

ТИББИЁТДА ҚЎЛЛАНИЛИШИГА ДОИР ЙЎРИҚНОМА ДЕКСАМЕТАЗОН

Препаратнинг савдо номи: Дексаметазон

Таъсир этувчи модда (ХПН): дексаметазон

Дори шакли: таблеткалар

Таркиби:

1 таблетка қуйидагиларни сақлайди:

фаол модда: 0,5 мг дексаметазон;

ёрдамчи моддалар: лактоза моногидрати, олдиндан желатинланган крахмал (маккажўхори), сувсиз коллоидли кремний диоксиди, магний стеарати.

Таърифи: оқ ёки деярли оқ рангли, думалоқ шаклли, четлари кесилган таблеткалар.

Фармакотерапевтик гуруҳи: глюкокортикостероид.

АТХ коди: H02AB02

Фармакологик хусусиятлари

Фармакодинамикаси

Дексаметазон – синтетик глюкокортикостероид (ГКС), фторпреднизолоннинг метил гуруҳи қўшилган ҳосиласи бўлиб, лимфоцитлар ва макрофаглардан интерлейкин-1 ва интерлейкин-2, гамма интерферонини ажралиб чиқишини тормозлайди. Яллиғланишга, аллергияга, шокка қарши, десенсибилизация қилувчи, антитоксик ва иммунодепрессив таъсир кўрсатади. Гипофиз томонидан адренкортикотроп гормон (АКТГ) ва бета-липотропиннинг ажралиб чиқишини сусайтиради, бироқ айланиб юрувчи бета-эндорфин миқдорини камайтирмайди. Тиретроп гормон (ТТГ) ва фолликулани рағбатлантирувчи гормон (ФРГ) нинг секрециясини сусайтиради.

Марказий нерв тизимининг (МНТ) қўзғалувчанлигини оширади, лимфоцитлар ва эозинофиллар миқдорини камайтиради, бироқ эритроцитлар миқдорини оширади (эритропоезиснинг ишлаб чиқарилишини рағбатлантиради).

Махсус цитоплазматик рецепторлар билан ўзаро таъсир қилади, хужайра ядросига ўтадиган мажмуани ҳосил қилади, оксилларни, шу жумладан хужайрали самараларга восита бўладиган, липокортинни индукция қиладиган матрицали рибонуклеин кислотанинг (мРНК) синтезини рағбатлантиради. Липокортин фосфолипаза А2 ни сусайтиради, арахидон кислотанинг ажралиб чиқишини сусайтиради ва яллиғланиш, аллергия ва ҳоказо жараёнларга ёрдам берадиган эндопероксидлар, простагландинлар (P_g), лейкотриенлар синтезини сусайтиради.

Оқсил алмашувига таъсири: плазмадаги оксиллар миқдорини (глобулинлар ҳисобига) камайтиради ва альбумин/глобулин коэффицентини оширади, жигар ва буйракдаги альбуминлар синтезини оширади, мушак тўқимасидаги оқсил метаболизминини кучайтиради.

Липид алмашувига таъсири: юқори ёғли кислоталар ва триглицеридлар (ТГ) синтезини оширади, ёғни қайта тақсимлайди (ёғни асосан елка, юз ва корин соҳасида йиғилиб қолишини), гиперхолестеринемиянинг ривожланишига олиб келади.

Углевод алмашувига таъсири: меъда-ичак йўлларида (МИЙ) углеводлар сўрилишини оширади, глюкозанинг жигардан қонга ўтишини кўпайтирадиган глюкозо-6-фосфатаза фаоллигини оширади, фосфоенолпируваткарбоксилаза синтезини ва глюконеогенезнинг фаоллашувига олиб келадиган аминотрансферазалар фаоллигини оширади.

Сув-электролит алмашувига таъсири: организмдаги натрий ионлари (Na⁺) ва сувни тутиб қолади, калий ионларининг (K⁺) чиқарилишини рағбатлантиради

(минералокортикостероидли (МКС) фаоллик), калций ионларининг (Ca^{2+}) МИЙ дан сўрилишини камайтиради, Ca^{2+} ни суяклардан «ювиб чиқаради», буйрак орқали Ca^{2+} чиқарилишини оширади.

Яллиғланишга қарши таъсири эозинофиллар томонидан яллиғланиш медиаторларининг ажралиб чиқишини сусайтириш билан, липокортиннинг ҳосил бўлишининг индукция қилиниши ва гиалурин кислотани ишлаб чиқарадиган семиз хужайралар миқдорини камайтириши, капилляр ўтказувчанлигини камайтириши, хужайралар мембраналари ва органеллалар мембраналарининг (айниқса лизосомал) барқарорлашуви билан боғлиқ.

Аллергияга қарши таъсири аллергия медиаторлари синтезини ва секрециясини сусайтирилиши, сенсibiliзация қилинган семиз хужайралардан ва базофиллардан гистамин ҳамда бошқа биологик фаол моддаларнинг ажралиб чиқишини тормозлаш, айланиб юрадиган базофиллар миқдорининг камайтириши, лимфоидли ва бириктирув тўқима ривожланишини бостирилиши, Т- ва В-лимфоцитлар, бўлиқ хужайралар миқдорининг камайтириши, эффекторли хужайраларнинг аллергия медиаторларига нисбатан сезувчанлигини камайтириши, антителоларнинг юзага келишини сусайтириши, организмнинг иммунли жавобининг ўзгариши натижасида ривожланади.

