

ТИББИЁТДА ҚЎЛЛАНИЛИШИГА ДОИР ЙЎРИҚНОМА КОРТИПАН

Препаратнинг савдо номи: Кортипан

Таъсир этувчи моддалар (ХПН): бетаметазона натрия фосфат, бетаметазона дипропионат comb drug (Betamethasone dipropionate, Betamethasone sodium phosphate)

Дори шакли: инъекция учун суспензия

Таркиби:

Битта ампула қуйидагиларни сақлайди:

фаол моддалар: бетаметазон натрий фосфати (100% куруқ моддага қайта ҳисобланганда) 2,63 мг (2,0 мг бетаметазонга эквивалент), бетаметазон дипропионати (100% куруқ моддага қайта ҳисобланганда) 6,43 мг (5,0 мг бетаметазонга эквивалент);

ёрдамчи моддалар: метилпарагидроксибензоат (нипагин, Е218), пропил-парагидроксибензоат (нипазол, Е 216), бензил спирти, натрий хлориди, натрий гидрофосфати дигидрати, динарий эдетати (Трилон Б), натрий кармелозаси (натрий карбоксиметилцеллюлозаси), полисорбат 80, полиэтиленгликоль 4000, хлорид кислотаси, инъекция учун сув.

Таърифи: Таркибида осон ресуспензияланадиган оқ ёки деярли оқ заррачалар бўлган, ёд жисмлардан ҳоли, тиник, рангсиз ёки оч-сарик бироз ковушқоқ суюқлик. Чайқатилганда оқ ёки сарғиш рангдаги турғун суспензия ҳосил бўлади.

Фармакотерапевтик гуруҳи: Тизимли қўллаш учун кортикостероидлар. Глюкокортикоидлар.

АТХ коди: H02AB01

Фармакологик хусусиятлари

Фармакодинамикаси

Таъсир этиш механизми

Кортипан препарати ўзи билан кортикостероидларга сезгир касалликларни даволашда қўлланиладиган, яллиғланишга қарши, ревматизмга қарши ва аллергия қарши кучли таъсирга эга бўлган бетаметазоннинг эрувчан ва кам эрувчан эфирларини ифода этади. Тезкор терапевтик самараси бетаметазон натрий фосфатининг эрувчан эфири билан таъминланади, у инъекциядан кейин тез сўрилади. Узайтирилган таъсирига бетаметазон дипропионати ҳисобига эришилади, у кам эрувчан ва секин сўрилади, шу тарзда симптомлари янада узокроқ вақт даврида назорат қилинади. Бетаметазон дипропионатининг кичик кристаллари тери ичига ва ўчоқ ичига юбориш учун ингичка игналардан (калибри 26 гача) фойдаланиш имконини беради.

Бетаметазон кучли глюкокортикоидли таъсирга ва бироз минералокортикоид фаолликка эга. Глюкокортикоидлар хужайра мембраналари орқали кириб боради ва ўзига хос цитоплазматик рецепторлар билан мажмуаларни ҳосил қилади. Кейин ушбу мажмуалар хужайра ядросига кириб боради, ДНК (хроматин) билан боғланади ва мРНК транскрипциясини ва турли ферментларнинг кейинчалик синтезини рағбатлантиради, айнан шулар билан унинг тизимли қўллашдаги самараси ифодаланади. Глюкокортикоидлар фақат яллиғланиш жараёнига ва иммун жавобга аҳамиятли таъсир кўрсатиб қолмай, углеводли, оксилли ва ёғли алмашинувга ҳам таъсир кўрсатади. Улар шунингдек, юрак-қон томир тизимига, скелет мушакларига ва марказий нерв тизимига таъсир кўрсатади.

Яллиғланиш жараёнига ва иммун жавобга таъсири

Глюкокортикоидлар яллиғланишга қарши, иммунодепрессив ва аллергияга қарши хусусиятларга эга. Шу хусусиятлари туфайли қуйидаги терапевтик самараларга

эришилади: яллиғланиш ўчоғи яқинида иммун фаол хужайралар сонини камайиши; вазодилатацияни камайиши; лизосомал мембраналарнинг барқарорлашиши; фагоцитознинг ингибиция қилиниши; простагландинлар ва уларга яқин бирикмалар ишлаб чиқарилишини камайиши. Яллиғланишга қарши таъсири гидрокортизон таъсиридан тахминан 25 баробарга, преднизолон таъсиридан (эквивалент дозаларда) 8-10 баробарга жадалроқ.

Углевод ва оқсил алмашинувига таъсири

Глюкокортикоидлар оқсилларга катаболик таъсир кўрсатади. Ажралиб чиқан аминокислоталар жигардаги глюконеогенез жараёнида глюкоза ва гликогенга айланади. Периферик тўқималарда глюкоза истеъмоли пасаяди, бу эса, айниқса қандли диабет ривожланиши бўлган пациентларда, гипергликемия ва глюкозурияга олиб келиши мумкин.

Ёғ алмашинувига таъсири

Глюкокортикоидлар липолитик таъсирга эга, у биринчи навбатда оёқ-қўллар соҳасида намойиш бўлади. Глюкокортикоидлар шунингдек, липогенетик таъсир кўрсатади, у кўпроқ кўкрак қафаси, бўйин ва бош соҳасида ифодаланади. Буларнинг барчаси ёғ қатламларини қайта тақсимлашга олиб келади. Глюкокортикоидларнинг максимал фармакологик фаоллиги плазмадаги концентрациясининг чўққисида эмас, ундан кейин намойиш бўлади, демак, глюкокортикоидларнинг таъсири биринчи навбатда ферментлар фаоллигига таъсир кўрсатишидан келиб чиққан.

Фармакокинетикаси

Сўрилиши

Узайтирилган фаоллигига бетаметазон дипропионати ҳисобига эришилади, бу модда деярли эримасдан депони шакллантиради ва шу тарзда сўрилиши секин содир бўлади, симптомларнинг енгиллашиши эса узокроқ давом этади.

Биотрансформацияси

Бетаметазон жигарда метаболизмга учрайди. Бетаметазон натрий фосфати сувда осон эрийди ва организмда биологик фаол стероид бўлган бетаметазонгача метаболизмга учрайди. Бетаметазон асосан альбумин билан боғланади. Жигар касалликлари бўлган пациентларда бетаметазон клиренси секинлашади.

Чиқарилиши

Бетаметазон буйрақлар орқали чиқарилади. Бетаметазоннинг ярим чиқарилиш даври перорал ёки парентерал юборилишида ≥ 300 ни ташкил этади, биологик ярим чиқарилиш даври эса 36-54 соатни ташкил этади.

Бетаметазон дипропионати/бетаметазон натрий фосфати мажмуаси

Олти нафар катта ёшли пациентлардан иборат бўлган гуруҳга мушак ичига тритий билан нишонланган бетаметазон суспензияси юборилган: икки киши 5 мг нишонланган бетаметазон дипропионатини олган, икки киши 1,66 мг нишонланган бетаметазон натрий фосфатини олган ва икки киши 5 мг тритий билан нишонланган бетаметазон дипропионати + 2 мг нишонланмаган бетаметазон натрий фосфатини олган.

