

ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅԱՆ ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ՆԱԽԱՐԱՐ  
ՀՐԱՄԱՆ

« 31 » մայիս 2024թ.

N 2990 - Լ

ՑՐՎԱԾ ՍԿԼԵՐՈՉ ԱԽՏՈՐՈՇՄԱՄԲ ՊԱՑԻԵՆՏՆԵՐԻՆ ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ  
ՆԱԽԱՐԱՐՈՒԹՅԱՆ ԿՈՂՄԻՑ ԿԵՆՏՐՈՆԱՑՎԱԾ ԿԱՐԳՈՎ ՁԵՌՔ ԲԵՐՎԱԾ  
ԴԵՂԵՐԻ ՏՐԱՄԱԴՐՄԱՆ ՄԱՍԻՆ

Հիմք ընդունելով վարչապետի 2018 թվականի հունիսի 11-ի N 728-Լ որոշմամբ  
հաստատված Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարության  
կանոնադրության 18-րդ կետի 20-րդ ենթակետը, ՀՀ կառավարության 2019 թվականի  
մայիսի 30-ի N 642-Ն որոշման N 2-րդ հավելվածը,  
«Ցրված սկլերոզ» ախտորոշմամբ պացիենտներին դեղերով բուժման նպատակով.

Հ Ր Ա Մ Ա Յ ՈՒ Մ Ե Մ՝

1. Հաստատել՝

Առողջապահության նախարարության կողմից կենտրոնացված կարգով ձեռք  
բերված օկրելիզումբ, ինտերֆերոն բետա 1a-ն, դիմեթիլֆունմարատ և գլատիրամեր  
ացետատ դեղերի տրամադրման ծրագիրը (այսուհետ՝ Ծրագիր)՝ համաձայն  
հավելված N 1-ի:

2. Հասարակայնության հետ կապերի բաժնի պետ Լ. Բաբախանյանին՝

ապահովել մասնագիտական և պաշտոնական զանգվածային լրատվության  
միջոցներում համապատասխան տեղեկատվության հրապարակումը:

3. Սույն հրամանն ուժի մեջ է մտնում հրապարակմանը հաջորդող օրվանից:

Ա. ԱՎԱՆԵՍՅԱՆ

**ԱՌՈՂՋԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ ՆԱԽԱՐԱՐՈՒԹՅԱՆ ԿՈՂՄԻՑ ԿԵՆՏՐՈՆԱՑՎԱԾ  
ԿԱՐԳՈՎ ՁԵՌՔ ԲԵՐՎԱԾ ՕԿՐԵԼԻԶՈՒՄԱՐ, ԻՆՏԵՐՖԵՐՈՆ ԲԵՏԱ 1A-Ն,  
ԴԻՄԵԹԻԼՖՈՒՄԱՐԱՏ ԵՎ ԳԼԱՏԻՐԱՄԵՐ ԱՑԵՏԱՏ ԴԵՂԵՐԻ ՏՐԱՄԱԴՐՄԱՆ  
ԾՐԱԳԻՐԸ**

1. Գրոհային ընթացքով ցրված սկլերոզի (ՑՍ) դեպքում նախատեսված Առողջապահության նախարարության կողմից կենտրոնացված կարգով ձեռք բերված դեղեր՝

- 1) ինտերֆերոն բետա 1a
- 2) դիմեթիլֆումարատ
- 3) գլատիրամեր ացետատ

2. Վերոնշյալ դեղերը պացիենտներին տրամադրվում են առողջության առաջնային պահպանման ծառայություններ մատուցող բժշկական բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող կազմակերպությունների միջոցով ըստ պացիենտի բժշկի նշանակման թերթիկի, բժշկական կազմակերպության ղեկավարի կամ բաժնի վարիչի հաստատմամբ:

3. Պացիենտի հետագա բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող կազմակերպության և լաբորատոր հսկողությունը իրագործվում է բուժող բժշկի կողմից և նրա պատասխանատվությամբ:

4. Դեղերը տրամադրվում են առաջին մոտեցմամբ մեկ ամսվա կտրվածքով, հետագայում արդեն եռամսյակային կտրվածքով, յուրաքանչյուր անգամ ներկայացնելով բուժող բժշկի նշանակման թերթիկը, բժշկական կազմակերպության ղեկավարի կամ բաժնի վարիչի հաստատումով:

5. Դեղերի վատ անհասանելիության դեպքում, կամ պացիենտության ագրեսիվ ընթացքի դեպքում պացիենտին պետք է դիտարկել որպես Օկրելիզոլմաբ բուժման թեկնածու ըստ ՑՍ ուղեցույցի:

6. Օկրելիզոլմաբ ներարկման դեղով (այսուհետ՝ Օկրելիզոլմաբ) նշանակման ցուցումներն են.

- 1) առաջնային պրոգրեսիվող ցրված սկլերոզ (այսուհետ՝ ԱՊՑՍ),
- 2) ագրեսիվ գրոհային կամ արագ պրոգրեսիվող ընթացքով պացիենտություն,
- 3) դեպքեր, երբ առաջին ընտրության դեղերը չունեն բավարար թերապևտիկ ազդեցություն:

7. Օկրելիզումաբը դեղը ցուցված է վաղ փուլի ԱՊՑՍ-ով չափահաս պացիենտների բուժման համար՝ պացիենտության տևողության և ֆունկցիոնալության աստիճանի, ինչպես նաև բորբոքային ակտիվության բնորոշ ռադիոլոգիական բնութագրերով:

8. Վաղ փուլում ԱՊՑՍ-ով ախտորոշված չափահաս պացիենտների բուժումը սկսելու չափանիշներն են՝

- 1) Տարիքը: 18-ից 55 տարեկան (Ավելի բարձր տարիքը չի հանդիսանում բացարձակ հակացուցում Օկրելիզումաբի տրման համար. տարիքի վերին շեմը նշված է ըստ ORATORIO հետազոտության (Montalban et al. 2017) մեջ ներառված անձանց առավելագույն տարիքի, որով հաստատվել է Օկրելիզումաբի արդյունավետությունը առաջնային պրոգրեսիվող ՑՍ-ի ժամանակ: Անհրաժեշտության դեպքում, ըստ մասնագիտական խմբի որոշման, դեղը կարող է տրամադրվել նաև ավելի բարձր տարիք ունեցող, օկրելիզումաբից դրական արդյունքի ակնկալիքով պացիենտի):
- 2) EDSS-ի գնահատականը 3-6.5 սքրինինգի պահին,
- 3) Պացիենտության տևողությունը ՑՍ-ի ախտանիշների սկզբից 10 տարուց պակաս այն պացիենտների համար, ում EDSS սքրինինգի պահին  $\leq 5.0$  կամ 15 տարուց պակաս՝ 5.0 EDSS-ից ավել միավոր ունեցող պացիենտների համար,
- 4) Բորբոքային ակտիվությանը բնորոշ ռադիոլոգիական առանձնահատկություններով (այսինքն՝ կոնտրաստ կուտակող T1 օջախներ և/կամ նոր կամ ընդլայնվող T2 օջախներ): Մագնիսա-ռեզոնանսային տոմոգրաֆիայի ապացույցները պետք է օգտագործվեն բոլոր պացիենտների մոտ բորբոքային ակտիվությունը հաստատելու համար:

