

ТИББИЁТДА ҚЎЛЛАНИЛИШИГА ДОИР ЙЎРИҚНОМА ДЕКСАМЕТАЗОНА ФОСФАТ

Препаратнинг савдо номи: Дексаметазон фосфат

Таъсир этувчи модда (ХПН): дексаметазон (dexamethasone)

Дори шакли: инъекция учун эритма.

Таркиби:

1 мл эритма куйидагиларни сақлайди:

фаол модда: 4 мг дексаметазон фосфатга қайта ҳисобланганда дексаметазон натрий фосфат;

ёрдамчи моддалар: натрий хлорид, натрий гидрофосфат додекагидрат, натрий эдетат, инъекция учун сув.

Таърифи: рангсиз ёки сариқ рангли тиниқ суюқлик.

Фармакотерапевтик гуруҳи: Тизимли қўллаш учун кортикостероидлар. Глюкокортикоидлар.

АТХ коди: N02AB02.

Фармакологик хусусиятлари

Фармакодинамикаси

Дексаметазон – бу глюкокортикоид таъсирига эга бўлган буйрак усти қобигининг (кортикостероид) ярим синтетик гормони ҳисобланади. Яллиғланишга қарши ва иммуносупрессив таъсирга эга, шунингдек, энергия алмашинувига, глюкоза алмашинувига ва (салбий тескари алоқа туфайли) гипоталамуснинг фаоллаштирувчи омили ва аденогипофизнинг трофик гормони секрециясига таъсир қилади.

Глюкокортикоидларнинг таъсир қилиш механизми ҳали тўлиқ ёритилмаган. Энди глюкокортикоидларнинг хужайра даражасида ҳаракат қилишини тасдиқлаш учун таъсир қилиш механизми ҳақида етарли миқдордаги ҳисоботлар мавжуд. Хужайралар ситоплазмасида иккита аниқ белгиланган рецептор тизими мавжуд. Глюкокортикоид рецепторлари билан боғланиши туфайли кортикоидлар яллиғланишга қарши ва иммуносупрессив таъсирга эга ва глюкоза метаболизмини тартибга солади ва минералокортикоид рецепторлари билан боғланиши туфайли улар натрий, калий ва сув-электролитлар мувозанатини тартибга солади.

Глюкокортикоидлар липидларда эрийди ва хужайра мембранаси орқали мақсадли хужайраларга осонгина кириб боради. Гормоннинг рецептор билан боғланиши рецептор конформациясининг ўзгаришига олиб келади ва унинг ДНК билан яқинлигини оширади.

Гормон/рецептор комплекси хужайра ядросига киради ва ДНК молекуласининг тартибга солиш марказига боғланади, бу глюкокортикоид жавоб элементи (GRE) деб ҳам аталади. GRE ёки ўзига хос генлар билан боғлиқ бўлган фаоллаштирилган рецептор м-РНК транскрипциясини тартибга солади, уни ошириш ёки камайтириш мумкин.

Янги ҳосил бўлган мРНК рибосомага етказилади, шундан сўнг янги оксиллар ҳосил бўлади. Мақсадли хужайраларга ва хужайраларда содир бўладиган жараёнларга қараб, оксил синтезини кучайтириш (масалан, жигар хужайраларида тирозин трансминаза ҳосил бўлиши) ёки камайтириш (масалан, лимфоцитларда IL-2 ҳосил бўлиши) мумкин.

Глюкокортикоид рецепторлари барча турдаги тўқималарда мавжуд бўлганлиги сабабли, глюкокортикоидлар организмнинг аксарият хужайраларида ҳаракат қилади деб тахмин қилиш мумкин.

Клиник самарадорлик ва хавфсизлик - COVID-19

Клиник самарадорлик

COVID-19 билан касалхонага ётқизилган пациентларда потенциал даволаш усулларининг таъсирини баҳолаш учун тадқиқотчи томонидан бошланган индивидуал рандомизацияланган бошқариладиган очик адаптив тадқиқот платформаси RECOVERY (Randomised Evaluation of Covid-19 Therapy)¹.

Тадқиқотлар Буюк Британиядаги 176 касалхонада ўтказилди. 6425 пациент дексаметазон (2104 пациент) ёки анъанавий даволаниш (4321 пациент) учун рандомизацияланган. Пациентнинг 89% да SARS-CoV-2 лаборатория томонидан тасдиқланган инфекция бўлган. Рандомизация вақтида пациентнинг 16% ўпканинг сунъий инвазив вентилияцияси (ЎСВ) ёки экстракорпорал мембранани оксигенация қилди, 60% фақат кислород олди (инвазив бўлмаган вентилияция билан ёки бўлмаган ҳолда) ва 24% ҳам қабул қилмади. Пациентларнинг ўртача ёши $66,1 \pm 15,7$ йилни ташкил этган. Пациентларнинг 36% аёллар бўлган. Пациентларнинг 24% диабет, 27% - юрак хасталиги ва 21% - сурункали ўпка касалликлари бўлган.

Бирламчи сўнгги нуқта

Дексаметазон гуруҳида 28 суткада одатдаги даволаш гуруҳига нисбатан анча паст бўлган, бу ерда ўлим 482 пациентлардан 2104 (22,9%) пациентларда ва 1110 пациентлардан 4321 (25,7%) пациентларда, мос равишда (учраш тез-тезликдаги коэффициенти 0,83; 95% ишонч интервали (ИИ), 0,75-0,93; $p < 0,001$).

Дексаметазон гуруҳида пациентлар орасида ўлим ҳолатлари инвазив ЎСВ (29,3% ва 41,4%, учраш тез-тезлиги коэффициенти, 0,64; 95% ИИ, 0,51-0,81) ва инвазив ЎСВ қўшимча кислород оладиганларга (23,3% ва 26,2%, учраш тез-тезлиги коэффициенти 0,82; 95% ИИ дан 0,72-0,94).

Рандомизация вақтида респираторни тутиб турувчи усулларини олмаган пациентларда дексаметазоннинг аниқ таъсири бўлмаган (17,8% ва 14,0%, учраш тез-тезлиги коэффициенти, 1,19; 95% ИИ, 0,91-1,55).

Иккиламчи сўнгги нуқта

Дексаметазон гуруҳидаги пациентлар одатдаги тиббий ёрдам гуруҳидаги пациентларга караганда қисқароқ муддат ичида касалхонада қолишган (ўртача, 12 кунга нисбатан 13 кун) ва касалхонадан чиқиш эҳтимоли 28 кунни ташкил этади (тез-тезлик нисбати, 1,10; 95% ИИ, 1,03 -1,17).

Бирламчи якуний нуктага кўра, касалхонага ётқизишнинг давомийлигини 28 кунгача камайтиришга энг катта таъсир рандомизация вақтида инвазив ЎСВ олган пациентлар орасида кузатилган (учраш тез-тезлиги коэффициенти 1,48; 95% ИИ 1,16, 1,90), кейингиси - фақат кислород оладиган пациентлар орасида (учраш тез-тезлиги коэффициенти 1,15; 95% ИИ 1,06-1,24) ва кислород олмаган пациентларда қулай таъсир кўрсатмасдан (нормал коэффициенти 0,96; 95% ИИ 0,85-1,08).

