# СЛИДЕРОН
# SLIDERON

«MA'QULLANGAN»
O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI
SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
«Dori vositalari tibbiy buyumlar
va tibbiy texnika ekspertizasi va
standartizatsiyasi davlat markazi»
Davlat unitar korxonasi
18.03.2017y. №5

## ҚЎЛЛАШ БЎЙИЧА ЙЎРИҚНОМА

**Препаратнинг савдо номи:** Слидерон
**Таъсир этувчи модда (ХПН):** метилпреднизолон
**Дори шакли:** таблеткалар
**Таркиби:**
1 таблетка қуйидагиларни сақлайди:
*фаол модда:* 4 мг ёки 16 мг метилпреднизолон,
*ёрдамчи моддалар:* лактоза моногидрати ва маккажўхори крахмали аралашмаси (85 : 15), сувсиз коллоид кремний диоксиди, магний стеарати.
**Фармакотерапевтик гуруҳи:** Тизимли қўллаш учун кортикостероидлар. Глюкокортикостероидлар. Метилпреднизолон.
**АТХ коди:** H02AB04

### Фармакологик хусусиятлари

***Фармакодинамикаси***

Слидероннинг самараси, бошқа глюкокортикоидлар каби цитоплазмада стероид гормонлар билан ўзаро таъсиридан амалга ошади. Стероид комплекс хужайралар ядросига ташилади, ДНК билан бирикади ва кўпгина оқсиллар учун ген транскрипциясини ўзгартиради. Глюкокортикоидлар бўғимлар деструкциясини (ревматоид артритда) чақирувчи кўпгина оқсиллар, турли ферментлар, шунингдек иммун ва яллигланиш реакцияларида муҳим роль ўйновчи цитокинларнинг синтезини сусайтиради. Липокортин – глюкокортикоидларнинг нейроэндокрин ўзаро таъсирининг муҳим оқсили синтезини индукция қилади.
Глюкокортикоидлар, шу жумладан Слидерон кўпгина иссиқлик, механик, кимёвий, инфекцион ва иммунологик агентларга тўқима жавобини ривожланишини сусайтиради ёки тўсқинлик қилади. Шундай қилиб, глюкокортикоидлар сабабга таъсир кўрсатмасдан касалликни намоён бўлишини камайтириб, симптоматик таъсир кўрсатади. Препаратнинг яллигланишга қарши самараси гидрокортизоннинг самарадорлигидан минимум 5 марта юқори.
Слидероннинг эндокрин самаралари АКТГ секрециясини сусайиши, эндоген кортизол ишлаб чиқарилишини ингибициясини ўз ичига олади, узоқ вақт қўлланганда бўйрак усти бези пўстлоқ қисмини қисман атрофиясини чақиради. Кальций, D-витамини метаболизмига, углевод, оқсил ва липид алмашинувига таъсир кўрсатади, шунинг учун узоқ вақт қўлланганда қонда глюкоза даражасини ошиши, суяк тўқимаси зичлигини камайиши, мушак атрофияси ва дислипидемия кўринишлари кузатилиши мумкин. Препаратнинг шунингдек артериал босимни ошишига ва ҳўлқ-атвор ва кайфиятни модуляциясига олиб келади. Слидерон деярли минералокортикоид фаолликка эга эмас.

***Фармакокинетикаси***

Ичга қабул қилинганда метилпреднизолоннинг биокироолишлиги одатда 80% дан ортиқни ташкил қилади, лекин юқори дозалар бўюрилганда пастроқ ҳам бўлиши мумкин. Қон зардобидаги чўққи концентрацияси 1-2 соатдан кейин кузатилади, ўртача ярим чиқарилиш даври – 2-3 соатни ташкил қилади.
Метилпреднизолони плазма протеиннлари билан боғланиши 77% ни ташкил қилади, транскортин билан боғланиши аҳамиятсиз. Тақсимланиш ҳажми – 1-1,5 л/кг. Метилпреднизолон фаол бўлмаган метаболитларгача метаболизмга учрайди. Унинг метаболизмини таъминловчи специфик СУР-ферментлар номаълум. Яллигланишга қарши самарасининг давомийлиги – 18-36 соат. Препаратнинг тахминан 5% организмдан сийдик билан чиқарилади.

