شرکت داروسازی امین

نشریه داخلی پیام امین

شماره سیزدهم/ دی ماه ۹۷

سمینار:

مدیریت بحران

مدرس:

جناب آقای مهندس رزمان

کلاس:

عملیات خوب آزمایشگاهی

مدرس:

سرکار خانم دکتر ادیب

جلوگیری از آلودگی متقابل در تولید (Cross- Contamination Prevention)

خطر و ریسک آلودگی متقابل تصادفی ناشی از : ایجاد و انتشار کنترل نشده گرد، گازها، بخارات، اسپری ها، میکروارگانیسم ها - مواد و محصولات در حال فرآوری - باقیمانده روی دستگاهها و لباس پرسنل میباشد .به عبارتی دیگر پتانسیل ها، منابع و منشاء آلودگی متقابل برای محصولات داروئی **مواد، دستگاهها، محصولات دیگر، پرسنل و لباس و پوست آنها گرد، بخارات، اسپری ها، میکروارگانیسم ها، باقیمانده محصولات قبلی و آلودگی میکروبی** میباشد.

آلودگی متقابل باید با بکارگیری تمهیدات فنی یا سازمانی مناسب جلوگیری شود از جمله این تمهیدات:

الف) تولید در بخش های مجزا و فضاهای اختصاصی

- انجام تمیزکاری مناسب در بخش های تولیدی که از روش تولید پشت سرهم در زمانهای متوالی تبعیت میکنند.

ب) تأمین ایرلاکها و اگزوز هوا بطور مناسب و قفلهای هوای با طراحی مناسب، اختلاف فشار، سیستم دمنده و مکنده

ج) به حداقل رساندن خطر آلودگی ناشی از بازچرخش هوای فیلتر نشده یا هوای ناکافی فیلتر شده.

-استفاده از فیلتر هپا هنگام استفاده از راهکار بازچرخش هوا بدلیل تأمین کفایت فیلتراسیون هوای بازچرخش

د) پوشیدن لباس محافظ درون بخش هائی که در آنها محصولات با ریسک زیاد آلودگی متقابل تولید میشود و شستشوی مرتب لباسها

ه) استفاده از روشها و مواد تمیزکاری و آلودگی زدائی با تأثیر مشخص و ثابت شده (معتبرسازی شده)

- تمیزکاری غیرموثر دستگاهها و سطوح میتواند منبع رایج آلودگی متقابل باشد.

و) استفاده از سیستمهای تولیدی بسته

ز) آزمایش ردیابی باقیمانده ها و استفاده از برچسب وضعیت تمیز روی دستگاهها

- باید کارائی و موثر بودن تمهیدات و معیارهای بکار گرفته شده برای جلوگیری از آلودگی متقابل در فواصل زمانی مشخص بر اساس SOP مدون پایش شود بطور مثال:

هر ۶ ماه تست شمارش ذرات به منظور صحه گذاری کلاس اتاق تمیز

هر ۱۲ ماه آزمایش اختلاف فشار هوا به منظور اثبات عدم آلودگی متقابل

هر ۱۲ ماه آزمایش حجم هوا به منظور صحه گذاری میزان تعویض هوا

هر ۱۲ ماه آزمایش سرعت جریان هوا به منظور صحه گذاری جریان لایه ای هوا

وقتی محصولات حساس تولید میشود باید برای بخش های تولیدی بطور دوره ای پایش محیط از نظر میکروبیولوژی و ذرات صورت گیرد.

ادامه این مطلب در شماره بعد نشریه چاپ خواهد شد.

قرص گرین برن

هر قرص حاوی :

عصاره خشک میوه فلفل قرمز / عصاره خشک برگ چای سبز /عصاره خشک دانه گیاه شوید /عصاره خشک گیاه زنجبیل /اسانس نعناع

فارماکولوژی :

استفاده از مکمل های حاوی مواد تروموژن (گرمازا نظیر چای سبز و فلفل قرمز یکی از روش هایی است که در حال حاضر بطور گسترده در کنترل وزن و چاقی بکار می رود چرا که این مواد، مصرف انرژی را افزایش داده و با کاهش سرعت متابولیسم که در طی دوره کم کردن وزن ایجاد می شود مقابله می نماید.

چای سبز با داشتن چندین ترکیب پلی فنلی نظیر اپی گالوکاتشین گالات، (EGCG) ترموژنز و اکسیداسیون چربی را از طریق مهار آنزیم COMT، آنزیمی که نوراپی نفرین را تجزیه می کند، تحریک می نماید. EGCG استر اپی گالوکاتشین و گالیک اسید است و یک نوع کانشین محسوب می گردد. این ماده فراوانترین کاتشین موجود در چای سبز است که به عنوان یک آنتی اکسیدان، کاربردهای درمانی بسیاری در درمان بسیاری از بیماری ها (مانند سرطان دارد. شواهد بسیاری مبنی بر اثربخشی EGCG در کاهش وزن وجود دارد. همچنین این ماده سبب فعال سازی سیستم دفاعی بدن بر علیه پروتئین های TGF- beta و TNF - alpha که در التهاب دخیل هستند، مهار رشد عروق خونی و کاهش سایز ضایعات در آندومتریوز و کاهش بیماری های نورو دژنراتیو مانند آلزایمر و پارکینسون می گردد. همچنین کافئین موجود در چای سبز با مهار تجزیه cAMP ناشی از فسفودی استراز، ترموژنز را تحریک می کند.