Натижа	Дексаметазон	Одатий даволаш	Хавф учраш тез-тезлиги коэффициенти*
	(N = 2104)	(N = 4321)	(95 % ИИ)
	Пациентларнинг сони / умумий сони (%)		
<i>Бирламчи якуний нуқта</i>			
28 кунлик даврда ўлим	482/2104 (22,9)	1110/4321 (25,7)	0,83 (0,75-0,93)
<i>Иккиламчи якуний нуқта</i>			
28 кун ичида касалхонадан чиқарилди	1413/2104 (67,2)	2745/4321 (63,5)	1,10 (1,03-1,17)
Инвазив ЎСВ ёки ўлим билан якунланиш натижа† :	456/1780 (25,6)	994/3638 (27,3)	0,92 (0,84-1,01)
– инвазив ЎСВ	102/1780 (5,7)	285/3638 (7,8)	0,77 (0,62-0,95)
– ўлим билан якунланиши	387/1780 (21,7)	827/3638 (22,7)	0,93 (0,84-1,03)

* Кўрсаткичларнинг нисбати 28 кунлик ўлим ва касалхонадан чиқиш натижаларини ҳисобга олган ҳолда ёшга караб мувофиқлаштирилади. Хавф нисбати инвазив ЎСВ ёки ўлим билан якунланиш натижаси ва унинг таркибий қисмларини олиш натижаларига нисбатан ёшни ҳисобга олган ҳолда мувофиқлаштириш;

† Рандомизация вақтида инвазив ЎСВ олган пациентлар ушбу тоифадан чиқариб ташланади.

Хавфсизлик

Тадқиқот давомида ўрганилаётган даволаниш билан боғлиқ 4 та жиддий ножўя таъсири қайд этилган, яъни: 2 та гипергликемия, 1 та стероид психоз ва 1 та юқори меъда-ичак йўллариинг қон кетиши. Барча ҳолатлар ҳал қилинади.

Кичик гуруҳни таҳлил қилиш

Дексаметазонни буюриш самаралари ёши ва нафас олишни бир маромда тутиб туришни сақлаш усулига қараб 28 кунлик ўлимга таъсири, рандомизация натижасида олинган²

	Дексаметазон	Одатий парвариш	RR (95 % CI)
Кислородни мавжуд эмаслиги ($\chi^2 = 0,70; p=0,40$)			
< 70	10/197 (5,1 %)	18/462 (3,9 %)	1,31 (0,60-2,83)
≥ 70 < 80	25/114 (21,9 %)	35/224 (15,6 %)	1,46 (0,88-2,45)
≥ 80	54/190 (28,4 %)	92/348 (26,4 %)	1,06 (0,76-1,49)
Оралик йиғиндиси	89/501 (17,8 %)	145/1034 (14,0 %)	1,19 (0,91-1,55)
Фақат кислород ($\chi^2 = 2,54; p=0,11$)			
< 70	53/675 (7,9 %)	193/1473 (13,1 %)	0,58 (0,43-0,78)
≥ 70 < 80	104/306 (34,0 %)	178/531 (33,5 %)	0,98 (0,77-1,25)
≥ 80	141/298 (47,3 %)	311/600 (51,8 %)	0,85 (0,70-1,04)
Оралик йиғиндиси	298/1279 (23,3 %)	682/2604 (26,2 %)	0,82 (0,72-0,94)
Механик шамоллаш ($\chi^2 = 0,28; p=0,60$)			
< 70	66/269 (24,5 %)	217/569 (38,1 %)	0,61 (0,46-0,81)
≥ 70 < 80	26/49 (53,1 %)	58/104 (55,8 %)	0,85 (0,53-1,34)
≥ 80	3/6 (50,0 %)	8/10 (80,0 %)	0,39 (0,10-1,47)
Оралик йиғиндиси	95/324 (29,3 %)	283/683 (41,4 %)	0,64 (0,51-0,81)
Барча иштирокчилар	482/2104 (22,9 %)	1110/4321 (25,7 %)	0,83 (0,75-0,93) p < 0,001
Дексаметазон яхшироқ			Мунтазам парвариш қилиш яхшироқдир

Дексаметазон буюриш 28-кунлик ўлимга таъсири, нафас олишни бир маромда тутиб турувчи усулига қараб, рандомизация йўли билан олинган ва ҳар қандай сурункали касаллик мавжуд бўлганда³.

	Дексаметазон	Одатий парвариш	RR (95 % CI)
Кислородни мавжуд эмаслиги ($\chi^2 = 0,08; p=0,78$)			
Дастлабки касаллик	65/313 (20,8 %)	100/598 (16,7 %)	1,22 (0,89-1,66)
Олдиндан касалликсиз	24/188 (12,8 %)	45/436 (10,3 %)	1,12 (0,68-1,83)
Оралик йиғиндиси	89/501 (17,8 %)	145/1034 (14,0 %)	1,19 (0,91-1,55)
Фақат ($\chi^2 = 2,05; p=0,15$)			
Олдиндан касаллик	221/702 (31,5 %)	481/1473 (32,7 %)	0,88 (0,75-1,03)
Олдиндан касалликсиз	77/577 (13,3 %)	201/1131 (17,8 %)	0,70 (0,54-0,91)
Оралик йиғиндиси	298/1279 (23,3 %)	682/2604 (26,2 %)	0,82 (0,72-0,94)
Механик шамоллатиш ($\chi^2 = 1,52; p=0,22$)			
Олдиндан касаллик	51/159 (32,1 %)	150/346 (43,4 %)	0,75 (0,54-1,02)
Олдиндан касалликсиз	44/165 (26,7 %)	133/337 (39,5 %)	0,56 (0,40-0,78)
Оралик йиғиндиси	95/324 (29,3 %)	283/683 (41,4 %)	0,64 (0,51-0,81)
Барча иштирокчилар	482/2104 (22,9 %)	1110/4321 (25,7 %)	0,83 (0,75-0,93) p < 0,001
Дексаметазон яхшироқ			Мунтазам парвариш

¹ www.recoverytrial.net

^{2,3} (джерело: Horby P. et al., 2020; <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.06.22.20137273v1>;
doi: <https://doi.org/10.1101/2020.06.22.20137273>).

Фармакокинетикаси

Вена ичига юборилгандан сўнг, қон плазмасидаги дексаметазон фосфатнинг максимал концентрациясига атиги 5 минутда, мушак ичига юборилгандан кейин эса 1 соат давомида эришилади. Бўғимлар ёки юмшоқ тўқималарга инъекция кўринишида маҳаллий равишда қўлланилганда, сўрилиш секинроқ амалга оширилади.

Препаратнинг таъсири вена ичига юборилгандан кейин тезда бошланади. Мушак ичига юбориш билан клиник самараси юборилгандан 8 соат ўтгач кузатилади. Препарат узоқ вақт давомида ишлайди: мушак ичига юборилгандан кейин 17 дан 28 кунгача ва маҳаллий қўлланилгандан кейин 3 кундан 3 ҳафтагача ташкил этади.

Дексаметазоннинг биологик ярим чиқарилиш даври 24-72 соатни ташкил қилади. Дексаметазон фосфат тезда плазма ва синовиал суюқликда дексаметазонга айланади.