Ўпканинг сурункали обструктив касалликларида (ЎСОК) таъсир қилиши асосан яллиғланиш жараёнларини тормозлашга, шиллиқ қаватлар шиши ривожланишининг сусайтириши ёки олдини олишга, бронхлар эпителийсининг шиллиқ ости қатламининг эозинофилли инфильтрациясини тормозлашга, бронхлар шиллиқ пардасида айланиб юрувчи иммунли мажмуаларнинг йиғилиб қолиши, шунингдек шиллиқ парданинг эрозия бўлиши ва десквамациясини тормозлашга асосланган. Бронхларнинг майда ва ўрта ўлчамдаги бета-адренорецепторлари эндогенли катехоламинларга ва экзогенли симпатомиметикларга сезувчанлигини оширади, бронх секретларини сусайтириш ёки уларнинг ишлаб чиқарилишини камайтириш ҳисобига бронх секретлари қовушқоқлигини камайтиради.

Шокка қарши ва антитоксик таъсири артериал босимнинг (АБ) нинг кўтарилиши (айланиб юрувчи катехоламинлар концентрациясининг ошиб кетиши ва уларга нисбатан адренорецепторлар сезувчанлигини қайта тикланиши, шунингдек вазоконстрикция ҳисобига), томир девори ўтказувчанлигининг пасайиши, мембранопротекторлик хоссалар, эндо- ва ксенобиотиклар метаболизмида иштирок этадиган жигар ферментларининг фаоллашуви билан боғлиқ. Имунодепрессияловчи таъсири лимфоцитлар ва макрофаглардан цитоклинларнинг (интерлейкин-1, интерлейкин-2, гамма интерферон) ажралиб чиқишини тормозланиши билан боғлиқ. АКТГ синтези ва секрециясини, ва иккиламчи – эндогенли ГКС лар синтезини сусайтиради. Яллиғланиш жараёни давомида тўқималарни бирлаштирувчи реакцияларни тормозлайди ва чандикли тўқиманинг юзага келиш эҳтимолини пасайтиради.

Таъсир қилишининг ўзига хослиги – гипофиз функцияларининг сезиларли даражадаги ингибиция қилиниши ва деярли МКС фаоллигининг йўқлигидир. 1-1,5 мг/сутка дозалари буйрак усти безлари пўстлогини сусайтиради, биологик ярим чиқарилиш даври ($T_{1/2}$) – 32-72 соат (гипоталамус-гипофиз-буйрак усти безларининг пўслоқ қатлами тизимининг сусайиш давомийлиги).

Глюкокортикостероидли фаоллигининг кучига кўра 0,5 мг дексаметазон тахминан 3,5 мг преднизон (ёки преднизолон), 15 мг гидрокортизон ёки 17,5 мг кортизонга мувофиқ келади.

Фармакокинетикаси

Сўрилиши

Ичга қабул қилингандан кейин тез ва тўлиқ сўрилади, дексаметазоннинг қон плазмасидаги максимал концентрацияси – 1-2 соат.

Тақсимланиши

Қон плазмасида специфик оксил-ташувчиси - транскортин билан боғланади (60-70 %) Гистогематик тўсиқлар орқали осон ўтади (шу жумладан гематоэнцефалик ва йўлдош тўсиқлар).

Метаболизми

Жигарда фаол бўлмаган метаболитларгача метаболизмга учрайди (асосан глюкурон ва сульфат кислоталар билан конъюгация бўлиш орқали).

Чиқарилиши

Буйрақлар орқали чиқарилади (дексаметазоннинг кичик миқдори кўкрак сутига ўтади). Ярим чиқарилиш даври – 3-5 соат.

Қўлланилиши

Бириктирувчи тўқиманинг тизимли касалликлари (tizimli қизил югурик, склеродермия, тугунли периартериит, дерматомиозит, ревматоидли артрит).

Бўғимларнинг ўткир ва сурункали яллиғланиш касалликлари: подаграли ва псориастик артрит, остеоартроз (шу жумладан жароҳатдан кейин), полиартрит, елка-куракли периартрит, анкилозловчи спондилит (Бехтерев касаллиги), ювенил артрит, катталардаги Стилл синдроми, бурсит, нспецифик тендосиновит, синовит ва эпикондилит.

Ревматик безгак, ўткир ревмокардит.

Ўткир ва сурункали аллергия касалликлар: дори воситаларига ва озиқ-овқатга аллергия реакциялар, зардоб касаллиги, эшакеми, аллергия ринит, ангионевротик шиш, дори экзантемаси, поллиноз.

Тери касалликлари: пўрсилдоқ яра, псориаз, экзема, атопик дерматит, диффузияли нейродермит, контактли дерматит (терининг катта юзаси шикастланиши билан), токсидермия, себореяли дерматит, эксфолиатив дерматит, токсик эпидермал некролиз (Лайелл синдроми), буллезли герпетик шакли дерматит, хавфли экссудатив эритема (Стивенс-Джонсон синдроми).

Бош мия шиши ва/ёки жарроҳлик аралашуви ёки нур билан шикастланишга боғлиқ бўлган бош мия шиши (фақат мия ички босим ошиши симптомлари магнит-резонансли ёки компьютер томографияси натижалари билан тасдиқлан бўлса).

Кўзларнинг аллергия касалликлари: тўр пардасининг аллергия яралари, конъюнктивитнинг аллергия шакллари.

Кўзнинг яллиғланиш касалликлари: симпатик офтальмия, оғир ва суст кечувчи олдинги ва орқа уветилар, кўриш нервининг неврити.