مطالعات انسانی نشان داده است که کانشین ها و کافئین موجود در چای سبز از افزایش مجدد وزن بعد از کاهش وزن نیز جلوگیری می نماید. علاوه بر این کانشین های چای سبز دارای اثرات آنتی آنژیوژنیک بوده و از تشکیل عروق خونی جلوگیری می نماید که به نظر می رسد در درمان افزایش وزن و پیشگیری از چاقی بی تأثیر نیست، نشان داده شده است تعدیل کردن عوامل مؤثر بر تشکیل عروق خونی در طی شکل گیری بافت چربی نقش مهمی در پیشگیری از چاقی ایفا می کند.

فلفل قرمز با افزایش ترشح کاتکول آمین از غده فوق کلیوی باعث افزایش متابولیسم و تولید گرما شده و به کاهش وزن کمک می کند.

به نظر می رسد نورون های خاصی که به کاپسایسین حساسند در این پروسه دخیل می باشند. مطالعات حیوانی و انسانی نشان می دهد که بلافاصله بعد از مصرف فلفل قرمز مصرف انرژی بالا می رود. این مطالعات نشان می دهد کاپسایسین فعالیت سیستم عصبی سمپاتیک را بالا برده و باعث افزایش جابجایی چربی و کاهش بافت چربی می شود.

عصاره دانه شوید دارای اثر کاهش دهنده چربی خون، درمان سوءهاضمه ونفخ می باشد. در مطالعات حیوانی نشان داده شده است که دانه شوید باعث کاهش سلولیت (تجمع بدشکل چربیها در زیر پوست گردیده و همچنین باعث دفع متابولیت های سمی می شود.

عصاره ریشه زنجبیل کلسترول تام و LDL کلسترول سرم را کاهش می دهد.

این عصاره با افزایش جریان صفرا باعث دفع کلسترول و سموم از بدن می گردد.

اسانس نعناع دارای اثرات ضد اسپاسم، ضد نفخ و ضد میکروبی بوده و در درمان ناراحتی های گوارشی استفاده می شود. در مطالعات بالینی نشان داده شده است اسانس نعناع موجب کاهش اسپاسم های دردناک روده بزرگ گردیده و نیز باعث تحریک فعالیت تولید صفرا می شود.

مقدار مصرف:

بزرگسالان:

۲ هفته اول : دو قرص دو بار در روز (مجموعا ۴ قرص) همراه یا بعد از غذا

بعد از ۲ هفته : یک قرص دوبار در روز (مجموعا دو قرص) حداکثر به مدت ۱۰ هفته

بیماری مزمن انسدادی ریه[COPD]

بیماری مزمن انسدادی ریه شایعتری علت مرگ و معلولیت ناشی از بیماریهای ریوی است . بیماری مزمن انسدادی ریه طبقه بندی وسیعی شامل گروه بیماری های همراه باانسداد مزمن جریان هوا بداخل یا خارج ریه است. انسداد راه‌هوایی نوعی تنگی منتشر در راههای هوایی است که مقاومت در برابر عبور هوا را بالا می‌برد. بیماری‌هایی مثل برونشیت مزمن،برونشکتازی،آمفیزم وآسم درگروه بیماری‌های مزمن انسدادی ریه قرار می‌گیرند.

بیمار مبتلا به بیماری مزمن انسدادی ریه بطور اصولی دچار:

۱. ترشح بیش از حد موکوس در راه هوایی بدون ارتباط با علتی خاص (برونشیت یا برونشکتازی)

۲. افزایش اندازه راههای هوایی دیستال نسبت به برونشیولهای انتهایی،تخریب دیواره آلوئول‌ها و از بین رفتن خاصیت جمع شدن ریه بعد از اتساع وآمفیزم

۳. تنگی راههای تنفسی که شدت آن متغیر است . (آسم)

در نتیجه دینامیک راههای هوایی مختل می‌شود وبعنوان مثال خاصیت ارتجاعی راههای هوایی از بین می‌رود و تنگ می‌شود. در اغلب موارد ترکیبی از حالات فوق در مریض وجود دارد.

این بیماری در میانسالی علامت دار می شود ولی شیوع آن با بالا رفتن سن ، افزایش می‌یابد . اگر چه بعضی از عملکردهای ریه مثل ظرفیت حیاتی و حجم بازدمی با افزایش سن کم می شود ولی COPD باعث تشدید بسیاری از این تغییرات می‌شود و بالاخره راههای هوایی را مسدود می‌کند. (برونشیت) وحالت الاستیک ریه را مختل می‌کند(آمفیزم) بنابراین تغییرات بیشتری را در نسبت تهویه – پرفیوژن افراد سالخورده مبتلا به COPD بوجود می‌آورد.