Қон плазмасида дексаметазоннинг тахминан 77% оксиллар, асосан альбумин билан боғланади. Фақат оз миқдордаги дексаметазон бошқа плазма оксиллари билан боғланади. Дексаметазон ёғда эрийдиган моддadir, шунинг учун у ҳужайралараро ва ҳужайралараро бўшлиққа киради. Бу мембрана рецепторлари билан боғланиш орқали марказий нерв тизимига (гипоталамус, гипофиз беzi) таъсир қилади. Периферик тўқималарда у цитоплазматик рецепторлари орқали боғланади ва ҳаракат қилади. Дексаметазон ўз таъсир жойида, яъни ҳужайрада парчаланади. Дексаметазон асосан жигарда метаболизмга учрайди. Дексаметазоннинг оз миқдори буйраклар ва бошқа тўқималарда метаболизмга учрайди. Чиқаришнинг асосий йўли буйраклар орқали ҳисобланади.

Қўлланилиши

Дексаметазон фосфат шошилиш ҳолатларида вена ичига ёки мушак ичига юборилади, шунингдек қуйидаги шароитларда препаратни перорал юбориш мумкин эмаслиги сабабли.

Эндокрин бузилишлар:

- бирламчи ёки иккиламчи (гипофиз) буйрак усти етишмовчилигини алмаштириш терапияси (гидрокортизон ёки кортизон танланган препаратлар ҳисобланади; агар керак бўлса, синтетик аналоглардан минералокортикоидлар билан биргаликда фойдаланиш мумкин; педиатрия амалиётида минералокортикоидлар билан биргаликда қўллаш жуда муҳимдир);
- ўткир буйрак усти етишмовчилиги (гидрокортизон ёки кортизон танланган препаратлар ҳисобланади; минералокортикоидлар билан биргаликда қўллаш зарур бўлиши мумкин, айниқса синтетик аналогларда);
- буйрак усти етишмовчилиги бўлган ёки номаълум адренал кортикал захираси бўлган пациентларда операциялардан олдин ва жиддий жароҳатлар ёки касалликлар ҳолатларида;
- буйрак усти етишмовчилиги мавжуд ёки шубҳали бўлган анъанавий терапияга чидамли шок;
- туғма буйраклар усти гиперплазия;
- қалқонсимон безнинг йирингли бўлмаган яллиғланиши;
- рақ шикастланиши томонидан келиб чиққан гиперкальциемия.

Ревматик касалликлар. Қисқа муддатли қўллаш учун ёрдамчи терапия сифатида (пациентни ўткир ҳолатдан ёки касалликнинг кучайиши билан олиб чиқиш учун): травмадан кейинги остеоартроз; остеоартроз билан синовит; ревматоид артрит, шу жумладан балоғатга етмаган ревматоид артрит (баъзи ҳолларда паст дозали самарасини бир маромда тутиб турувчи терапия талаб қилиниши мумкин); ўткир ва ўткир ости бурсит; эпикондилит; ўткир неспецифик тендосиновит; ўткир подагра артрити; псориатик артрит;

анкилозан спондилит.

Коллагенозлар. Аниқланиш даврида ёки баъзи ҳолларда самарасини бир маромда тутиб турувчи терапия сифатида: тизимли қизил югурук; ўткир ревматик кардит.

Тери касалликлари: пуфакчали; оғир кўп шаклли эритема (Стивенс-Джонсон синдроми); эксфолиатив дерматит; буллез герпети шаклли дерматит; оғир себореяли дерматит; оғир псориаз; фунгоид микоз.

Аллергик касалликлар. Анъанавий даволанишга жавоб бермайдиган оғир ёки ногирон аллергия ҳолатларни назорат қилиш: бронхиал астма; контактли дерматит; атопик дерматит; қон зардоби касаллиги; сурункали ёки мавсумий аллергия ринит; дориларга аллергия; қон қуйишдан кейин эшакемия; ўткир инфекцион бўлмаган томоқни шишиши (эпинефрин танланган препарат ҳисобланади).

Кўз касалликлари. Кўзнинг шикастланиши билан оғир ўткир ва сурункали аллергия ва яллиғланиш жараёнлари: *Herpes zoster* томонидан келиб чиққан кўзнинг шикастланиши; ирит, иридоциклит; хориоретинит; диффуз орқа увеити ва хориоидит; оптик неврит; симпатик офтальмия; олд сегмент яллиғланиши; аллергия конъюнктивит; кератит; шох парданинг аллергия кирраларининг яраси.

Меъда-ичак касалликлари. Пациентни критик даврдан чиқариб олиш учун: ярали колит (тизимли терапия); Крон касаллиги (тизимли терапия).

Нафас олиш йўллари касалликлари: симптоматик саркоидоз; бериллиоз; ўчоқли ёки диссеминирланган ўпка туберкулёзи (мувофиқ равишда туберкулезга қарши кимётерапия билан биргаликда); бошқа усуллар билан даволаш мумкин бўлмаган Лефлер синдроми; аспирацион пневмонит.

Қўшимча кислородли терапияга муҳтож бўлган катталар ва ўсмир пациентларда (12 ёшдан ошган тана вазни камида 40 кг бўлган) *COVID-19* коронавирус касаллигини даволаш.

Гематологик касалликлар: орттирилган (аутоиммун) гемолитик анемия; катталардаги идиопатик тромбоцитопеник пурпура (фақат вена ичига юбориш; мушак ичига юбориш мумкин эмас); катталардаги иккиламчи тромбоцитопения; эритробластопения (эритроцитар анемия); туғма (эритроид) гипопластик анемия.

Онкологик касалликлар: катталардаги лейкомия ва лимфомани паллиатив даволаш; болаларда ўткир лейкомия.

Шиш билан кечадиган ҳолатлар: идиопатик нефротик синдромда (уремиясиз) диурезни рағбатлантириш ёки протеинурияни камайтириш ва тизимли қизил югурукда буйрак функциясининг бузилиши.

Буйраклар усти функцияни диагностик текширувлари.

Бирламчи ёки метастатик бош-мия ўсимтаси, краниотомия ёки бош жароҳати туфайли бош-мия шиши. Бош-мия шишида фойдаланиш тўғри нейрохирургик тадқиқотлар ва нейрохирургик аралашув ва бошқа ўзига хос терапия каби якуний сўнгги тавсияларни алмаштирмайди.

Бошқа кўрсаткичлар: субарахноидал блокада ёки блокада таҳдиди билан туберкулёз менингит (мувофиқ равишда туберкулезга қарши терапия билан биргаликда); неврологик симптомлар ёки миокард трихиноз билан трихиноз.

Бўғимлар ичига юбориш ёки юмшоқ тўқималарга юбориш учун кўрсатмалар. Қисқа муддатли қўллаш учун ёрдамчи терапия сифатида (пациентни ўткир ҳолатдан ёки касалликнинг кучайиши билан олиб чиқиш учун): Рематоид артрит (алоҳида бўғимнинг оғир яллиғланиши); остеоартрит билан синовит; ўткир ва ўткир ости бурсит; ўткир подагра артрити; эпикондилит; ўткир нонспесифик тендосиновит; травмадан кейинги остеоартрит. Маҳаллий юбориш (шикастланган жойга юбориш): келлоид шикастланиш; ўраб олувчи темирлатки, псориаз, ҳалқали гранулемада маҳаллий гипертрофик, яллиғланишли ва инфилтратив шикастланишлар; дискоид қизил югурук; Оппенгейма липоид атрофик дерматити; маҳаллий аллопеция.