### Қўлланилиши

- эндокрин касалликларда (бўйрак усти безини бирламчи ва иккиламчи етишмовчилиги, бўйрак усти безини туғма гиперплазияси) ўринбосар даволаш

Қуйидагиларни симптоматик даволаш учун (мажмуавий даволаш таркибида):

- тутиб турувчи даволашга қўшимча, псориатик артрит, ревматоид артрит, шу жумладан ўсмирлар ревматоид артрити, анкилозловчи спондилит, ўткир ва яъни ўткир бурсит, ўткир неспецифик тендосиновит, ўткир подагрик артрит, постгрваматик остеоартрит, остеоартритдаги синовит, эпикондилит каби ўткир ревматик касалликлар (ёки уларнинг ўўрайиши) да самарани бир маромда ушлаб турувчи даволашга қўшимча, қисқа муддатли қўллаш учун– тизимли қизил юғурик, тизимли дерматомиозит (полимиозит), ўткир ревматик кардит ва гигант хужайрали артериит зўрайганда ёки самарани бир маромда ушлаб турувчи даволаш сифатида;
- тери касалликлари (пуфак яра, буллёз герпатиформ дерматит, Стивенс-Джонсон синдроми, эксфолиатив дерматит, фунгоид микоз, псориазнинг оғир шакли, оғир себореяли дерматит);
- оддий даволашга берилмайдиган оғир аллергик ҳолатларни (мавсумий ёки мавсумий бўлмаган аллергик ринит, зардоб касаллиги, бронхиал астма, дори касаллиги, контакт ва атопик дерматит) назорат қилиш;
- кўз ва уни кўшимчаларининг оғир кечаётган ўткир ва сурункали аллергик ва яллигланиш касалликлари (шох парда киррасининг аллергик яралари, ўраб олувчи темираткининг кўз шакли, кўзларнинг олд камерасини яллигланиши, диффуз орка увеит ва хориоидит, симпатик офтальмия, аллергик конъюнктивит, кератит, хориоретинит, иридоциклит, кўрув нерви неврити);
- ўпка саркоидози, даволашга берилмайдиган Леффлер синдроми, бериллиоз, ўткир ёйилган ўпка туберкулёзи (туберкулёзга қарши воситалар билан мажмуавий даволаш билан бирга), аспирацион пневмонит;
- идиопатик тромбоцитопеник пурпура ва иккиламчи тромбоцитопения (катталарда), орттирилган (аутоиммун) гемолитик анемия, эритроцитар анемия, туғма гипопластик анемия каби қон касалликлари;
- лейкоз ва лимфомаларни (катталарда), ўткир бласт лейкозни (болаларда) паллиатив даволаш;
- ярали колит ва Крон касаллигини оғир даражада зўрайиши;
- тарқалган склероз ва бош миянда ўсма билан боғлиқ шишни зўрайиши;
- субарахноидал блокада ёки блокада хавфи билан кечувчи туберкулёзли менингит (туберкулёзга қарши воситалар билан мажмуавий даволашда);
- бош мия ёки миокардни шикастланиши билан кечувчи трихинеллёз;
- трансплантатни кўчиш реакциясини бостириш учун;
- нефротик синдром (уремисиз, идиопатик ёки тизимли қизил юғурик билан боғлиқ) – диурезни рағбатлантириш ёки протеинурияни камайтириш учун қўлланади.

### Қўллаш усули ва дозалари

Бошланғич доза касалликка ва унинг оғирлик даражасига боғлиқ. Доза ижобий клиник жавобга эришилгандан кейин камайтирилиши керак. Самарани бир маромда ушлаб турувчи доза минимал бўлиши керак, катталар учун у эртаси бир марта суткада 4-12 мг ни ташкил этади. Болалар учун пастроқ дозалар тавсия этилади. Узоқ вақт даволаганда препаратни кунора, бир марта эрталаб қабул қилиш бўюрилиши мумкин.
4 мг метилпреднизолон 5 мг преднизолон, 4 мг триамцинолон ва 0,75 мг дексаметазонга эквивалент ҳисобланади.