نه فیزیکی ،نشانه‌های اتساع بیش از حد ریه‌ها، استفاده از عضلات فرعی تنفسی ، کاهش صداهای تنفسی درمعاین و ویزینگ منتشر (مخصوصا در طی یک بازدم عمیق) مشاهده می شود. قیافه ظاهری بیماران از یک قیافه لاغر و حتی کاشکتیک تا چهره‌ای ادماتو وسیانوتیک ، متفاوت خواهد بود. آزمایش گازهای خون شریانی ،معمولا نشان دهنده هیپوکسی با شدت‌های متغیر بوده و در مراحل پیشرفته بیماری نیز، هایپرکاپنی را نشان می‌دهد.

درمان بیماریهای انسدادی ریه

الف-درمان دارویی:

داروهای شل کننده عضلات صاف برونشی یا کم کننده تحریک پذیری برونش را می توان به ۴ گروه تقسیم نمود.

-سمپاتومیمتیک ها / متیل گزانتین‌ها/ تئوفیلین وآمینوفیلین/ آنتی کلینرژیک‌ها / آتروپین و آتروونت/ داروهای ضد التهاب

ب- اکسیژن:

هیپوکسمی موجود در بیماران ، دارای دو نتیجه مخرب اصلی است:

۱. کاهش اکسیژن رسانی به بافتها

۲. انقباض عروق ریوی

بنابراین اکسیژن درمانی یک بخش اساسی در درمان مبتلایان به بیماری های انسدادی ریه بوده و هرزمان که میزان اشباع اکسیژن خون شریانی به کمتر از ۹۰٪ برسد ضرورت دارد.

ج- آنتی بیوتیک‌ها

برخی از حملات شدید انسداد مجاری هوایی ، ثانویه به عفونتهای حاد هستند. بدلیل احتمال عدم شناسایی ارگانیسم اختصاصی ، یک آنتی‌بیوتیک وسیع الطیف (آمپی سیلین ، تتراسایکلین) تجویز می‌شود.

د- قطع مصرف دخانیات:

مهمترین عامل در درمان بیمار مبتلا به COPD قطع مصرف سیگار است.

ه- برنامه‌ریزی واهداف:

اهداف عمده در مورد بیماران COPD شامل : بهبود تبادل گازی ، توقف استعمال دخانیات ، بهبود الگوهای تنفسی ، به حداکثر رساندن مراقبت از خود ، افزایش تحمل فعالیت ، پاکسازی موثر راههای هوایی، افزایش توانایی در امر تطابق ، بهبود کیفیت زندگی با رعایت دقیق برنامه درمانی در بیمارستان و منزل است.

تشخیص‌های پرستاری:

-اختلال درتبادل گازی در رابطه با عدم تناسب تهویه- پرفیوژن

-پاکسازی غیر موثر راههای هوایی در رابطه با انقباض برونش ، افزایش تولید مخاط ، سرفه‌های غیر موثر و عفونت ریه

-الگوهای غیر موثر تنفسی دررابطه با کوتاهی تنفس ، وجود مخاط فراوان ، انقباض برونش‌ها و تحریک راههای هوایی

-اختلال درامر مراقبت از خود در رابطه با خستگی بیش از حد ثانویه به افزایش کار تنفسی ونارسایی در تهویه و اکسیژن رسانی

-عدم تحمل فعالیت در رابطه با خستگی بیش از اندازه، هیپوکسمی و الگوهای تنفسی غیر موثر

-عدم توانایی در مراقبت از خود به علت از دست دادن روابط اجتماعی، اضطراب و افسردگی و ناتوانی برای کارکردن

-کمبود اطلاعات در رابطه با خطرات استعمال دخانیات

مداخلات پرستاری:

۱. بهبود تبادل گازی:

-مراقب تنگی نفس و هیپوکسی در بیمار باشید.

-از بیمار در برابر اثرات جانبی داروهای تجویز شده مراقبت به عمل آورید.

-از طریق پرسش از بیمار ، در مورد تخفیف تنگی نفس و کاهش میزان اسپاسم برونش اطلاعات کسب نمایید.

-با استفاده از پالس‌اکسیمتری و نتایجABG اکسیژن مورد استفاده را بررسی کنید.

توجه : هیپوکسی در بیمار COPD محرک تنفسی محسوب می‌شود. لذا با تجویز بیش از اندازه اکسیژن آن را تضعیف نسازید.

۲. پاکسازی راههای هوایی:

-به منظور رقیق کردن ترشحات ، بیمار را به مصرف مایعات فراوان تشویق کنید.

-از بیمار بخواهید به گونه‌ای هدایت شده سرفه نماید.

-برحسب نیاز از فیزیوتراپی تنفسی همراه بادرناژوضعیتی و تنفسی با کمک فشار مثبت متناوب استفاده نمایید.

-به بیمار درمورد تکنیکهای موثر تنفس ، آموزش دهید.

-میزان جریان بازدمی را اندازه گیری کنید.