Бундан ташқари, апоневроз ёки пайларнинг (ганглионлар) кист ўсмалари учун ҳам қўллаш мумкин.

Қўллаш усули ва дозалари

Катталарга ва туғилгандан бошлаб болаларга буюрилади. Вена ичига (инъекция ёки инфузия шаклида), мушак ичига ёки маҳаллий равишда – бўғим ичига инъекция ёрдамида ёки инъекция йўли билан терининг шикастланиш жойига ёки юмшоқ тўқималарнинг инфильтрат юборилади.

Вена ичига юбориш учун эритувчи сифатида 0,9% натрий хлорид эритмаси ёки 5% глюкоза эритмасидан фойдаланинг.

Вена ичига юбориш ёки препаратни кейинги эритиш учун мўлжалланган эритмалар, агар улар чақалоқларда, айниқса эрта туғилган чақалоқларда қўлланилса, консервантларни ўз ичига олмайди.

Препаратни инфузион эритувчи билан аралаштиришда стерил хавфсизлик чораларига риоя қилиш керак. Инфузион эритмалар одатда консервантларни сақламайди, аралашмалар 24 соат ичида қўлланилиши керак.

Парентерал юбориш учун препаратлар эритма ва контейнернинг яроқлилигини аниқлаш учун ҳар сафар юборишдан олдин бегона заррачалар мавжудлиги ва ранг ўзгариши учун визуал тарзда текширилиши керак.

Дозани маълум бир пациентнинг касаллигига, белгиланган даволаниш муддатига, кортикоидларнинг ўзлаштираолинишига ва организмнинг реакциясига қараб индивидуал равишда аниқлаш керак.

Вена ичига ва мушак ичига юбориш

Тавсия этилган дастлабки доза ташхисга қараб суткада 0,5 мг дан 9 мг гача ўзгариб туради. Камроқ оғир ҳолатларда 0,5 мг дан паст доза етарли бўлиши мумкин, оғир касалликларда эса суткада 9 мг дан юқори доза зарур бўлиши мумкин.

Дексаметазон фосфатнинг дастлабки дозалари клиник реакция пайдо бўлгунча қўлланилиши керак, сўнгра дозани аста-секин клиник жиҳатдан энг паст даражага тушириш керак. Агар юқори дозалар бир неча кундан ортиқ муддатга буюрилган бўлса, дозани кейинги бир неча кун ичида ёки ҳатто узоқроқ вақт давомида аста-секин камайитириш керак. Агар тегишли вақтдан кейин қониқарли клиник жавоб бўлмаса, дексаметазон инъекциясини тўхтатиш ва пациентга бошқа даволанишни буюриш керак.

Дозани тузатишни талаб қилиши мумкин бўлган симптомларни диққат билан кузатиб бориш керак: касалликнинг ремиссияси ёки кучайиши натижасида клиник ҳолатнинг ўзгариши, препаратга индивидуал реакция, стресс таъсири (масалан, жарроҳлик аралашувлар, инфекция, травма). Стресс вақтида дозани вақтинча ошириш керак бўлиши мумкин.

Агар бир неча кунлик даволанишдан кейин препаратни қабул қилишни тўхтатиш керак бўлса, бекор қилиш аста-секин амалга оширилиши керак.

COVID-19 коронавирус касаллигини даволаш

Даволашнинг давомийлиги пациентларнинг клиник ҳолатига мувофиқ равишда индивидуал равишда белгиланади.

Катталар ва болалар (12 ёшдаги ўсмирлар ва тана вазни камида 40 кг бўлган катталар): 6 мг дексаметазон суткада бир марта 10 кунгача вена ичига юборилади.

Кекса ёшли пациентлар, буйрак ёки жигар функцияси бузилиши бўлган пациентлар. Дозага тузатиш киритиш талаб қилинмайди.

Шок

Дексаметазон фосфат инъекциясининг дозалаш:

- 20 мг вена ичига дастлабки инъекциясидан сўнг, доимий вена ичига инфузия орқали 24 соат давомида тана вазнига 3 мг/кг;
- бир марталик вена ичига инъекция кўринишида тана вазнига 2-6 мг/кг;
- дастлабки дозаси - 40 мг, сўнгра ҳар 4-6 соатда такрорий вена ичига инъекция қилинади, шок симптомлари кузатилганда;
- дастлабки дозаси - 40 мг, сўнгра ҳар 2-6 соатда такрорий вена ичига инъекция қилинади,

шок симптомлари кузатилганда;

– бир марталик вена ичига инъекция кўринишида тана вазнига 1 мг/кг;

Юқори дозали кортикостероид терапиясидан фойдаланиш факат пациентнинг аҳволи барқарорлашгунча давом этади, одатда 48-72 соатдан ошмайди.

Мия шиши

Дексаметазон фосфат одатда 10 мг бошланғич дозада вена ичига, сўнгра 4 мг ҳар 6 соатда мушак ичига симптомлар йўқолгунча юборилиши керак.

Даволашга реакцияси 12-24 соат давомида кузатиб бориш керак, даволанишдан 2-4 кун ўтгач дозани камайтириш мумкин, препаратни 5-7 кун ичида аста-секин бекор қилиш керак.

Миянинг такрорий ёки ишламайдиган ўсмалари бўлган пациентларда паллиатив фойдаланиш учун суткада 2-3 марта 2 мг дозада самарасини бир маромда тутиб турувчи терапияси самарали бўлиши мумкин.

Оғир аллергия касалликлари

Ўз-ўзидан бекор қилинадиган ўткир аллергия касалликларда ёки сурункали аллергия касалликларнинг оғир кучайишида дексаметазон фосфатни биринчи кун мушак ичига 1 ёки 2 мл (4 ёки 8 мг) буюрилади; иккинчи кундан бошлаб препаратнинг перорал шакллари билан даволанишни давом эттиринг.

Маҳаллий юбориш

Бўғим ичига юбориш, шикастланиш жойига ёки юмшоқ тўқималарга инъекция одатда шикастланиш бир ёки иккита бўғим (майдон) билан чекланган ҳолларда қўлланилади. Инъекцияларнинг дозаси ва учраш тез-тезлиги юбориш шароитлари ва жойига боғлиқ. Одатий доза 0,2-6 мг ни ташкил этади. Қўллаш тез-тезлиги одатда 3-5 кун давомида бир марта юборишдан 2-3 ҳафта давомида бир марта юборишга қадар ўзгариб туради. Тез-тез бўғим ичига юбориш бўғим тоғайига зарар етказиши мумкин.

Кортикостероидларни бўғим ичига инъекция қилиш маҳаллий таъсирга қўшимча равишда тизимли таъсирга олиб келиши мумкин.

Инфекцияланган бўғимларга кортикостероидларни бўғим ичига юборишдан сақланиш керак.

Кортикостероидларни беқарор бўғимларга юбормаслик тавсия этилади.