9. Պացիենտի ախտորոշումը բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող կազմակերպությունում (այսուհետ՝ բժշկական բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող կազմակերպություն) հաստատվում է բուժող բժշկի, բաժնի վարիչի կողմից:

10. Օկրեյիզումաբ դեղի նշանակումը կատարվում է բուժող բժշկի կողմից, և մասնագիտական խումբ ուղարկելիս հաստատվում է բժշկական կազմակերպության ղեկավարի կամ բաժնի վարիչի կողմից:

ԲԱՐՁՐ ԱՐԴՅՈՒՆԱՎԵՏՈՒԹՅԱՆ ԴԵՂԱՄԻՋՈՑՆԵՐ ԿԻՐԱՌԵԼ ԿԱՐՈՂ ԵՆ.

ՑՍ փորձառություն ունեցող նյարդաբանական կենտրոնները, որոնք ունեն բարձր աղյունավետության դեղերի կիրառման ապացուցված փորձ:

ՑՐՎԱԾ ՍԿԼԵՐՈԶԻ ԱԽՏՈՐՈՇՈՒՄԸ

ՑՍ ախտորոշումը հաստատվում է համապատասխան բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող կազմակերպության դրսևորումներով պացիենտների շրջանում, ապացուցելով.

- Ցրվածությունը տարածության մեջ

Հայտնաբերվում է մագնիսա-ռեզոնանսային տոմոգրաֆիա (այսուհետ՝ ՄՌՏ) հետազոտությամբ ԿՆՀ չորս հետևյալ հատվածներից՝ պերիվենտրիկուլյար, կեղևային-յուքստակեղևային, ինֆրատենտորիալ, սպինալ, երկուսում  $\geq 1$  T2 օջախների հայտնաբերումով:

- Ցրվածությունը ժամանակի մեջ

Հայտնաբերվում է հաջորդական ՄՌՏ հետազոտությամբ նոր T2 և/կամ Gd+ օջախների առկայությամբ, կամ T2 և Gd+ օջախների միաժամանակյա առկայությամբ ցանկացած պատկերի վրա: Այս չափանիշի ՄՌՏ պարամետրերի բացակայությամբ, այն կարելի է փոխարինել ողնուղեղ-ուղեղային հեղուկի (ՈՈւՀ) օլիգոկլոնալ շղթաների առկայությամբ:

- Ավելի լավ բացատրության հերքում (տես աղյուսակը)

Առաջնային պրոգրեսիվ ՑՍ (ԱՊՑՍ) հիմնված է մեկ տարվա ընթացքում, առանց գրոհների հաշմանդամության պրոգրեսիայի պրոսպեկտիվ կամ ռետրոսպեկտիվ գնահատման հիման վրա, հետևյալ երեքից երկուսի առկայությամբ.

- Մեկ կամ ավելի T2 օջախներ ԳՈՒ հետևյալ երեք հատվածներից մեկում (պերիվենտրիկուլյար, կեղևային-յուքստակեղևային, ինֆրատենտորիալ)

- Երկու և ավելի սպինալ օջախներ

- Դրական օլիգոկլոնալ շղթաներ ՈՈւՀ

Բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող կազմակերպության դրսևորումները

- Չկան բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող կազմակերպության դրսևորումների ցրվածություն ժամանակի և տարածության մեջ
- Պացիենտության սկիզբը <10 և >55 տարիքային խմբերում
- Նկատելի տենդ, գլխացավ, գիտակցության մթագնում
- Լսողության կտրուկ կորուստ
- Տեսադաշտի կորուստ ոչ սկոտոմայի ձևով
- Կորտիկալ նշաններ՝ ցնցումներ, աֆազիա, կեղևային կուրություն
- Էնցեֆալոպաթիա

#### Օպտիկ ներիտ

- Բիլատերալ սկիզբ
- Սարսափելի ցավ, որը սահմանափակում է աչքի շարժումները
- Տեսողության անդառնալի կորուստ պացիենտության սկզբից մեկ ամիս անց
- Ուլթիտ
- Ռետինալ էքսուդատներ, հեմոռաժներ, տեսանյարդի սաստիկ այտուց, ռեակցիա ապակենման մարմնում
- Ուռուցքի անամնեզ

#### Լայնական միելիտ

- Գերսուր, ոչ պրոգրեսիվ սկիզբ
- Սպինալ սեգմենտի ամբողջական ընդգրկում
- Պրոգրեսիվ միելոպաթիա՝ կոնքի ֆունկցիաների ընդգրկման բացակայությամբ
- Առաջային ողնուղեղային զարկերակների ավազանը
- Ռադիկուլյար ցավ
- Ձիու պոչի սինդրոմ

- Ուղեկցող ստորին մոտոնեյրոնի նշաններ

#### Ուղեղաբուն/ուղեղիկ

- Գերսուր սկիզբ, անոթային ավազան
- Տատանվող, դյուրհոգնելի ակնային կամ բուլբար ախտանիշներ
- Լիարժեք արտաքին օֆթալմոպլեգիա

#### ՄՌՏ

- ԳՌԻ՝ նորմալ; փոքր օջախներ < 3 մմ փոքր չափերի; գորշ նյութի նկատելի ախտահարում; հիդրոցեֆալիա; կալոզալ և պերիվենտրիկուլյար օջախների բացակայություն; սպիտակ նյութի սիմետրիկ, միաձույլ օջախներ; մենինգեալ կուտակումներ; բոլոր օջախների միաժամանակյա կուտակում
- Ողնուղեղ՝ երկայնաձիգ օջախներ 3 և ավելի սեգմենտներ ձգվող; այտուցով, ամբողջ հաստությունն ընդգրկող օջախներ; լեպտոմենինգեալ կուտակում; T1 հիպոինտենս օջախներ

#### ՈՌԼՀ

- Նորմալ
- ՕԿՇ բացակայություն (իզոէլեկտրական ֆոկուսավորման մեթոդով)
- Լեյկոցիտների քանակը > 50,
- Սպիտակուցի քանակը > 0.8 մգ/մլ

## ՈՐԱԿՈՄՆԵՐ

**Կլինիկորեն նշանակալի սրացում.** Ցանկացած սրացում կլինիկորեն նշանակալի է, սակայն ամենօրյա պրակտիկայում պացիենտության ընթացքը փոխող դեղ ստանալու որոշման համար կլինիկորեն նշանակալի են համարվում.