Бирламчи ва иккиламчи буйрак усти безларининг етишмовчилиги (шу жумладан буйрак усти безлари олиб ташланган ҳолат).

Туғма буйрак усти безлари гиперплазияси.

Аутоиммун генезли буйрақларининг касалликлари (шу жумладан ўткир гломерулонефрит), нефротик синдром.

Нимўткир тиреоидит.

Қон яратиш органлари касалликлари: агранулоцитоз, панмиелопатия, аутоиммунли гемолитик анемия, ўткир лимфо- ва миелоидли лейкозлар, лимфогранулематоз, тромбоцитопеник пурпура, катталардаги иккиламчи тромбоцитопения, эритробластопения (эритроцитар анемия), туғма (эритроидли) гипопластик анемия.

Ўпка касалликлари: ўткир альвеолит, ўпка фибрози, II-III босқич саркоидоз.

Бронхиал астма (bronхиал астма фақат оғир кечган вақтда, ингаляцион ГКС ларни қабул қилиш самарали бўлмаганида ёки уларни қабул қилиш имкони йўқлигида буюрилади).

Туберкулёзли менингит, ўпка туберкулёзи, аспирацион пневмония (специфик кимё терапияси билан биргаликда).

Бериллиоз, Леффлер синдроми (бошқа даволаш таъсир қилмаганида).

Ўпка раки (цитостатиклар билан биргаликда).

Тарқоқ склероз.

МИЙ касалликлари: ярали колит, Крон касаллиги, маҳаллий энтерит.

Гепатит.

Мажмуавий даволаш доирасида трансплантатнинг қабул қилинмаслиги реакциясини олдини олиш. Онкологик касалликлар фонидаги гиперкальциемия, цитостатик терапияни амалга ошириш вақтидаги кўнгил айланиши ва қусиш.

Миелома касаллиги.

Гиперплазиянинг (гиперфункция) ва буйрак усти безлари қобилиятининг ўсмасини ни амалга ошириш вақтида намуна олиш.

Буйрак усти безлари пўстлоғининг гиперплазияси (гиперфункция) ва ўсмаларини солиштирма диагностика қилишдаги синама ўтказишда қўлланади

Қўллаш усули ва дозалари

Ўлчами касаллик тури, унинг фаоллик даражаси ва пациент жавобининг характериға боғлиқ равишда индивидуал танланадиган дозаларда ичға қабул қилинади.

Ўрта суткалик доза – 0,75-9 мг. Оғир ҳолатларда 3-4 та қабул қилишға бўлинган катта дозалар ҳам қўлланилиши мумкин. Максимал суткалик доза одатда 15 мг ни ташкил этади. Даволаш самарасиға эришилганидан кейин дозани бир маромда ушлаб турувчи дозагача – 2-4,5 мг/кун аста-секин камайтириш мумкин (одатда 3 кунда 0,5 мг га). Энг кичик самарадор доза – 0,5-1 мг/сутка. Болаларға (ёшиға боғлиқ) 3-4 та қабул қилишға мўлжаллаб 83,3-333,3 мкг/кг ёки 2,5-10 мг/м²/сутка буюрилади.

Дексаметазон қўллашнинг давомийлиги патологик жараён характериға ва даволашнинг самарадорлигиға боғлиқ бўлиб, бир неча кундан бир неча ойгача ва ундан ортиқ даврни ташкил этади. Даволаш аста-секин тўхтатилади (якунида бир нечта кортикотропин инъекциялари буюрилади).

Бронхиал астмада, ревматоидли артритда, ярали колитда – 1,5-3 мг/сутка; тизимли қизил югурикда – 2-4,5 мг/сутка; онкогематологик касалликларда – 7,5-10 мг.

Ўткир аллергик касалликларни даволаш учун мажмуада парентерал ва перорал юбориш мақсадға мувофиқ: 1 кун – 4-8 мг парентерал; 2 кун – ичға, 4 мг 3 марта; 3, 4 кунлари – ичға, кунига 2 маҳал 4 мг дан; 5, 6 кунлари – 4 мг/сутка, ичға; 7 кун – препаратни бекор қилиш.

Дексаметазон билан синама (Лиддл синамаси) кичик ва катта тестлар кўринишида амалга оширилади. Кичик тестда дексаметазон пациентға бир кун давомида ҳар 6 соатда 0,5 мг дан берилади (яъни эрталаб соат 8 да, соат 14 да, соат 20 да ва кечаси соат 2 да). 17-оксикортикостероидларни ёки эркин кортизолни аниқлаш учун сийдик эрталаб соат 8 дан иккинчи куннинг эрталаб соат 8 гача дексаметазон тайинланмагунча ва шунингдек худди ўша вақт оралиқларида дексаметазоннинг кўрсатилган дозаларини қабул қилгандан кейин йиғиб олинади. Дексаметазонни бу дозалари деярли барча соғлом шахсларда кортикостероидларнинг ҳосил бўлишини сусайтиради. Дексаметазоннинг охириги дозасидан кейин 6 соат ўтгач плазмадаги кортизол миқдори 135-138 нмоль/л (4,5-5 мкг/100 мл дан кам) дан пасайиб кетади. 17-оксикортикостероидлар чиқиб кетишининг 3 мг/сутка дан паст бўлиши, эркин кортизолнинг эса 54-55 нмоль/кун дан паст бўлиши (19-20 мкг/суткадан паст) буйрак усти безлари пўстлоғи гиперфункциясини истисно қилади. Иценко-Кушинг касаллиги ёки синдромиға эға бўлган пациентларда кичик тест ўтказилганида кортикостероидлар секрециясида ўзгаришлар аниқланмайди.