Оддий бир марталик дозаларнинг баъзилари қуйида келтирилган:

Инъекция жойи	Дексаметазон фосфат дозаси (мг)
Катта бўғимлар (масалан, тизза)	2-4
Кичик бўғимлар (масалан, бармоқ суякларидан, чакка-пастки жағ)	0,8-1
Мушаклараро халта	2-3
Пайлараро қобиғи	0,4-1
Юмшоқ тўқималар инфильтрацияси	2-6
Ганглия	1-2

Дексаметазон фосфат, айниқса, бўғим ичига юбориш ва юмшоқ тўқималарга инъекция қилиш учун кам эрийдиган узок муддатли стероидлардан бири билан биргаликда қўллаш учун тавсия этилади.

Болалар учун дозалар

Ўзгартириш терапияси учун тавсия этилган доза тана вазнига 0,02 мг/кг ёки учта инъекция учун кунига тана юзасининг майдони 0,67 мг/м² ташкил этади.

Бошқа барча кўрсаткичлар учун бошланғич доза оралиғи 0,02-0,3 мг/кг/суткада 3-4 инъекция учун (0,6-9 мг/м² тана юзасининг майдони/суткада).

Такқослаш учун турли кортикостероидлар учун мг нинг эквивалент дозалари қуйида келтирилган:

0,75 мг дексаметазон дозаси 2 мг параметразон ёки 4 мг метилпреднизолон ва триамцинолон ёки 5 мг преднизон ва преднизолон ёки 20 мг гидрокортизон ёки 25 мг кортизон ёки 0,75 мг бетаметазон дозасига тенг.

Бундай дозалаш нисбатлари фақат ушбу дориларни перорал ёки вена ичига юбориш учун қўлланилади. Ушбу препаратлар ёки уларнинг ҳосилалари мушак ичига ёки бўғим ичига юборилганда, уларнинг нисбий хусусиятлари сезиларли даражада ўзгартириши мумкин.

Болалар.

Туғилгандан бошлаб болаларга фақат ўта зарур бўлганда мурожаат қилинг. Дексаметазон билан даволаш вақтида болаларнинг ўсиши ва ривожланишини диққат билан кузатиб бориш керак.

Ножўя таъсирлари

Қон яратиш ва лимфатик тизими томонидан: тромбоэмболия, моноцитлар ва/ёки лимфоцитлар сонининг камайиши, лейкоцитоз, эозинофилия (бошқа глюкокортикоидлар сингари), тромбоцитопения ва тромбоцитопеник бўлмаган пурпура ҳолатлари.

Иммунитет тизими томонидан: юқори сезувчанлик реакциялари, тошма, аллергияк дерматит, эшакми, ангионевротик шиш, бронхоспазм ва анафилактик реакциялар, иммунитетнинг пасайиши ва инфекцияларга сезувчанликнинг ошиши.

Юрак томонидан: политопик қоринча экстрасистолияси, пароксизмал брадикардия, юрак етишмовчилиги, юрак тўхташи, яқинда миокард инфарктини бошидан ўтказган пациентларда юрак ёрилиши, эрта туғилган чақалоқларда гипертрофик кардиомиопатия ("Махсус кўрсатмалар" бўлимига қаранг).

Қон томирлар томондан: артериал гипертензия, гипертоник энцефалопатия.

Марказий нерв тизими томонидан: даволанишдан сўнг кўз дискнинг шишиши ва бош мия ички босимнинг ошиши (псевдоўсма) бўлиши мумкин. Бош айланиши (вертиго), тиришиш ва бош оғриғи, уйку бузилиши, онгни чалкашиши, асабийлашиш, ташвишланиш каби неврологик ножўя самаралари ҳам кузатилиши мумкин.

Руҳий касалликлар: кўпинча эйфория сифатида намоён бўладиган шахсият ва хатти-ҳаракатлардаги ўзгаришлар; ножўя самаралар ҳақида ҳам хабар қилинган: уйқусизлик, асабийлашиш, гиперкинезия, депрессия ва психоз, шунингдек маниакаль-депрессив психоз, делирий, дезориентация, галлюцинациялар, параноя, кайфиятнинг ўзгарувчанлиги, ўз жонига қасд қилиш фикрлари, шизофрения, амнезия, тутқаноқнинг кечишини ёмонлашиши.

Эндокрин ва метаболизм тизими томонидан: буйрак усти безлари функциясининг сусайиши ва атрофияси (стрессга жавобни камайтириш), Кушинг синдроми, болалар ва ўсмирларда ўсишнинг кечикиши, менструал циклни бузилиши, аменорея, гирсутизм, яширин диабетнинг клиник фаол шаклга ўтиши, углеводларга толерантликнинг пасайиши, иштаҳанинг ошиши ва вазн ортиши, гипертриглицеридемиа, семириш, қандли диабет бўлган пациентларда инсулин ёки перорал диабетга қарши воситаларга бўлган эҳтиёжнинг ошиши, оксил катаболизми, гипокалемик алкалоз, натрий ва организмдаги сувни тутилиши, калий йўқотилишининг кўпайиши туфайли салбий азот баланси, гипокальциемиа.

Меъда-ичак йўллари томонидан: эзофагит, диспепсия, кўнгил айнаши, қусиш, ҳикичок, меъда ва ўн икки бармоқли ичакнинг меъда яраси, меъда яраси ва овқат ҳазм қилиш йўлларида қон кетиши (қон аралашмаси билан қусиш, мелена), панкреатит ва ўт пуфаги ва ичакнинг тешилиши (айниқса сурункали ичак яллиғланиши бўлган пациентларда) ҳам бўлиши мумкин.

Суяк-мушак тизими ва бириктирувчи тўқималар томонидан: мушаклар кучсизлиги, стероид миопатия (мушакларнинг кучсизлиги мушакларнинг катаболизмига сабаб бўлади), мушак атрофияси, остеопороз (кальцийнинг чиқарилишини кўпайиши) ва умуртка поғонасининг сиқилиш ёриқлари, найчали суякларнинг синиши, асептик остеонекроз (кўпинча - сон ва елка суяклари бошларининг асептик некрози), пайларнинг ёрилиши

(айниқса, баъзи хинолондан паралелл фойдаланиш), бўғим тоғайлари ва суяк некрозини шикастланиши (бўғим ички инфекциялари сабабли), эпифизар ўсиш зоналарининг муддатидан олдин ёпилиши.

Тери ва тери ости тўқималар томонидан: яра битишининг кечикиши, қичишиш, терининг юпқалаш ва сезгирлигининг ошиши, стрия, петехия ва кўкаришлар, акне, телеангиоэктазия, эритема, кўп терлаш, тери тестларига сусайган реакцияси.

Кўриш аъзолари томонидан: кўз ичи босимининг ошиши, глаукома, катаракт ёки экзофтальм, шох парданинг ингичкалаши, бактериал, замбуруғли ёки вирусли кўз инфекцияларининг зўрайиши.

Инфекциялар ва инвазиялар: оппортунистик инфекцияларнинг ривожланиши, фаол бўлмаган туберкулез касаллигининг қайталаниши.

Репродуктив тизими томонидан: импотенция.

Умумий бузилишлар: шиш, терининг гипер - ёки гипопигментацияси, терининг ёки тери ости қатламининг атрофияси, стерил абсцесси ва терининг қизариши, вена ичига юбориш вақтида ёки юқори дозаларда чот орасида вақтинчалик ачишиш ва чимчилаш ҳисси.

