

مداوای پار کینسون به کمک داروی لو کمی

پژوهشگران دانشگاه جورج تاون موفق به شناسایی عملکرد مثبت نوعی داروی مورد استفاده در سرطان خون در بهبود عملکرد حرکتی بیماران مبتلا به پارکینسون و برخی دیگر از بیماری‌های اعصاب و روان شدند. سازمان غذا و داروی ایالات متحده آمریکا ضمن به رسمیت شناختن کاربرد این داروی جدید که پیش‌تر برای درمان سرطان خون به کار می‌رفت، اثرات مفید آن را در بهبود ادراک، توانایی و مهارت‌های حرکتی و غیر حرکتی در بیماران مبتلا به پارکینسون و برخی دیگر از بیماری‌های اعصاب و روان تایید کرده و استفاده از این دارو در فاز نخست آزمایش‌های بالینی قرار داد. داروی فوق‌الذکر، نیلوتینیب (nilotinib) نام داشته و می‌تواند منجر به بروز تغییرات قابل توجه آماری و دلگرم‌کننده‌ای در عملکرد پروتئین‌های سمی مرتبط با بیماری‌های فوق شود. محققان معتقدند این برای نخستین بار است که ماقادر به دستیابی به دارویی شده‌ایم که می‌تواند مسیر پیشرفت بیماری را متوقف کرده و آن را به عقب بازگرداند. ■

منبع: Journal Watch

داکلینزا، موثر در هپاتیت C مقاوم به درمان

موسسه ملی انگلستان برای تعالی سلامت و مراقبت، توصیه کرد داکلینزا (Daklinza) با نام علمی داکلاتاسویر (daclatasvir)، برای درمان بزرگسالان مبتلا به هپاتیت C با ژنوتایپ ۱ و ۳ و ۴، همراه با دیگر داروهای تایید شده استفاده شود. این دارو خوراکی بوده و روزانه یک عدد مصرف می‌شود. داکلینزا ساخت شرکت دارویی Bristol-Myers Squibb است. امروزه درمان بیماران مبتلا به هپاتیت C یک چالش است، خصوصاً تعداد قابل توجه بیماران مبتلا به ژنوتایپ نوع ۳ که بیماری آنها در حال پیشرفت سریع است. ویروس هپاتیت سی با ژنوتایپ ۳ پیشرفت سریعی داشته و بیمار را به سوی بیماری کبدی در مرحله آخر می‌رساند، بنابراین زمان برای بیماران بسیار حیاتی است. ژنوتایپ ۳ با افزایش بروز هپاتوسلولار کارسینوما در بیماران سیر و تیک همراه است و در مقایسه با دیگر ژنوتایپ‌ها سریع‌تر به فیبروز می‌رسد. به این ترتیب، مورالتی بیماران افزایش می‌یابد. تا همین اواخر، درمان‌های موجود برای این دسته از بیماران محدود

بوده و استانداردهای مراقبت، شامل ۴۸ هفته درمان دارویی مبتنی بر اینترفرون است که خود عوارض زیادی را برای بیماران به همراه می‌آورد. داکلاتاسویر در ترکیب با دیگر درمان‌ها به خوبی تحمل شده و نشان داده پس از ۱۲ یا ۲۴ هفته درمان، اغلب بیماران از عفونت پاک می‌شوند. داکلاتاسویر، یکی از تنها دو داروی خوراکی تایید شده در گایدلاین‌های اتحادیه اروپاست که برای درمان بیماران مبتلا به ژنوتایپ ۳ تجویز می‌شود.