| Қўлланилиши | Тавсия этилган бошланғич суткалик дозаси |
|---|---|
| Ревматоид артрит: | |
| - оғир даражадаги | 12-16 мг |
| - ўртача даражадаги | 8-12 мг |
| - мўътадил даражадаги | 4-8 мг |
| - болалар | 4-8 мг |
| Тизимли дерматомиозитлар | 48 мг |
| Тизимли қизил юғурик | 20-100 мг |
| Ревматик атака | 48 мг 1 хафта давомида ЭЧТ нормаллашгуна |
| Аллергик касалликлар | 12-40 мг |
| Бронхиаластма | Бир марта қабул қилишга 64 мг гача |
| | ёки кунора 100 мг гача |
| Офтальмологик касалликлар | 12-40 мг |
| Гематологик касалликлар, шу жумладан лейкемия | 16-100 мг |
| Хавфлилимфома | 16-100 мг |
| Ярали колит | 16-60 мг |
| Крон касаллиги | Зўрайганда 48 мг гача |
| Аъзоларни кўчириб ўтказиш | Суткада 3,6 мг/кг гача |
| Ўпкасаркоидози | Кунора 32-48 мг |
| Полимиалгия | 64 мг |
| Пуфак яра | 80-360 мг |

Болаларда дозалаш клиник жавобга асосланади. Даволашни минимал самаради дозадан энг қисқа вақт давомида ўтказиш керак. Бўйрак усти бези етишмовчилигида ичга 0,14 мг/м$^2$ 3 марта қабул қилишга, бошқа кўрсатмалар бўйича – ичга 0,417-1,67 мг/м$^2$ ёки 12,5-50 мг/м$^2$ доза уч марта қабул қилишга бўлиб буюрилади. Имкони бўлганида суткалик дозани кунора бир марта қабул қилиш керак.

### Нюқўя таъсирлари

Бу бўлимда нюқўя реакцияларни пайдо бўлиш тез-тезлигининг қуйидаги таснифи қўлланилган: 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, тез-тезлиги номаълум (мавжуд маълумотлар асосида баҳолаб бўлмайди).
*Тез-тез ≥1/100 дан <1/10 гача:*

- бактериал, вирусли ва замбурғли инфекцияларни ривожланиши ва зўрайиши, туберкулёзни қайталаниши, иммуносупрессия
- ўсишни секинлашиши, Кушинг синдроми
- организмда натрий ва суюқликни тутилиши, гипокалиемия
- эйфория, депрессия
- субкапсуляр катаракта
- артериал гипертензия
- қизилўнгач, меъда ва ўн икки бармоқ ичакнинг перфорация ва қон кетиши билан кечувчи яраси
- тери атрофияси, хуснбузар тошма
- мушак кучсизлиги.

*Тез-тезлиги номаълум (мавжуд маълумотлар асосида баҳолаб бўлмайди):*

- эозинофиллар, моноцитлар ва лимфоцитлар сони камайганда лейкоцитларнинг умумий миқдорини ошиши, тромбоцитоз
- гиперкоагуляция, тромбоз
- гипоталамо-гипофизар-бўйрак усти бези тизимини сусайиши, болаларда жинсий етилишни кечиқиши, ҳайз циклини бузилиши, жинсий гормонлар ишлаб чиқарилишини бузилиши (аменорея), гирсутизм
- иштаҳани ошиши, тана вазнини ошиши, углеводларга толерантлиги пасайиши, инсулин ва қанд даражасини пасайтирувчи перорал препаратларга эҳтиёжни ошиши, гиперлипидемия, манфий азот мувозанати, гипокальциемик гипокалиемик алкалоз
- бош оғриги, бош айланиши, таъсирчанлик, хавотирлик, кайфитни ўзгарувчанлиги, уйқусизлик, ўз жонига қасд қилишга мойиллик, мания, галлюцинациялар, руҳий қарамлик, психозлар, шизофренияни зўрайиши, деменция, тиришиш хуружлари, когнитив дисфункция (шу жумладан амнезия ва онгни чалкашиши), бош миянинг ички босимини ошиши
- кўз ички босимини ошиши, глаукома, кўрув нерви дискини шиши, шох парда ва склерани юпқалашиши, кўзларнинг вирусли ва замбурғли касалликларини зўрайиши, экзофтальм
- миокард инфаркти, артериал гипотензия, брадикардия, юрак қоринчалари аритмияси, атеросклероз, тромбоз, васкулит, юрак етишмовчилиги
- аллергик реакциялар, шу жумладан ўлим билан якунланувчи анафилактик шок, тери синамаларида реакцияни ўзгариши
- кўнгил айниши, қусиш, оғизда ёқимсиз таъм, қизилўнгач кандидози, метеоризм, эзофагит, панкреатит, ичак перфорацияси, маҳаллий илеит, ярали колит, меъда деворига қон қуйилиши
- АЛТ, АСТ ва ишқорий фосфотаза фаоллигини ошиши
- регенерацияни секинлашиши, петехиялар, гематомалар, стриялар, телеангиэктазиялар, экзимозлар, пурпура, гипер- ёки гипопигментация, постстероид панникулит
- Капоши саркомаси
- остеопороз, умуртқа поғонаси ва узун суякларни синишлари, асептик остеонекроз, миопатия, мушак атрофияси, пайларни узилиши
- лейкоцитурия, эритроцитурия (бўйрак шикастланишисиз), никтурия
- лоҳаслик, препаратни юқори дозаларда қўлланганда турғун ҳиқичоқ
- бўйрак усти бези пўстлоғи етишмовчилиги, у стресс ҳолатларда (жарроҳлик аралашувлари, жароҳат ёки инфекция, агар препаратнинг оширилмаган бўлса) ўлимга олиб келиши мумкин.