Ушбу тадқиқот доирасида мушак ичига юборилган бетаметазон натрий фосфати тез сўрилган ва плазмада 60 минутдан кейин максимал концентрациясига эришиб, дарҳол гидролизланган. Бетаметазон натрий фосфати биринчи юборилган кунда деярли тўлиқ чиқарилган; икки кундан кейин радиактив модда кам чиқарилган. Сийдикни тахминан 80% радиактив модда аниқланган. Бошқа томондан, бетаметазон дипропионати жуда секин сўрилган, аста-секин метаболизмга учраган ва 10 кундан ортиқ муддатдан кейин қисман чиқарилган. Бироқ, радиактив модданинг кўп қисми 7-8 кундан кейин чиқарилган. Мажмуа юборилганида ҳам худди шундай, радиактивликнинг тахминан 40% 10 кунда чиқарилади, унинг кўпроқ қисми еттинчи кунга келиб чиқиб кетади.

Қўлланилиши

Скелет-мушак тизими ва юмшоқ тўқималар: ревматоид артрит, остеоартрит, бурсит, анкилозловчи спондилоартрит, эпикондилит, радикулит, кокцидия (думғазадаги оғрик), радикулит, люмбаго, ўткир подагрик артрит, қийшиқ бўйин, ганглиоз киста, экзостоз (суяк-тоғай тўқимасидаги ўсимта) ва фасциит.

Аллергик касалликлар: сурункали бронхиал астма (жумладан, астматик статуснинг мажмуавий терапиясида), поллиноз, ангионевротик шиш, оғир аллергия бронхит, контактли дерматит, атопик дерматит, мавсумий ёки йил бўйи аллергия ринити, дори реакцияси, зардобли касаллик ва дорилар ёки хашаротлар чақишидан келиб чиққан реакциялар.

Дерматологик касалликлар: атопик дерматит (тангасимон экзема), нейродермит (оддий шраб олувчи темирлатки), контактли дерматит, оғир қуёшли дерматит, эшакеми, гипертрофик қизил ясси темирлатки, диабетик липодистрофия, ўчоқли алопеция, дискоидли қизил югурик, псориаз, келоидсимон чандиклар, оддий обичная пуфакча, герпетик шаклли дерматит ва кистоз угрилар.

Коллагенозлар: тизимли қизил югурик, склеродермия, дерматомиозит ва тугунли периартериит.

Неопластик касалликлар: катталарда лейкозлар ва лимфомаларни паллиатив даволаш сифатида; болалардаги ўткир лейкоз.

Бошқа ҳолатлар: адреногенитал синдром, ярали колит, Крон касаллиги, спру, педиатрик касалликлар (қаттиқ мия қобиғи остидаги бурсит, оёқ кафтининг бурситли катта бармоғи, бармоқларнинг варусли деформацияси), субконъюнктивал инъекцияларни талаб қилувчи ҳолатлар, кортикостероидкарамли қон касалликлари, нефрит ва нефротик синдром.

Бирламчи ёки иккиламчи бўйрак усти беа этишмовчилиги (бир вақтнинг ўзида минералокортикостероидларни юбориш шартда) да қўлланилади.

Қўллаш усули ва дозалари

Дозалаш режими ва юбориш усули индивидуал тарзда, кўрсатмаларга, касалликнинг оғирлигига ва пациентнинг даволашга бўлган реакциясига қараб белгиланади.

Кортипан препарати қуйидагиларда тавсия этилади:

- 1) тизимли кортикостероидларнинг таъсириги жавоб қайтарувчи касалликларда мушак ичи инъекциялари;
- 2) шикастланган юмшоқ тўқималарга кўрсатмалар бўйича тўғридан-тўғри инъекциялар;
- 3) артритларда бўғим ичи ва бўғим атрофи инъекциялари;
- 4) турлича дерматологик касалликларда тўқима ичи инъекциялари;
- 5) оёқ кафтининг айрим яллиғланиш ва кистоз касалликларида маҳаллий инъекциялар.

Юборишдан олдин чайқатиш зарур.

Дозаланиши

Дозаси минимал, қўллаш даври- максимал тарзда қисқа бўлиши керак.

Дозасини қониқарли клиник жавобни олгунга қадар танлаш зарур. Маълум вақт оралиғидан кейин қониқарли клиник жавоб бўлмаса, дозани секин-аста камайтириш йўли билан Кортипан препаратини бекор қилиб, бошқа терапияни тайинлаш зарур.

Терапевтик самарага эришилгандан кейин адекват клиник самарани таъминловчи минимал дозага эришгунга қадар, тутиб турувчи дозаси маълум вақт оралиғида юбориладиган дозани секин-аста пасайтириш орқали танланади.

Юбориш усули

Кортипанни вена ичига ёки тери остига юбориш мумкин эмас.

Тизимли даволашда Кортипан препаратининг бошланғич дозаси кўп ҳолларда 1-2 мл ни ташкил қилади. Пациентнинг ҳолатидан келиб чиқиб, заруратга қараб юборишни такрорлаш мумкин. Юбориш думба соҳасига мушак ичига (м/и) чуқур киритиш орқали амалга оширилади. Дозаси ва юбориш тез-тезлиги пациент аҳволининг оғирлигига ва терапевтик жавобга қараб белгиланади.

- шошилиш чораларга мухтож бўлган оғир ҳолатларда (қизил югурик ва астматик статус) препаратнинг бошланғич дозаси 2 мл ни ташкил қилиши мумкин;
- дерматологик касалликларда, одатда, 1 мл препаратнинг ўзи етарли, терапевтик жавобга қараб уни такроран юбориш мумкин;
- нафас тизими касалликларида Кортипан препаратининг таъсири препаратнинг мушак ичи инъекциясидан сўнг бир неча соатлардан кейин бошланади. Бронхиал астмада, поллинозда, аллергия бронхитда ва аллергия ринитда ҳолатнинг аҳамиятли яхшиланишига 1-2 мл препарат юборилганидан кейин эришилади;
- ўткир ва сурункали бурситларда мушак ичи юбориш учун препаратнинг бошланғич дозаси 1-2 мл ни ташкил этади. Заруратга қараб препарат такроран юборилади.

Маҳаллий юборишда бир вақтнинг ўзида маҳаллий анестетикни қўллаш кам ҳолларда талаб этилади. Маҳаллий анестетиклар билан бирга юборилганида Кортипанни шприцда (флакonda эмас) таркибида парабенлар бўлмаган дори формаларидан фойдаланиб, 1% ёки 2% прокаин гидрохлориди эритмаси ёки лидокаин билан аралаштириш мумкин. Шунингдек, шу каби маҳаллий анестетикларни қўллаш мумкин. Таркибида метилпарабен, пропилпарабен, фенол ва бошқа шу каби моддалар бўлган анестетикларни қўллаш мумкин эмас. Кортипан препарати билан мажмуада анестетик қўлланилганида дастлаб флакondан шприцга препаратнинг зарур дозаси тортилади, кейин шу шприцнинг ўзига ампуладан зарур миқдорда маҳаллий анестетик тортилади ва қисқа вақт давомида чайқатилади.