Катта тест ўтказилганида дексаметазон 2 кун давомида ҳар 6 соатда 2 мг дан буюрилади (яъни кунига 8 мг дан). Шунингдек 17-оксикортикостероидлар ёки эркин кортизолни аниқлаш учун (зарурат туғилганида плазмадаги эркин кортизол аниқланади) сийдик йиғилади. Иценко-Кушинг касаллигида 17-оксикортикостероидлар ёки эркин кортизол чиқарилиши 50% ва ундан кўпроқға пасайиши кузатилади, ваҳоланки буйрак усти безлари ўсмалари ҳолатида ёки адренотроп-эктопирланган (ёки кортиколиберин-эктопирланган) синдромда кортикостероидларнинг чиқарилиши ўзгармайди. Адренотроп-эктопирланган синдромға эға бўлган айрим пациентларда ҳаттоки 32

мг/сутка дозада дексаметазон қабул қилинганида ҳам кортикостероидлар чиқарилишини пасайиши аниқланмайди.

Ножўя таъсирлари

Ножўя таъсирларнинг ривожланиш тезлиги ва намоён бўлиши қўллашнинг давомийлигига, қўлланилаётган доза катталигига ва тайинлашнинг циркадали ритмига риоя қилиш имкониятига боғлиқ. Одатда дексаметазон яхши ўзлаштирилади. У паст МКС фаолликка эга, яъни унинг сув-электролит алмашувига таъсири катта эмас. Одатда, дексаметазоннинг паст ва ўрта дозалари организмда Na^+ ва сувнинг тутилишини, K^+ ни юқори экскрециясини келтириб чиқармайди. Қуйидаги ножўя таъсирлар таърифланган:

Юқумли ва паразитар касалликлар: инфекциянинг ривожланиши ёки кучайиши (бу ножўя таъсирнинг юзага келишига бир вақтда қабул қилинадиган иммунодепрессантлар ва вакцинация ёрдам беради), инфекцияларнинг яширилиши.

Қон ва лимфа тизими томонидан бузилишлар: ўрта даражадаги лейкоцитоз, лейкоцитурия, лимфопения, эозинопения, полицитемия.

Иммун тизими томонидан бузилишлар: тарқалган (тери тошмаси, тери қичишиши, анафилактик шок), маҳаллий аллергик реакциялар.

Эндокрин тизими томонидан бузилишлар: глюкозага нисбатан толерантликнинг пасайиши, «стероидли» қандли диабет ёки латент қандли диабетнинг намоён бўлиши, буйрак усти безлари функцияларининг сусайиши, Иценко-Кушинг синдроми (ойсимон юз, гипопизар турдаги семириш, гирсутизм, АБ нинг кўтарилиши, дисменорея, аменорея, миастения, стриялар), болаларда жисмоний ривожланишнинг кечикиши.

Моддалар алмашуви ва овқатланиш томонидан бузилишлар: гиперхолестеринемия, Ca^{2+} ни юқорида даражада чиқарилиши, гипокальциемия, тана вазнининг ошиши, салбий азотли баланс (оксилларнинг юқори даражада парчаланиши), юқори даржада тер ажралиши, эпидурал липоматоз.

МКС фаоллиги билан боғлиқ – суюқлик ва Na^+ ни тутилиб қолиниши (периферик шишлар), гипернатриемия, гипокалиемик синдром (гипокалиемия, аритмия, миалгия ёки мушаклар спазми, ғайри оддий холсизлик ва чарчоқ).

Руҳиятнинг бузилиши: асабийлашиш ёки ҳаяжонланиш, уйқусизлик, эмоционал лабиллик, делирий, дезориентация, эйфория, галлюцинациялар, маниакал-депрессив психоз, депрессия, паранойя, ўз жонига қасд қилишга мойиллик.

Нерв тизими томонидан бузилишлар: бош мия ички босимнинг кўтарилиши, миачанинг псевдошиши, бош оғриғи, тиришишлар.

Кўриш аъзоси томонидан бузилишлар: кўришнинг ноаниқлиги, орқа субкапсуляр катаракта, кўриш нервининг мумкин бўлган шикастланиши билан кечадиган кўз ичи босимининг кўтарилиши, иккиламчи бактериал, замбуруғли ёки вирусли кўз инфекцияларининг ривожланишига мойиллик, тўр пардасининг трофик ўзгаришлари, экзофтальм, тўр пардасининг перфорацияси, марказий серозли хориоретинопатия.

Эшитиш аъзоси томонидан ва лабиринтли бузилишлар: бош айланиши, вертиго.

Юрак ва қон томирлар томонидан бузилишлар: аритмиялар, брадикардия (юракнинг тўхтаб қолишигача), СЮЕ нинг ривожланиши (мойил бўлган пациентларда) ёки прогресс қилиши, гипокалиемия учун характерли бўлган электрокардиографик ўзгаришлар, АБ нинг кўтарилиши, гиперкоагуляция, тромбозлар ва тромбозэмболиялар, васкулит, капиллярлар синувчанлигининг ошиши. Ўткир ва нимўткир миокард инфарктига эга бўлган пациентларда – некроз ўчоғининг тарқалиши, чандикли тўқима шаклланишининг секинлашуви, бу ҳолат юрак мушаги ёрилишига олиб келиши мумкин.

