

Кордарон®

аміодарон

ЗАДАЄ РИТМ

ПОКАЗАННЯ¹

● Профілактика рецидивів:

- шлуночкової тахікардії, яка становить загрозу для життя хворого: лікування необхідно починати в умовах стаціонару при наявності постійного контролю за станом пацієнта;
- симптоматичної шлуночкової тахікардії (документально підтвердженої), яка призводить до непрацездатності;
- суправентрикулярної тахікардії (документально підтвердженої), що потребує лікування, та у тих випадках, коли інші препарати не мають терапевтичного ефекту або протипоказані;
- фібриляції шлуночків.

● Лікування суправентрикулярної тахікардії: уповільнення або зменшення фібриляції або тріпотіння передсердь.

● Ішемічна хвороба серця та/або порушення функції лівого шлуночка

Інформація про препарат¹

Лікарська форма. Таблетки. Діюча речовина: аміодарон; 1 таблетка містить аміодарону гідрохлориду 200 мг.

Спосіб застосування та дози.

Початкове лікування. Звичайна рекомендована доза препарату – по 200 мг (1 таблетка) 3 рази на добу протягом 8-10 днів. У деяких випадках для початкового лікування використовуються більш високі дози (4-5 таблеток на добу), але завжди – протягом короткого періоду часу та під електрокардіографічним контролем.

Підтримуюче лікування. Слід застосовувати мінімально ефективну дозу. Залежно від реакції хворого на застосування препарату підтримуюча доза для дорослих може становити від ½ таблетки на добу (1 таблетка кожні 2 дні) до 2 таблеток на добу.

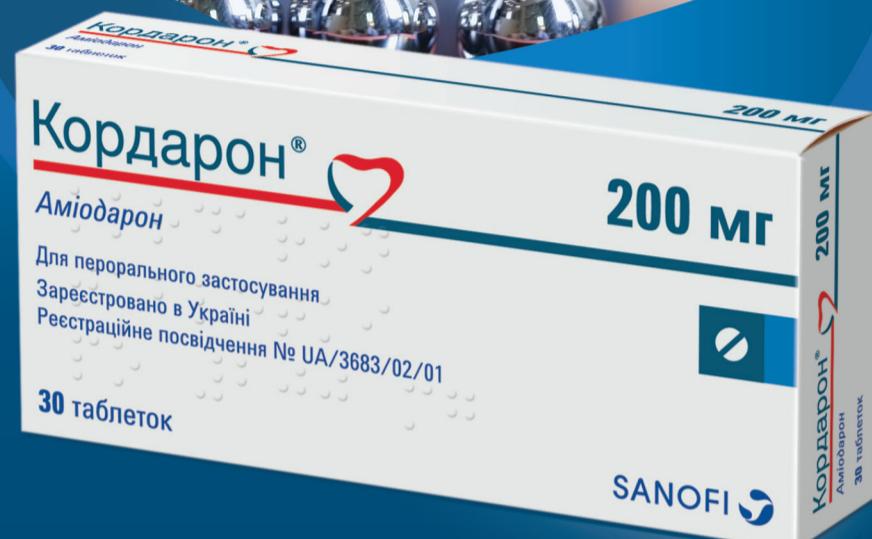
Протипоказання. Синусова брадикардія, синоатріальна блокада серця при відсутності ендокардіального кардіостимулятора (штучного водія ритму). Синдром слабкості синусового вузла при відсутності ендокардіального кардіостимулятора (ризик зупинки синусового вузла). Порушення атріовентрикулярної провідності високого ступеня при відсутності ендокардіального кардіостимулятора. Порушення функції щитоподібної залози. Відома гіперчутливість до йоду, аміодарону або до однієї із допоміжних речовин. Комбінація з препаратами, здатними викликати пароксизмальну шлуночкову тахікардію типу «torsades de pointes»: протиаритмічні засоби Ia класу (хінідин, гідрохінідин, дизопірамід), III класу (сotalол, дофетилід, ібутилід), інші лікарські засоби, такі як сполуки миш'яка, бепридил, цизаприд, дифеманіл, долосетрон (внутрішньовенно), еритроміцин (внутрішньовенно), мізоластин, вінкамін (внутрішньовенно), моксифлоксацин, спіраміцин (внутрішньовенно), тореміfen, деякі нейролептики.