Ўткир бурситларда (субдельтосимон, курак ости, тирсакли ва тизза усти олди) синовиал сумкага 1-2 мл Кортипан препаратининг юборилиши оғриқни енгиллаштириши ва бир неча соатлар давомида ҳаракатчанликни тўлиқ тиклаши мумкин.

Ўткир симптомлар тўсилиши билан, сурункали бурситни Кортипан препаратининг паст дозаларини юбориш билан даволаш мумкин.

Теносиновит, тендинит ва перитендинит каби ўткир ҳолатларда Кортипан препаратининг юборилиши касаллик симптомларини яхшилаши керак. Ушбу ҳолатларнинг сурункали шаклларида, ҳар бир алоҳида пациентнинг ҳолатига қараб такроран инъекция талаб этилиши мумкин.

0,5-2 мл Кортипан дозасини бўғим ичига юборишдан кейин икки-тўрт соат давомида ревматоид артрит ва остеоартрит туфайли вужудга келган оғриқ ва сиққикликни енгиллаштириш мумкин. Иккала ҳолатда ҳам, кўпгина ҳолларда симптомлар енгиллашишининг давомийлиги катта вариациялар билан тўрт ва ундан ортиқ ҳафтани ташкил қилади.

Кортипан препаратини бўғим ичига юборилиши бўғим ва периартикуляр тўқималар томонидан яхши кўтара олинади.

Катта бўғимларга (тизза, тос-сон, елка) юбориш учун препаратнинг тавсия этиладиган дозалари - 1-2 мл;

ўртача бўғимлар учун (тирсак, билак, болдир-товон) - 0.5-1 мл;

майда бўғимлар учун (товон, кўл, кўкрак қафаси) - 0.25-0.5 мл.

Дерматологик ҳолатлар Кортипан препаратининг ўчоқ ичига юборилишига жавоб қайтириши мумкин. Тўғридан-тўғри даволаб бўлмайдиган айрим шикастланишларнинг реакцияси препаратнинг кучсиз тизимли таъсирига боғлиқ бўлиши мумкин.

Айрим тери касалликларида препаратни бевосита шикастланиш ўчоғига тери ичига юбориш самарали ҳисобланади, дозаси 0.2 мл/см² ни ташкил қилади. Шикастланиш жойи туберкулин шприц ва 26 G игнадан фойдаланиб, бир маромда санчиб чиқилади. 1 ҳафта давомида киритиладиган барча соҳаларга юборилган препаратнинг суммар дозаси 1 мл дан ошмаслиги керак. Оёқ кафти катта бармоғи ригидлиги, варусли бармоқ ва ўткир подагрик артрит каби маълум ҳолатларда енгиллашиш тез содир бўлади. Кўпгина инъекциялар учун туберкулин шприц ва 26 G калибрли игнадан фойдаланиш тавсия этилади.

Кортипан препаратининг тавсия этилган бир марталик дозалари (ҳафтада 1 марта):

- каттик кавариқда - 0.25 мл (одатда, 2 кетма-кет инъекция қилинади);
- шпорада - 0.5 мл;

- оёқ кафти катта бармоғи қийин ҳаракатланишида - 0.5 мл;
- синовиал кистада - 0.25 мл дан 0.5 мл гача; тендосиновиитда - 0.5 мл;
- ўткир подагрик артритда - 0.5 мл дан 1 мл гача.

Терапевтик самарага эришилгандан кейин препаратнинг тутиб турувчи дозаси минимал самарали дозага эришгунга қадар маълум вақт оралиқларида бошланғич дозасини секин-аста тушириш йўли орқали танланади.

Пациентга стрессли ҳолатларни таъсир кўрсатиши (касаллик билан боғланмаган) Кортипан препаратининг дозасини оширишни талаб этиши мумкин.

Узоқ муддатли даволашдан кейин дозани секин-аста тушириш йўли билан препарат бекор қилинади. Ўсиш давридаги болаларда кортикостероидларни фақат мутлоқ кўрсаткичлар бўйича ва даволовчи шифокорнинг синчков назорати остида ўтказиш лозим.

Ножўя таъсирлари

Ножўя самаралар ривожланиш тез-тезлигининг таснифланиши: жуда тез-тез ($>1/10$); тез-тез ($>1/100$ дан $<1/10$ гача); тез-тез эмас ($>1/1000$ дан $<1/100$ гача); кам ҳолларда ($>1/10000$ дан $<1/1000$ гача); жуда кам ҳолларда ($<1/10000$ дан), тез-тезлиги номаълум (мавжуд маълумотлар асосида аниқлаб бўлмайди).

Тез-тез ($\geq 1/100$, $<1/10$)

- мушак ҳолсизлиги, мушак массасининг пасайиши, остеопороз, болаларда ўсишни кечикиши
- тери ва тери ости тўқимасини атрофияси
- бош оғриғи, эйфория, кайфият ўзгаришлари, уйқусизлик
- хайз циклининг бузилиши (жумладан, мунтазам бўлмаган хайз), Кушинг симптомларининг пайдо бўлиши, ҳомила қорин ичида ривожланишининг ёки бола ўсишининг кечикиши, иккиламчи адренкортикал ва гипофизар иммунологик толерантлик (айниқса жароҳатдаги, жарроҳлик аралашувидаги, касалликдаги стресс пайтида), латентли қандли диабетнинг намоёнликлари, инсулинга ёки перорал антидиабетик воситаларга бўлган эҳтиёжнинг ошиши
- натрий тутилиши, калий танқислиги, суяқлик тутилиши
- тери пробалари реакцияларини сусайиши, инфекция симптомларининг яшириниши ва латентли инфекциянинг фаоллашиши, инфекцияларга (жумладан, туберкулёз микобактерияларига, замбуруғли инфекцияларга ва вирусларга) бўлган қаршилиқни пасайиши

Тез-тез эмас ($\geq 1/1000$, $<1/100$)

- бўғимларнинг беқарорлиги (такрорий инъекциялардан кейин)
- гиперпигментация, гипопигментация, тери юпқалашиши, петехиялар ва экхимозлар, юз эритемаси, юқори терлаш, аллергик дерматит, эшакеми, ангионевротик шиш, тери тестига бўлган реакцияни пасайиши, яралар битишини бузилиши
- ёғ тақсимланиши ўзгариши, акне, гирсутизм ва пурпура билан терининг Кушингсимон ўзгаришлари
- кўриш нерви дискининг шиши билан бош-суяги ички босимини ошиши (одатда даволаш яқунлангандан кейин), тиришишлар, бош айланиши, артериал гипертензия
- орқа субкапсуляр катарактаси, кўз ичи босимини ошиши, глаукома
- гипокалемик алкалоз.