Препарат тўсатдан бекор қилинганда бекор қилиш синдроми кузатилиши мумкин. Симптомларнинг оғирлик даражаси бўйрак усти бези атрофияси симптомларига: бош айланиши, бош оғриги, анорексия, кўнгил айниши, қорин бўшлиғида оғриқ, ҳолсизлик, кайфитни ўзгариши, летаргия, қизиб кетиш, миалгия, артралгия, ринит, конъюнктивит, терининг оғриқли қичишиши, тана вазнини камайишига боғлиқ. Оғироқ ҳолатларда: оғир руҳий бузилишлар, бош мия ички босимини ошиши, ревматизми бўлган пациентларда стероид сохтаревматизм, ўлим.

### Қўллаш мумкин бўлмаган ҳолатлар

- препаратнинг компонентларига ўта юқори сезувчанлик
- туберкулёз, бошқа ўткир ва сурункали бактериал ёки вирусли инфекциялар (тегишли химиотерапевтик ҳимоясиз)
- тизимли замбурғли инфекцияларда қўллаш мумкин эмас.

### Дориларнинг ўзаро таъсири

*Антикоагулянтлар:* кортикостероидлар билан бирга қўлланиланда кумарин қатори антикоагулянтларнинг самарадорлиги ошиши мумкин, бу қон кетишини олдини олиш мақсадида қон кетиши давомийлиги ва протромбин вақтини синчковлик билан назорат қилишни талаб этади.
*Салицилатлар ва бошқа ностероид яллигланишига қарши препаратлар:* салицилатлар, индометацин ва бошқа ностероид яллигланишга қарши препаратларни (НЯҚВ) бир вақтда қўллаш меъда шиллиқ қаватида яра пайдо бўлиши эҳтимолини ошириши мумкин. Кортикостероидларни қабул қилиш тўхатилганда салицилатларнинг бўйрак клиренси ошади, бу салицилатлар билан интоксикацияга олиб келиши мумкин.
Узоқ вақт бирга қўлланилганда Слидероннинг дозасини камайтирганда эҳтиёткорликка риоя қилиш керак. Салицилатлар ва НЯҚВ ни гипопротромбинемияси бўлган пациентлар эҳтиёткорлик билан қабул қилишлари керак.
*Гипогликемик препаратлар:* Слидерон диабетга қарши перорал воситалар ва инсулиннинг гипогликемик самарасини қисман сусайтириши мумкин.
*Жигар микросомал ферментларининг индукторлари:* масалан барбитуратлар, фенитоин, примидон, карбамазепин ва рифампицин метилпреднизолоннинг тизимли клиренсини оширади, шу орқали метилпреднизолоннинг самараларини деярли 2 марта камайтиради.
Грейпфрут ва бошқа цитрус мевалари жигарда метаболизмни кучайишига олиб келади, натижада кортикостероидлар, шу жумладан метилпреднизолоннинг таъсири сусайиши мумкин.
*СУР3А4 ингибиторлари:* масалан эритромицин, кларитромицин, кетоконазол, дилтиазем, апрепитант, итраконазол ва тролеандомицин метилпреднизолоннинг жигардаги метаболизмини камайтириши ва унинг қон плазмасидаги даражасини ошириши мумкин, бу Слидеронинг терапевтик ва нюқўя самараларини кучайишига олиб келиши мумкин.
*Эстрогенлар:* Слидероннинг метаболизми секинлаштириб, унинг самараларини кучайтириши мумкин. Перорал контрацептивларни қабул қилаётган аёлларда Слидеронинг дозасиига тузатиш киритиш тавсия этилмайди, у нафақат ярим чиқарилиш даврини узайтиришига, балки Слидероннинг атипик иммуносупрессив самаралари ривожланишига ҳам олиб келади.
*Циклоспорин:* метилпреднизолон ва циклоспоринни бир вақтда қўлланганда тиришишлар пайдо бўлиши ҳақида хабарлар мавжуд, чунки иккала препаратларни бир вақтда қўллаш уларнинг метаболизмини ўзаро сусайишига олиб келади. Агар иккала препаратларни алоҳида бўюрилса, тиришиш ва бошқа нюқўя реакциялар ривожланишидан сақланиш мумкин.
Кортикостероидлар *гипогликемик воситалар* (шу жумладан инсулин), *гипотензив препаратлар ва диуретиклар* таъсирини камайтиради, *ацетазоламиднинг*, ҳалқали ва тиазид диуретиклар ва *карбеноксолоннинг* гипокалиемик таъсири эса кучаяди.
*Фторхинолонлар:* бир вақтда қўллаш пайларни шикастланишига олиб келиши мумкин.
*Амфотерицин, енгил сурги воситалари:* Слидерон бу препаратларни бир вақтда қабул қилаётган пациентларда организмдан калийни чиқарилишини оширади мумкин.
*Иммунодепрессантлар:* Слидерон аддитив иммуносупрессив таъсирга эга, бу бошқа иммунодепрессантлар билан бирга қабул қилинганда терапевтик самараларни оширади ёки турли нюқўя реакциялар ривожланиши хавфини оширади мумкин. Фақат бу самаралардан айримларини фармакокинетик ўзаро таъсирлар билан тушунтириш мумкин.
Глюкокортикоидлар, шу жумладан Слидерон қусишни чақирувчи ракка қарши препаратлар билан даволаганда параллел қўлланадиган бошқа *қусишга қарши препаратларнинг* қусишга қарши самарадорлигини яхшилаши мумкин.
Глюкокортикоидлар, шу жумладан Слидерон *такролимус* билан бирга қўлланилганда такролимуснинг плазмадаги концентрациясини ошириши мумкин, кортикостероидлар бекор қилинганда плазмадаги такролимуснинг концентрацияси ошади.
*Иммунизация:* препарат вакциналарнинг иммунизация қилувчи самарадорлигини сусайтириши ва неврологик асоратлар хавфини оширириши мумкин.
Глюкокортикоидларнинг терапевтик (иммуносупрессив) дозаларини тирик вакциналар билан бир вақтда қўллаш вирусли касалликлар ривожланиши хавфини оширириши мумкин.
*Антихолинэстераз воситалар:* миастенияси бўлган пациентларда препаратни ва антихолинэстераз воситаларни қўллаш мушак кучсизлигини чақириши мумкин, *доксакарийм хлориди* ва метилпреднизолонни юқори дозада қабул қилган кекса пациентларда ўткир миопатиянинг иккита жиддий ҳолати ҳақида хабар берилган.
Нерв-мушак ўтказувчанлигини блокаторлари (масалан панкурониум) ни бир вақтда қабул қилаётган беморларда кортикостероидларни қўллаганда ўткир миопатия ривожланиши ҳолатлари таърифланган.
Слидерон ва циклоспоринни бир вақтда қўллаганда тиришишлар ривожланиши ҳолатлари қайд этилган. Бу препаратларни бир вақтда юбориш метаболизми ўзаро тормозланишини чақирганлиги туфайли, эҳтимол бу препаратларни ҳар бирига хос бўлган тиришиш ва бошқа нюқўя самаралар, уларни бир вақтда қўллаганда тиришишлар кўпроқ ривожланиши мумкин.