محققان معتقدند تصمیم جدید NICE برای تایید داکلاتاسویر، خبر بسیار خوبی برای بیماران مبتلاست و هر در مان جدیدی در این زمینه، ما را یک قدم به حذف کامل این ویروس در جمعیت بیماران نزدیک‌تر می‌کند. ■

منبع: Medical News Today

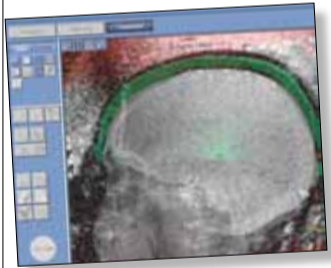
خبر

تایید پرواکسینید برای بازگشت اثرات پرواداگسا

دانشگاه ایالتی اوهایو، یکی از ۶ مرکزی است که در آمریکا به بررسی ایمنی و اثربخشی یک تکنولوژی جدید و امیدبخش در درمان بیماران مبتلا به ترمور اساسی می‌پردازد. این تکنولوژی با استفاده از اولتراسوند متمرکز با هدایت رزونانس مغناطیسی MR کار می‌کند. این فناوری، تحت عنوان Exablate Neuro معرفی شده و به وسیله INSIGHTEC ابداع شده است. در این روش، بافت‌های عمقی در مغز، بدون نیاز به برش یا پرتوتابی درمان می‌شوند. قرار است نتایج نهایی این کارآزمایی در دسامبر ۲۰۱۶ منتشر شوند.

علی رضایی، محقق ارشد این مطالعه در مرکز تحقیقاتی Wexner در ایالت اوهایو، می‌گوید: «این روش، در واقع نوعی جراحی مغز بدون برش پوست است. تکنولوژی مذکور بسیار خلاقانه بوده و اولتراسوند متمرکز با شدت بالا HIFU هم نامیده می‌شود. در روش مذکور، می‌توان زیر گاید MRI و با دقت بسیار زیاد، بیش از ۱۰۰۰ موج اولتراسوند را به سوی نقطه مورد نظر در مغز روانه کرد. به نظر می‌رسد با این روش، ترمور بیمار با یک جلسه درمان خواهد شد.»

ترمور اساسی یک اختلال شایع حرکتی است که میلیون‌ها نفر را در سراسر دنیا



تحت تاثیر قرار می‌دهد. این وضعیت، یک بیماری نورولوژیکی پیشرونده و ناتوان‌کننده است که لرزش‌های ریتمیک در دست‌ها، سر، صدا، تنها و اندام تحتانی ایجاد می‌کند. درمان‌هایی که در حال حاضر برای این وضعیت وجود دارد، درمان‌های دارویی هستند که همیشه هم موثر نبوده یا با تحریک عمقی مغز همرا است.

اشعه‌های اولتراسوند از اسکالپ، جمجمه و بافت مغزی می‌گذرد، بدون آنکه هیچ‌گونه آسیبی بر جای بگذارد. اما وقتی به هدف مورد نظر برسد، پرتوهای متعدد همگرا در یک نقطه کانونی دقیق جمع می‌شوند. این یک درمان دائمی است که بعضی سلول‌های مغزی مسئول ایجاد این ترمور از بین می‌روند. بیمار به محض اتمام کار، نتایج آن را مشاهده می‌کند. همچنین در تمام طول جراحی هم بیمار بیدار بوده و فیدبک‌های لازم را به پزشکان معالج می‌دهد.

تکنولوژی Exablate Neuro، گزینه درمانی مناسبی برای بیماران مسنی است که کاندید مناسبی برای جراحی پیس‌میکر رایج تحریک عمقی مغز نیستند. محققان معتقدند اگر این نتایج جدید در طول زمان باز هم تکرار شود، درمان اولتراسوند متمرکز به یکی از رویتین‌ترین درمان‌های پارکینسون در آینده تبدیل خواهد شد. ■

منبع: Medical Xpress

توصیه‌های روزآمد شده واکسیناسیون آنفلوانزا فصل ۲۰۱۶-۲۰۱۵ (قسمت دوم)

واکسیناسیون آنفلوانزا را جدی بگیریم

ترجمه: شایان امیرمردانی

امروزه ثابت شده که واکسیناسیون سالانه آنفلوانزا بهترین راه دفاعی علیه آن است. برای فصل آنفلوانزای ۲۰۱۶-۲۰۱۵، مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌های و کمیته مشورتی شیوه‌های ایمن‌سازی (ACIP)، همچنان به توصیه‌های خود برای واکسیناسیون سالانه آنفلوانزا در همه افراد شش ماهه و بالاتر که کنترا اندیکاسیونی ندارند، ادامه می‌دهد. در این مقاله، سعی بر آن است تا تغییراتی را که CDC در توصیه‌های واکسیناسیون آنفلوانزای خود نسبت به فصل ۲۰۱۵-۲۰۱۴ اعمال کرده، بیان کنیم. در شماره گذشته، به قسمتی از این موارد اشاره شد. در ادامه، به دیگر توصیه‌ها خواهیم پرداخت.