۳. پیشگیری از عفونتهای برونش و ریه:

-به بیمار درمورد گزارش علائم عفونت (تب ، تغییر رنگ،مشخصات خلط مثل تغییر رنگ و قوام خلط)آموزش دهید و به وی توصیه نمایید در صورت بدتر شدن علائم گزارش دهد.

-از آنجایی که آلودگی هوا می‌تواند موجب اسپاسم برونش شود، از بیمار بخواهید در معرض هوای آلوده قرار نگیرد

-بیمار را به ایمن سازی علیه هموفیلوس آنفولانزا و استرپتوکوک پنومونی ، تشویق کنید.

۴. ترویج مراقبت در منزل و جامعه

-به بیمار توصیه نمایید که سبک زندگی خود را جهت انتخاب سطح فعالیتی متوسط تغییر داده و در آب و هوایی زندگی کند که کمترین تغییرات را در میزان درجه حرارت و رطوبت داشته باشد.

-به هنگام انجام تمام مراحل دستورات درمانی ، بر بیمار نظارت داشته باشید.

-به بیمار آموزش دهید از قرار گرفتن در معرض موقعیت های استرس زا اجتناب ورزد.

-روشهای ترک سیگار را به بیمار آموزش دهید.

-در صورت لزوم بیمار را به مراکز ارائه دهنده مراقبت در منزل ارجاع دهید.

۵.آموزش در مورد بازتوانی ریه

-بیمارانی را که واجد شرایط یا بازتوانی هستند ، مشخص نمائید.

-برای بیمار اعمالی را برنامه ریزی نمائید که بیشتر غیر وابسته بوده وموجب بهبود کیفیت زندگی شود.

-بر روی تمرینات تنفسی تاکید کرده و به بیمار توصیه کنید که فعال باشد.

در صورت تجویز پزشک ، به بیمار در بکارگیری عضلات تنفسی، یاری رسانید. بیمار باید روزانه عمل تنفس را به مدت ۱۵-۱۰ دقیقه در مقابل نوعی مقاومت خارجی انجام دهد.

-به بیمار توصیه نمائید فعالیتهایی چون استحمام و قدم زدن به مدت کوتاه را شروع نماید.

-به بیمار در مورد آناتومی وفیزیولوژی ریه، تغییرات ایجاد شده به علت COPD ، داروها، اکسیژن درمانی، ترک سیگار ، درمان‌های تنفسی در منزل، چگونگی ارتباط با اعضاء تیم بهداشتی و برنامه ریزی آینده ، آموزش دهید.

-نیازهای تغذیه‌ای و کالریک بیمار را بررسی و در مورد چگونگی برنامه ریزی غذایی و استفاده از مکمل غذائی، مشورت نمائید.

-در صورت نیاز بیمار به اکسیژن در منزل ،روش استفاده صحیح از اکسیژن را یادآوری نمائید.

-به بیمار در مورد خطر استعمال سیگار درمجاورت اکسیژن ، یادآوری کنید.

-نحوه استفاده از برونکودیلاتورهای استنشاقی را به بیمار آموزش دهید.

-درمورد اقدامات موثر درکسب سازگاری،آموزش دهید.

-برای بیمار امکان استفاده ازآموزش‌های اختصاصی را فراهم آورید.(مثل توانبخشی ، کاردرمانی)

-درمورد مراکز حمایتی موجود، به بیمار آموزش دهید.

۶. کنترل و درمان عوارض:

-بیمار را از نظر وجود عوارض، بررسی نمایند (عدم کفایت تنفسی ، عفونت تنفسی، آتلکتازی)

-مراقبت تغییرات شناختی ، افزایش تنگی نفس، تاکی‌پنه ، تاکی کاردی در بیمار باشید.

-مقادیر پالس‌اکسیمتری را کنترل نموده و بر حسب نیاز ،اکسیژن استفاده کنید.

-درمورد علائم ونشانه‌های عفونت یا دیگر عوارض و تغییرات و وضعیت جسمی یا شرایط ذهنی به بیمار و خانواده ، توصیه‌های لازم را بنمائید.

-به بیمار آموزش دهید درصورتیکه علائم بیماری تشدید یافته و نارسایی حاد تنفسی پیش آمد، اینتوباسیون و تهویه مکانیکی لازم است.

FDA APPROVED

YUPELRI (revefenacin)

Inhalation solution,
For oral inhalation Initial
U.S. Approval: 2018

INDICATIONS AND USAGE
YUPELRI (revefenacin) inhalation solution is an anticholinergic indicated for the maintenance treatment of patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD).

DOSAGE AND ADMINISTRATION
For oral inhalation use only. Do not swallow YUPELRI.
• One 175 mcg vial (3 mL) once daily.
• For use with a standard jet nebulizer with a mouthpiece connected to an air compressor.

DOSAGE FORMS AND STRENGTHS
Inhalation solution in a unit-dose vial for nebulization. Each vial contains 175 mcg/3 mL solution.

CONTRAINDICATIONS
YUPELRI is contraindicated in patients with hypersensitivity to revefenacin or any component of this product.