### Махсус кўрсатмалар

Препаратни аста-секин бекор қилиш керак.
Препарат артериал гипертензияси, димланган юрак етишмовчилиги, руҳий бузилишлари, қандли диабети бўлган беморларда (ёки оилавий анамнезида диабет бўлганида), панкреатит, меъда-ичак яллари касалликлари (пептик яра, маҳаллий илеит, ярали коли ёки ичак яллариннг бошқа яллигланиш касалликлари ёки кон кетиш ёки перфорацияни юқори хавфи билан кечувчи дивертикулитлар), остеопороз, миастения, кўзлар герпеси, гипотиреоидизм, анамнезида кортикостероид-индукция қилган миопатия, жигар ёки бўйрак етишмовчилиги, жигар циррози, тутқанок, абсцесс ёки бошқа пиоген инфекциялар, глаукома, тромбофлебитга мойиллиги бўлган пациентларда эҳтиёткорлик билан қўллаш керак. Шунингдек препаратни якинда миокард инфарктини ўтказган пациентларда эҳтиёткорлик билан ва шифокор назорати остида қўлланиши керак. Глюкокортикоидлар меъда-ичак яллари томонидан асоратлар диагностикасини кийинлаштириш мумкин, чунки улар оғриқ синдромини камайишини чақириши, шунингдек гиперпаратиреоидизминг латент даврини никоблаши мумкин.
Слидерон салицилатлар ва бошқа ностероид яллигланишга қарши препаратларнинг меъда-ичак яллларида яра ривожлантириши кобилиятини кучайтириши мумкин.
Қон ивишини бузилишлари бўлган пациентлар шифокор назорати остида бўлишлари керак. Антикоагулянтлар билан бир вақтда қўлланиланда меъда-ичак яллларида яра ривожланиши ва улардан қон кетиши хавфи ошади. Глюкокортикоидлар шунингдек антикоагулянтларнинг таъсирини камайтириши мумкин. Антикоагулянтларни буюрганда протромбин вақтини (халқаро нормалашган индекс - ХНИ) албатта назорат қилиш керак.
*Иммун тизимини сусайиши ва инфекцияларга юқори берилувчанлик самаралари*
Кортикостероидлар инфекцион касалликларнинг айрим симптомларини никоблаши мумкин ва уларни қўллаш жараёнида янги инфекция ривожланиши ёки инфекцияларга берилувчанлик ошиши мумкин. Яллигланиш жавоби ва иммун функцияни сусайтириш замбуруғли, вирусли ва бактериал касалликлар ривожланиши эҳтимолини оширади. Кўпгина ҳолларда клиник кўринишлар типик бўлмаслиги ва уларни аниқлагунча кечикчан шакллага ўриниши мумкин.
Туберкулёзни, сувчечак ва ўраб олувчи герпеснинг асоратлари қайталаниши ривожланиши хавфи мавжуд.
*Фаол туберкулёзи* бўлган пациентларда препаратни қўллаш, кортикостероидлар туберкулёзга қарши препаратлар билан мажмуада асосий касалликни даволаш учун қўлланадиган ўткир ёйилган туберкулёз ҳолатлари билан чекланиши керак. Агар фаол бўлмаган туберкулёз ёки туберкулин синамаси ижобий бўлган пациентларни кортикостероидлар билан даволаш кўрсатилган бўлса, касалликни қайталанишини олдини олиш учун синчковлик билан назорат қилиш керак. Кортикостероидлар билан узоқ вақт даволаш жараёнида бу пациентлар тегишли химиопрофилактикани олишлари керак.
*Сувечак* компрометирланган иммунитети бўлган пациентларда, шу жумладан иммун тизимини сусайтириш учун дори препаратларини қабул қилаётган пациентларда ўлимга олиб келиши мумкин. Шунинг учун, агар анамнезида бу пациентлар сувечак ёки ўраб олувчи касалликларга чалинганликлари ҳақида аниқ маълумот бўлмаса, бундай пациентлар бу касалликлари бўлган беморлар билан яқин мулоқатда бўлишдан сақланишлари керак. Агар сувечак касаллиги тасдиқланса, шифокор томонидан синчковлик билан кузатиш ва тегишли даволашни ўтказиш керак. Кортикостероидлар билан даволашни тўхатиш мумкин эмас, айрим ҳолларда дозани ошириш талаб этилиши мумкин.