Побічні реакції. Дуже часто: мікродепозити у рогівці, майже у всіх дорослих осіб, зазвичай у межах ділянки під зініцею, які не вимагають відміни аміодарону. У виключческих випадках вони асоційовані із кольоровимигало у осліплюючому світлі або із затуманенням зору. Фотосенсибілізація. Деяка «невідповідність» рівня тиреоїдних гормонів (збільшення рівня T4 при нормальному або дещо зниженому рівні T3), за відсутності клінічних ознак дисфункції щитовидної залози, не потребує припинення лікування. Зазвичай помірне та ізольоване підвищення рівнів трансаміназ (у 1,5-3 рази вище норми), яке зникало після зменшення дози препарату або навіть спонтанно. Невеликі розлади травлення (нудота, блювання, дисгевзія), які зазвичай виникають на початку лікування препаратом та зникають після зменшення його дози.

Інформація подана скрочено. Перед використанням препарату обов'язково ознайомтеся з повною інструкцією для медичного застосування препарату.

1. Інструкція для медичного застосування препарату Кордарон® (табл.200 мг). Наказ МОЗ України № 920 від 09.08.2017 РП UA/3683/02/01.

Інформація про лікарський засіб для розміщення у виданнях, призначених для медичних та фармацевтичних працівників, а також для розповсюдження на спеціалізованих семінарах, конференціях, симпозіумах з медичної тематики.



Діагностика та стандарти лікування суправентрикулярних тахіаритмій

Суправентрикулярні тахіаритмії (СВТА) – велика група порушень ритму серця, що характеризуються підвищеною частотою формування та проведення імпульсів у синусовому вузлі, тканині передсердь, атріовентрикулярному вузлі та додаткових шляхах проведення. СВТА часто трапляються в практиці кардіолога, терапевта та сімейного лікаря, проте іноді їх діагноз встановлюється без достатньої деталізації, що призводить до неповноцінного чи невідповідного лікування.



Цю актуальну тему ми обговорили із **засідувачем кафедри функціональної діагностики Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика (м. Київ), доктором медичних наук, професором Олегом Йосиповичем Жаріновим.**

Олегу Йосиповичу, якими є критерії класифікації СВТА?

– СВТА класифікуються за джерелом походження (синоатріальна, передсердна, атріовентрикулярна, з додатковими шляхами проведення); механізмами розвитку (автоматична (ектопічна), реципрокна (гет- entry); перебігом (пароксизмальна, перистентна, постійно-зворотна, постійна) та тривалістю (пробіжки, нестійка, стійка). Усі ці аспекти слід зазначати в діагнозі.

Основним та часто єдиним доступним методом діагностики СВТА є електрокардіографія. На що слід звернути увагу при інтерпретації електрокардіограми (ЕКГ) пацієнта із СВТА?

– Передусім слід оцінити частоту серцевих скорочень (ЧСС) та регулярність інтервалів RR. Далі нас цікавлять характеристики зубця Р, зокрема співвідношення частоти Р і QRS, розташування зубців Р відносно комплексів QRS (якщо є Р', слід обов'язково визначити тривалість RP'), вісь (вектор) зубця Р.

Чи складно відрізнити один вид СВТА від іншого?

– Іноді досить складно, тому слід реально відслідковувати вигляд та розміщення зубця Р. Зубці Р передують шлуночковим комплексам при синусовій та передсердній тахікардіях, багатофокусній передсердній тахікардії, групових передсердних екстрасистолах. При атріовентрикулярній вузловій реципрокній тахікардії (АВВРТ) чи атріовентрикулярній реципрокній тахікардії (АВРТ) зубці Р реєструються після шлуночкових комплексів чи збігаються з ними. Коли спостерігається СВТА з дуже високою ЧСС (передсердні тахікардії, АВВРТ, АВРТ), зубці Р можуть нашаровуватися на зубці Т і бути зовсім непомітними на ЕКГ.

Які тахікардії належать до СВТА з регулярними RR?

– Ті, при яких коливання тривають сусідніх інтервалів RR не перевищують 10%. З-поміж таких СВТА виділяють синусову тахікардію з фіксованим атріовентрикулярним проведенням (переважно 1:1), синоатріальну реципрокну тахікардію, передсердну тахікардію з фіксованим атріовентрикулярним проведенням (переважно 1:1), АВВРТ, АВРТ, тріпотіння передсердь (ТП) із фіксованим атріовентрикулярним проведенням (переважно 2:1).

А для яких СВТА характерними є нерегулярні інтервали RR?

– Для фібриляції передсердь (ФП) та ТП, ТП зі змінним атріовентрикулярним проведенням, багатофокусної передсердної

тахікардії, мономорфної передсердної тахікардії зі змінним атріовентрикулярним проведенням, атріовентрикулярної вузлової ектопічної тахікардії, ектопічної передсердної тахікардії (ЕПТ).