Умумий бузилишлар ва инъекция жойида бузилишлар: мушак ичига юборилганда - инъекция жойида ўзгаришлар, шу жумладан шиш, ачишиш, уйқусизлик, оғриқ, парестезия ва инъекция жойида инфекциялар, кам ҳолларда атрофдаги тўқималарнинг некрози, инъекция жойида чандиқлар, мушак ичига инъекция билан тери ва тери ости тўқималарининг атрофияси (айниқса дельтоид мушак ичига юбориш хавфи).

Вена ичига юбориш билан - аритмия, юзга қон қуюлиши, тиришишлар.

Интракраниал юбориш билан - бурундан қон кетиш.

Бўғимлар ичига юбориш билан - бўғимларда оғриқ кучаяди.

Глюкокортикоидларни бекор қилиш синдромининг белгилари

Узоқ вақт давомида дексаметазон билан даволанган пациентларда дозани тез камайтириш, бекор қилиш синдроми ва буйрак усти етишмовчилиги ҳолатларида артериал гипотензия ёки ўлим билан якунланиш кузатилиши мумкин.

Баъзи ҳолларда бекор қилиш синдромининг белгилари пациент даволанган касалликнинг ёмонлашиши ёки қайталаниши белгиларига ўхшаш бўлиши мумкин.

Агар жиддий ножўя реакциялар юзага келса, даволанишни тўхтатиш керак.

Қўллаш мумкин бўлмаган ҳолатлари

Дексаметазонга ёки препаратнинг бошқа ингредиентларига юқори сезувчанлик.

Ўткир вирусли, бактериал ёки тизимли замбуруғ инфекциялари (агар тўғри терапия қўлланилмаса), Кушинг синдроми. Тирик вакцина билан эмлаш.

Мушак ичига юбориш қон ивишининг оғир бузилиши бўлган пациентларда қўллаш мумкин эмас.

Маҳаллий юбориш бактеремия, тизимли замбуруғли инфекциялари, бўғимлари бекарор бўлган пациентларда, қўллаш жойидаги инфекцияларда, шу жумладан гонорея ёки туберкулез сабабли септик артритда қўллаш мумкин эмас.

Дориларнинг ўзаро таъсири

Дексаметазон ва ностероид яллиғланишга қарши воситаларни параллел қўллаш меъда-ичакдан қон кетиш ва меъда яраси хавфини оширади.

Агар сиз бир вақтнинг ўзида рифампицин, рифабутин, карбамазепин, фенобарбитон, фенитоин (дифенилгидантоин), примидон, эфедрин ёки аминоглутетимидни қабул қилсангиз, дексаметазоннинг самарадорлиги пасаяди, шунинг учун бундай комбинацияларда дексаметазоннинг дозасини ошириш керак.

Дексаметазон ва юқоридаги барча дори воситалари ўртасидаги ўзаро таъсир дексаметазоннинг бостириш тестини бузиши мумкин. Тест натижаларини баҳолашда буни ҳисобга олиш керак.

Дексаметазон миастенияда қўлланилганда антихолинэстераз воситаларининг терапевтик таъсирини камайтиради.

Дексаметазон ва кетоконазол, макролид антибиотиклари каби СҮР 3А4 фермент фаоллигини ингибция қилувчи препаратларни биргаликда қўллаш қон зардобадаги ва плазмадаги дексаметазон концентрациясининг ошишига олиб келиши мумкин. Дексаметазон СҮР 3А4 нинг ўртача индукторидир. Индинавир, эритромицин каби СҮР 3А4 томонидан метаболизмга учраган препаратлар билан биргаликда қўллаш уларнинг клиренсини ошириши ва қон зардобадаги концентрациясининг пасайишига олиб келиши мумкин.

Кетоконазол буйрак усти безлари томонидан глюкокортикоидлар синтезини ингибция қилиши мумкин, шунинг учун дексаметазон концентрациясининг пасайиши туфайли буйрак усти етишмовчилиги ривожланиши мумкин.

Дексаметазон қандли диабет, артериал гипертензия, кумарин антикоагулянтлари, празиквантел ва натрийуретикларни даволаш учун препаратларнинг терапевтик самарасини камайтиради (шунинг учун бу дори воситаларини дозасини ошириш керак); гепарин, альбендазол ва калийуретикларнинг фаоллигини оширади (агар зарурат бўлса, бу препаратларнинг дозасини камайтириш керак).

Дексаметазон кумарин антикоагулянтларининг таъсирини ўзгартириши мумкин, шунинг учун бундай препаратлар комбинациясидан фойдаланганда протромбин вақтини тез-тез текшириш керак.

Дексаметазон ва бошқа глюкокортикоидлар ёки β_2 -адренорецептор агонистларининг юқори дозаларини бир вақтда қўллаш гипокалемия хавфини оширади. Гипокалемияси бўлган пациентларда юрак гликозидлари ритми бузилишига кўпроқ ҳисса қўшади ва кўпроқ токсикликка эга.

Антацидлар меъдада дексаметазоннинг сўрилишини камайтиради. Дексаметазоннинг озик-овқат ва алкоголь билан бир вақтда қабул қилинганда таъсири ўрганилмаган, аммо натрий миқдори юқори бўлган озик-овқат маҳсулотларини истеъмол қилиш билан бир вақтда дориларни қўллаш тавсия этилмайди. Чекиш дексаметазоннинг фармакокинетикасига таъсир қилмайди.

Глюкокортикоидлар салицилатларнинг буйрак клиренсини кучайтиради, шунинг учун баъзида қон зардобада салицилатларнинг терапевтик концентрациясини олиш қийин. Кортикостероид дозасини аста-секин камайтирадиган пациентларда эҳтиёткорликка риоя қилиш керак, чунки қон зардобада салицилат концентрациясининг ошиши ва интоксикация бўлиши мумкин.

Агар перорал контрацептивлари параллел равишда қўлланилса, глюкокортикоидларнинг ярим чиқарилиш даври ошиши мумкин, бу уларнинг биологик таъсирини кучайтиради ва ножўя самаралари хавфини ошириши мумкин.

Ритодрин ва дексаметазонни бир вақтда қўллаш туғруқ вақтида қўллаш мумкин эмас, чунки бу ўпка шишига олиб келиши мумкин. Бундай ҳолатнинг ривожланиши туфайли туғруқдаги аёлда ўлим билан якунланиш натижа қайд этилган.

Дексаметазон ва талидомидни бир вақтда қўллаш токсик эпидермал некролизга олиб келиши мумкин.

Терапевтик фойда келтирадиган ўзаро таъсир турлари: цисплатин, циклофосфамид, метотрексат, фторурацил билан кимётерапия натижасида кўнгил айланиши ва қайт қилишнинг олдини олиш учун самарали дексаметазон ва метоклопрамид, дифенгидрамид, прохлорперазин ёки 5-НТ₃ рецепторлари антагонистлари (3-тоифа, серотонин ёки 5-гидрокситриптамин рецепторлари, масалан ондансетрон ёки гранисетрон) параллел қўлланилиши.

Номутаносиблиги.

Препаратни бошқа препаратлар билан аралаштирмаслик тавсия этилади, қуйидагилардан ташқари: 0,9% натрий хлорид эритмаси ёки 5% глюкоза эритмаси.