*Қизамиқ* билан хасталанган беморлар билан контактдан сақланиш керак. Оддий иммуноглобулинлар (мушак ичига юбориш) билан профилактика, шунингдек шифокорнинг мунтазам назорати талаб этилиши мумкин.
Паразитар касалликлар (масалан энтеробиоз) аниқланган ёки гумон қилинаётган пациентларда кортикостероидларни эҳтиёткорлик билан буюриш керак, чунки бундай ҳолатларда уларнинг ифодаланиши камайтириши мумкин. Антикоагулянтларни буюрганда протромбин вақтини (халқаро нормалашган индекс - ХНИ) албатта назорат қилиш керак.
*Рухий бузилишлар:* пациентлар ва уларнинг яқинлари тизимли кортикостероидлар билан даволаганда, препаратга нюқўя реакция кўриниши сифатида руҳий бузишлар ривожланишининг потенциал хавф мавжудлиги ҳақида огоҳлантиришлари керак. Кўпинча бу симптомлар юқори дозалар билан даволаганда ёки давомли тизимли таъсир қилганда хавф юқори бўлади, гарчи қабул қилинаётган дозаниг катталиги ва бундай реакцияларнинг тез-тезлиги, тури, оғирлик даражаси ва давомийлиги ўртасида аниқ корреляция йўқ. Уларнинг кўпчилиги дозани камайтирганда ёки даволаш тўхатилганда тўлиқ ўтиб кетади, бу специфик даволашни буюриш заруратини бекор қилмайди. Пациентлар ва уларнинг яқинларини депрессия ва ўз жонига қасд қилиш фикрларининг кўринишлари пайдо бўлганда улар шифокорга мурожаат қилишлари кераклиги ҳақида огоҳлантириш керак. Улар шунингдек даволаш жараёнида ҳам, у бевосита тўхатилгандан кейин ҳам кузатилиши мумкин бўлган руҳий бузилишларнинг кўринишлари билан ташиб чиқишлари керак, гарчи бундай реакциялар кам ҳолларда намоён бўлади. Бу айниқса, оғир аффектив бузилишлари анамнезида бўлган ёки ҳозир мавжуд бўлган ёки оилавий анамнезида бўлган (хусусан депрессив ёки маниакал-депрессив касалликлар ёки аввал стероид психоз кўринишларига эга бўлган) пациентлар учун муҳим.
Кортикостероидларни юқори дозаларда қабул қилаётган пациентларни *тирик вакциналар билан эмлаш* мумкин эмас, чунки организмнинг вакцинациялашга реакцияси сусайиши мумкин. Вакцинациядан 8 хафта олдин ва кейин, лимфаденитда, БЦЖ билан эмлашдан кейин, иммунотанкис ҳолатларда, шу жумладан ОИТС ёки ОИТВ-инфекциялашишда препаратни буюриш мумкин эмас.
Слидерон билан узоқ вақт даволаганда *остеопорози бўлган беморларга* ёки уни ривожланиши хавфи бўлган беморларга бифосфонатларни буюриш масаласини кўриб чиқиш керак. Остеопорознинг хавф омиллари бўлиб 65 ёшдан ошганлар, шахсий ёки оилавий анамнезда тез-тез синишлар, эрта менопауза (45 ёшгача), пременопаузал аменорея ва тана вазнини паст бўлиши хисобланади. Слидероннинг дозасини энг паст самарали даражагача пасайтирб, унинг дозасига тузатиш киритиш орқали остеопороз ривожланиши хавфини минималлаштириш мумкин.
Глюкокортикоидларни узоқ вақт қабул қилиш гипофизар-бўйрак усти бези тизимини сусайтиради, бу кортико-адренал жавобни иккиламчи етишмовчилиги ривожланишига олиб келади, бу касалликни зўрайиши ва ўткир жароҳатларда, касалликларда ва жарроҳлик аралашувларида асоратлар ривожланишига олиб келади. Слидероннинг юқори дозалари қонда санаб ўтилган асоратлар ривожланиши хавфини камайтиради.