Овқат ҳазм қилиш тизими томонидан бузилишлар: кўнгил айнаши, қусиш, қориндаги оғриқлар, эпигастрал соҳадаги ўнғайсизлик ҳисси, панкреатит, «стероидли» меъда ва 12 бармоқ ичак яраси, эрозив эзофагит, меъда ва ичак деворларининг перфорацияси ва қон кетиши, иштаҳанинг кўтарилиши ёки тушиб кетиши, метеоризм, ҳиқичоқ. Камдан кам

ҳолатларда – «жигарли» трансаминазалар ва ишқорий фосфатаза фаоллигининг ошиб кетиши.

Суяк-мушак тизими ва бириктирув тўқимаси томонидан бузилишлар: болаларда ўсиш суръатининг ва суяк ҳосил бўлиш жараёнларининг сустлашуви (эпифизар ўсиш зоналарининг вақтидан олдин ёпилиши), остеопороз (жуда камдан кам ҳолатда – суякларнинг патологик синишлари, елка ва сон суяги бошчасининг асептик некрози), мушаклар пайининг узилишлари, «стероидли» миопатия, мушак массасининг камайиши (атрофия).

Тери ва тери ости тўқималари томонидан бузилишлар: яраларнинг секин битиши, петехиялар, экхимозлар, терининг юпқалашиши, тери ва тери ости клетчаткасининг атрофияси, гипер- ёки гипопигментация, «стероидли» ҳуснбузарлар, стриялар, пиодермия ва кандидозларнинг ривожланишига мойиллик, тери пигментациясининг бузилиши (гипо- ёки гиперпигментация), телеангиоэктазиялар.

Умумий бузилишлар ва юбоиш жойидаги бузилишлар: «бекор қилиш» синдроми.

Қўллаш мумкин бўлмаган ҳолатлар

«Ҳаётий» кўрсатмалар бўйича қисқа муддатли қўллаш учун ягона қўллаш мумкин бўлмаган ҳолатлар бўлиб дексаметазонга ва препаратнинг ёрдамчи моддаларига нисбатан юқори сезувчанлик; тизимий микоз; кўкрак билан эмизиш даври; препаратнинг иммуносупрессив дозалари билан кучсизланган ва тирик вакциналарни қўллаш ҳисобланади.

Дексаметазон препаратини лактозани ўзлаштира олмайдиган, лактаза танқислиги ва глюкозо-галактозали мальабсорбция синдромига эга бўлган пациентларда қўллаш мумкин эмас, чунки Дексаметазон препарати таркибида лактоза бор.

Эҳтиёткорлик билан

Паразитар ва юқумли касалликлар вирусли, замбуруғли ёки бактериал табиатга эга бўлган касалликлар (яқинда бошидан ўтказган ёки айна вақтда касал бўлган, шу жумладан яқин орада пациент билан бўлган контакт) – оддий герпес, ўраб олувчи герпес (виремик фазаси), сувчечак, қизамиқ; амебиаз, стронгилоидоз (аниқланган ёки гумон қилинаётган); фаол ва латентли туберкулёз. Оғир инфекцион касалликларда препарат фақат специфик микробга қарши терапия фонида қўлланиши мумкин.

Вакцинагача ва вакцинадан кейинги давр (вакцинациядан 8 ҳафта олдин ва 2 ҳафта кейин), БЦЖ эмлашидан кейинги лимфаденит, иммун танқислиги ҳолатлар (шу жумладан ОИТС ёки ОИВ-инфекцияланиш).

Меъда-ичак йўли касалликлари: меъданиннг ва 12 бармоқ ичакнинг ярали касаллиги, эзофагит, гастрит, ўткир ва латентли пептик яра, яқинда бўлган ичак анастомози, перфорация ёки абсцессланиш хавфи бор ярали колит, дивертикулит.

Юрак-қон томир касалликлари, шу жумладан яқинда ўтказилган миокард инфаркти (ўткир ёки нимўткир миокард инфарктига эга бўлган пациентларда некроз ўчоғи тарқалиши, чандикли яра шаклланишининг секинлашуви ва бунинг оқибатида – юрак мушаги ёрилиши мумкин), декомпенсацияли сурункали юрак етишмовчилиги (СЮЕ), артериал гипертензия, гиперлипидемия.

Эндокринли касалликлар: қандли диабет (шу жумладан углеводларга нисбатан толерантликнинг бузилиши), тиреотоксикоз, гипотиреоз, Иценко-Кушинг касаллиги.

Оғир сурункали буйрак ва/ёки жигар етишмовчилиги, нефроуролитиаз, гипоальбуминемия ва унинг пайдо бўлишига шароит яратадиган ҳолатлар, тизимий остеопороз, миастения gravis, ўткир психоз, оғир аффектив бузилишлар (шу жумладан анамнезда), семизлик (III-IV даража), полиомиелит (бульбар энцефалитдан ташқари), очик бурчакли ва ёпиқ бурчакли глаукома, кекса ёшдаги пациентларга препаратни қўллаш (остеопороз ва артериал гипертензияни юзага келиш хавфи юқори бўлгани сабабли), оддий герпес вируси билан боғлиқ кўз инфекциялари (тўр пардаси перфорацияси хавфи), ҳомиладорликда эҳтиёткорлик билан қўллаш лозим.

Ўсиш давридаги болаларда ГКС фақатг мутлақ кўрсатмалар бўйича, ҳамда даволовчи шифокорнинг қатъий назорати остида қўлланилиши лозим.

Дориларнинг ўзаро таъсири

Дексаметазон юрак гликозидларининг токсиклигини оширади (юзага келадиган гипокалиемия сабабли аритмиянинг ривожланиш хавфи ошади).