Дексаметазон хлорпромазин, дифенгидрамин, доксапрам, доксорубицин, даунорубицин, идарубицин, гидроморфон, ондансетрон, прохлорперазин, калий нитрат ва ванкомицин билан аралаштирилганда чўкма ҳосил бўлади.

Дексаметазоннинг тахминан 16% 2,5% глюкоза эритмасида ва 0,9% натрий хлорид эритмасида амикацин билан эритилади.

Лоразепам каби баъзи дори воситалари пластик пакетларда эмас, балки шиша флаконларда дексаметазон билан аралаштириш керак (лоразепам концентрацияси хона ҳароратида поливинилхлорид пакетларда 3-4 соат сақланганидан кейин 90% дан паст қийматларга камаяди).

Айрим дори воситалари, масалан метапаминол, "аста-секин ривожланадиган номувофиқлик" деб аталади – бу дексаметазон билан аралаштирилганда кун давомида ривожланади.

Гликопиrolат билан дексаметазон: якуний эритманинг рН қиймати 6,4 ни ташкил қилади, бу барқарорлик доирасидан ташқарида.

Махсус кўрсатмалар

Кортикоидлар билан парентерал даволаш вақтида юқори сезувчанлик реакциялари кам ҳолларда пайдо бўлиши мумкин, шунинг учун аллергик реакциялар эҳтимолини ҳисобга олган ҳолда дексаметазон билан даволанишни бошлашдан олдин тегишли чораларни кўриш керак (айниқса, анамнездаги бошқа дориларга аллергик реакцияси бўлган пациентлар).

Тизимли кортикостероидларни бошқа сабабларга кўра (перорал) кортикостероидларни қабул қилган пациентларда (масалан, сурункали обструктив ўпка касаллиги бўлган пациентларда) ва қўшимча кислород талаб қилмайдиган пациентларда тўхтатмаслик керак. Узоқ вақт давомида дексаметазон билан даволанган пациентлар даволанишни тўхтатгандан сўнг (тана ҳароратини ошириш, бурун оқиши, конъюнктивит қизариши, бош оғриғи, бош айланиши, уйқучанлик ёки асабийлашиш, мушак ва бўғимларда оғриқ, қусиш, вазн йўқотиш, кучсизлик, кўпинча - конвулсиялар) синдромни (буйрак усти етишмовчилигининг кўринадиган белгиларисиз) бошдан кечиришлари мумкин. Шунинг учун дексаметазоннинг дозасини аста-секин камайтириш керак. Даволашни тўсатдан тўхтатиш ўлим билан якунланиш оқибатларга олиб келиши мумкин.

Агар пациент терапия вақтида оғир стрессда бўлса (шикастланиш, жарроҳлик ёки жиддий касаллик туфайли), дексаметазоннинг дозасини ошириш керак ва агар бу даволанишни тўхтатиш вақтида содир бўлса, гидрокортизон ёки кортизонни қўллаш керак.

Дексаметазон билан узоқ вақт давомида юборилган ва терапия тўхтатилгандан кейин оғир стрессни бошдан кечирган пациентлар дексаметазонни қўллашни тиклашлари керак, чунки натижада буйрак усти етишмовчилиги даволанишни тўхтатгандан кейин бир неча ой давом этиши мумкин.

Дексаметазон ёки табиий глюкокортикоидлар билан даволаш мавжуд бўлган ёки янги инфекциянинг симптомларини, шунингдек, ичак тешилишининг симптомларини яшириши мумкин. Дексаметазон тизимли замбуруғли инфекциясини, яширин амёбиаз ва ўпка туберкулёзини кучайтириши мумкин.

Фаол ўпка туберкулёзи бўлган пациентлар дексаметазонни (туберкулезга қарши препаратлар билан биргаликда) фақат тез кечувчи ёки диссеминирланган ўпка туберкулёзи билан олишлари керак. Дексаметазон билан даволанган ўпка туберкулёзининг фаол бўлмаган шакли бўлган пациентлар ёки туберкулинга жавоб берадиган пациентлар кимёвий профилактика воситаларини олишлари керак.

Остеопороз, гипертония, юрак етишмовчилиги, туберкулез, глаукома, жигар ёки буйрак етишмовчилиги, қандли диабет, фаол меъда яраси, яқинда ичак анастомози, ярали колит ва тутканоғи бўлган пациентларга эҳтиёткорлик ва тиббий назорат тавсия этилади. Миокард инфарктидан кейинги биринчи ҳафталарда пациентларга, тромбоземболия, оғир миастения,

гипотиреоз, психоз ёки психоневрози бўлган пациентларга, шунингдек кекса ёшли пациентларга алоҳида эътибор талаб этилади.

Даволаш вақтида қандли диабетнинг зўрайиши ёки яширин босқичдан қандли диабетнинг клиник кўринишларига ўтиш бўлиши мумкин.

Узоқ муддатли даволаниш билан қон зардобдаги калий даражасини кузатиш керак.

Дексаметазон билан даволаш вақтида тирик вакцина билан эмлаш қўллаш мумкин эмас. Фаоллаштирилган вирусли ёки бактериал вакцина билан эмлаш антитаналарининг кутилган синтезига олиб келмайди ва кутилган ҳимоя таъсирига эга эмас. Дексаметазон фосфат одатда эмлашдан 8 ҳафта олдин буюрилмайди ва эмлашдан кейин 2 ҳафтадан олдин қўллашни бошламайди.

Узоқ вақт давомида дексаметазоннинг юқори дозалари билан даволанган ва ҳеч қачон қизамиқ билан касалланмаган пациентлар инфекцияланган шахслар билан алоқа қилишдан сақланишлари керак; тасодикий алоқада бўлса, иммуноглобулин билан профилактик даволаш тавсия этилади.

Жарроҳлик ёки суяк синишидан тузалиб кетган пациентларга эҳтиёткорликка риоя қилиш тавсия этилади, чунки дексаметазон жароҳатни битиши ва суяк тўқималарини шаклланишини секинлаштириши мумкин.

Глюкокортикоидларнинг таъсири жигар циррози ёки гипотиреози бўлган пациентларда кучаяди.

Оғир руҳий реакциялар кортикостероидларни тизимли қўллаш билан бирга бўлиши мумкин. Одатда симптомлар даволаниш бошланганидан бир неча кун ёки ҳафта ўтгач пайдо бўлади. Ушбу симптомларнинг ривожланиш хавфи юқори дозаларда ортади. Кўпгина реакциялар дозани камайтирганда ёки препаратни қабул қилиш тўхтатилганда содир бўлади. Руҳий ҳолатдаги ўзгаришларни, айниқса депрессив кайфиятни, ўз жонига қасд қилиш фикрлари ва ниятларини ўз вақтида кузатиш ва аниқлаш керак. Кортикостероидларни жуда эҳтиёткорлик билан анамнезда ёки анамнезда аффектив бузилиши бўлган пациентларда, шунингдек яқин қариндошларида қўллаш керак.

Энг қисқа вақт ичида минимал самарали дозаларни қўллаш ёки препаратнинг зарур суткалик дозасини 1 марта, эрталаб қўллаш орқали ножўя самараларининг пайдо бўлишининг олдини олиш мумкин.

Дексаметазонни бўғим ичига қўллаш тизимли самараларга олиб келиши мумкин.

Тез-тез қўллаш тоғайга зарар етказиши ёки суяк некрозига олиб келиши мумкин.