Кортикостероидларни қабул қилаётган пациентларда Капоши синдроми ривожланганлиги ҳақида хабарлар мавжуд, даволаш тўхатилганда клиник ремиссия кузатилиши мумкин.
Нюқўя самараларни минимумга етказиш учун Слидероннинг тўлиқ суткалик дозасини эрталаб кортизолни эндоген ишлаб чиқарилишининг циркад ритмига мувофиқ қабул қилиш керак. Гипотиреози ёки жигарнинг оғир касалликлари бўлган беморларда Слидероннинг дозасини камайтириш керак.
Дигоксин қабул қилаётган пациентларни назорат қилиш ва мунтазам кузатиш керак, чунки кортикостероидлар электролит бузилишлар ва калийни йўқотилишини чақиради.
Глюкокортикоидлар билан узоқ вақт даволаганда, бекор қилиш синдроми ва жиддий асоратлар, шу жумладан ўлимдан сақланиш учун даволашни аста-секин, бир неча хафта давомида тўхатиш керак. Узоқ муддатли даволаш хомиладорлик ҳолатида ҳам тўсатдан тўхатилмаслиги керак.
Препарат лактоза моногидрати сақлайди, буни лактозани ўзлаштираолмаслиги бўлган беморларда эътиборга олиш керак.
*Кекса ёшдаги шахсларда қўллаш*
Тизимли кортикостероидларни қабул қилганда тез-тез намоён бўладиган нюқўя реакциялар кекса ёшдаги шахсларда жиддийроқ бўлиши мумкин. Бу хусусан остеопороз, гипертония, гипокалиемия, қандли диабет, инфекцияларга мойиллик ва тери томонидан кўринишлар (яра пайдо бўлиши) га тааллуқли. Ҳаёт учун хавф солувчи нюқўя реакцияларни олдини олиш учун бу гуруҳ пациентларда клиник назоратни кучайтириш тавсия этилади. Нюқўя самаралар (пептик яра, остеопороз ва тери) ривожланиши хавфи юқорилиги туфайли, кекса пациентларга препарат эҳтиёткорлик билан буюрилиши керак.
*Педиатрияда қўлланиши*
Кортикостероидлар болалар ва ўсмирларда ўсишни кечикиши ва жинсий етилишни кечиккиши олиб келиши мумкин. Даволаш энг паст самарали дозани энг қисқа вақт давомида қўллаш билан чекланиши керак. Болаларда қўлланиланга препаратнинг дозасини ва даволаш давомийлигини боланинг ёши ва касалликни кечишининг оғирлигига қараб, шифокор индивидуал равишда аниқлайди.
*Ҳомиладорлик ва лактация даври*
Препарат йўлдош орқали ўтади ва эмизиш даврида кўкрак сути билан ажралади. Ҳомиладорлик вактида она учун Слидерон билан даволашнин фойдаси ва ҳомила учун потенциал хавфни синчковлик билан баҳолаш керак. Ҳомиладорлик вактида узоқ вақт қўллаш ҳомилада ўсишни бузилишини чақиради. Ҳомилада бўйрак усти бези пўстлоғининг атрофияси ривожланиши хавфи мавжуд, бу янги туғилган чақалоқда ўринбосар даволашни ўтказишни талаб этиши мумкин. Глюкокортикоидлар ўлик туғилиш хавфини ошириши мумкин. Слидерон билан тизимли узоқ вақт даволаганда эмизишдан сақланиш керак.
*Дори воситаларини автотранспорт воситаларини бошқариш ва потенциал хавфли механизмлар билан ишлаш кобилиятига таъсиринине ўзига хослиги*
Препаратнинг нюқўя таъсирларини (кайфиятни, руҳиятни бузилишларини ривожланиши хавфи, тиришишлар, бош оғриги) хисобга олиб, препаратни қўллаганда автотранспортни ёки бошқа потенциал хавфли механизмларни бошқаришдан сақланиш керак.
Препарат болалар ололмайдиган жойда сақлансин ва яроқлилик муддати ўттач қўлланилмасин.