زمان انجام واکسیناسیون

پزشکان باید به همه افراد توصیه کنند اگر امکان داشته باشد، تا قبل از پایان اکتبر، واکسیناسیون خود را انجام دهند. برای جلوگیری از هدر رفتن فرصت‌ها، پزشکان باید در طول ویزیت‌های رویتین خود در کلینیک یا بیمارستان، به افراد واکسینه نشده که شش ماهه یا بزرگ‌تر هستند، انجام آن را توصیه کنند. مطلوب آن است که واکسیناسیون آنفلوانزا پیش از آنکه این بیماری در جامعه شیوع پیدا کند، انجام شود. کودکانی که به دوز واکسن نیاز دارند، باید پس از موجود شدن واکسن، در اولین فرصت ممکن اولین دوز را دریافت کنند و دوز دوم نیز با حداقل چهار هفته فاصله، تزریق شود.

واکسیناسیون در افرادی که به تخم مرغ آلرژی دارند

آلرژی شدید و واکنش‌های آنافیلاکتیک می‌توانند در پاسخ به ترکیبات مختلف واکسن آنفلوانزا رخ دهند، البته این واکنش‌ها نادر هستند.

مواردی از آنافیلاکسی در افرادی که به تخم مرغ آلرژی دارند، پس از تجویز واکسن آنفلوانزا گزارش شده است. در مقایسه با واکسن نوع غیرفعال یا IIV، داده‌های کمتری از بروز این نوع واکنش‌ها در مورد استفاده از واکسن‌های زنده ضعیف شده یا LAIV در این دسته از افراد وجود دارد. برای فصل آنفلوانزای ۲۰۱۶-۲۰۱۵، کمیته مشورتی واکسیناسیون توصیه‌های زیر را منتشر کرده است:

۱) افرادی که سابقه حساسیت به تخم مرغ دارند و در مواجهه با تخم مرغ فقط دچار کپهر می‌شوند، باید واکسن آنفلوانزا را دریافت کنند. اگر این افراد ۱۸ ساله و بالاتر بوده و کنترا اندیکاسیون دیگری ندارند، می‌توانند واکسن نوع RIV3 دریافت کنند. البته می‌توانند با در نظر گرفتن موارد احتیاطی اضافی، تحت واکسیناسیون با نوع IIV هم قرار گیرند.

۲) افرادی که در مواجهه با تخم مرغ دچار عوارضی مانند آنژیوادم، دیسترس تنفسی، سبکی سر و استفراغ‌های تکرار شونده می‌شوند یا به ای نفیرین یا دیگر مداخلات اورژانس نیاز پیدا می‌کنند، اگر ۱۸ سال و بالاتر بوده و کنترا اندیکاسیون دیگری ندارند، می‌توانند از RIV3 استفاده کنند. اگر RIV3 موجود نبوده یا فرد در دریافت کننده در سطح سنی مورد نظر نباشد، نوع IIV و تحت نظر پزشکی که در تشخیص و مدیریت شرایط آلرژیک شدید تجزیه تجربه داشته باشد، تزریق شود.

۳) بدون در نظر گرفتن سابقه آلرژی، همه واکسن‌ها باید تحت شرایطی تزریق شوند که همه پرسنل و وسایل لازم برای تشخیص و مدیریت شرایط آلرژیک شدید در دسترس قرار داشته باشند.