Кам ҳолларда ($\geq 1/10000$, $<1/1000$)

- кортикостероидли миопатия, миастения симптомларининг ўсиши, умуртқа поғоналарининг компрессион синишлари, сон ёки елка суяги бошчасининг асептик некрози, найчасимон суякларнинг патологик синишлари, пайлар йиртилиши, артропатиялар (Шарко касаллигига ўхшаш)
- ҳикичоқ, тешилиш ёки қон кетиши хавфи билан яра касаллиги, панкреатит, қорин дам бўлиши, ярали эзофагит
- глюкозага бўлган толерантликни бузилиши

- юрак касалликлари бўлган пациентларда юрак етишмовчилиги
- экзофтальм, хира кўриш, кўрлик юз ёки бошдаги шикастланиш ўчоғига тушган инфекция билан боғлиқ кўрлик
- манфий азотсимвон мувозанат (оксил катаболизми натижасида)
- рухий бузилишлар билан оғир депрессия, шахсиятнинг ўзгариши
- препарат юборилишига анафилактик, юқори сезувчанлик, гипотензив ёки шоксимвон реакция
- инъекциядан кейин қизариш ва шиш билан касаллик кучайиши (бўғим ичи инъекциясидан кейин), стерил абсцесс.

Тез-тезлиги номаълум

- хира кўриш.

Кортикостероидлар парентерал юборилишида ножўя реакциялар

Бошқа глюкокортикостероидларни қўллашдаги каби ножўя реакциялар препаратнинг дозасига ва қўллаш давомийлигига боғлиқ. Ушбу реакциялар одатда қайтувчан ва дозани тушириш орқали камайтирилиши мумкин.

Қонда даражаси паст бўлиши туфайли глюкокортикоидлар маҳаллий қўлланганда тизимли ножўя реакциялар кам ҳолларда ривожланган, лекин дозаси ва қўллаш тез-тезлиги оширилиши билан гиперкортицизм (суюқлик ва натрий тутилиши, қандли диабетнинг барқарорсизлиги ва артериал гипертензия ва бошқалар билан) хавфи ошган.

Инъекция жойига қараб маҳаллий инфекция ривожланиши хавфи мавжуд: артрит, маҳаллий мушак атрофияси, тери ости ва тери тўқимаси атрофияси, пай узилиши хавфи (пайга инъекция қилинганда), эрта бошланадиган ўткир микрокристалл артрит (микрокристалл суспензия учун), маҳаллий кальцинатлар, маҳаллий ва умумий аллергия реакциялар, асептик абсцесслар, постинфекцион яллиғланиш гиперемиялари (бўғим ичига юборилгандан кейин) ва Шарко касаллигига ўхшаш нейроген артропатиялар. Бўғимга қайта юборилган инъекциялар бўғим парчаланиши хавфини ошириши мумкин.

Бош ва юз соҳасида маҳаллий қўлланганида кўриш қобиляти бузилишининг, жумладан кўрликнинг ягона ҳолатлари ҳамда гипер- ёки гипопигментация қайд этилган.

Қўллаш мумкин бўлмаган ҳолатлар

- бетаметазонга, бошқа кортикостероидларга ёки ҳар қандай ёрдамчи моддаларига бўлган юқори сезувчанлик
- тизимли микозлар
- маҳаллий ва умумий ривожланувчи инфекциялар, жумладан вирусли (гепатит, герпес, сувчечак, ўраб олувчи темиртки) ёки уларга шубҳалар
- қон ивишини бузилиши, доимий антикоагулянт терапия
- идиопатик ёки тромбоцитопеник пурпурада препарат мушак ичига юборилмаслиги керак
- чала туғилган болалар, янги туғилган чақалоқлар ва 3 ёшдан кичик болалар
- дори-дармон билан назорат қилиб бўлмайдиган рухий ҳолатлар
- тирик вакциналар билан вакцинацияда қўллаш мумкин эмас.

Дориларнинг ўзаро таъсири

Қуйидаги мажмуаларда қўллаш тавсия этилмайди

«Пируэт» каби қоринчали тахикардияни чақирувчи препаратлар: астемизол, бепридил, эритромицин в/и юбориш учун, галофантрин, пентамидин, спарфлоксацин, сультоприд, терфенадин, винкамин. Гипокалиемида пароксизмал тахикардияни чақирмайдиган препаратларни қўллаш лозим.

СУРЗА4 ингибиторлари: кутилишича, бир вақтнинг ўзида СУРЗА ингибиторлари (масалан, кетоконазол, итраконазол, кларитромицин, ритонавир) билан, жумладан, таркибида кобицистат бўлган препаратлар билан қўлланилиши кортикостероидлар таркибини ошишига олиб келиши мумкин ва бунинг натижасида тизимли ножўя реакцияларнинг ривожланиш хавфини ошириши мумкин. Бир вақтда қўлланилишида кортикостероидлар

ножўя самарасининг ривожланиш хавфини баҳолаш зарур. Мазкур мажмуа қўлланилган ҳолларда кортикостероидларнинг эҳтимолли тизимли ножўя самараларини эрта аниқлаш учун пациентларни синчковлик билан назорат қилиш талаб этилади.

Қўллашда эҳтиёткорлик чораларини талаб этадиган мажмуалар

Ацетилсалицил кислотаси (АСК), салицилатлар: кортикостероидлар билан даволаниш пайтида салицилатларнинг кортикостероидлар билан элиминацияси ошади ва қонда уларнинг даражаси пасаяди. Улар бекор қилингандан кейин салицилатлар дозасини ошиш хавфи бўлиши мумкин. Бир вақтнинг ўзида қўллаш даврида ва кортикостероидлар билан даволаш тўхтатилгандан кейин салицилатлар дозасини тўғрилаш талаб этилади. Гипопротромбинемия туфайли АСК ни кортикостероидлар билан мажмуаси эҳтиёткорлик билан бошланиши керак.

«torsades de pointes»ни чақирувчи аритмияга қарши воситалар : амиодарон, бретилим, дизопирамид, хинидин, соталол. Гипокалиемия, брадикардия ва QT оралиғи узайишининг мавжудлиги ёндош хавф омили ҳисобланади. Гипокалиемия пайдо бўлишини олдини олиш, заруратга қараб унга тузатиш киритиш, QT оралиғини назорат қилиш зарур. Пароксизмал тахикардияда аритмияга қарши воситаларни қўлламаслик лозим (электросистолик фаоллик кучайиши мумкин).

Дигиталис: гипокалиемияда глюкокортикостероидлар билан бир вақтда юрак гликозидларини қўллаш аритмия ривожланиши ёки дигиталис билан интоксикация хавфини оширади. Кортикостероидлар калий чиқарилишини кучайтириши мумкин. Ушбу дори мажмуаларининг ҳар қандайини олаётган барча пациентларда қонда электролитлар даражасини, айниқса калий даражасини назорат қилиш зарур, заруратга қараб ЭКГ қилиш лозим.

Перорал антикоагулянтлар: кортикостероидлар билан бирга кумаринли антикоагулянтларни қабул қилиш қон ивишига бўлган таъсирини кучайтириши ёки пасайтириши мумкин, бу эса дозага тузатиш киритишни талаб қилиши мумкин.

Юқори дозаларда ёки узоқ муддат даволашда (10 ҳафтадан ортиқ) кортикостероидларга юқори гемморагик хавф хосдир (қон-томирлар синувчанлиги туфайли овқат ҳазм қилиш йўллари шиллик қаватлари тарафидан). Мазкур мажмуанинг қўлланилиши ўзини оқлаганда кортикостероидли терапияни ўтказиш даврида ва у бекор қилингандан кейин пациентни кузатишни кучайтириш зарур, 8-чи куни ва кейинчалик ҳар 15 кунда назорат қилиб туриш зарур.