### Дозани ошириб юборилиши

*Симптомлари:* препарат ўткир интоксикация чақирмайди. Сурункали дозани ошириб юборилишида Кушинг синдроми кўринишлари кузатилиши мумкин.
*Даволаш:* меъдани ювиш, фаолиятлирган кўмир қабул қилиш, дозани аста-секин камайтириш, заруратн бўлганида симптоматик даволаш.
Специфик антидоти номаълум. Метилпреднизолон диализда чиқарилади.

### Чиқарилиш шакли

10 таблеткадан тўқ-сариқ рангли, тиниқ поливинилхлорид/поливинилдихлорид плёнкали ва алюмин фольгали контур уяли ўрамга жойланади.
2 контур уяли ўрамдан давлат ва рус тилларидаги қўллаш бўйича йўриқномаси билан картон қутига жойланади.

### Сақлаш шароити

Оригинал ўрамида, 25 °С дан юқори бўлмаган ҳароратда сақлансин.

### Яроқлилик муддати

5 йил

### Дорихоналардан бериш тартиби

Рецепт бўйича

### Ишлаб чиқарувчи

Balkanpharma-Razgrad AD, Разград, Болгария

### Қайд этиш гувоҳномасининг эгаси

Spey Medical Ltd., Дондон, Буюк Британия

### Ўзбекистон Республикаси худудида дори воситаларининг сифати бўйича эътирозлар (таклифлар) ни қабул қилувчи ташкилот номи ва манзили

Sorrento marketing LLC
Тошкент ш., Яшнабод тумани, Содиқ Азимов кўч., 68