WARNINGS AND PRECAUTIONS
• Do not initiate YUPELRI in acutely deteriorating COPD or to treat acute symptoms.
• If paradoxical bronchospasm occurs, discontinue YUPELRI and institute alternative therapy.
• Worsening of narrow-angle glaucoma may occur. Use with caution in patients with narrow-angle glaucoma and instruct patients to contact a healthcare provider immediately if symptoms occur.
• Worsening of urinary retention may occur. Use with caution in patients with prostatic hyperplasia or bladder-neck obstruction and instruct patients to contact a healthcare provider immediately if symptoms occur.
• Immediate hypersensitivity reactions may occur. If such a reaction occurs, therapy with YUPELRI should be stopped at once and alternative treatments should be considered.

ADVERSE REACTIONS
Most common adverse reactions (incidence greater than or equal to 2% and more common than placebo) include cough, nasopharyngitis, upper respiratory tract infection, headache, and back pain.

DRUG INTERACTIONS
• Anticholinergics: May interact additively with concomitantly used anticholinergic medications. Avoid administration of YUPELRI with other anticholinergic-containing drugs
• Transporter-related drug interactions: Coadministration of YUPELRI with OATP1B1 and OATP1B3 inhibitors (e.g. rifampicin, cyclosporine, etc.) may lead to an increase in exposure of the active metabolite. Therefore, coadministration with YUPELRI is not recommended.

USE IN SPECIFIC POPULATION
Hepatic impairment: Avoid use of YUPELRI in patients with hepatic impairment.

لفلوناماید یک داروی تعدیل کنندهٔ سیستم ایمنی است که در درمان آرتریت روماتوئید و آرتریت پسوریاتیک، جهت مدیریت علائم آرتریت فعال، بهبود عملکرد فیزیکی و کاهش سرعت پیشرفت بیماری استفاده می شود. این دارو در پیشگیری از پس زدن پیوند اعضاء و درمان سایتومگالو ویروس (CMV)حساس یا مقاوم به گانسیکلوویر نیز مورد مصرف دارد. همچنین تاثیر آن بر تومورهای سرطانی بررسی شده است.

به علت مکانیسم اثر متفاوت و منحصر به فرد این دارو، اضافه شدن آن به دیگر داروهای رژیم درمانی آرتریت روماتوئید، می تواند بسیار سودمند باشد.

در یک بررسی سیستماتیک و متا آنالیز در سال ۲۰۱۵، نتایج حاصل از ۸ مطالعهٔ بالینی بر روی ۱۹۹۰ بیمار نشان داد که در طی ۵۲ هفته، لفلوناماید در مقایسه با متوترکسات افیکیسی بالاتری در درماناولیهٔ آرتریت روماتوئید دارد، همچنین دارای عوارض جانبی کمتری به ویژه در بروز عفونت ها و علائم گوارشی است.

مقدار مصرف معمول آن در بزرگسالان، ۱۰۰ میلی گرم یک بار در روز به صورت خوراکی به مدت سه روز (به عنوان loading dose) و سپس ۲۰-۱۰ میلی گرم یک بار در روز است.

لفلوناماید یک پیش دارو است که متعاقب مصرف خوراکی، به سرعت به متابولیت فعال خود (A77 1726)تبدیل می شود. مطالعات In vitroنشان می دهد لفلوناماید با مهار آنزیم dihydroorotate dehydrogenase و تداخل در روند چرخهٔ سلولی، باعث مهار پرولیفراسیون T-cellهای اتوایمیون و تولید اتوآنتی‌بادی توسط لنفوسیت های B می گردد.

این دارو به صورت خوراکی به خوبی جذب شده و حداکثر غلظت پلاسمایی آن ۱۲-۶ ساعت پس از مصرف به دست می آید. حجم توزیع آن ۰/۱۳ لیتر به ازای هر کیلوگرم وزن بدن و پروتئین بایندینگ آن بیش از ۹۹/۳٪ است.

مطالعات In vitro و In vivoنقش دیوارهٔ دستگاه گوارش و کبد را در متابولیسم این دارو نشان داده است. نیمه عمر آن حدود ۲ هفته و دفع آن هم از طریق ادرار (۴۳٪) و هم از طریق مدفوع (۴۸٪) می باشد.

مصرف این دارو در دوران بارداری اکیداً ممنوع بوده و در گروه X طبقه بندی شده است. همچنین از تجویز آن در زنانی که در سنین باروری هستند و از روش مناسبی برای پیشگیری از بارداری استفاده نمی کنند، باید اجتناب شود.

از دیگر موارد منع مصرف آن می توان به بیماران مبتلا به آسیب های شدید کبدی، وجود عفونت فعال و یا در زمان استفاده از واکسن های ویروسی زنده اشاره نمود.

برخی از مهم ترین عوارض ناخواسته متعاقب مصرف لفلوناماید، شامل موارد زیر است:

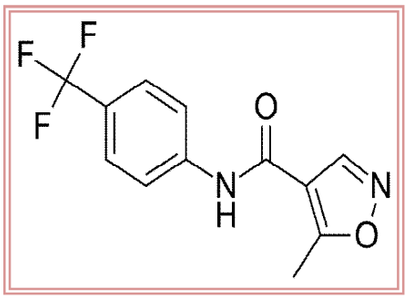
اسهال، عفونت های تنفسی، آلوپسی، افزایش فشار خون، راش پوستی، تهوع و سردرد.