Парентерал гепаринлар: юқори дозаларда ёки узоқ муддат даволашда (10 кундан ортиқ), гепарин кортикостероидлар билан терапияга хос бўлган қон кетишлар хавфини ошириши мумкин (қон-томирлар синувчанлиги туфайли овқат ҳазм қилиш йўллари шиллик қаватлари тарафидан).

Мазкур мажмуани буюриш асосланган бўлиши керак, шунингдек пациентни кузатишни кучайтириш зарур.

Меъда-ичак йўлларида (МИЙ) қон кетиши хавфи: глюкокортикостероидлар ностероид яллиғланишга қарши препаратлар (НЯҚП) ёки алкоголь билан мажмуада қўлланилганида МИЙ да эрозив-ярали шикастлар пайдо бўлишининг ёки жадаллигининг тезлиги ошиши мумкин.

Бошқа гипокалиемик воситалар: улар бир вақтда ёки диуретиклар, рағбатлантирувчи сурги воситалари, амфотерицин В (в/и юбориш учун) билан мажмуада қўлланилганида жамловчи самара туфайли гипокалиемия хавфи ошиши мумкин. Зардобда калий даражасини назорат қилиш, зарурат туғилганида уни тузатиш зарур, айниқса ангишвонагул препаратлари билан даволаш ҳолатларида. Пароксизмал тахикардияда аритмик воситаларни киритмаслик лозим (электросистолик фаоллик кучайиши мумкин).

СУРЗА4 ферментлари индукторлари: карбамазепин, фенобарбитал, фенитоин, примидон, рифабутин, рифампицин, аминоглютетимид ва эфедрин жигар метаболизмини кучайтириши мумкин ва натижада қон плазмасида кортикостероидлар даражасини ва уларнинг самарадорлигини пасайтириши мумкин. Оқибатлари Аддисон касаллигида ва

аъзолар трансплантациясида жуда муҳим. Бундай ҳолатларда клиник ва биологик мониторинг, мажмуани қўллаш пайтида ва ферментлар индуктори бекор қилингандан кейин кортикостероидлар дозасига тузатиш киритиш зарур.

Глюкокортикостероидлар ва эстрогенлар бир вақтда қўлланилганида препаратнинг дозасига тузатиш киритиш талаб этилиши мумкин (доза ошириб юборилиши хавфи туфайли).

Инсулин, метформин, сульфонилмочевина ҳосилалари: баъзида кетоз билан қонда қанд даражаси ошиши мумкин (кортикостероидлар билан боғлиқ углевод кўтара олинишини пасайиши туфайли). Пациентни қон ва сийдикни ўзи назорат қилиб туриши зарурлиги борасида огоҳлантириш лозим, айниқса даволашнинг бошланишида. Кортикостероидлар билан даволаш даврида ва у тўхтатилгандан кейин диабетга қарши воситанинг дозасига тузатиш киритиш талаб этилиши мумкин.

Изониазид (преднизолон учун таърифланган): жигарда изониазиднинг метаболизми кучайиши ва глюкокортикоидларнинг метаболизми пасайиши туфайли қон плазмасида изониазидлар даражасининг пасайиши қайд этилган. Клиник-биологик мониторинг тавсия этилади.

Соматотропин: глюкокортикостероидлар соматотропинга бўлган жавобни бостириши мумкин.

Кветиапин: кветиапин билан бир вақтда қўлланилиши кветиапин метаболизмини кучайишига олиб келиши мумкин ва клиник жавобга қараб, кветиапин дозасини оширишни талаб этилиши мумкин.

Третиноин: третиноин метаболизми кучайиши ва қонда унинг даражаси пасайиши мумкин.

Векуроний: кортикостероидлар векуроний каби нейромушакли блокаторларнинг самараларига қаршилик кўрсатиши мумкин. .

Фторхинолонлар: кортикостероидлар ва фторхинолонларни бир вақтда қўллаш пайлар узилишининг юқори хавфига олиб келиши мумкин.

Кортикостероидлар бактериал инфекцияда нитроқўк тетразолли тестга таъсир кўрсатиши ва ёлғон манфий натижаларга олиб келиши мумкин.

Ўрганиш учун мажмуалар

Антигипертензив воситалар: кортикостероидлар сабабли сув ва натрий тутилиши туфайли уларнинг антигипертензив самарасининг пасайиши қайд этилган.

Интерферон альфа: интерферон таъсирини бостириш хавфи.

Тирик аттенуирланган вакциналар: касаллик тарқалиш хавфи, эҳтимол ўлимли якуни билан. Бу хавф асосий касаллик туфайли заифлашган пациентларда юқори. Заруратга қараб инактивацияланган вакцинадан фойдаланиш тавсия этилади, ағур бундай вакцина мавжуд бўлса.

Орал контрацептивлар: эстрогенлар билан бир вақтда даволашда кортикостероидлар самараси кучайиши мумкинлиги туфайли кузатиб бориш зарур.

Маҳаллий қўлланилиши: оддий қўллаш шароитларида маҳаллий қўллашда глюкокортикоидларнинг бошқа препаратлар билан ўзаро таъсирга киришиш хавфи юқори эмас, бундай хавфларни кўп сонли инъекцияларда (бир нечта жойга) ёки қисқа вақт давомида такроран инъекцияларда инобатга олиш зарур.

Махсус кўрсатмалари

Кортипан препарати вена ичига ёки тери остига юбориш учун мўлжалланмаган.

Препарат қўлланилганида асептика қоидаларига қатъий риоя қилиш зарур.

Кортипанда бетаметазон ҳосилаларининг иккита фаол моддаси мавжуд, улардан бири - бетаметазон натрий фосфати, у қон оқимида тезда кириб боради. Кортипан препаратини буюришда препаратнинг тез эрувчан фракциясининг эҳтимолли тизимли таъсирини ҳисобга олиш лозим.

Спортчилар унутмасликлари зарур, препарат таркибидаги таъсир этувчи модда допинг-назоратда пробаларнинг мусбат реакциясини келтириб чиқариши мумкин.

Патологик жараён кучсизланишида ёки зўрайишида, терапияга нисбатан пациентнинг шахсий реакциясида, пациентга эмоционал ёки жисмоний стресс таъсир кўрсатганда, жиддий инфекцияда, жарроҳлик аралашувида ёки жароҳатда препаратнинг дозасини ўзгартириш талаб этилиши мумкин. Глюкокортикостероидли терапиянинг асоратлари терапиянинг дозасига ва муддатининг давомийлигига боғлиқ, фойда/хавф нисбатини баҳолаш ҳар бир пациент учун индивидуал тарзда ўтказилади.

Туберкулёзда даволаш: фаол туберкулёзда фақатгина яшин тезлигида ёки диссеминирланган туберкулёз ҳолатларида препаратни туберкулёзга қарши тўғри терапия билан биргаликда буюриш мумкин. Латентли туберкулёз ёки туберкулинга ижобий реакцияси бўлган пациентлар учун Кортипан препарати билан даволашни бошлашдан олдин туберкулёзга қарши профилактик терапияни ўтказиш масаласини ҳал қилиш зарур. Рифампицин кортикостероидлар метаболизмини кучайтиришини ва кортикостероидлар дозасини тузатиш талаб этилишини мумкинлигини ҳисобга олиш лозим.