Чим характеризується ЕПТ?

– При ЕПТ частота передсердних зубців становить 100-240/хв; зубець Р' відрізняється від синусового; інтервали PP є варіабельними (спостерігаються так звані розігрів та охолодження). У 85-90% випадків ЕПТ є нестійкими, мають добреякісний перебіг, хоча інколи може виникати дилатація та систолічна дисфункция лівого шлуночка, тобто так звана тахікардіоміопатія.

Як відрізняти передсердну тахікардію та ФП і для чого це потрібно?

– Важливий критерій – тривалість епізоду аритмії. Так, при перевищенні 30 с йдеться про ФП. Диференціація передсердної тахікардії від ФП має першочергове значення для вибору стратегії лікування, зокрема антитромботичної терапії.

Що є запорукою успішного лікування СВТА?

– Безумовно, точне визначення причин виникнення аритмії, її електрофізіологічного механізму та варіанту перебігу. Часом для цього достатньо результатів звичайної ЕКГ чи амбулаторного моніторування ЕКГ, хоча для максимально точної диференційної діагностики в складних випадках слід виконувати електрофізіологічні дослідження.

Якими є базові заходи контролю СВТА?

– Передусім слід усунути пускові фактори та причини тахікардії, наприклад, заняття спортом. Американські експерти радять розглянути призначення івабрадину симптомним хворим, до того ж клас цієї рекомендації є вищим, ніж для бета-блокаторів. Що ж до медикаментозної терапії, то вона залежить від виду СВТА та наявності фонового захворювання серця.

Якою є невідкладна допомога та стратегія ведення пацієнтів з ЕПТ?

– Спочатку слід визначити, чи є пацієнт гемодинамічно стабільним. Якщо ні, призначається аденоzin внутрішньовенно (в/в); за його відсутності чи неефективності – кардіоверсія. Гемодинамічно стабільним хворим за умов підтвердження діагнозу фокальної передсердної тахікардії призначають бета-блокатор, дилтіазем чи

верапаміл в/в; якщо ж діагноз не був підтверджений – аденоzin. За відсутності результативності цих методик застосовують аміодарон чи ібutilid в/в. Що ж до стратегії подальшого ведення таких хворих, то вони є кандидатами на проведення катетерної абляції, яку виконують за їхньою згоди. При виборі пацієнтом медикаментозного лікування варіантами є бета-блокатор, дилтіазем, верапаміл; флекайнід чи пропафенон (за відсутності структурного захворювання серця); аміодарон чи сotalol. Неefективність обраної фармакотерапії обумовлює потребу в проведенні катетерної абляції (Американська колегія кардіологів / Американська асоціація серця / Товариство ритму серця, ACC/AHA/HRS, 2015).

Що таке АВВРТ і якої тактики потрібно дотримуватися при такому стані?

– АВВРТ – це напад раптового серцевого, пов'язаний з патологією провідної системи серця. Розпочинати невідкладне лікування слід з вагусних проб (наприклад, масаж каротидного синуса) та/або в/в введення аденоzину. Далі гемодинамічно нестабільні пацієнти потребують синхронізованої кардіоверсії, а в стабільних має бути застосований бета-блокатор, дилтіазем чи верапаміл в/в. При недоступності призначення чи неефективності цих засобів призначається аміодарон в/в. В аспекті планового лікування мінімально симптоматичні та асимптоматичні хворі з АВВРТ підлягають клінічному спостереженню. За умов рідких, добре переносимих епізодів АВВРТ можливе самопрізначення бета-блокатора, дилтіазему чи верапамілу. Симптоматичні хворі можуть обрати катетерну абляцію чи фармакотерапію (бета-блокатор, дилтіазем чи верапаміл), а за нерезультативності останньої перейти на аміодарон, дигоксин, дофетилід чи сotalol або пропафенон чи флекайнід (у разі відсутності структурних захворювань серця). За відсутності ефекту на тлі прийому будь-якого з останньої низки засобів слід знов розглянути можливість проведення абляції (ACC/AHA/HRS, 2015).

У чому полягають відмінності між ФП та ТП?

– У 25-35% пацієнтів ТП поєднується з ФП, а в решти фіксується ізольоване ТП. Часто при ТП виникає регулярна симптоматична тахікардія на рівні 140-160 уд./хв. Небезпечною є імовірність трансформації 2:1 в 1:1, яка відбувається за умов наявності додаткових шляхів проведення, високих навантажень, прийому антиаритмічних препаратів першого класу. Для припинення

ТП найбільш ефективним є аміодарон. Високу результативність демонструє також радіочастотна катетерна абляція.