Бўғим ичига юборишдан олдин бўғимдан синовиал суюқликни олиб ташлаш ва уни текшириш керак (инфекцияни текширинг). Кортикоидларни инфекцияланган бўғимларга юборишдан сақланиш керак. Агар инъекциядан кейин бўғимда инфекция ривожланса, тегишли антибиотик терапиясини бошлашингиз керак.

Пациентларга яллиғланиш даволанмагунча шикстланган бўғимларда жисмоний зўриқишлардан сақланиш тавсия қилиниши керак.

Препаратни бекарор бўғимларга юборишдан сақланиш керак.

Кортикоидлар тери аллергияси тестларининг натижаларини бузиши мумкин.

Гипертрофик кардиомиопатия

Гипертрофик кардиомиопатия муддатидан олдин туғилган чақалокларда кортикостероидларни, шу жумладан дексаметазонни тизимли қўллашдан кейин қайд этилган. Хабар қилинган ҳолатларнинг аксариятида бу даволанишни тўхтатгандан сўнг қайтарилди. Тизимли дексаметазон терапиясини олган муддатидан олдин туғилган чақалокларда диагностик баҳолаш ва юрак функцияси ва тузилишини кузатиш керак ("Ножўя таъсири" бўлимига қаранг).

Ёрдамчи моддалар ҳақида махсус огоҳлантиришлар. Препарат ҳар бир дозада 1 ммоль (23 мг) натрий сақлайди, бу жуда оз миқдорда ҳисобланади.

Ҳомиладорлик ёки эмизиш даврида қўлланилиши.

Ҳомила ва янги туғилган чақалокқа зарарли самарасини истисно қилиб бўлмайди. Дори воситаси боланинг бачадон ички ривожланишини сусайтирмайди. Дексаметазон ҳомиладор

аёлларга фақат алоҳида фавқулодда ҳолатларда, онага кутилаётган фойда ҳомила учун потенциал хавфдан ошиб кетганда буюрилиши мумкин. Презклампсияда махсус эҳтиёткорлик тавсия этилади. Умумий тавсияларга мувофиқ, ҳомиладорлик вақтида глюкокортикостероидлар билан даволашда асосий касалликни назорат қилиш учун максимал самарали дозадан фойдаланиш керак. Ҳомиладорлик вақтида глюкокортикоидлар буюрилган оналардан туғилган болалар буйрак усти етишмовчилиги мавжудлигини диққат билан текширишлари керак.

Глюкокортикоидлар йўлдош орқали ўтиб, ҳомилада юқори концентрацияга етади. Дексаметазон йўлдошда, масалан, преднизонга қараганда камроқ фаол метаболизмга учрайди, бунга асосланиб, ҳомилалик қон зардобда дексаметазоннинг юқори концентрацияси кузатилиши мумкин. Баъзи хабарларга кўра, ҳатто глюкокортикоидларнинг фармакологик дозалари ҳам йўлдошга етишмовчилиги, олигогидрамнион, ҳомила ривожланишининг секинлашиши ёки бачадон ички ўлим, ҳомилада лейкоцитлар (нейтрофиллар) сонининг кўпайиши ва буйрак усти етишмовчилиги хавфини ошириши мумкин. Тадқиқотлар шуни кўрсатдики, муддатидан олдин туғилиш хавфи бўлган аёлларда кортикостероидларни, шу жумладан дексаметазонни қисқа муддатли пренатал қўллашдан кейин неонатал гипогликемия хавфи ошади.

Глюкокортикостероидларнинг тератоген таъсирини тасдиқловчи далиллар йўқ.

Ҳомиладорлик вақтида глюкокортикостероидларни қабул қиладиган аёллар учун туғруқ вақтида глюкокортикостероидларнинг қўшимча дозаларини қўллаш тавсия этилади. Узок муддатли туғруқ ёки кесарев кесишни режалаштиришда ҳар 8 соатда 100 мг гидрокортизонни вена ичига юбориш тавсия этилади.

Она сутида оз миқдорда глюкокортикоидлар мавжуд, шунинг учун дексаметазон билан даволанган оналарга эмизиш тавсия этилмайди, айниқса уни физиологик меъёрлардан юқори (тахминан 1 мг) қабул қилганда. Бу боланинг ўсишининг секинлашишига ва эндоген кортикостероидлар секрециясининг пасайишига олиб келиши мумкин.

Автотранспорт воситаларини ёки бошқа механизмларни бошқаришда реакция тезлигига таъсир қилиш қобилияти.

Препаратни қўллашда сезгир беморларда ножўя реакциялар пайдо бўлиши мумкинлигини ҳисобга олсак (бош айланиши, онгни чалкашиши ва бошқалар), препаратни қўллаш даврида транспорт воситаларини ҳайдашдан ва диққатни жамлашни талаб қиладиган бошқа ишларни бажаришдан бош тортиш керак.

Дозани ошириб юборишда

Жуда кам ҳолларда ўткир дозани ошириб юборилиши ёки ўлим билан якунланиш сабабли ўткир дозани ошириб юбориш ҳақида хабарлар берилган.

Дозани ошириб юбориш, одатда бир неча ҳафталик хаддан ташқари дозалардан сўнг, "Ножўя таъсирлари" бўлимида келтирилган ножўя таъсирларнинг аксариятини, биринчи навбатда Кушинг синдромини келтириб чиқариши мумкин.

Махсус антидот йўқ. Даволаш тутиб турувчи ва симптоматик бўлиши керак. Гемодиализ дексаметазон фосфатни организмдан тез чиқариб ташлаш самарали усули ҳисобланмайди.

Чиқарилиш шакли

1 мл эритма шаффоф шишадан, синдириш ҳалқаси ёки синдириш нуқтаси бўлган ампулада. 5 ампуладан полимер пленка блистерда ёки гофракартон тўсикда.

2 блистердан ёки гофракартон тўсикдан тиббиётда қўлланилишига доир йўриқнома билан картон қутида.

Сақлаш шароити

25 °C дан юқори бўлмаган жойда сақлансин.

Ёруғлик таъсиридан ҳимоя қилиш учун ампулаларни ташқи ўрамида сақланг.

Болалар ололмайдиган жойда сақлансин.

Яроклилик муддати

5 йил.

Ўрамида кўрсатилган яроклилик муддати тугаганидан сўнг қўлланилмасин.

Дорихоналардан бериш тартиби

Рецепт бўйича.

Ишлаб чиқарувчи:

«Фармак» АЖ. Украина, 04080, Киев ш., Кирилловская кўч., 63.

Ишлаб чиқарувчининг жойлашган жойи ва унинг фаолият кўрсатаётган жойининг манзили.

Украина, 04080, Киев ш., Кирилловская кўч., 74.

Ўзбекистон Республикаси ҳудудида дори воситалари сифати бўйича эътироз (таклиф) ларни қабул қилувчи ташкилот номи ва манзили

Ўзбекистондаги «Фармак» АЖ ваколатхонаси.

Представительство АО «Фармак» в Узбекистане.

100170 Ўзбекистон Республикаси, Тошкент ш., Мирзо-Улугбек тумани, Зиелилар кўч. 12а,
1/2

e-mail: info@farmak.ua

Тел: +998 (71) 235-77-13