Препаратни қўллашда кортикостероидлар инфекцион касаллик белгиларини яшириши мумкинлигини ҳамда организмнинг қаршилигини пасайтириши мумкинлигини ҳисобга олиш зарур, шунинг учун пациентлар (айниқса болалар) сувчечак ёки қизамиқ бўлган беморлар билан алоқа қилмасликлари лозим.

Кортикостероидли терапия бактериялар, замбуруғли инфекция ва паразитлар билан чақирилган турли инфекцион асоратларнинг ривожланишига ёрдам бериши мумкин. Гельминтознинг хавфли кечиши аҳамиятли тарзда ошади. Гормонал терапия буюрилишидан олдин эндемик зонага (тропиклар, субтропиклар, Европа жануби) ташриф буюрган барча шахслар паразитар инвазияларга нисбатан кўриқдан ўтишлари ва мунтазам равишда гельминтга қарши даволанишлари зарур.

Юқтириб олиш хавфи юқори бўлган пациентларга (масалан, гемодиализ оладиганлар) ёки тиш протезлари бўлган пациентларга препаратни буюришда эҳтиёткорликка риоя қилиш зарур.

Меъда-ичак йўллари ярасида кортикостероидлар даволаш схемасининг бир қисми бўлганида уларнинг терапияси тақиқланмаган. Анамнезда яра бўлса кортикостероидли терапия клиник назорат остида ва, агар талаб этилса, фиброскопиядан кейин буюрилиши мумкин.

Кекса ёшлиларда ва ярали колит (перфорация хавфи), дивертикулитда, меъда ва/ёки ичакнинг фаол ёки латентли ярали касаллигида ёки яқинда яратилган ичак анастомозларида, буйрак етишмовчилигида, артериал гипертензияда, юрак етишмовчилигида, тромбоэмболия ёки тромбофлебитларга мойилликда, қийин тузаладиган тутқаноқда, ўсишдаги кечикишда, Иценко-Кушинг синдромида кортикостероидларни қўллаш алоҳида эътиборни талаб қилади.

Айрим вируслар (гепатит, герпес, сувчечак, ўраб олувчи темиртки) юқтирилганда кортикостероидларни буюриш керак эмас.

Кортикостероидларнинг иммуносупрессив дозаларини олаётган пациентларга сувчечак ёки қизамиқ юқтирмаслик тавсия этилади, юқтириб олган ҳолатда эса шифокорга мурожаат қилинади. Бу айтиқса болалар даволанаётганда жуда муҳим. Тизимли кортикостероидларни олаётган ёки уларни олдинги 3 ой давомида олган вакцина олмаган пациентлар юқтириб олгандан кейин 10 кун давомида сувчечакка қарши иммуноглобин билан пассив иммунизацияни олишлари керак. Агар сувчечак ташхиси тасдиқланса, тезкор ихтисослаштирилган ёрдам кўрсатиш талаб этилади. Бундай ҳолатларда кортикостероидларни юборишни тўхтатиш керак эмас, балки уларнинг дозасини ошириш талаб этилиши мумкин.

Қизамиқ юқтирилган ҳолатда нормал иммуноглобулинни мушак ичига юбориш орқали профилактикаси талаб этилиши мумкин.

Руҳий бузилишлар: кортикостероидли препаратларни қўллаш фониди руҳият бузилиши мумкин (айниқса эмоционал нобарқарор бўлган ёки руҳий реакцияларга мойил бўлган пациентларда). Пациентлар ва/ёки парваришни амалга оширувчи шахслар тизимли

стероидларни қўллашда потенциал оғир руҳий ноҳўя реакциялар пайдо бўлиши борасида огоҳлантирилиши керак. Симптомлар одатда даволаш бошлангандан сўнг бир неча кун ёки ҳафта давомида пайдо бўлади. Юқори дозаларда/тизимли таъсирида хавфлари юқори бўлиши мумкин, бироқ дозалар даражаси реакцияларнинг бошланишини, турини, оғирлигини ва давомийлигини олдиндан билиш имконини бермайди. Кўп реакциялар доза пасайтирилганда ёки препарат бекор қилинганда тикланади, лекин ўзига хос даволаш талаб этилиши ҳам мумкин. Хавотирли симптомлар пайдо бўлганида, айниқса депрессив кайфиятга ёки суицидал фикрларга шубҳа бўлганида, пациентларга/васийларга тиббий ёрдамга мурожаат қилишни тавсия этиш лозим. Пациентларнинг ўзларида ёки биринчи даражали қариндошларида мавжуд ёки бўлиб ўтган оғир аффектив бузилишларда тизимли кортикостероидларни қўллашда алоҳида эҳтиёткорликни талаб этади. Уларга депрессив ёки маниакал-депрессив касаллик ва олдин бўлган стероидли психоз киради.

Неврологик реакциялар: кортикостероидлар эпидурал инъекцион юборилишида жиддий неврологик реакцияларнинг ривожланиши (баъзида ўлимли якун билан) ҳақида хабар берилган. Шунингдек, қуйидагиларни иборат бўлган ўзига хос реакциялар ҳақида хабар берилган (лекин санаб ўтилганлар билан чекланмаган): орқа мия инфаркти, параплегия, тетраплегия, қобиқли кўрлик ва инсульт. Ушбу жиддий неврологик реакциялар ҳақида хабар берилган, лекин уларнинг барчаси ҳам рентгенологик тарзда тасдиқланмаган. Кортикостероидларни эпидурал юбориш хавфсизлиги ва самарадорлиги аниқланмаган бўлса ҳам, кортикостероидларни бундай юбориш йўли тавсия этилмайди. Кальцификация хавфи бўйича маълумотлар йўқлиги сабабли кортикостероидларни диск ичига ҳам юбормаслик лозим.

Бекор қилиш синдроми: кортикостероидларни жуда тез бекор қилиш иккиламчи дорили адренкортикал етишмовчиликка олиб келиши мумкин, уни дозани аста-секин тушириш орқали камайтириш мумкин. Шунингдек, терапия якунлангандан кейин бир неча ой давомида буйрак усти безлари қобиғининг иккиламчи етишмаслиги ривожланиши мумкинлиги ҳақида унутмаслик лозим. Кортипан препарати билан даволаш даврида стрессли ҳолат пайдо бўлишида ёки ривожланиш хавфида даволашни тиклаш лозим. Агар пациентга терапия тайинланиб бўлган бўлса, унда препаратнинг дозасини вақтинчалик ошириш мумкин. Кортикостероидлар билан узоқ муддатли терапия якунланганида ёки у катта дозаларда қўлланилгандан кейин 1 йил давомида шифокорнинг назорати талаб этилиши мумкин.

Гиперкортицизм: кортикостероидларнинг кўп марталик (бир нечта юбориш жойи) ёки такрорий инъекциялари қисқа муддатларда гиперкортицизмнинг клиник ва биологик симптомларига олиб келиши мумкин.