۴) افرادی که می‌توانند تخم مرغ پخته شده سبک راصرف کنند، مانند نیمرو و بدون آنکه واکنشی نشان دهند، بعداً است به واکسن آلرژی نشان دهند. افرادی که به تخم مرغ آلرژی دارند، ممکن است بتوانند تخم مرغی را که مثلاً در کیک یا نان به کار رفته، تحمل

کنند. تحمل مواد غذایی که حاوی تخم مرغ باشد، احتمال آلرژی را به تخم مرغ در نمی‌کند.

۵) برای افرادی که سابقه شناخته شده‌ای از مصرف تخم مرغ نداشته‌اند اما احتمال بروز واکنش‌های آلرژیک به تخم مرغ در آنها وجود دارد، باید قبل از انجام واکسیناسیون با پزشک متخصص در این زمینه مشورت کنند. این دسته از افراد اگر ۱۸ سال و بالاتر دارند، به‌طور جایگزین می‌توانند از RIV3 استفاده کنند.

۶) داشتن سابقه واکنش آلرژیک شدید به واکسن آنفلوانزا بدون در نظر گرفتن ترکیبات مشکوک آن که مسئول این واکنش‌هاست، کنترا اندیکاسیونی برای دریافت واکسن است.

ترکیب واکسن‌های آنفلوانزای فصل ۲۰۱۶-۲۰۱۵

برای فصل جاری آنفلوانزا، واکسن‌های آنفلوانزای ۳ ظرفیتی زیر در آمریکا مجوز دریافت کرده‌اند:

Hemagglutinin derived from an A/Calfornia/7/2009 (H1N1)-like virus; An A/Switzerland/9715293/2013 (H3N2)-like virus; and A B/Phuket/3073/2013-like (Yamagata lineage) virus.

در ترکیبات این واکسن‌ها، تغییراتی نسبت به سال قبل دیده می‌شود. این تغییرات در ویروس آنفلوانزای A یا H3N2 و ویروس آنفلوانزای B داده شده است. واکسن‌های آنفلوانزای ۴ ظرفیتی، حاوی ویروس‌های این واکسن‌ها و ویروس A/Brisbane/60/2008-like (Victoria lineage) است. این ویروس، همان ویروس A/Victoria lineage است که در سال ۲۰۱۴-۲۰۱۳ و ۲۰۱۵-۲۰۱۴ برای فرمولاسیون

اختلال در رشد نوزادان با مصرف داروهای آسم

فلوتیکازون و بودوناید دریافت کرده بودند، با داده‌های حاصل از نوزادانی که دارو را مصرف نمی‌کردند، مقایسه شد. کودکانی که در ۲ سال اول زندگی خود از کورتیکواستروئیدهای استنشاقی استفاده کرده بودند، قدی کوتاه‌تر از آنچه برای سن‌شان انتظار می‌رفت، داشتند. این یافته‌ها در مورد کودکانی که بیش از ۶ ماهه بود و نوزاد مصرف کرده بودند، واضح‌تر بود: «تحقیقات نشان می‌دهند که از تباطی بین درمان طولانی مدت با کورتیکواستروئیدهای استنشاقی در نوزادان و اختلالات رشدی در آنها وجود دارد.» ساری خاطر نشان کرد: «ممکن است پیش‌دوری در مورد نتیجه‌گیری ما وجود داشته باشد گرچه ما در مقایسه نتایج حاصل از تاثیر مصرف آنتی‌بیوتیک در رشد نوزادان با این تحقیق، سعی کرده‌ایم نتایج دقیق‌تری به دست بیاوریم.» در مصرف طولانی مدت دارو، اختلالات رشدی در نوزادان

برنامه و بی‌قاعده بسیار بیشتر از میزان توصیه‌شده گایدلاین‌ها مصرف می‌شوند. همچنین هنوز این بحث وجود دارد که گرفتگی ریه در سن زیر دو سال ممکن است به دلیل آسم نباشد و نباید با کورتیکواستروئیدهای استنشاقی درمان شود. پیش از این، تاثیر کورتیکواستروئیدها در میزان رشد کودکان با سن بالاتر بررسی شده و به نظر می‌رسد این تاثیر موقت باشد. اما مطالعه در مورد مصرف کورتیکواستروئیدهای استنشاقی در نوزادان بسیار محدود بوده بنابراین به پژوهش‌ها و بررسی‌های بیشتری نیاز است.» در این مطالعه محققان، گروه‌های جمعیتی شامل ۳۹۱ پسر و ۶۹۱ دختر را بررسی کردند. داده‌ها از طریق اندازه‌گیری قد و وزن کودکان و نیز اندازه‌گیری قد و والدین و سابقه مصرف دارو از زمان تولد تا ۲۴ ماهگی، به دست آمد. سپس داده‌های حاصل از نوزادانی که کورتیکواستروئیدهای استنشاقی مانند



