պրոցեսներն ու պտղի օրգանաձևավորումը: Հակահիստամինային դեղերի կիրառումը կարող է խաթարել այս մեխանիզմները, ուստի հղիության սկզբում դրանք կիրառումը պետք է արգելել: Կլինիկական պրակտիկայում հղիության ավելի ուշ ժամկետներում դրանք կիրառվում են որպես փսխամարիչներ («ծովային» և «օդային» հիվանդությունների ժամանակ): Ծննդաբերությունից առաջ մոր կողմից դիֆենհիդրամինի (դիմեդրոլ) ընդունումը կարող է երեխայի լույս աշխարհ գալուց մի քանի օր անց առաջացնել մանկիկի տարածուն ցնցումներ և փորլուծություն, ինչպես նաև՝ ժուժկալման դրսևորումներ (Յու. Բելոուսով, Մ.Լեոնովա, 2002):

Հակահիստամինային դեղերը թեթևակի թափանցում են կրծքի կաթի մեջ, ուստի վտանգավոր չեն նորածնի առողջության համար: Բացառություն է ցիմետիդինը: Մոր կողմից կլեմաստին ընդունելուց հնարավոր է երեխայի քնկոտություն:

Ստոմատոլոգիական միջամտությունների ժամանակ կիրառվող ցավազերծիչների ազդեցությունը պտղի և նորածնի վրա

Հղիի բերանի խոռոչի պլանային սանացիայի համար նպատակահարմար է ընտրել 13, 22 և 32-րդ շաբաթների միջև ժամանակահատվածը: Այս փուլում արդեն ավարտված է պտղի օրգանաստեղծումը, ընկերքի ձևավորումը, գործում է պտղընկերքային արյունաշրջանառությունը, որոշակի չափով կայունացած է արյունաշրջանառությունը, բարելավված են իմունաբանական կարգավիճակի ցուցանիշները:

Պետք է հիշել, որ մինչև 16-րդ շաբաթն ընկած ժամանակահատվածը (հատկապես 12-15-րդ շաբաթները) և ծննդաբերությանը նախորդող վերջին շաբաթները (37-40-րդ շաբաթ) համարվում են «կրիտիկական» փուլեր, երբ մեծ է ինքնաբերական վիժումների կամ վաղաժամ ծննդաբերության վտանգը. 1-ին եռամսյակում՝ 6-9, 2-րդում՝ մինչև 2-6%(Ա.Բիգլյան, Ս. Իվանով, Ա.Լեպիլին, Ս.Ռաբինովիչ, 2002), այսինքն՝ հատկապես հղիության 2-րդ եռամսյակն է(13-ից մինչև 26-րդ շաբաթ) վտանգավոր ստոմատոլոգիական միջամտության անբարենպաստ ազդեցության առումով, հատկապես՝ ֆիզիոլոգիապես ընթացող հղիության պայմաններում:

Հղիներին անհապաղ ստոմատոլոգիական օգնություն պետք է ցուցաբերվի ցանկացած ժամկետներում՝ հաշվի առնելով հիվանդի ուղեկցող հիվանդությունն ու պերգաբանական կարգավիճակը:

Հղիության ցանկացած փուլում ստոմատոլոգիական միջամտությունը պետք է լինի բացարձակ անցավ (Բ.Շուգայլով և համահեղինակներ, 1989):

Ցավի վերահսկողություն ապահովվում է համապատասխան տեղային անզգայացնողների կիրառմամբ, հոգեբուժական աջակցությամբ ու ըստ ցուցումների նախադեղատոգորմամբ:

Տեղային անզգայացնողները (ՏԱ) ազդում են նյարդաթելերի և զգայանյարդերի վերջնային համակարգերի վրա՝ կանխելով խթանների տարածումը և/կամ պաշարելով նյարդաթելերով դրանց փոխանցումը: Ներծծական ազդեցության պայմաններում բոլոր տեղային անզգայացնողներն ունակ են պտղին հասնել հղիության ինչպես վաղ, այնպես էլ ուշ փուլերում: Սակայն պտղի ու նորածնի վրա դրանց ազդեցության կենսաբանական նշանակությունը միանգամայն աննշան է (Հ.Կյումերլե, Կ.Բրենդալ, 1987):