Буйрак усти безлари қобиғининг етишмаслиги: буйрак усти безлари қобиғи етишмаслиги симптомларига ноқулайлик, мушак ҳолсизлиги, руҳий бузилишлар, летаргия, мушаклар ва суяклардаги оғрик, тери шўралаши, хансираш, кўнгил айланиши, қусиш, қизиш, гипогликемия, гипотензия, сувсизланиш ва ҳаттоки даволаш кескин тўхтатилгандан сўнг ўлимли якун киради. Буйрак усти безлари қобиғининг етишмаслигини даволаш буйрак усти безлари қобиғи гормонларини, кортикостероидларни, минералокортикоидларни, сув, натрий хлориди ва глюкозани юборишдан иборат.

Кортикостероидларнинг юқори дозаларини вена ичига тез юбориш юрак-қон томир етишмовчилигига олиб келиши мумкин, шунинг учун инъекциянинг давомийлиги 10 минутдан кам бўлмаслиги керак.

Анафилактик реакциялар: кортикостероидлар билан парентерал терапия олган пациентларда шокнинг эҳтимолли ривожланиши билан анафилактоид/анафилактик реакцияларнинг кам ҳолатлари кузатилган. Олдин кортикостероидларга алергик реакциялари бўлган пациентларда тегишли эҳтиёткорлик чораларини кўриш зарур. Кортикостероидли терапиянинг узоқ курсини тайинлашда дори препаратларни юборишнинг потенциал хавфи билан хатари ўртасидаги нисбатни ўлчаб, парентерал қабул қилишдан перорал қабул қилишга ўтиш имконини кўриб чиқиш лозим.

Бўғим ичи инъекциялар: фақат шифокор томонидан олиб борилиши керак. Септик жараёни истисно қилиш учун бўғим ичи суюқлигининг таҳлилини ўтказиш лозим. Бўғим ичи инфекцияси борлигида препаратни юбормаслик лозим. Бўғим оғриғини, шишишини сезиларли кучайиши, атроф тўқималари ҳароратини ошиши ва бўғим ҳаракатчанлигини кейинчалик чекланиши септик артритдан далолат беради. Ташхис тасдиқланганда антибактериал терапияни буюриш зарур. Кортикостероидларни нобарқарор бўғимга, инфекцияланган соҳаларга ва умуртқа поғонаси ораларига юбормаслик лозим. Остеоартритда бўғимга қайта юборилган инъекциялар бўғим парчаланиши хавфини ошириши мумкин. Муваффақиятли бўғим ичи терапиясидан кейин пациент бўғимга ортиқча юклама туширмаслиги керак.

Кортикостероидлар инъекциясини бевосита пайларга юбормаслик керак, чунки кейинчалик бу пай узилиб кетиши мумкин.

Мушак ичи инъекциялари: юмшоқ тўқималарнинг маҳаллий атрофиясини бартараф этиш учун кортикостероидларни мушакка чуқур юбориш зарур. Препаратнинг ҳар қандай юборилиши (юмшоқ тўқималарга, шикастланиш ўчоғига, бўғим бўшлиғига ва ҳ.з.) тизимли таъсирига олиб келиши мумкин, бир вақтнинг ўзид аниқ маҳаллий таъсирида.

Диабети бўлган беморлар: препарат билан даволашда қандли диабет бўлган беморлар қандни пасайтирувчи терапияни тузатиш киритишга муҳтож бўлиши мумкин.

Гипотиреози, жигар етишмовчилиги, жигар циррози, кўзларнинг герпетик шикастланиши (мугуз парда тешилиши хавфи) бўлган пациентларда препаратни эҳтиёткорлик билан қўллаш зарур.

Кўз касалликлари: кортикостероидларни узоқ муддат қўллаш катарактага (айниқса болаларда), кўриш нервини эҳтимолли шикастланиши билан глаукомага, марказий сероз хориоретинопатияга олиб келиши ва кўзларнинг иккиламчи инфекциясини (замбуруғли ёки вирусли) ривожланишига ёрдам бериши мумкин. Кортипан олаётган пациентлар, айнқса 6 ҳафтадан ортиқ олаётган, мунтазам равишда офтальмологик текширувдан ўтишлари зарур.

Кортикостероидларнинг ўртача ва юқори дозалари артериал босимни ошириши, тўқималарда суюқлик ва натрий хлориди тутилишига ва организмдан калийни юқори даражада чиқарилишига (бу шишлар, юрак ишидаги бузилишлар билан намоийш бўлиши мумкин) ёрдам бериши мумкин, шунинг учун озуқа тузи чекланган парҳез тавсия этилади. Фақат юқори дозалар билан узоқ муддат даволашда, аритмиялар ривожланиши хавфида ёки гипокалиемиyani биргаликдаги даволашда калийни қўшимча қабул қилиш мумкин. Синтетик ҳосилалар қўлланилганда, фақат, агар улар юқори дозаларда қўлланилмаса, бундай симптомларнинг пайдо бўлиши кам эҳтимолли/камроқ эҳтимолли. Барча кортикостероидлар кальций чиқарилишини кучайтиради.

Вакцинация: неврологик асоратларнинг ривожланиш хавфини ва паст иммун жавобни (антитаначалар ҳосил бўлмайди) ҳисобга олган ҳолда кортикостероидларни олаётган пациентларда сувчечакка қарши вакцина қилмаслик керак. Кортикостероидлар билан даволашда (айниқса юқори дозаларда бошқа турдаги вакцинацияларни ҳам ўтказмаслик лозим). Ўрин босувчи даволашни ўтказишда (масалан, буйрак усти безлари қобиғининг бирламчи етишмовчилигида) иммунизацияни ўтказиш мумкин.

Кўриш қобилятини бузилиши: тизимли ва маҳаллий таъсир кўрсатувчи кортикостероидларни қўллашда (жумладан, интраназал, ингаляцион ва кўз ичига юбориш) кўриш қобилятини бузилишлари пайдо бўлиши мумкин. Агар хира кўриш ёки кўзнинг бошқа бузилишлари пайдо бўлса пациент офтальмолог кўригидан ўтиши зарур. Кўриш қобилятининг эҳтимолли бузилишларига катаракта, глаукома ёки марказий сероз хориоретинопатияларни киритиш мумкин, бу ҳақда тизимли ва маҳаллий таъсир кўрсатувчи кортикостероидларни қўллашдан кейин хабар берилган.

Кортикостероидларни қўллаш фонида сперматозоидларнинг ҳаракатчанлиги ва сони ўзгариши мумкин.

Кортипан препаратининг таркибида бензил спирти мавжуд, у 3 ёшдан кичик болаларда

токсик ва анафилактик реакцияларни чақириши мумкин (жумладан, "бўғилиш" синдроми билан нафас олиш муаммолари), шунинг учун препаратни чала туғилганларда, янги туғилган чақалоқларда ва 3 ёшдан кичик болаларда қўллаш мумкин эмас.