مصرف همزمان لفلوناماید با داروهایی نظیر کلستیرامین، شارکول، داروهای هپاتوتوکسیک، هماتوتوکسیک و واکسن های زنده تداخل اثر دارد.

پارامترهایی که در صورت مصرف این دارو باید به طور دقیق پایش شوند شامل موارد زیر است:

تست بارداری، TB(به صورت Baseline) ، آنزیم های کبدی و CBC/Pltهم به صورت Baselineو هم به صورت ماهیانه تا ۶ ماه و سپس هر ۸-۶ هفته.

در صورت افزایش آلانین آمینوترانسفراز (ALT)به بیش از سه برابر ULN ، باید درمان با لفلوناماید متوقف و توسط تست های تکمیلی علت یابی شود. در صورت قطعی شدن نقش لفلوناماید در افزایش میزان ALT، باید پروسهٔ Washout با کلستیرامین آغاز و آنزیم های کبدی به طور هفتگی کنترل شود تا ALTبه حد نرمال برسد.



دکتر مریم جلیلی

LEFLUNOMIDE

Leflunomide is a pyrimidine synthesis inhibitor belonging to the DMARD (Disease-Modifying AntirheumaticDrug) class of drugs.

IndicationAnd Dosage

For the management of the signs and symptoms of active rheumatoid arthritis (RA) to improve physical function and to slow the progression of structural damage associated with the disease. It Has also been used for the prevention of acute and chronic rejection in recipients of solid organ trasnplants and is designated by the FDA as an orphan drug for this use.

Usual Adult Dose for Rheumatoid Arthritis is 100 mg orally once a day for 3 days as a loading dose, then 20 mg orally once a day (If not well tolerated, the dose may be decreased to 10 mg orally once a day).

Mechanism of action

Leflunomide is an isoxazoleimmunomodulatory agent which inhibits dihydroorotate dehydrogenase (an enzyme involved in de novo pyrimidine synthesis) and has antiproliferative activity. Several in vivo and in vitro experimental models have demonstrated an antiinflammatory effect. Following oral administration, leflunomide is metabolized to an active metabolite (A77 1726), which is responsible for essentially all of its activity in vivo.

Absorption

Following oral administration, peak levels of the active metabolite occurred between 6 - 12 hours after dosing.

Distribution

The metabolite has a low volume of distribution (Vss = 0.13 L/kg) and is extensively bound (>99.3%) to albumin in healthy subjects.

Metabolism

Primarily hepatic.Leflunomide is converted to its active form following oral intake.

Elimination

The active metabolite has a very long half life (about 2 weeks) and is eliminated by further metabolism and subsequent renal excretion as well as by direct biliary excretion.

همکاران محترم:

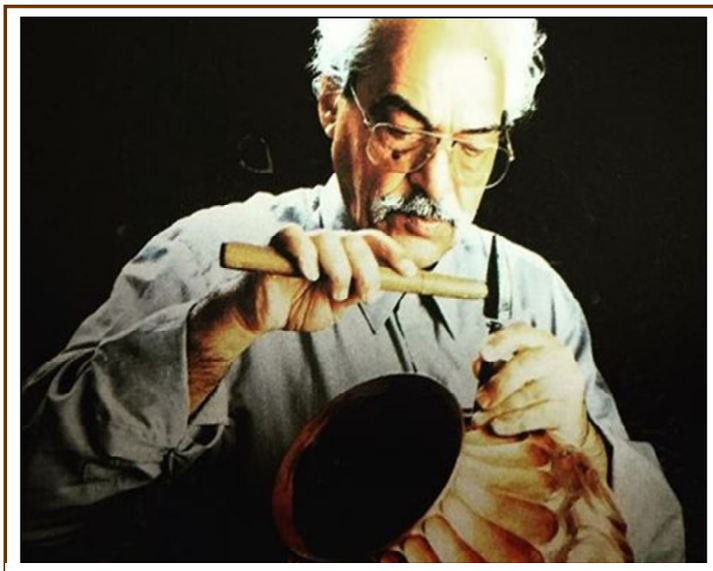
آقایان :
عبداله قاسمی/ حسن حسینی/ علی توکلی/ غلامرضا هادی/ محمود دهقانی/ سعید جعفری/ علیرضا دهقانی/ مهدی رحیمی / رضا مختاری/ سعید بابائی/ حمیدرضا نوروزی/ سجاد کارگری فر/ مسعود کریمی/ رضا اکبری/ کیوان صناعی/ بابک ایران زاده / مهدی سعادت/ حمید جعفری/ امیر عباس دهقانی/ رضا قاسمی/ محمد عیسی خان بیگی/ امیر نوروزی/ سید محمدرضا موسوی/ رحمان محمدی /مهدی بوم هندی/ محمدجواد مرادی

خانم ها : آسیه سالکی فر/ مستانه بان

زادروزتان مبارک باد.