Ацетилсалицил кислотанинг чиқарилишини тезлаштиради, унинг қондаги концентрациясини камайтиради (дексаметазон бекор қилинганида қондаги салицилатлар концентрацияси ва ножўя таъсирларнинг ривожланиш хавфи ошади).

Тирик вирусга қарши вакциналар билан бир вақтда қўлланилганида ва бошқа иммунизация турлари фонида вируслар фаоллашуви ва инфекциялар ривожланишининг хавфини оширади.

Изониазид, мексилетин метаболизмни оширади (айниқса «тез ацетиляторлар» да), бу эса уларнинг плазмадаги концентрациясининг пасайишига олиб келади.

Парацетамолнинг гепатотоксик таъсирининг ривожланиш хавфини оширади («жигарли» ферментлар индукцияси ва парацетамолнинг токсик метаболитининг юзага келиши).

Фолат кислотасининг миқдорини оширади (узоқ даволаш вақтида).

ГКС келтириб чиқарадиган гипокалиемия миорелаксантилар фонида мушак блокадасининг намоён бўлиши ва давомийлигини ошириши мумкин.

Юқори дозаларда соматропин самарасини пасайтиради.

Антацидлар ГКС нинг сўрилишини камайтиради.

Дексаметазон гипогликемик дори воситалари таъсирини камайтиради, кумарин ҳосилаларининг антикоагулянт таъсирини кучайтиради.

Ичак ичида D витаминининг Ca^{2+} ни сўрилишига таъсирини камайтиради. Эргокальциферол ва паратгормон ГКС келтириб чиқарадиган остеопатиянинг ривожланишига тўсқинлик қилади. Қондаги празиквантел концентрациясини камайтиради.

Циклоспорин (метаболизмни сусайтиради) ва кетоконазол (клиренсни пасайтиради) токсиклигини оширади.

Тиазидли диуретиклар, карбоангидраза ингибиторлари, бошқа ГКС ва амфотерицин В гипокалиемиянинг ривожланиш хавфини, таркибида натрий бўлган дори воситалари – шишлар ва АБ нинг кўтарилиши хавфини оширади.

Ностероид яллиғланишга қарши препаратлар (НЯҚП) ва этанол МИЙ шиллик қаватида яралар пайдо бўлиш, қон кетишлари хавфини оширади, НЯҚП билан мажмуада артритни даволаш учун даволаш самарасининг суммацияси ҳисобига ГКС дозасини камайтириш мумкин.

Индометацин, дексаметазонни албуминлар билан боғланишидан сиқиб чиқариб унинг ножўя таъсирлари ривожланиши хавфини оширади.

Амфотерицин В ва карбоангидраза ингибиторлари остеопороз хавфини оширади. ГКС нинг даволаш самараси фенитоин, барбитуратлар, эфедрин, теофиллин, рифампицин ва бошқа «жигарли» микросомал ферментлар индукторларининг таъсирини (метаболизм тезлигининг ошиб кетиши) камайтиради.

Митотан ва буйрак усти безлари пўстлоғи функцияларининг бошқа ингибиторлари ГКС дозасининг кўтарилиши заруриятига сабаб бўлиши мумкин.

ГКС клиренси қалқонсимон без гормонлари фонида кўтарилади.

Иммунодепрессантлар инфекциялар ва лимфомалар ёки Эпштейн-Барр вируси билан боғлиқ бўлган бошқа лимфопрлифератив бузилишларининг ривожланиш хавфини оширади.

Эстрогенлар (шу жумладан таркибида эстрогенлар сақловчи перорал контрацептивлар) ГКС клиренсини пасайтиради, уларнинг ярим чиқарилиш даврини ва даволаш ҳамда токсик самараларини узайтиради. Гирсутизм ва ҳуснбузарларнинг юзага келишига бошқа

стероидли гормонал воситаларнинг - андрогенлар, эстрогенлар, анаболик стероидлар, перорал контрацептивларнинг бир вақтда қўлланилиши ёрдам беради.

Трициклик антидепрессантлар дексаметазонни қабул қилиш билан юзага келган депрессиянинг намоён бўлишини кучайтириши мумкин (ушбу ножўя таъсирлар даволаш учун кўрсатилмаган).

Катарактанинг ривожланиш хавфи бошқа ГКС ларни, антипсихотик дори воситаларини (нейролептикларни), карбутамид ва азатиопиринни қўллаш фонида кўтарилади. М-холиноблокаторлар (шу жумладан антигистаминли дори воисталари, трициклик антидепрессантлар), нитратлар билан бир вақтда қўллаш кўз ичи босимининг ошиб кетишига ёрдам беради.

Фторхинолонлар билан бир вақтда қўлланилганида кекса ёшдаги пациентларда ва пайлар касалликларига эга бўлган пациентларда тендопатиянинг (асосан ахилл пайини) юзага келиш хавфини оширади.

Безгакка қарши воситалар (хлорохин, гидроксихлорохин, мефлохин) дексаметазон билан бир вақтда қўлланилганида миопатия, кардиомиопатиянинг ривожланиш хавфи ошади.

Ангиотензинга айлантирувчи фермент ингибиторлари дексаметазон билан бир вақтда қўлланилса периферик қон таркибини ўзгартириши мумкин.

СҮРЗА изоферментлари ингибиторлари, шу жумладан таркибида кобицистат бўлган препаратлар билан бир вақтда қўлланилганида тизимий ножўя самаралар ривожланиш хавфи ортиши мумкин.. Қўлланишнинг фойдаси ГКС нинг тизимий ножўя таъсирларининг ривожланиш хавфидан юқори бўлган ҳолатлардан ташқари бир вақтда қўллашдан сақланиш лозим, бу ҳолда пациентлар ГКС нинг тизимий ножўя таъсирлари ривожланиши борасида кузатув остида бўлишлари лозим.