Кортипан таркибида метилпарагидроксибензоат (E218) ва пропилпарагидроксибензоат (E216) мавжуд, улар аллергик реакцияларни (эхтимол секинлаштирилган турини) ва жуда кам ҳолатларда эшакеми ва бронхоспазм билан дарҳол турдаги реакцияларни чақириши мумкин.

Даволаш давомийлигига ва қўлланиладиган дозасига қараб кальций метаболизмига нисбатан салбий таъсирини кутиш мумкин, шунинг учун остеопорозни олдини олиш тавсия этилади, у бошқа хавф омиллари, жумладан, оилавий мойиллик, кекса ёш, постменопауза, оксил ва кальцийни етарлича истеъмол қилмаслик, кўп чекиш, алкогольни суиистеъмол қилиш ва жисмоний фаоллик пасайиши мажудлигида жуда муҳим. Профилактикаси кальций ва D витаминини тўғри истеъмол қилишга ҳамда жисмоний фаолликка асосланган. Остеопороз мавжудлигида қўшимча даволаш имкониятини кўриб чиқиш лозим.

Кортикостероидларнинг юқори дозалари қўлланилганида кўпроқ нерв-мушак узатилишининг бузилиши бўлган пациентларда (масалан, миастенияда) ёки нерв-мушак блокаторлари (масалан, панкуроний) билан даволанаётган пациентларда ўткир миопатия кузатилган. Ўткир миопатия кўз ва нафас олиш мушакларини шикастлаши ва ҳаттоки квадрипарезга олиб келиши мумкин. Бундай ҳолатларда креатинкиназанинг ошган даражаси қайд этилиши мумкин. Кортикостероидларни қабул қилиш тўхтатилгандан кейин клиник яхшиланишга ёки тузалишга бир неча ҳафтадан бир неча йилгача вақт кетиши мумкин.

Кортикостероидлар билан даволанаётган пациентларда Капоши саркомаси ривожланиши мумкин, кортикостероидларни бекор қилиш клиник яхшиланишга олиб келиши мумкин.

Муддатидан илгари туғилган чақалоқларга гиалинли мембраналар касаллигини профилактик даволаш учун ёки презклампсияси, эклампсияси ёки йўлдош шикастланиши белгилари бўлган ҳомиладор аёлларга кортикостероидларни буюрмаслик лозим.

Болаларда қўлланилиши: кортикостероидлар янги туғилган чақалоқлар ва болаларнинг ўсишини секинлаштириши мумкинлиги ва эндоген кортикостероидлар ишлаб чиқарилишини бостириши туфайли, даволаш узок чўзилиб кетганида, ўсиш ва ривожланиш темпларини синчков назорат қилишни таъминлаш зарур.

Ҳомиладорлик ва лактация даврида қўлланилиши

Ҳомиладорлик

Препаратни ҳомиладорларда қўллашнинг хавфсизлиги бўйича ахборот йўқлиги туфайли препаратни она ва ҳомила/бола учун фойда/хавф нисбатини синчков баҳолагандан кейин ўта зарур ҳолатларда буюриш лозим.

Ҳомиладорлик пайтида катта дозаларда кортикостероидларни олган оналардан туғилган болалар синчков тиббий назоратга муҳтож (буйрак усти безлари қобиғининг етишмовчилиги белгиларини эрта аниқлаш учун).

Туғруқдан олдин оналари бетаметазон олган янги туғилган чақалоқларда ўсишнинг фетал гормонлари ва, тахминан, ҳомила буйрак усти безларининг ҳам якуний шаклланган, ҳам фетал соҳалари томонидан стероидлар ишлаб чиқарилишини тартибга солувчи гипофиз гормонлари ишлаб чиқарилишининг вақтинчалик кечикиши кузатилган. Бироқ, эмбрионал гидрокортизоннинг ингибиция қилиши туғилгандан кейин стрессга бўлган гипофизар-адренал реакцияларга тўсқинлик қилмайди.

Эмизиш даври

Кортикостероидлар йўлдош тўсиғи орқали кириб боради ва кўкрак сутига ажралиб чиқади. Лактация даврида Кортипан препаратини буюриш зарур бўлса, она учун терапиянинг муҳимлигини эътиборга олиб, эмизшни тўхтатиш масаласини ҳал қилиш зарур (болаларда ножўя самаралар бўлиши мумкинлиги туфайли).

Автомобилни ва мураккаб механизмларни бошқариш қобилиятига таъсири

Кортипан препарати автомобилни бошқариш ёки механизмлар билан ишлаш қобилиятига таъсир кўрсатмайди ёки аҳамиятсиз таъсир кўрсатади.

Дозани ошириб юбориш

Симптомлари: бетаметазон дозасини ўткир ошириб юбориш ҳаётга таҳдид солувчи ҳолатларни келтириб чиқармайди. Бир неча кун давомида глюкокортикостероидларнинг юқори дозаларини юбориш ножўя оқибатларга олиб келмайди (жуда юқори дозалари қўлланилиши ёки қандли диабетда, глаукомада, МИЙ эрозив-ярали шикателанишларининг кучайишида ёки бир вақтнинг ўзида дигиталис препаратлари, антикоагулянтлар ёки диуретиклар билан терапия олаётган беморларда қўллаш ҳолатларидан ташқари).

Даволаш: пациентнинг ҳолатини синчков тиббий назорат қилиш зарур. Суюқликнинг оптимал истеъмолини тутиб туриш ва қон плазмаси ва сийдикнинг электролит таркибини (айниқса организмда натрий ва калий мувозанатини) назорат қилиш лозим. Ушбу ионларнинг дисбаланси аниқланганда тегишли терапияни ўтказиш зарур.

Чиқарилиш шакли

Сигими 1 мл, синдириш чизиғи ёки нуқтаси бўлган шиша ампулада инъекция учун суспензия. Поливинилхлоридли плёнкадан контурли уяли ўрамда 1 ёки 5 ампуладан. 1 тадан поливинилхлоридли плёнкадан контурли уяли ўрамда давлат ва рус тилларидаги тиббиётда қўлланилишига доир йўриқномаси билан бирга картон қутига жойлаштирилади.

Сақлаш шароити

Курук, ёруғликдан ҳимояланган жойда, 25°C дан юқори бўлмаган ҳароратда сақлансин. Болалар ололмайдиган жойда сақлансин!

Яроқлилиқ муддати

2 йил.

Яроқлилиқ муддати тугагандан сўнг ишлатилмасин.

Дорихоналардан бериш шароити

Рецепт бўйича.

Ишлаб чиқарувчи

SC “Balkan Pharmaceuticals” SRL, Молдова Республикаси

Савдо маркаси ва қайд гувоҳномасининг эгаси

VEGAPHARM LLP., Буюк Британия

Ўзбекистон Республикаси ҳудудида дори воситаларини маркировкалаш тизими бўйича жавобгар бўлган ҳамда дори воситаларининг сифати бўйича шикоятларни (таклифларни) қабул қиладиган ташкилотнинг номи ва манзили:

“Ameliya Pharm Service” МЧЖ

Ўзбекистон Республикаси, 100052, Тошкент ш., Мирзо Улугбекск тумани, Аккурган кўч., 1.

Тел.: +998 78 150 50 81, +99878 150 50 82;

E-mail: uzdrugsafety@evolet.co.uk