- Մոտոր սրացումները
- Ուղեղաբնային սրացումները
- Սենսոր սրացումներ, եթե բերում են ֆունկցիոնալ վատացման
- Փականային անբավարարությամբ ուղեկցվող սրացումներ
- Օպտիկ ներիտ
- Նոր սկսված ցավ, ավելի քան 48 ժամ տևողությամբ

**Հաշմանդամացնող սրացում.** որակում է ըստ ստորև թվարկված մեկ կամ ավելի չափանիշների.

- Ազդում է պացիենտի հասարակական կյանքի կամ աշխատանքի վրա, կամ պացիենտը ինքն է այն համարում հաշմանդամացնող
- Ազդում է պացիենտի ամենօրյա ակտիվությունների վրա՝ համապատասխան մեթոդներով գնահատելով
- Վնասում է մոտոր և սենսոր ֆունկցիաները այնքան, որ ազդում է սեփական անձի կամ շրջապատի խնամքի կարողության վրա
- Ստացիոնար բուժման կարիք ունի

**Բարձր ակտիվությամբ պացիենտություն.** պացիենտներ, որոնք ունեն.

- սրացումների անփոփոխ կամ բարձր հաճախականություն, կամ հաշմանդամացնող սրացումներ՝ չնայած անցկացված բուժմանը առաջին ընտրության դեղերով:
- ՄՌՏ հաստատված պացիենտության ակտիվություն՝ մեկ տարվա ընթացքում բուժման ֆոնի վրա առաջացած նոր կամ միանշանակ ընդլայնված ավելի քան չորս T2 օջախներ՝ ըստ նոր, համեմատական ՄՌՏ տվյալների (Ռիոյի մոդիֆիկացված հաշվարկներ):

**Արագորեն զարգացող գրոհային պացիենտություն.** Բնութագրվում է որպես երկու և ավելի հաշմանդամացնող (պիրամիդալ և/կամ ուղեղիկային համակարգերի ընդգրկում). գրոհներ մեկ տարում և մեկ և ավելի գաղոլինիում կուտակող օջախներ ըստ ԳՈւ ՄՌՏ կամ T2 օջախների քանակի նշանակալի ավելացում նախկին ՄՌՏ պատկերների հետ համեմատած:

Որոշ հետազոտություններ ցուցադրել են ներերակային մեթիլարեդնիզոլոնի արդյունավետությունը: Cochrane մետա-անալիզը ցույց է տալիս, որ կորտիկոստերոիդները պակասեցնում են պացիենտության պրոգրեսիան առաջին հինգ շաբաթների ընթացքում: Առավել արդյունավետ է համարվում ներերակային մեթիլարեդնիզոլոնը, սակայն չկա տարբերություն կարճատև՝ հինգօրյա կուրսի և երկարատև՝ 15 օրյա կուրսի միջև: Cochrane մետա-անալիզը տարբերություն չի գտնում նաև ներերակային և բերանացի ընդունված ստերոիդների արդյունավետության մեջ, սակայն կողմնակի ազդեցությունների որոշակի ավելացում է նկատվում բերանացի ընդունման խմբում: Ծանր, մնացորդային դեֆիցիտով պացիենտները, ովքեր վատ են պատասխանում ներերակային մեթիլարեդնիզոլոնին, պլազմաֆերեզից կարող են որոշակի լավացում ունենալ ըստ որոշ հետազոտությունների:

**Խորհուրդ:** Ցուցված է բուժել ՑՍ կլինիկորեն նշանակալի գրոհները ներերակային մեթիլարեդնիզոլոնի **3-5** օր տևող կուրսով, օրական դեղաչափ սահմանելով **500-1000** մգ: Կարևոր է նկատի ունենալ պլազմաֆերեզը ծանր հաշմանդամությամբ գրոհների ժամանակ, երբ ներերակային մեթիլարեդնիզոլոնի նկատմամբ լավ թերապևտիկ պատասխան չկա:

#### ՌԱԴԻՈԼՈԳԻՈՐԵՆ ԻԶՈԼԱՑՎԱԾ ՍԻՆԴՐՈՍ (ՌԻՍ)

ՌԻՍ են անվանվում ասիմպտոմատիկ պացիենտները, որոնց մոտ ռուտին ՄՌՏ հետազոտության ընթացքում հայտնաբերվում են օջախներ, որոնք շատ հիշեցնում են ՑՍ օջախները: Ախտորոշումը հիմնված է Օկուդայի չափանիշների վրա, այն է ցրվածությունը տարածության մեջ ըստ Բրկհոֆի չափանիշների, որևէ ՑՍ հետ կապված սիմպտոմների բացակայությունը, նշված օջախների համար այլ, հնարավոր բացատրությունը: Ըստ Օկուդայի չափանիշների ՌԻՍ ախտորոշված պացիենտներին հարկավոր է բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող կազմակերպության և ռադիոլոգիական (ԳՈւ և ողնուղեղի ՄՌՏ) հսկողություն, սակայն ներկայիս գրականությունը չի առաջարկում որևէ բուժում նախքան առաջին դեմիելինիզացնող բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող կազմակերպության էպիզոդի առաջացումը:

**Խորհուրդ:** ՌԻՍ պացիենտները պետք է հսկվեն բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող բժշկական



օգնություն և սպասարկում իրականացնող կազմակերպության սրացման համար. ներկայումս այս պացիենտներին պացիենտության ընթացքը փոփոխող դեղեր ցուցված չեն:

**ԿԼԻՆԻԿՈՐԵՆ ԻԶՈԼԱՑՎԱԾ ՍԻՆԴՐՈՄ (ԿԻՍ)**

ԿԻՍ են անվանում ՑՍԻն բնորոշ նյարդաբանական սիմպտոմների եզակի էպիզոդը, որը սովորաբար ընդրկում է տեսողական նյարդերը, ուեղաբունը/ուղեղիկը, ողնուղեղը, գլխուղեղի կիսագնդերը: Ներկայիս ախտորոշման չափանիշներով, ԿԻՍ պացիենտների հարաբերակցությունը աստիճանաբար նվազում է, հասնելով < 10%. Հետևաբար, ԿԻՍ ախտորոշումը ի վերջո ստանում են այն պացիենտները, ովքեր չունեն ցրվածությունը տարածության մեջ չափանիշին բավարարող օջախներ, կամ ունեն ՈՈԼ՝ օլիգոկլոնալ շղթաների առաջին տիպ և չկուտակող օջախներ: Երկու դեպքում էլ հարկավոր է բացառել այլընտրանքային ախտորոշումները:

**Խորհուրդ:** ԿԻՍ այն պացիենտները, ովքեր ունեն 9-ից ավելի T2 օջախ ըստ ՄՌՏ տվյալների, և/կամ ոչ լիարժեք վերականգնում ծանր գրոհներից հետո, պետք է ստանան բուժում գլատիրամեր ացետատով կամ ինտերֆերոն բետայով:

<b>Ցածր արդյունավետության դեղեր</b>	<b>Միջին արդյունավետության դեղեր</b>	<b>Բարձր արդյունավետության դեղեր</b>
Ինտերֆերոններ	Կլադրիբին	Օկոելիզումաբ
Գլատիրամեր ացետատ	S1P ինհիբիտորներ	Օֆատոմումաբ
Տերիֆլունամիդ	Ֆումարատներ	Նատալիզումաբ
		Ալեմտուզումաբ

**ԳՐՈՀԱՅԻՆ ԸՆԹԱՑՔՈՎ ՑՐՎԱԾ ՍԿԼԵՐՈԶ**

Թերապիա երբևէ չստացած պացիենտներ

Շատ կարևոր է սկսել պացիենտության ընթացքը փոխող դեղային միջոցները գրոհային ընթացքով ցրված սկլերոզի ախտորոշումը դնելուց անմիջապես հետո՝ բորբոքում և երկրորդային աքսոնալ կորուստը ԿՆՀ պակասեցնելու նպատակով: Բազմաթիվ

հետազոտություններ ցույց են տվել, որ վաղ բուժումը կարող է պակասեցնել երկարատև հաշմանդամության զարգացումը ՑՍ պացիենտների շրջանում: Սկզբնական դեղի ընտրությունը կախված է պացիենտության ակտիվության աստիճանից:

**Խորհուրդ:** Հետևյալ պացիենտության ընթացքը փոխող դեղը կարելի է սկսել երբևէ բուժում չստացած պացիենտներին՝ Ինտերֆերոն բետա, գլատիրամեր ացետատ, տերիֆլունոմիդ, դիմեթիլֆումարատ:

**Խորհուրդ:** Բարձր ակտիվությամբ պացիենտության (որակումը տես վերը) դեպքում ֆինգոլիմոդը, սիպոնիմոդը, նատալիզումաբը, օկոելիզումաբը կամ կլադրիբինը կարելի է սկսել ռիսկերի ուշադիր գնահատումից հետո (շիճուկային հակա-JCV հակամարմիններ, նախկին իմուն ընկճման վիճակ, սրտային պացիենտություն, դիաբետ, ցանցաթաղանթի պացիենտություններ, ուռուցքներ):

**Խորհուրդ:** Արագորեն զարգացող գրոհային պացիենտության (որակումը տես վերը) դեպքում նատալիզումաբը, օկոելիզումաբը կամ ալեմտուզումաբը կարելի է կիրառել ռիսկերի ուշադիր գնահատումից հետո:

Առաջին ընտրության դեղամիջոցների արդյունավետության գնահատումը

Ռիոյի մոդիֆիկացված սանդղակ	
ՄՌՏ չափանիշ=1	4-ից ավելի T2 օջախներ հերթական ՄՌՏ հետազոտությամբ
Գրոհի չափանիշ=1	1 գրոհ մեկ տարվա ընթացքում
Գրոհի չափանիշ=2 գումարային ցուցանիշը	Երկու և ավելի գրոհ մեկ տարվա ընթացքում
գումարային ցուցանիշը =0	4 և պակաս T2 օջախներ հերթական ՄՌՏ հետազոտությամբ; գրոհներ չկան
գումարային ցուցանիշը =1	4 և պակաս T2 օջախներ հերթական ՄՌՏ հետազոտությամբ; մեկ գրոհ ԿԱՄ

Ռիոյի մոդիֆիկացված սանդղակ	
	4ից ավելի T2 օջախներ հերթական ՄՌՏ հետազոտությամբ; գրոհներ չկան
գումարային ցուցանիշը =2	4 և պակաս T2 օջախներ հերթական ՄՌՏ հետազոտությամբ; երկու և ավելի գրոհ ԿԱՄ 4ից ավելի T2 օջախներ հերթական ՄՌՏ հետազոտությամբ; մեկ գրոհ
գումարային ցուցանիշը =3	4ից ավելի T2 օջախներ հերթական ՄՌՏ հետազոտությամբ; երկու և ավելի գրոհ

Ռիոյի մոդիֆիկացված սանդղակի գումարային ցուցանիշի 2-3 արժեքները ըստ հետազոտությունների 3 տարվա ընթացքում 65% դեպքերում կուտակում են հաշմանդամություն, մինչդեռ Ռիոյի մոդիֆիկացված սանդղակի գումարային ցուցանիշի 0 արժեքի դեպքում այդ տոկոսը կազմում է միայն 24%:

**Խորհուրդ:** Առաջին ընտրության պացիենտության ընթացքը փոխող դեղի արդյունավետությունը գնահատել կանոնավոր բուժումից մեկ տարի հետո՝ գրոհների և ՄՌՏ հետազոտությամբ, վերջինս համեմատելով բուժումը սկսելուց հետո վեց ամիս անց արված ՄՌՏ-ի հետ: Գնահատման համար կիրառել Ռիոյի մոդիֆիկացված սանդղակը, որի գումարային 2-3 արժեքների դեպքում դեղը վերանայել և փոխարինել առավել արդյունավետ դեղերով, այդ թվում կլադրիբին, օկոբելիզումաբ, օֆատումոմաբ: Ռիոյի մոդիֆիկացված սանդղակի գումարային 0 արժեքի դեպքում շարունակել բուժումը առաջին ընտրության դեղով:

Միջանկյալ 1 արժեքի դեպքում, կրկնել գնահատումը ևս վեց ամիս անց, մեկ գրոհի և/կամ  $\geq 2$  նոր T2 օջախների առկայության դեպքում նոր ՄՌՏ պատկերի վրա փոխարինել առավել արդյունավետ դեղերով, այդ թվում կլադրիբին, օկոբելիզումաբ, օֆատումոմաբ:

ԱՌԱՋՆԱՅԻՆ ՊՐՈԳՐԵՍԻՎՈՂ ՑՐՎԱԾ ՍԿԼԵՐՈԶ (ԱՊՑՍ)

Օկոբելիզումաբ

Հաստատված թերապևտիկ ցուցումներ.

Օկրեյիզումաբը-ը ցուցված է վաղ փուլի ԱՊՑՍ-ով չափահաս պացիենտների բուժման համար՝ պացիենտության տևողության և հաշմանդամության մակարդակի, ինչպես նաև բորբոքային ակտիվության բնորոշ ռադիոլոգիական բնութագրերով:

Վաղ փուլում ԱՊՑՍ-ով ախտահարված չափահաս պացիենտների բուժումը պացիենտության տևողության և հաշմանդամության մակարդակի առումով (հիմնված ORATORIO առանցքային հետազոտության (Montalban et al. 2017) ընդգրկման հիմնական չափանիշների վրա, այսինքն.