Махсус кўрсатмалар

Интеркуррент инфекцияларда, септик ҳолатларда ва туберкулёзда дексаметазон тайинланганида латентли туберкулёзга, БЦЖ вакцинациясидан кейин лимфаденитга учраган пациентларда, полиомелит, ўткир ва сурункали бактериал, паразитар инфекцияларга эга бўлган пациентларда, меъданинг ва/ёки ичакнинг яра касаллигига, остеопорозга эга бўлган пациентларда препарат қўлланилганида бир вақтнинг ўзида специфик антибактериал даволашни амалга ошириш зарур бўлади.

Ҳар куни қўлланилганида даволашнинг 5 ойига келиб буйрак усти безлари пўстлоқларининг атрофияси ривожланади.

Инфекциянинг айрим симптомларини яшириши мумкин; даволаш вақтида иммунлаштиришни амалга оширишнинг фойдаси бўлмайди.

ГКС бирданига бекор қилинганида, айниқса аввал юқори дозалар қабул қилинган ҳолатларда, ГКС ни «бекор қилиш» синдроми юзага келади (гипокортицизм билан боғлиқ бўлмаган): иштаҳанинг пасайиши, кўнгил айниши, тормозланиш, тарқалган мушак-суяк оғриқлари, астения, шунингдек ўткир буйрак усти бези етишмовчилиги ҳам юзага келиши мумкин (АБ нинг тушиб кетиши, аритмия, юқори даражада тер ажралиб чиқиши, бемадорлик, олигоанурия, қусиш, кориндаги оғриқлар, ич кетиши, галлюцинациялар, ҳушдан кетишлар, кома).

Бекор қилинганидан кейин бир неча ой давомида буйрак усти безлари пўстлоқларининг нисбий етишмовчилиги сақланиб қолади. Агар бу даврда стресс ҳолатлари юзага келса, вақтинча ГКС буюрилади (кўрсатмалар бўйича), зарурат туғилганида минералокортикостероидлар билан бир вақтда қўлланилади.

Даволаш вақтида стресс ҳолатлари юзага келганида (жарроҳлик аралашуви, травма) дексаметазон дозасини вақтинча ошириш зарур бўлади. Стрессдан олдин ҳам, стрессдан кейин ҳам препаратнинг вақтинча дозасини ошириш зарур бўлади.

Болаларда узок даволаш вақтида ўсиш ва ривожланиш динамикаси устидан синчковлик билан назорат ўрнатиш зарур бўлади. Қизамиқ ёки сувчечак билан оғриган пациентлар билан мулоқот қилган болаларга профилактик равишда иммуноглобулинлар буюрилади.

Дексаметазон билан даволаш вақтида (айниқса узоқ вақт) окулист назорат қилиши, АБни ва сув-электролит алмашувини, шунингдек периферик қон манзарасини ва қондаги глюкоза концентрациясини назорат қилиш зарур бўлади. Нохуш ҳолатларни камайтириш мақсадида анаболик стероидларни, антацидларни буюриш, шунингдек K^+ нинг организмга келиб тушишини ошириш лозим бўлади (калий ва кальцийга, витамин D га бой бўлган овқатни истеъмол қилиш, ёки калий, кальций, ва D витаминига бой бўлган препаратларни қабул қилиш). Овқат оқсилларга, витаминларга бой, таркибида бир оз ёғлар, углеводлар ва туз бўлиши керак.

Ўсиш давридаги болаларга ГКС лар фақат мутлақ кўрсатмалар бўйича буюрилиши ва улар даволовчи шифокорнинг қатъий назорати остида бўлишлари лозим.

Дексаметазон қўлланилганида оғир анафилактик реакциялар, брадикардиянинг юзага келиш хавфи мавжуд бўлади.

Препарат билан даволаш фонида стронгилодиознинг фаоллашиш хавфи ортади.

Препарат билан даволаш вақтида СЮЕ, назорат қилинмайдиган артериал гипертензияси, жароҳатлар ва тўр пардасининг ярали шикастланишлари, глаукомаси бўлган пациентларнинг ҳолати устидан синчковлик билан назорат ўрнатиш зарур.

Миастениянинг кечиши ёмонлашиши мумкин.

ГКС ни қўллаш фонида сперматозоидларнинг ҳаракатланувчанлиги ўзгариши мумкин.

Препаратни қабул қилиниши меъда ёки ичак деворининг перфорациясига эга бўлган пациентлардаги «қорин пардасининг таъсирланиши» симптомларини яшириши мумкин.

Жигар циррозига эга бўлган пациентларда препаратнинг таъсири кучаяди. Гипотиреозга эга бўлган пациентларда дексаметазон клиренси пасайишини, тиреотоксикозга эга бўлган пациентларда эса - дексаметазон клиренси ошиб кетишини ҳисобга олиш зарур.

Қандли диабетга эга бўлган пациентларда қондаги глюкоза концентрациясини назорат қилиш ва зарурат туғилганида гипогликемик препаратлар дозаларига тузатиш киритиш лозим бўлади. ГКС тизимли ва маҳаллий қўлланилганида кўришнинг бузилишлари юзага келиши мумкин. Кўриш ноаниқ бўлганида ёки бошқа бузилишлар юзага келганида катаракта, глаукома ва кўзнинг бошқа кам учрайдиган касалликлари, масалан ГКС ни маҳаллий ва тизимли қўллаган вақтда хабар қилинган марказий серозли хориоретинопатия эҳтимолини истисно қилиш мақсадида врач-офтальмологга мурожаат қилиш керак.