Բարդ եթերների խմբին դասվող ՏԱ-ները (պրոկային կամ նովոկային) արագ կենսաձևափոխվում են մոր արյան և ընկերքի մեջ, ուստի պտղին փոխանցվում է դրանց քիչ քանակը: Ամիդների խմբին դասվող ՏԱ-ները նյութափոխանակվում են լյարդում, ուստի դրանց կենսաձևափոխումն ավելի դանդաղ է:

Դեղի ակտիվության և թունայնության վրա ազդում է նաև ճարպերում դրա լուծելիությունը, որից էլ կախված է բջջաթաղանթներով անզգայացնողի

քափանցումը: Սակայն միանման ճարպալուծելիության պայմաններում էլ տեղային անզգայացնողները կարող են տարբերվել ազդեցության ուժով և տևողությամբ, որը պայմանավորված է քիմիական կառուցվածքի՝ ընկալչի նկատմամբ դրանց ոչ միանման խնամակցությունը որոշող առանձնահատկություններով: Այլ հավասար պայմաններում դրքան բարձր է ճարպերում տեղային անզգայացնողների լուծելիությունը, այնքան դրանք ավելի լավ են ներծծվում արյան մեջ և քափանցում հյուսվածքային քաղանթներով, ինչն ուժեղացնում է դեղերի թունայնությունը: ՏԱ-ների արդյունավետության, ազդեցության տևողության և համակարգային թունանյութային վրա ազդում է նաև նյարդաթելի թաղանթի և արյան պլազմայի սպիտակուց-ընկալիչների հետ դրանց կապվելու ունակությունը: Որքան լավ է անզգայացնողը կապվում սպիտակուց-ընկալչի հետ, այնքան բարձր է դրա ակտիվությունն ու երկար՝ ազդեցությունը, իսկ պլազմայի սպիտակուցների հետ կապումը խոչընդոտում է հյուսվածքների մեջ դեղի ներթափանցելուն՝ իջեցնելով դրա համակարգային թունայնությունը: Պլազմայի սպիտակուցների հետ ՏԱ-ների կապման աստիճանը հետևյալն է (Հ.Կյումերլե, Կ.Բրենդալա, 1987, Տ. F. Malamad, 1997) է. լիդոկային՝ 64 %, մեպիվակային՝ 77%, արտիկային՝ 95%, բուպիվակային՝ 95%, էտիդոկային՝ 95%: Քանի որ ընկերքով փոխանցման համար մատչելի է միայն դեղի ազատ մասը, ապա սպիտակուցների հետ կապվելու մեծ ունակությամբ նյութերը առավել փոքր հավանականությամբ կհասնեն պտղին և կքափանցեն մայրական կաթի մեջ:

Այսպիսով՝ տեղային անզգայացնողի ներարգանդային պտղաթունայնությունը որոշելու համար վճռորոշ են սպիտակուցների հետ կապվելու աստիճանն ու ճարպալուծությունը, որոնցով էլ որոշվում է տեղային անզգայացնողի՝ մոր ու պտղի օրգանիզմում թունայնությունն ու տեղաբաշխումը (Ե.Ջորյան, Ս.Ռափինովիչ, Ե.Անիսիմովա, Մ.Լուկյանով, 1999):

Դեղի ընտրության վրա կարող են ազդել դրա քիմիական կառուցվածքից կախված կենսաձևափոխման արագությունն ու բնույթը և օրգանիզմից դուրսբերումը:

Տեղեկություններ կան, որ հղիության ժամանակ տեղային անզգայացնողների մեծ դեղաչափերի կիրառումից հնարավոր է նորածինների շնչառության ընկճումը, իսկ պրոկայինի ու պրիլոկայինի կիրառումից՝ նաև մեթեմոզոլոբինարյունության զարգացումը (Յու.Բելոուսով, Մ.Լեոնովա, 2002):

Առավել բարձր անվտանգությամբ օժտված են ամիդային խմբի արտիկային պարունակող տեղային անզգայացնողները (արտիկային, բրիլոկային, պրիմակային, սեպտոմեստ, ուբիստեզին, ուլտրակային DS): Արտիկայինի՝ պլազմայի սպիտակուցների հետ կապման մեծ տոկոսը թույլ է տալիս դեղի 95%-ը շրջանառվող հունի մեջ պահպանել կապված,

դեղաբանորեն անակտիվ ձևով, իսկ համեմատաբար ոչ բարձր լուծելիությունը նվազեցնում է դրա թափանցումը հյուսվածքային թաղանթներով: Արտիկայինի՝ ադրենալինի փոքր պարունակությամբ (1:200000) դեղապատրաստուկները հղիների առավել անվտանգ բուժամիջոցներն են: Փորձերում կրծքի կաթի մեջ կլինիկորեն զգալի խտությամբ արտիկային չի հայտնաբերվում, ինչն էլ պայմանավորում է դրա առավելությունը սնուցող մայրերի կողմից տեղային անզգայացնող ընտրելիս:

Ադրենալինի՝ հղիների համար անբարենպաստ համակարգային դեղաբանական ազդեցություններից են՝

- *արզանդամկանի փոնիկ կծկումների խթանումը,*
- *սրտահոսադիքային համակարգի զալարակծկման թուլացումը դրա սեղմակների փոնոտի բարձրացմամբ,*
- *արյան մեջ շաքարի պարունակության բարձրացումը,*
- *սրտի ռիթմի հանախացումը,*
- *սրտի արտամղման աճն ու զարկերակային ճնշման բարձրացումը:*

Ադրենալինի այս հատկությունները մոր օրգանիզմի վրա դեղի համակարգային ազդեցության դեպքում զգալիորեն սահմանափակում են հղիության ժամանակ ադրենալին պարունակող արտիկայինի կիրառումը: Այս առնչությամբ էլ ընտրության դեղեր կարող են դառնալ մեպիվակայինի հիմքով SU-ները (Scandonest 3% plain և Mepivastesin – 3% մեպիվակային առանց անոթասեղմիչի): Մեպիվակայինը (մեպիվաստեզին, մեպիդոնտ, սկանդոնեստ) արդյունավետությամբ համեմատելի է լիդոկայինի, հետ, քիչ ալերգային է, օժտված է նվազագույն անոթալայնացնող ազդեցությամբ: Ներկայումս սինթեզված է և հայրենական դեղաշուկայում շուտով կհայտնվի արտիկայինի քարթրիջ՝ (կարպուլա) առանց անոթասեղմիչի: Տեղային անզգայացնող լուծույթի մեջ անոթասեղմող բաղադրամասի բացակայությունը սահմանափակում է անզգայացման տևողությունը, որն էլ պետք է հաշվի առնել ստոմատոլոգիական միջամտություններ պլանավորելիս:

Մոսկվայի պետական բժշկաստոմատոլոգիական համալսարանի մի խումբ աշխատակիցների կողմից 1989 թ-ին ստեղծվեցին հղիների համար ամբուլատորային ստոմատոլոգիական միջամտությունների ժամանակ ցավազերծման ընտրության ու պլանավորման մեթոդական ձեռնարկներ (Ի.Շուգայլով, Ն.Վասիլչենկո, Ե.Շուլգին և այլք, 1989): Առաջարկվող մեթոդաբանությունը թույլ է տալիս արժեւորել հղիների համար ստոմատոլոգիական միջամտության վտանգը: Այս դեպքում հաշվի են առնվում մանկաբարձ-գինեկոլոգիական, արտասեռական (ընդհանուր մարմնական) անամնեզների, ենթադրվող ստոմատոլոգիան միջամտության վնասելիության և հղի կնոջ տագնապայնության մակարդակի գործոնները:

Հետազոտությունների հիման վրա (Ի.Շուգայլով, Ա.Ֆինադեն, Օ.Պրոսկոլյայկովա, Ե.Շուլգին, Օ.Մոսկովեց, Ս.Ռաբինովիչ, Ն.Դյոմինա, 1989) առաջարկվում է ամբուլատորային ստոմատոլոգիական միջամտությունների ժամանակ հղիների տարբեր խմբերում ռացիոնալ ցավազերծման հետևյալ ընտրությունը.

- *առանց ուղեկցող հիվանդության հղիները (տեղային անզգայացման ուղեկցող մեթոդներով արդյունավետ ցավազերծումից զատ) ունեն միայն անդորրաբերների փոքր դեղաչափերի պահանջ,*
- *կոմպենսացված արտաստեռական հիվանդություններով հղիներին (տեղային անզգայացումից ու հանգստացնող դեղերից զատ) ցուցված են կենտրոնական ցավազերծիչներ,*
- *մանկաբարձական պաթոլոգիայով հղիների համար (ստոմատոլոգիական միջամտության առանձնապես մեծ վրասնգով կանայք) նպատակահարմար է կիրառել հանգստացնող ու խոլինալոյծ դեղեր, ինչպես նաև անադեկվատ հուզական ու վեգետատիվ ռեակցիաները կանխելու նպատակով իրականացնել հոգեբուժական նախապարաստում:*

Նախադեղատոգորման սխեմաներում դիագնոստիկ (սեդուքսեն), մետացինի և բարալգինի կիրառումը պայմանավորում է ցավազերծող ու վեգետակայունացնող ազդեցություններ, ինչը հատկապես կարևոր է վիժման մեծ վտանգի ժամանակ: Ստոմատոլոգիական միջամտության ժամանակ նման անզգայացումը նպաստում է հղիների տրամադրության բարելավմանն ու արյունաշրջանառության կայունացմանը (Ա.Բիգլան, Ս.Իվանով, Ա.Լեպիլին, Ս.Ռաբինովիչ, 2002): Հետազոտողների կարծիքով (Ի.Շուգայլով, Ն.Վասիլչենկո, Ե.Շուլգին և համահեղինակներ, 1989) համապատասխան նախադեղատոգորումը թույլ է տալիս իրականացնել հղիների բերանի խոռոչի պատեհաժամ ու որակյալ սանացիա, որը փոքրացնում է հղիության, ծննդաբերության ժամանակ և հետծննդյան փուլում բորբոքային բարդությունների վտանգը:

Գրականություն (տես՝ էջ 66)

ԳԻՏԱԿԱՆ ԵՐԱՊԱՐԱԿՈՒՄՆԵՐԸ

Հղիությունը և ծննդաբերությունը որպես ստրեսային անմիզապահության զարգացման վտանգի գործոն

Ա. Գրիգորյան, Յ. Խաչատրյան

«Սուրբ Աստվածամայր» Բժշկական կենտրոնի ծննդատուն
Ս. Յերազու անվ. ԵՊԲՀ-ի մանկաբարձության և գինեկոլոգիայի
ամբիոն

Հանգուցային բառեր ստրեսային անմիզապահություն, ֆիզիոլոգիական ընթացքի հղիություն, ֆիզիոլոգիական ծննդաբերություն:

Ներկայումս, ուրոգինեկոլոգիայի գլխավոր խնդիրներից մեկը ստրեսային անմիզապահությանը (ՍԱ) նպաստող գործոնների հայտնաբերումն է, հիվանդություն, որը չի բերում հիվանդի ընդհանուր վիճակի լուրջ խանգարմանը, բայց հանգեցնում է սոցիալական ապահարմարեցմանը: Ինչպես նշում էր հայտնի ուրոգինեկոլոգ, պրոֆեսոր Գ.Վ. Կանը՝ «միզարձակման խանգարումներով տառապող հիվանդների վիճակն ամբողջովին կարող են հասկանալ միայն այն մարդիք, ովքեր նմանատիպ վիճակում են» [2]:

Ըստ միզապահության Միջազգային ընկերության ձևակերպման (International Continence Society – ICS) իրական ստրեսային անմիզապահությունն այն վիճակն է, որի ժամանակ տեղի է ունենում մեզի ակամա, տեսողաբար հայտնաբերվող արտահոսք: Այն դառնում է հիզիենիկ և սոցիալական խնդիր՝ վատացնելով հիվանդի կյանքի որակը [5,6,15]: Ստրեսային անմիզապահության պատճառն առավել հաճախ լարվածության ժամանակ միզուկի և միզապարկի վզիկի գերշարժողականությունն է, ինչպես նաև միզուկի փակման սֆինկտերային մեխանիզմի անլիարժեքությունը, որը հաճախ զուգակցվում է կոնքի օրգանների և հեշտոցի պատերի իջեցումով [1,4]:

Եվրոպական և ամերիկյան վիճակագրության տվյալներով, տարեկան, ստրեսային անմիզապահության ախտանիշներով շուրջ 45% կանայք դիմում են ուրոլոգի կամ գինեկոլոգի: Այս հիվանդությունն առավել հաճախական է 40-50 և բարձր տարիքի կանանց շրջանում:

Ստրեսային անմիզապահության զարգացման վտանգի գործոնների մեջ յուրահատուկ տեղ են զբաղեցնում հղիությունը և ծննդաբերությունը: Եվ թեպետ ծննդկանների մեծամասնության միզապահության հսկողությունը վերականգնվում է ինքնաբերաբար՝ ծննդաբերությունից մի քանի շաբաթ կամ ամիս հետո, որոշ կանանց անմիզապահության ախտանիշները պահպանվում են և կարող են ապագայում դառնալ կայուն անմիզապահության զարգացման նախատրամադրող գործոն [11,12,13,14]: Տարբեր հեղինակների տվյալներով՝

անմիզապահություն մեծամասամբ ծագում է ծննդաբերած կանանց մոտ [7,8,9,10], ընդ որում անմիզապահության զարգացման վտանգն ուղղակիորեն կախված է ծննդաբերության քանակից [14]:

Սույն աշխատանքի նպատակը ՄԱ-ի զարգացման վրա նորմալ ընթացող հղիությունների և ծննդաբերությունների ազդեցության, ինչպես նաև ֆիզիոլոգիական ծննդաբերությունների քանակից տվյալ ախտի կախյալության բացահայտումն է:

Նյութը և մեթոդները:

Կատարվել է 2890 կանանց (18-45 տարեկան) հարցում և հետազոտություն, որոնցից 2340-ը 2006թ.-ի հունվարից մինչև 2009թ.-ի հունվարն ընկած ժամանակահատվածում հեշտոցային չբարդացած ժամկետային մեխանիզմով ծննդաբերել են «Սուրբ Աստվածամայր» ԲԿ-ի ծննդատանը և ծննդաբերությունից հետո 2 տարվա ընթացքում գտնվել հսկողության տակ: Մնացած 550 կանայք անամնեզում ծննդաբերություն չեն ունեցել, որոնք կազմել են հետազոտության I (հսկողական) խումբը: 1284 կանայք եղել են առաջնածին՝ կազմելով հետազոտության II խումբը, 1056 -ը անամնեզում ունեցել են մեկից ավել ֆիզիոլոգիական ծննդաբերություն, որոնք կազմել են հետազոտության III խումբը: Ստրեսային անմիզապահություն ախտորոշվել է հարցման, հեշտոցային հետազոտման, ստրեսային անմիզապահությունը բացահայտող ֆունկցիոնալ թեստերի («հազի» և Վալսալայի, Մարշալի և Բոննելի թեստեր) և մի շարք դեպքերում հաստատվել ՌՖՁՀ և համակցված ուրոլինամիկ հետազոտության (ուրոֆլուումետրիա, ռետրոգրադ ջրային ցիստոմետրիա, պոռֆիլոմետրիա) հիման վրա: Անմիզապահության տեսակը բացահայտելու համար մեր կողմից օգտագործվել է Ա.Ս. Պերեվերգևի թեստ-հարցաշարը [3]:

Արդյունքները և քննարկումը:

Հետազոտության արդյունքները վեր հանեցին հսկողական խմբի 34 (6,2%) չծննդաբերած կանանց ստրեսային անմիզապահություն: II խմբի 158 (12,4%) և III խմբի 171 (16,2%) կին նշել են ստրեսային անմիզապահության նշանների զարգացում հղիության ընթացքում, վաղ և ուշ հետծննդյան շրջաններում, ծննդաբերությունից հետո 2 տարվա ընթացքում:

II խմբի 42 (3,3%) և III խմբի 18 (1,7%) կանանց մոտ նկատվել է ստրեսային անմիզապահության կլինիկական ախտանիշների հետզարգացում հետծննդյան 3 ամսվա ընթացքում (աղյուսակ): Մնացած 116 (9%) II խմբի և 153 (14,5%) III խմբի կանանց ստրեսային անմիզապահության կայուն կլինիկական նշանները պահպանվել են, որոնց ախտորոշումը հաստատվել է կլինիկական և գործիքային հետազոտությունների հիման վրա: Ստրեսային անմիզապահության կայուն կլինիկական ախտանիշներով II և III խմբի միայն 48 (17,8%) կանայք են վիրահատվել անմիզապահության և կոնքի հատակի անլիարժեքության շտկման նպատակով:

Աղյուսակ

Ստրենային անմիզապահության զարգացման հաճախականությունը

	I խումբ	II խումբ	III խումբ
	Չձնմղաբերած կանայք (n=550)	Առաջնածին (n=1284)	Կրկնածին (n=1056)
Ստրենային անմիզապահության հաճախականությունը, որոնցից՝	34 (36,2%)	158 (12,4%)	171 (16,2%)
ստրենային անմիզապահության ախտանիշների հետզարգացում	-	42 (3,3%)	18 (1,7%)
ստրենային անմիզապահության կալուն կլինիկա	34 (6,2%)	116 (9,1%)	153 (14,5%)

Այսպիսով՝ հղիների և ծննդկանների համար, նույնիսկ հղիության և ծննդաբերության նորմալ ընթացքի դեպքում, ստրեսային անմիզապահության զարգացմանը նպաստող գործոն է կոնքի հատակի օրգանների վրա բարձր լարվածությունը, մկանների և կապանային համակարգի թուլացումը, գերձգվածությունը և փոքր վնասվածությունը, և որպես հետևանք՝ միզուկի սֆինկտերային համակարգի շեղումը: Ծննդողիներով պտղի գլխի անցման դեպքում տեղի է ունենում փափուկ հյուսվածքների գերճնշում, որի հետևանքով կարող են առաջանալ վերջիններիս նյարդավորման և արյան շրջանառության խանգարում, ինչը հետագայում ազդում է դրանց ֆունկցիայի վրա:

Եզրակացություն:

1. Ստրեսային անմիզապահությունը հաճախական է ծննդաբերած կանանց շրջանում՝ ի տարբերություն չծննդաբերած կանանց:
2. Տվյալ ախտաբանության հաճախականության տարբերությունը առաջնածինների և կրկնածինների շրջանում աննշան է:
3. Մի շարք դեպքերում նկատվում է ստրեսային անմիզապահության կլինիկական ախտանիշների հետզարգացում ծննդաբերությունից հետո, ընդ որում՝ կրկնածինների շրջանում տվյալ միտումը նվազում է:

Գրականություն (տես՝ էջ 72)