- 5) Տարիքը: 18-ից 55 տարեկան (Ավելի բարձր տարիքը չի հանդիսանում բացարձակ հակացուցում Օկրեյիզումաբի տրման համար. տարիքի վերին շեմը նշված է ըստ ORATORIO հետազոտության (Montalban et al. 2017) մեջ ներառված անձանց առավելագույն տարիքի, որով հաստատվել է Օկրեյիզումաբի արդյունավետությունը առաջնային պրոգրեսիվող ՑՍ-ի ժամանակ: Անհրաժեշտության դեպքում, ըստ մասնագիտական խմբի որոշման, դեղը կարող է տրամադրվել նաև ավելի բարձր տարիք ունեցող, օկրեյիզումաբից դրական արդյունքի ակնկալիքով պացիենտի):
- 6) EDSS-ի գնահատականը 3-6.5 սքրինինգի պահին,
- 7) Պացիենտության տևողությունը ՑՍՑՍ-ի ախտանիշների սկզբից 10 տարուց պակաս այն պացիենտների համար, ում EDSS սքրինինգի պահին  $\leq 5.0$  կամ 15 տարուց պակաս՝ 5.0 EDSS-ից ավել միավոր ունեցող պացիենտների համար,
- 8) Բորբոքային ակտիվությանը բնորոշ ռադիոլոգիական առանձնահատկություններով (այսինքն՝ կոնտրաստ կուտակող T1 օջախներ և/կամ նոր կամ ընդլայնվող T2 օջախներ): Մագնիսա-ռեզոնանսային տոմոգրաֆիայի ապացույցները պետք է օգտագործվեն բոլոր պացիենտների մոտ բորբոքային ակտիվությունը հաստատելու համար:

**ԵՐԿՐՈՐԴԱՅԻՆ ՊՐՈԳՐԵՍԻՎՈՂ ՑՐՎԱԾ ՍԿԼԵՐՈԶ (ԵՊՑՍ)**

Սիպոնիմոդ

Հաստատված թերապևտիկ ցուցումներ.

Սիպոնիմոդը ցուցված է երկրորդային պրոգրեսիվող ցրված սկլերոզով (ԵՊՑՍ) մեծահասակ պացիենտների բուժման համար, ովքեր ունեն ակտիվ պացիենտություն, ինչի մասին վկայում են ռեցիդիվները կամ բորբոքային ակտիվության ռադիոլոգիական հատկանիշները:

Սիպոնիմոդը ցուցված է երկրորդային պրոգրեսիվող ցրված սկլերոզ(ԵՊՑՍ) ունեցող մեծահասակ պացիենտների բուժման համար, ովքեր ունեն ռեցիդիվները կամ բորբոքային ակտիվության ռադիոլոգիական հատկանիշները (օրինակ՝ գադոլինիում կուտակող T1 օջախներ կամ նոր կամ միանշանակ ընդլայնված T2 ախտահարումներ): Բուժման համար համապատասխան պացիենտների բնութագրերը պետք է արտացոլեն EXPAND առանցքային հետազոտության ընդգրկման հիմնական չափանիշները, այսինքն.

- տարիքը 18-ից 60 տարեկան,
- EDSS գնահատականը 3-ից 6,5-ի միջակայքում,
- EDSS գնահատականի փաստաթղթավորված վատացումը ստուգումից առաջ 2 տարում,  $\geq 1$ -ից  $< 6.0$  EDSS ունեցող պացիենտների համար ստուգման ժամանակ, և  $\geq 0.5$  միավոր EDSS  $\geq 6.0$  պացիենտների համար՝ ստուգման ժամանակ:

**Խորհուրդ:** Քննարկել օկոբիլիզումաբով կամ սիպոնիմոդով բուժումը ակտիվ երկրորդային պրոգրեսիվող պացիենտությամբ պացիենտների շրջանում,  $\leq 60$  տարիքի և EDSS  $\leq 6.5$  ( սայլակին չգամված) և քննարկել բուժումը օկոբիլիզումաբով առաջնային պրոգրեսիվող ցրված սկլերոզով պացիենտների շրջանում, եթե տարիքը  $\leq 55$  տարեկան (բացառությունը տե՛ս վերը), EDSS  $\leq 6.5$  ( սայլակին չգամված) և պացիենտի տևողությունը չի գերազանցում 10-15 տարին:

**ԲՈԼՈՐ ՊԱՑԻԵՆՏՈՒԹՅԱՆ ԸՆԹԱՑՔԸ ՓՈԽՈՂ ԴԵՂԵՐԻ ՀԱՄԱՐ ՍԿՍՄԱՆ ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ՉԱՓԱՆԻՇԵՐ**

Ընդհանրապես, բուժումը պետք է սկսել հնարավորինս շուտ. պացիենտության ընթացքը փոխող դեղի համար արտոնված պացիենտները պետք է բավարարեն հետևյալ չափանիշներին.

- Կայուն հաշմանդամություն ՑՍ պատճառով, EDSS-ով 7.0 չգերազանցող, այսինքն երկու հենակով քայլող

- Բուժման սկզբին պացիենտը պետք է հասկանա, որ բուժումը կարող է ընդհատել, եթե այն ոչ արդյունավետ է, առաջացնում է անտանելի կողմնակի ազդեցություններ, պացիենտը հղիացել է, զարգացրել է պրոգրեսիվող պացիենտություն կամ կայուն հաշմանդամություն, ավելի քան EDSS 6.5
- ՅՍ բժիշկը պարտավոր է պրոակտիվ քննարկել հղիության հարցը՝ որպես պացիենտության ընթացքը փոխող դեղի ընտրության մի մաս, եթե հղիություն է պլանավորվում կամ այն ցանկալի է, ՅՍ պացիենտին հարկավոր է առաջարկել այնպիսի պացիենտության ընթացքը փոխող դեղ, որը համատեղելի է հղիության հետ:
- Եթե կան ջեներիկ կամ բիոսիմիլար հնարավորություններ, ապա բուժումը պետք է տարվի նվազագույն արժեքի դեղամիջոցներով

**ԲՈԼՈՐ ՊԱՑԻԵՆՏՈՒԹՅԱՆ ԸՆԹԱՑՔԸ ՓՈԽՈՂ ԴԵՂԵՐԻ ՀԱՄԱՐ ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ԴԱԴԱՐԵՑՄԱՆ ՉԱՓԱՆԻՇԵՐ**

1. Սրացումների հաճախականության կամ ծանրության փոփոխություն չի նկատվում չնայած պացիենտության ընթացքը փոխող դեղով ադեկվատ բուժմանը (նվազագույնը 6 ամիս տևողությամբ)
  2. Դեղի անտանելի կողմնակի ազդեցություններ
  3. Քայլելու անկարողություն ՅՍ պատճառով (EDSS 7.0), որը զարգանում է բուժման ընթացքում և պահպանվում է ավելի քան վեց ամիս
  4. Ապացուցված երկրորդային պրոգրեսիվող ընթացք՝ հաշմանդամության նշարելի աճ ավելի քան 12-ամսյա ժամանակահատվածում, սրացումների բացակայությամբ: Երկրորդային պրոգրեսիվող պացիենտությունը սովորաբար ախտորոշվում է միայն EDSS 6.0 և ավելի հաշմանդամության դեպքում
- 1, 2 և 4 կետերի դեպքում կարելի է փոխարինել մեկ այլ պացիենտության ընթացքը փոխող դեղով, իսկ 3 կետի դեպքում պացիենտության ընթացքը փոխող դեղը պետք է դադարեցնել
  - Նախկինում ընդունված էր մոտեցումը, որ հղիությունը և կրծքով կերակրելը ցուցում է դեղը դադարեցնելու համար, սակայն ներկայումս հայտնի գիտական փաստերը վկայում են, որ որոշ պացիենտության ընթացքը փոխող դեղներ կարող են նշված իրավիճակում կիրառվել