Якою є невідкладна допомога та подальша стратегія ведення пацієнтів із ТП?

– Невідкладно в гемодинамічно нестабільних хворих контролю ритму досягається за допомогою кардіоверсії, а контроль ЧСС – за допомогою призначення аміодарону в/в. За умов стабільної гемодинаміки препаратами для контролю ритму є пероральний дофетилід та ібutilid в/в, а для контролю частоти – в/в бета-блокатор, дилтіазем, верапаміл чи аміодарон. При виборі планового лікування для контролю ритму слід розглянути катетерну абляцію; аміодарон, дофетилід чи сotalol; флекайнід чи пропафенон (за відсутності структурних захворювань серця). У разі неефективності медикаментів знову постає питання про проведення абляції (ACC/AHA/HRS, 2015).

Які різні антиаритмічні засоби впливають на ЧСС, провідність та реполяризацію?

– Відповідь на це запитання можна навести у вигляді таблиці, де чітко видно, що найменшою кількістю протипоказань характеризується аміодарон.

Якими є сучасні рекомендації щодо застосування антикоагулянтів (АК) при ФП та ТП?

– При призначенні пероральних АК пацієнтам із ФП перевагу слід віддавати новим оральним АК (ривароксабан, апікабан, дабігратран, едоксабан), а не антагоністам вітаміну К. Монотерапія антиагрегантами не рекомендується для профілактики інсульту в пацієнтів із ФП незалежно від ризику інсульту. Комбінації пероральних АК і антиагрегантів збільшують ризик кровотеч, тому їх потрібно уникати в пацієнтів із ФП, якщо немає інших показань для призначення антиагрегантів.

Що обрати: катетерне чи консервативне лікування?

– На сьогодні перевага віддається катетерним технікам, хоча вибір у кожному випадку залежить від пацієнта та лікаря. Новочасні американські рекомендації експертів наголошують на ролі саме хворого в прийнятті рішення щодо вибору між катетерною абляцією та фармакотерапією.

Часто СВТА поєднуються зі структурними патологіями серця. Який препарат слід обирати в цьому разі?

– За наявності структурних змін серця препаратом вибору є аміодарон, оскільки пропафенон та флекайнід у цьому разі протипоказані. Що ж до СВТА без структурних захворювань серця, то аміодарон є препаратом резерву як для безпосереднього припинення нападу, так і для довготривалої терапії.

Отже, професор О.Й. Жарінов підкреслив важливість таких аспектів при СВТА, як формулювання максимально деталізованого діагнозу (походження, механізм розвитку, перебіг, тривалість) аритмії; застосування в разі потреби не тільки класичної ЕКГ чи ЕКГ-моніторування, а й електрофізіологічного дослідження; вибір невідкладної та планової терапії залежно від підтипу СВТА та наявності фонового захворювання серця; роль пацієнта у виборі стратегії лікування; пріоритет катетерних методів.

Підготувала **Лариса Стрільчук**

| Препарат | Протипоказання | Обережність | Зміни ЕКГ → відміна |
|------------|---|---|---|
| Флекайнід | IХС, CH із ↓ФВ, виражена ГЛШ, QRS >130 мс, КлКр <50 мл/хв, хвороба печінки | Дисфункция СВ, АВ блокади, порушення ВШП | Симптомна брадикардія, QRS >150 мс або >25% |
| Пропафенон | IХС, CH із ↓ФВ, виражена ГЛШ, QRS >130 мс | Дисфункция СВ, АВ блокади, порушення ВШП, хвороба печінки, нирок, астма | Симптомна брадикардія, QRS >150 мс або >25% |
| Сotalol | ГЛШ, CH із ↓ФВ, ↑QT (у т. ч. супутні препарати), гіпокаліємія, КлКр <30 мл/хв | Дисфункция СВ, АВ блокади, порушення ВШП, хвороба нирок, астма | Симптомна брадикардія, QTc >500 мс |
| Аміодарон | ↑QT | Дисфункция СВ, АВ блокади, порушення ВШП, супутні препарати, що ↑QT | Симптомна брадикардія, QTc >500 мс |

Примітки: IХС – ішемічна хвороба серця, CH – серцева недостатність, ФВ – фракція викиду, ГЛШ – гіпертрофія лівого шлуночка, КлКр – кліренс креатиніну, СВ – синусовий вузол, АВ – атріовентрикулярні, ВШП – внутрішньошлуночкова провідність.