با مشاهیر اصفهان

استاد محمود دهنوی



استاد محمود دهنوی در بهمن ماه ۱۳۰۵ هجری شمسی در شهر اصفهان قلب تپنده هنرهای صناعی ایران دیده به جهان گشود.عشق زایدالوصف او که از ایمان و اعتقاد سرشار و عمیقش نشأت می گرفت، خیلی زود یعنی در هشت سالگی او را با دنیای پر راز و رمز قلمزنی آشنا و مانوس کرد و بدین سان او که هنوز دوران طفولیت را می گذراند در کارگاه برادران عتیقه چی به کار پرداخت. علاقه مفرط او به هنر قلمزنی و نقش آفرینی بر روی فلز آنچنان بود که دیری نپایید تا او به ایجاد کارگاه مستقلی ترغیب شود تا همراه و همگام استادانی چون حسین علاقمندان، حاج علی محمد پرورش، ذوفن و ... فصل درخشانی از هنر قلمزنی را رقم زند.استاد محمود دهنوی که طراحی را از مکتب زنده یاد استاد حاج مصور الملکی فرا گرفته بود به توصیه ایشان سال های متمادی نقوش بناهای تاریخی را مورد بررسی و مطالعه قرار داد.او در ضمن این تحقیقات با کسب آگاهی های بسیار از گنجینه های هنر فلزکاری ایران در ادوار هخامنشی، ساسانی، سلجوقی و صفوی و نیز مفرغ های لرستان، به این باور رسید که طرح ها و نقوش دوران مذکور سرشار از رمز و رازهایی است که باید دقایق و ظرایف آن را درک کرد. کسب اطلاع از روش ها و تکنیک های هنری این آثار در اولین گام با مثنی برداری از این مواریث به جای مانده از نظر استاد مقدمه ای است تا در تلاش صادقانه و مستمر امکان افزودن بر گنجینه های گذشته میسر و مقدور شود.

محمود دهنوی در سال ۱۳۳۴ با توصیه استاد حاج مصور الملکی در اداره کل هنرهای زیبا مشغول به کار شد و بیش ار ۲۶ سال مدیریت کارگاه قلمزنی آن مرکز را به منظور احیای تعلیم و توسعه هنر قلمزنی برعهده گرفت و طی این مدت آثار بسیار با ارزش و نفیسی را که هر کدام شاهکاری از هنر نقش آفرینی بر روی فلز به شمار می آید در عرصه هنرهای سنتی ایران به یادگار گذاشته است.استاد محمود دهنوی پس از بازنشستگی از سمت خود در اداره ی کل هنرهای زیبا، به تدریس هنر قلمزنی و طراحی سهم خود دانشجویان رشته صنایع دستی را با دقایق ظرایف قلمزنی و طراحی آشنا سازد و در این رهگذر هم آثار استاد دهنوی در به موفقیت های شایانی دست یافت.

نمایشگاه های متعددی در کشورهای بلژیک، تونس، مصر، هند، امارات متحده عربی، عمان، ایتالیا، انگلیس و آلمان به نمایش گذاشته شده که در تمامی آنها با تحسین بازدیدکنندگان، آگاهان و نقادان آثار هنری روبرو شده است.ضمن آنکه در سال ۱۳۶۸ به مناسبت روز جهانی صنایع دستی -۲۰خرداد برابر با ۱۰ ژوئن- تمبر یادبودی با استفاده از آثار استاد محمود دهنوی انتشار یافت که مورد توجه فراوانی قرار گرفت.بخشی از آثار استاد محمود دهنوی در موزه های هنرهای ملی ایران و نمایشگاه ها دائمی آثار صنایع دستی معاصر ایران نگهداری می شود، ولی بسیاری از آثار او زینت بخش گنجینه های عمومی و شخصی در سراسر جهان است.

آثار قلمزنی استاد محمود دهنوی به دلیل برخورداری از شیوه ی خاص او که بازآفرینی طرح ها و نقوش دوران گذشته همراه با نوآوری و ابداع و خلاقیت است، در زمره آثار ممتاز صنایع دستی ایران محسوب می شود.چنین به نظر می رسد که خورشید در آثار قلمزنی استاد دهنوی هرگز غروب نمی کند و قوچ ها، غزال ها و دیگر عناصر، سیالند. شکارچی و شکار در لحظه ای از تاریخ ثبت شده اند و جاودانه گردیده اند. هر یک از آثار این هنرمند متواضع و مومن مروری بر تاریخ طرح ها و نقوش سنتی است. قلم زنی های او تجدید خاطره از فصلی درخشان از هنر قلمزنی و نشانگر ابداع و خلاقیتی در خور تحسین و شایسته تکریم است .

سودوکو

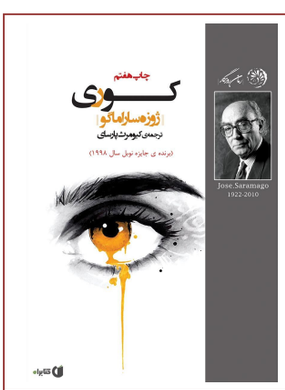
				۳			۶	۵
۴	۶		۹	۵		۲		
				۸	۶			۴
		۳		۷				۶
		۴		۹		۱		
۵				۱		۳		
۲			۱	۴				
		۷		۶	۵		۲	۸
۶	۳			۲				

کاریکاتور

آیا در مورد PPE اطلاعات دارید؟

همیشه از تجهیزات مناسب شغل خود استفاده کنید.