Постмаркетингли кузатувда дексаметазон монотерапияда ёки бошқа кимёвий терапия воситалари билан биргаликда қўлланилганда онкогематологик касалликларга учраган пациентларда ўсма лизиси синдроми (ЎЛС) тўғрисида хабар қилинган эди. ЎЛС нинг юқори хавфига эга бўлган пациентларни (хужайраларининг юқори пролифератив фаоллигига, юқори ўсмали юклатишга ва цитотоксик воситаларга юқори сезувчанликка эга бўлган пациентлар) синчковлик билан назорат қилиш ва тегишли хавфсизлик чораларига риоя қилиш зарур.

Муддатидан аввал туғилган болалар

Мавжуд бўлган маълумотлар ўпкасининг сурункали касаллигига эга бўлган муддатидан аввал туғилган болаларда кунига 2 маҳал 0,25 мг/кг ли бошланғич доза билан даволаш бошланганидан кейин (<96 соат) неврологик нохуш ҳолатлар мавжудлигидан далолат беради.

Ёрдамчи моддалар бўйича махсус маълумот

Дексаметазон препарати лактоза сақлайди, шунинг учун уни қуйидаги ҳолатларда қабул қилиш ман этилади: лактозани ўзлаштира олмаслик, лактаза танқислиги, глюкозо-галактозали мальабсорбция синдроми.

Ҳомиладорлик ва лактация даврида қўлланиши

Дексаметазон йўлдош орқали кўкрак сутига ўтади (ҳои́ла организмда юқори концентрацияларга эришиши мумкин). Ҳомиладорлик вақтида, айнқса I уч ойликда, ёки ҳомиладорликни режалаштираётган аёлларда, Дексаметазон препаратини қўллаш фақат кутилаётган даволаш самараси она ёки ҳои́ла организмга нисбатан салбий таъсири

хавфидан юқори бўлган тақдирда кўрсатилган. ГКС ни ҳомиладорлик вақтида фақат мутлақ кўрсатмалар бўйича буюриш мумкин. Ҳомиладорлик вақтидаги узоқ даволашда ҳомила ўсишининг бузилиши мумкинлигини инкор қилиб бўлмайди. Ҳомиладорликнинг III уч ойлигида қўлланилса ҳомила буйрак усти безларининг пўстлоғи атрофияси юзага келиш хавфи пайдо бўлади ва бу ҳолат янги туғилган чақалоқда ўрнини босувчи терапияни амалга оширишни талаб қилиши мумкин.

Ҳайвонларда ҳомиладорлик вақтида ГКС ни қабул қилиш ҳомила ривожланишидаги аномалияларни, шу жумладан танглайнинг ёриғи, қорин ичидаги ўсишнинг кечикиши, бош миянинг ўсиши ва ривожланишига таъсир қилишини келтириб чиқариши мумкин. ГКС ни қўллаш танглайнинг/лабнинг ёриғи каби инсондаги туғма нуқсонларнинг учраш тезлигини кўпайишига олиб келишининг исботлари йўқ.

Агар эмизиш вақтида препарат билан даволашни амалга ошириш зарур бўлса, кўкрак билан эмизишни тўхтатиш лозим бўлади.

Автомобиль ва мураккаб механизмларни бошқариш қобилиятига таъсири

Дексаметазон препарати билан даволаш вақтида юзага келиши мумкин бўлган ножўя таъсирларни ҳисобга олиб, транспорт воситаларини бошқаришда ва механизмлар билан ишлашда, юқори диққат-эътиборни ва психомотор реакцияларнинг тезлигини талаб этадиган бошқа фаолият турлари билан шуғулланганда эҳтиёт бўлиш зарур.

Дозани ошириб юборилиши

Аллергик реакцияларни истисно қилганда дозага боғлиқ бўлган ножўя ҳолатларнинг кучайиши мумкин. Дексаметазон дозасини камайтириш зарур бўлади.

Даволаш: симптоматик.

Чиқарилиш шакли

Таблеткалар, 0,5 мг.

10 таблеткадан ОПА/Ал/ПВХ фольгали ва алюминий фольгали блистерларда.

1, 2, 3, 5, 6, 9 ёки 10 та блистердан тиббиётда қўлланилишига доир йўриқнома билан бирга картон кутига жойланади.

Сақлаш шароити

30°C дан юқори бўлмаган ҳароратда, намликдан ва ёруғликдан ҳимояланган жойда сақлансин.

Болалар ололмайдиган жойда сақлансин.

Яроқлилиқ муддати

3 йил.

Яроқлилиқ муддати ўтгач қўлланилмасин.

Дорихоналардан бериш тартиби

Рецепт бўйича.

Ишлаб чиқарувчи

КРКА, д.д., Ново место, Шмарьешка цеста 6, 8501 Ново место, Словения

Ўзбекистон Республикаси ҳудудида дори воситасининг сифати бўйича эътирозлар (таклифлар)ни қабул қилувчи ташкилотнинг номи ва манзили

«КРКА, д.д., Ново место» нинг Ўзбекистон Республикасидаги ваколатхонаси

100015, Ўзбекистон Республикаси, Тошкент ш., Афросиёб кўчаси, 14

Тел.: +99871 150 2828, +99871 150 2929, телефакс: +99871 150 1044