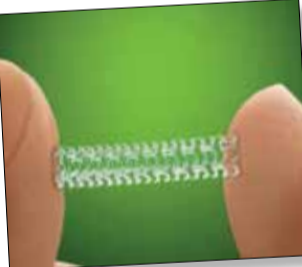
تازه‌ها

استنت‌های حل‌شدنی شریان‌های قلبی، سر بلند در آزمون

پزشکان اعلام کردند نتایج نوع جدیدی از استنت‌های قلبی که مانند بخیه‌های قابل جذب عمل می‌کنند و پس از آنکه کار خود را انجام داند، به آهستگی جذب می‌شوند، در نخستین آزمون خود در یک مطالعه بزرگ، موفقیت‌آمیز بودند.

این نوع از استنت‌ها که به وسیله Abbott ابداع شده، در مطالعه یک‌ساله، مانند استنت‌های رایج عمل کرد اما برخلاف نظر بعضی متخصصان، برتری خاصی نسبت به استنت‌های قلبی ندارند.

نتایجی که در مورد این استنت و دیگر استنت‌های جدیدی که در حال حاضر در حال بررسی هستند، منتشر شده، حاکی از آن است که باید منتظر ظهور نسل جدیدی از استنت‌ها باشیم. استنت‌هایی که در حال حاضر برای باز نگاه داشتن عروق بیماران استفاده می‌شود، دائمی بوده که از فلز ساخته شده و اغلب با موادی پوشیده شده‌اند که دارو را از خود تراوش می‌کنند اما گاهی در طول سالیان بعد، باعث ایجاد التهاب و مشکلات دیگری برای بیمار می‌شوند. استنت‌های قابل جذبی که در حال حاضر در اروپا فروخته می‌شوند، از مواد تجزیه‌پذیری ساخته شده‌اند که متراکم باقی‌مانده و دارو را به مدت یک سال آزاد می‌کنند. سپس،



در طول دو سال بعد به تدریج جذب می‌شوند. به عبارت دیگر، شریان را به اندازه کافی باز نگه می‌دارد تا بهبود یابد، سپس به‌طور کامل از بین می‌رود. این استنت‌ها می‌توانند شریان را به وضعیت طبیعی و نرمال ساختار و عملکرد خود بازگردانند.

در این مطالعه، در حدود ۲۰۰۰ بیمار با درد قفسه‌صدری که به دلیل یک یادو شریان مسدود شده ایجاد شده بود، وارد شدند و هدف آن بود تا استنت‌های قابل جذب را در این بیماران آزمایش کنند و ببینند آیا در برطرف کردن علائم به خوبی عمل می‌کنند یا خیر. در مطالعه مذکور، افراد درمان شده با استنت‌های قابل جذب با پیامدهایی مشابه استنت مسوم ابوت که Xience نام دارد، رویه‌رو شدند. پس از یک سال، شش تا هفت درصد از بیماران دریافت‌کننده هر دو نوع استنت در اثر بیماری‌های قلبی فوت کردند، به دلیل مشکلی که در شریان درمان شده وجود داشت، دچار حمله قلبی شدند یا به جراحی جدید برای باز کردن شریان نیاز پیدا کردند. در واقع، استنت قابل جذب برتری خاصی نسبت به موارد مرسوم نداشت. حال باید منتظر ماند تا نتایج نهایی منتشر شده و تصمیم سازمان غذا و دارو نیز بر اساس آنها اعلام شود. ■

منبع: Medical Xpress

منبع: Medscape