برشی از کتاب



بدترین کور،

کوری بود

که نمی خواست ببیند...

کوری/ ژوزه ساراماگو

ایران گردی در زمستان

پیست اسکی دیزین

دیزین منطقه‌ای در شمال تهران واقع در دامنه‌های البرز است که اگر از جاده تهران – کرج – چالوس سفر کرده باشید حتما تابلوهای معرفی آن را دیده‌اید.

این منطقه در شمال کوه‌های تهران (منطقه گاجره) و به فاصله ۱۲۳ کیلومتر از مسیر جاده چالوس و ۷۱ کیلومتر از مسیر شمشک قرار دارد.

آب و هوای بسیار مناسب زمستانی (۲۰- سانتیگراد) با تعداد روزهای آفتابی زیاد و آب و هوای دلپذیر تابستانی حداکثر (+۲۰ سانتی گراد) و امکانات فراوان و دسترسی مناسب، دیزین را به دهکده توریستی کم‌نظیر زمستانی و تابستانی در خاورمیانه تبدیل کرده است.

تاریخچه پیست دیزین

مجموعه پیست بین‌المللی اسکی دیزین در سال‌های ۱۳۴۱ و ۱۳۴۲ توسط یک گروه خارجی که به دنبال اکتشاف معدن در بخش البرز مرکزی بودند، به سرپرستی آقای کاظم گیلانپور، قهرمان و مربی اسکی وقت، شناسایی شد.

این منطقه برای اسکی مناسب تشخیص داده شد و در سال ۱۳۴۳ با نصب یک دستگاه تله اسکی سیار در گردنه دیزین به‌عنوان محل تمرین خارج از فصل برای تیم ملی وقت به‌کار گرفته شد. نصب و راه‌اندازی تله سی یژ برقی شمشک با بازدید رئیس فدراسیون اسکی وقت، در سال ۱۳۴۴ از منطقه دیزین و طرح این مورد در هیئت دولت وقت، این منطقه به‌عنوان یک مجموعه اسکی تعریف و کارهای زیر بنایی آن از جمله احداث جاده از سمت معدن زغال سنگ آرسین آغاز شد و بالاخره در سال ۱۳۴۶ عملیات اجرایی آن شامل نصب یک خط تله سی یژ به طول ۲۴۰۰ متر در قسمت دره تا پارکینگ بالا و ورود اولین تله کابین به ایران (تله کابین شاله) همزمان با ایجاد رستوران شاله و نصب تله اسکی مبتدی و راه‌اندازی آن شکل گرفت و تا سال ۱۳۴۷ و ۱۳۴۸ به طول انجامید.

پیرو این فعالیت‌ها، نصب تله کابین قله انجام شد و این مجموعه در سال ۱۳۵۱ پایان یافت و این منطقه اسکی برای اسکی‌بازان آماده شد.

درسال ۱۳۸۵ بعد ازگذشت نزدیک به سه دهه، مجددا با سرمایه گذاری بخش خصوصی توسعه دیزین از سر گرفته شده است.

فعالیت مجموعه دیزین به فصل زمستان محدود نمی‌شود. در سال ۱۳۷۲ با نظر فدراسیون جهانی اسکی و همکاری متخصصان این رشته کلنگ احداث پیست اسکی روی چمن در این منطقه زده شد.

در طول تابستان، اسکی روی چمن نیز در این پیست امکان‌پذیر است. پیست اسکی روی چمن دیزین ۶۵۰ متر طول دارد. همه ساله در این منطقه مسابقات جهانی اسکی روی چمن برگزار می‌شود. همزمان، در مناطق دیگر دیزین از جمله منطقه پیست چمن، امکان فعالیت‌هایی از قبیل دوچرخه سواری کوهستانی، تیراندازی با کمان، کایت سواری و غیره موجود است و گردشگران از باغ گل و گونه‌های نادر گیاهان کوهستانی بازدید می‌کنند .

امکانات رفاهی پیست دیزین

رسمیت این پیست وابسته به امکانات ویژه و خاص شامل نکات فنی مانند، شیب مسیر، طول مسیر، محل برگزاری مسابقات و امکانات رفاهی است.

تاریخ نصب اولین دستگاه‌های بالابر در دیزین به سال ۱۳۴۸ است که شامل سه ۳ تله کابین ، دو تله سیژ، هفت تله اسکی بشقابی و یک تله اسکی چکشی است.

دیگر امکانات پیست شامل: پیست اسنو پارک، پیست یو، پیست مبتدی و پیست چمن ، دو هتل، ۱۹ کلبه و پنج رستوران میباشد.

مدت زمان فصل اسکی در دیزین که بیشترین زمان را برای اسکی بازان درایران فراهم آورده از اوایل آذرماه تا اواخر اردیبهشت ماه است.