- Պացիենտության ընթացքը փոխող դեղը դադարեցնելու հետ մեկտեղ պացիենտը խնամքը ՑՍ կենտրոնում կամ համապատասխան կենտրոններում հարկավոր է շարունակել և ապահովել նեյրոռեաբիլիտացիայով
- Եթե դեղը դադարեցվում է վերը նկարագրվածից այլ պատճառներով, այն կարելի է վերսկսել ավելի ուշ

## ՀԱՏՈՒԿ ՊՈՊՈՒԼՅԱՑԻԱՆԵՐ

### Հղիություն և կրծքով կերակրում

Հղիությունը կապված է նշանակալի հորմոնալ տատանումների հետ, որոնք կարող են ազդել իմուն համակարգի, հետևաբար նաև ՑՍ բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող կազմակերպության ընթացքի վրա: ՑՍ ինքնին հղիության ընթացքի վրա բացասական ազդեցություն չունի, 22 հետազոտությունների մետաանալիզը ցույց է տալիս կեսարյան հատումների, աբորտների, ծննդյան ցածր քաշի և վաղաժամ ծննդի քիչ բարձր թվեր, որոնք սակայն անհանգստացնող չեն: Մեծ հետազոտություններում ցուցադրված է գրոհների հաճախականության 70% իջեցում հղիության ընթացքում, հատկապես երրորդ տրիմեստրում, սակայն նույնքան էլ աճում է հետծննդաբերական շրջանում: Բոլոր պացիենտության ընթացքը փոխող դեղերը կարող են ունենալ պոտենցիալ կողմնակի ազդեցություն պտղի վրա, որի պատճառով էլ կա ընդհանուր խորհուրդ ընդհատել դեղերը հղիությունը պլանավորելուց առաջ, սակայն նման մոտեցումը մեծացնում է գրոհների հավանականությունը, հատկապես եթե բեղմնավորումը ուշանում է:

Սովորաբար, ՑՍ ունեցող կանանց խորհուրդ է տրվում պլանավորել հղիություն առանց դեղերի կամ դեղերով պացիենտության ռեմիսիայից մեկ տարի անց: Ներկայումս համընդհանուր ընդունված են համարվում, որ ինտերֆերոնները և գլատիրամեր ացետատ դեղերը կարելի է շարունակել մինչև բեղմնավորումը, սա կարող է վերաբերել նաև դիմեթիլֆուամարատին, սակայն ավելի շատ տվյալներ են անհրաժեշտ: Նատալիզումաբը կարելի է շարունակել մինչև բեղմնավորումը և, անհրաժեշտության դեպքում, նաև մինչև 2 տրիմեստրի վերջը: Ալեմտուզումաբի կամ կլադրիբինի դեպքում, խորհուրդ է տրվում պլանավորել հղիությունը երկրորդ կուրսից հետո 4-6 ամիս անց: Օկրելիզումաբի դեպքում ինֆուզիայից վեց ամիս անց միայն կարելի է պլանավորել հղիություն: Ներերակային ստերոիդները հավանաբար ապահով են՝ հղիության ընթացքում սրացումները բուժելու

նպատակով, վերջերս հետազոտությունները որևէ բնածին մալֆորմացիաների ռիսկ չեն հայտնաբերել: Ինչ վերաբերում է ՄՌՏ հետազոտությանը հղիության ընթացքում, վերջերս վերանայված բազմաթիվ դեպքերը առաջին տրիմեստրում արված ՄՌՏ դեպքում չեն հայտնաբերել որևէ ռիսկ պտղի համար, սակայն գաղափարների ընդունումը ուղեկցվում է բարդություններով, ներառյալ վիժումներ:

Կրծքով կերակրումը ցուցված է բոլոր նորածիններին, նաև ՅՍ մայրերից ծնվածներին, հետևաբար ՅՍ փաստը որևէ կերպ չի ներգործում կրծքով կերակրելու որոշման վրա: Կրծքի կաթի մեջ դեղերի հայտնվելու մասին տվյալները իրարամերժ են, հետևաբար կրծքով կերակրելու ընթացքում դեղ չի կարելի: Նաև պացիենտության ակտիվության վրա բացառապես կրծքով կերակրման պաշտպանական էֆեկտի մասին եղած տվյալները, ներկայումս չեն հաստատվում, այդ իսկ պատճառով հետծննդաբերական շրջանում բարձր դեղաչափի ամենամսյա մեթիլպրեդնիզոլոնը 3-6 ամիսների ընթացքում կարող է լինել պաշտպանական այն կանանց համար, ովքեր նախընտրում են կերակրել (կերակրել չի կարելի մեթիլպրեդնիզոլոնի ներարկումից հետո չորս ժամվա ընթացքում): Ընդհանրապես խորհուրդ է տրվում վերսկսել բուժումը ծննդաբերությունից հետո հնարավորինս շուտ, իսկ այն կանանց, ովքեր դեղ չեն վերսկսել խորհուրդ է տրվում բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող կազմակերպության և ռադիոլոգիական հսկողություն՝ հաշվի առնելով հետծննդաբերական շրջանում սրացումների բարձր հավանականությունը:

**Խորհուրդ:** Խորհուրդ է տրվում պլանավորել հղիություն պացիենտության ռեմիսիայից մեկ տարի անց: Ինտերֆերոններ, գլատիրամեր ացետատ, դիմեթիլֆունմարատ կամ նատալիզումաբ ստացող պացիենտները դեղը կարող են շարունակել մինչև հղիության փաստի հաստատումը: Բարձր ակտիվությամբ պացիենտների շրջանում, նատալիզումաբը կարելի է շարունակել մինչև երկրորդ տրիմեստրի վերջը՝ պացիենտության ռեակտիվացիան մինիմումի հասցնելու նպատակով:

Այլ **պացիենտության ընթացքը փոխող դեղեր** պահանջում են օրգանիզմից «վլացվելու» ժամանակահատված՝ երկու ամիս ֆինգոլիմոդի համար, վեց ամիս օկրելիզումաբի համար, չորս-վեց ամիս կլադրիբինի կամ ալեմտուզումաբի համար: Տերիֆլունոմիդի համար խորհուրդ է տրվում իրագործել արագացված էլիմինացիայի միջամտություն:

Ներերակային կորտիկոստերոիդները հավանաբար ապահով են սրացումները բուժելու նպատակով, իսկ պլազմաֆերեզի մասին տվյալները սահմանափակ են:

**Մանկաբուժական ցրված սկզբով**



Մանկաբուժական տարիքի ցրված սկլերոզը (ՄՏՑՍ) որակվում է որպես ցրված սկլերոզ, որը սկսվում է մինչև 18 տարեկան հասակը: ՑՍ բոլոր պացիենտների 3–10% պացիենտությունը սկսվում է մինչև 16 տարեկան հասակը և մինչև <1% մինչև 10 տարեկան հասակը: ՄՏՑՍ պացիենտները որոշ առանձնահատկություններ ունեն մեծերի հետ համեմատած: Նրանք ավելի ագրեսիվ պացիենտություն են ունենում, առավել հաշմանդամացնող սիմպտոմներ, բազմաօջախային սրացումներ և սրացումների ավելի բարձր հաճախականություն, հատկապես նախահասունացման տարիքում: ՄՏՑՍ դեպքերի 98% սկսում են գրոհային ընթացքով, մինչդեռ մեծահասակ պացիենտների շրջանում այդ թիվը կազմում է 84%: Ինչ վերաբերում է ՄՌՏ տվյալներին, ՄՏՑՍ հակված են T2 օջախների ավելի մեծ քանակություն ունենալու, առավել հաճախ են հետին գանգափոսի և ողնուղեղի օջախները՝ նվազագույն հաշմանդամությամբ և օջախների անհետանալու հակվածությամբ բուժումից հետո: ՄՏՑՍ պացիենտները ունեն ավելի դանդաղ պրոգրեսիա ժամանակի ընթացքում, սակայն հաշմանդամություն են կուտակում ավելի վաղ տարիքում: Առաջնային պրոգրեսիվող ընթացքը մանկական տարիքում հազվադեպ է և համարվում է կարմիր դրոշ ՑՍ ախտորոշման համար:

Բարձր ակտիվության պացիենտության ընթացքը փոխող դեղ կիրառելու իրավունք ունեցող նյարդաբանական կենտրոններն ընտրվում են ըստ նախորդ տարվա ցուցանիշների ԱՆ ներկայացուցչի հետ:

## **ՄԱՍՆԱԳԻՏԱԿԱՆ ԽՈՒՄԲ ԵՎ ԳՈՐԾԱՌՈՒՅԹՆԵՐԸ**

Ցրված սկլերոզ ախտորոշմամբ պացիենտների Ծրագրում ընդգրկումը և օկրելիզումար դեղի դուրս գրումն հաստատվում է առողջապահության նախարարության մասնագիտական խմբի կողմից, որի համար հիմք է հանդիսանում ցրված սկլերոզի բուժման ծրագիրը և ուղեցույցը:

### **Մասնագիտական խմբի անդամներն են՝**

- 1) Սամսոն Խաչատրյան- **մասնագիտական խմբի նախագահ**
- 2) Գուրգեն Հովհաննիսյան
- 3) Եկատերինա Հովհաննիսյան

- 4) Խաչիկ Պետրոսյան
- 5) Հովհաննես Մանվելյան
- 6) Նունե Եղիազարյան
- 7) Նունե Կոյունջյան

12. Պացիենտին մասնագիտական խմբին ներկայացնում է բուժող բժիշկը, ով նախապես ուղարկում է պացիենտի բժշկական փաստաթղթերը (կոնսուլտատիվ եզրակացություն և/կամ էպիկրիզ(ներ), գործիքային և լաբորատոր հետազոտությունների արդյունքները, Մազնիսա-ռեզոնանսային տոմոգրաֆիայի սկավառակներ տրամադրել մասնագիտական խմբին ըստ պահանջի) էլեկտրոնային ձևաչափով և ներկա գտնվում մասնագիտական խմբի նիստին: Բացի այդ բժիշկը պետք է լրացնի մասնագիտական խմբի կողմից պահանջած տեղեկատվությունը ըստ կից ներկայացված ձևաթերթիկի: Այն պետք է հիմք ծառայի ձևավորվող ՑՍ պացիենտների ռեգիստրի համար:

13.Մասնագիտական խումբը որոշում է կայացնում տվյալ պացիենտի Օկրելիզումաբ դեղի ստանալու վերաբերյալ և դրական պատասխանի դեպքում Ծրագրի շրջանակներում ընդգրկված բժշկական բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող կազմակերպություններից որևէ մեկում (պացիենտի նախընտրությամբ) ստանում է կաթիլաներարկումը:

14.Որոշումը ընդունվում է մեկ տարով, բուժման ամենամյա վերանայման պայմանով:

15.Որոշման իրականացումը և պացիենտի ընթացիկ վարման պատասխանատվությունը կրում է բուժող բժիշկը:

16.Մասնագիտական խմբի չորս անդամի ներկայությունը ապահովում է քվորում, որի որոշումները համարվում են վավեր: Եթե ներկայացնող բժիշկը մասնագիտական խմբի անդամ չէ, նա չի մասնակցում քվեարկությանը:

17.Մասնագիտական խումբը հավաքվելու է միջինում ամսական երկու անգամ «zoom» հարթակում:

18.Օկրելիզումաբ դեղը բաշխվում է ներքոնշյալ կենտրոնների միջև ըստ ընթացիկ պահանջարկի հիման վրա.

- 1) «Աստղիկ» ԲԿ,
- 2) Հերացի թիվ 1 հիվանդանոցային համալիր,
- 3) «Էրեբունի» ԲԿ,
- 4) «Սուրբ Գրիգոր Լուսավորիչ» ԲԿ,
- 5) Թիվ 2 բուժմիավորում
- 6) Արմենիա ՀԲԿ

7) Երևան ԲԿ

8) Արաբկիր ԲՀ-ԵԴԱԻ

19. Մասնագիտական խումբը Առողջապահության նախարարություն են ներկայացնում պացիենտների վերաբերյալ Օկրեյիզումաբ դեղի առաջին հատկացումը իրականացնելու համար անհրաժեշտ տվյալներ:

20. Տվյալների ամփոփումից հետո, Առողջապահության նախարարության կողմից իրականացվում է Օկրեյիզումաբ դեղի բաշխում՝ բժշկական բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող կազմակերպություններին եռամսյակային, իսկ անհրաժեշտության դեպքում ամսական կտրվածքով:

21. Բժշկական բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող կազմակերպությունները սկսած տարեսկզբից (յուրաքանչյուր եռամսյակ)՝ մինչև հաջորդ եռամսյակի առաջին ամսվա 20-ը Առողջապահության նախարարություն են ներկայացնում հաշվետվություններ՝ բժշկական բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող կազմակերպություններում դեղերի առկա մնացորդների, ծախսի, հաշվառված պացիենտների թվի, պացիենտի տվյալների, բնակության վայրի, հատկացված դեղի քանակի վերաբերյալ:

22. Համապատասխան պացիենտներին Օկրեյիզումաբ դեղը սկիզբը 300մգ ներարկում, կրկնություն 2 շաբաթ անց, այնուհետև 2 հատ 300մգ-անոց տարին 2 անգամ: Օկրեյիզումաբ դեղը պացիենտին հատկացվում է առավելագույնը 4 սրվակ քանակով:

**ԼԱԲՈՐԱՏՈՐ ՀՍԿՈՂՈՒԹՅՈՒՆ**

Դեղ	Ցուցում	Լաբորատոր հսկողությունը	Կողմնակի դեցություններ
Ինտերֆերոն β-1α	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Գրոհային ընթացքով ՑՍ</li> <li>• 2 կլինիկորեն նշանակալի գրոհ նախորդ 2 տարվա ընթացքում</li> <li>• Ի վիճակի է քայլել 10մ և ավելի (10 - 99 մ օգնությամբ կամ առանց, EDSS 6.0-6.5 բուժումը ցուցված է, սակայն ավելի քիչ ապացուցողականությամբ , քան 100 մ ավելի և EDSS&lt;5.5 պացիենտներին)</li> <li>• ԿԻՍ պացիենտներ, որոնց ՄՌՏ պատկերը վկայում է կրկնակի էպիգոդների բարձր հավանականություն մասին</li> <li>• Եզակի բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող կազմակերպության գրոհով պացիենտեր, որոնք վերականգնվել են ոչ լիարժեքորեն և ունեն կրկնակի էպիգոդի բարձր հավանականություն</li> <li>• ՄՏՏՍ</li> </ul>	<p>դեղը սկսելուց առաջ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ԱԸԱ, ԱԲԱ երեք ամիս հետո</li> <li>• ԱԸԱ, ԱԲԱ վեց ամիս հետո</li> <li>• ԱԸԱ, ԱԲԱ այնուհետև ամեն տարի</li> <li>• ԱԸԱ, ԱԲԱ</li> </ul>	Գրիպանման երևույթներ Դեպրեսիա Ներարկման տեղի բորբոքում
Ինտերֆերոն β-1b	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Գրոհային ընթացքով ցրված սկլերոզ</li> <li>• 2 կլինիկորեն նշանակալի գրոհ նախորդ 2 տարվա ընթացքում</li> <li>• Եզակի բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող կազմակերպության գրոհով</li> </ul>	<p>դեղը սկսելուց առաջ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ԱԸԱ, ԱԲԱ երեք ամիս հետո</li> <li>• ԱԸԱ, ԱԲԱ վեց ամիս հետո</li> <li>• ԱԸԱ, ԱԲԱ այնուհետև ամեն տարի</li> <li>• ԱԸԱ, ԱԲԱ</li> </ul>	Գրիպանման երևույթներ Դեպրեսիա Ներարկման տեղի բորբոքում

Դեղ	Ցուցում	Լաբորատոր հսկողությունը	Կողմնակի դեցություններ
	<p>պացիենտեր, ակտիվ բորբոքային պրոցեսով, որը կ/ստերոիդային բուժման կարիք ունի և կլինիկորեն հավաստի ՑՍ զարգացնելու բարձր հավանականություն</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Երկրորդային պրոգրեսիվ ՑՍ՝ ակտիվ պացիենտությամբ</li> </ul>		
Գլատիրամերացետատ	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Գրոհային ընթացքով ՑՍ</li> <li>• 2 կլինիկորեն նշանակալի գրոհ նախորդ 2 տարվա ընթացքում</li> <li>• Ի վիճակի է քայլել 10մ և ավելի (10 - 99 մ օգնությամբ կամ առանց, EDSS 6.0-6.5 բուժումը ցուցված է, սակայն ավելի քիչ ակնհայտությամբ, քան 100 մ ավելի և EDSS&lt;5.5 պացիենտներին)</li> <li>• ԿԻՍ պացիենտներ, որոնց ՄՌՏ պատկերը վկայում է կրկնակի էպիզոդների բարձր հավանականություն մասին</li> <li>• Եզակի բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող կազմակերպության գրոհով պացիենտեր, որոնք վերականգնվել են ոչ լիարժեքորեն և ունեն կրկնակի էպիզոդի բարձր հավանականություն</li> <li>• Երկրորդային պրոգրեսիվ ՑՍ՝ ակտիվ պացիենտությամբ</li> </ul>	Լաբորատոր հսկողության անհրաժեշտություն չկա	Կարմրություն Կրծքի ցավ Ներարկումից հետո Լիպոատրոֆիա

Դեղ	Ցուցում	Լաբորատոր հսկողությունը	Կողմնակի դեցություններ
Դիմեթիլ ֆունարատ	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Գրոհային ընթացքով ՑՍ</li> <li>• 2 կլինիկորեն նշանակալի գրոհ նախորդ 2 տարվա ընթացքում</li> <li>• Եթե պացիենտները չունեն բարձր ակտիվության պացիենտություն կամ արագորեն պրոգրեսիվող պացիենտություն</li> </ul>	<p>դեղը սկսելուց առաջ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ԱԸԱ՝ լեյկոֆորմուլայով, ԱԲԱ երեք ամիս հետո</li> <li>• ԱԸԱ՝ լեյկոֆորմուլայով, , ԱԲԱ վեց ամիս հետո</li> <li>• ԱԸԱ՝ լեյկոֆորմուլայով, ԱԲԱ այնուհետև ամեն տարի</li> <li>• ԱԸԱ՝ լեյկոֆորմուլայով, ԱԲԱ</li> </ul>	<p>Կարմրություն (40%) Որովայնի ցավեր (18%) Դիարեա (14%) Սրտխառնոց (12%) Լիմֆոպենիա 2%, ընդհատել դեղերը, եթե լիմֆոցիտների քանակը պակասում է &lt;500</p>
Օկոնելիզումաբ	<p>Ցուցված է բարձր ակտիվությամբ ՑՍ բուժման համար</p> <p>Ցուցված է առաջնային պրոգրեսիվ ցրված սկլերոզի բուժման համար</p> <p>Ցուցված է երկրորդային ակտիվ ցրված սկլերոզի բուժման համար</p>	<p>Դեղը սկսելուց առաջ ԱԸԱ, ԱԲԱ, իմունոգլոբուլիններ, կվանտիֆերոն, հեպատիտ B մակ. անտիգեն և հակամարմին</p> <p>Ընտրողաբար՝ ՄԻԱՎ, սիֆիլիս, հեպատիտ C, VZV IgG</p> <p>մոնիտորինգ՝ ԱԸԱ, ԱԲԱ, իմունոգլոբուլիններ, CD20 ամեն 6 ամիսը մեկ անգամ</p>	<p>Ներարկման ժամանակ պրեմեդիկացիա պարացետամոլով, դիմեդրոլով, ստերոիդներով,</p> <p>Ինֆուզիայի տևողությունը 4 ժամ</p> <p>Կենդանի վակցինացիաները պետք է արվեն բուժումը սկսելուց գոնե 4 շաբաթ առաջ (պատվաստոհմներն ըստ պատվաստումների ազգային օրացույցի կողմից տրվող ժամանակացույցի)</p>