

Кордарон®

аміодарон

ЗАДАЄ РИТМ



ПОКАЗАННЯ:

- 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 лікарський засіб КОРДАРОН®, таблетки, 200 мг.

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

Фармакотерапевтична група. Антиаритмічні препарати III класу. Код АТХ C01B D01.

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.

Діти. Безпека та ефективність застосування аміодарону у дітей не оцінювалися, тому застосування препарату дітям не рекомендується.

Протипоказання: синусова брадикардія, синоатріальна блокада серця при відсутності кардіостимулятора; синдром слабкості синусового вузла при відсутності кардіостимулятора (ризик зупинки синусового вузла); порушення атріовентрикулярної провідності високого ступеня при відсутності ендокардіального кардіостимулятора; гіпертиреоз, через можливе загострення при прийомі аміодарону; відома гіперчутливість до йоду, аміодарону або до однієї з допоміжних речовин; другий та третій триместри вагітності; період годування груддю; комбінація з препаратами, здатними викликати пароксизмальну шлуночкову тахікардію типу «torsades de pointes» (за винятком протипаразитарних засобів, нейролептиків та метадону): антиаритмічні засоби Ia класу (хінідин, гідрохінідин, дизопірамід); антиаритмічні засоби III класу (соталол, дофетилід, ібутилід); інші лікарські засоби, такі як сполуки миш'яку, бепридил, цизаприд, циталограм, есциталограм, дифеманіл, доласетрон в/в, домперидон, дронедазон, еритроміцин в/в, левофлоксацин, мехітазин, мізоластин, моксифлоксацин, пруклоприд, спіраміцин в/в, тореміфен, вінкамін в/в, телопревір; кобіцистат.

Побічні реакції. Дуже часто: мікродепозиції у рогівці, майже у всіх дорослих осіб, зазвичай у межах ділянки під зіницею, які не вимагають відміни аміодарону; фотосенсибілізація, рекомендовано уникати впливу сонячного випромінювання (та ультрафіолетового випромінювання в цілому) під час лікування препаратом; за відсутності будь-яких клінічних ознак дисфункції щитовидної залози певна невідповідність рівнів гормонів щитовидної залози в крові (підвищений рівень Т4, нормальний або дещо знижений рівень Т3) не вимагає відміни препарату; зазвичай помірне та ізольоване підвищення рівнів трансаміназ (у 1,5–3 рази вище норми), яке зникало після зменшення дози препарату або навіть спонтанно; помірні розлади травлення (нудота, блювання, дисгевзія), які зазвичай виникають на початку лікування препаратом та зникають після зменшення його дози та інш.

Застосування у період вагітності або годування груддю. Враховуючи вплив аміодарону на щитовидну залозу плода, цей препарат протипоказаний до застосування під час вагітності, за винятком випадків, коли користь його призначення переважає ризик, пов'язаний з ним. Враховуючи ризик розвитку гіпотиреозу в немовляти, годування груддю протипоказане у період лікування аміодароном.

Категорія відпуску. За рецептом.

*Інформація подана скорочено. Повна інформація про препарат міститься в інструкції для медичного застосування лікарського засобу КОРДАРОН®, таблетки, 200 мг; № 30 (10x3): по 10 таблеток у блістері; таблетки по 200 мг; по 3 блістери у картонній коробці; № 30 (15x2): по 15 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці. РП UA/3683/02/01. Наказ МОЗ України №882 від 14.04.2020

Інформація для розміщення у спеціалізованих виданнях, призначених для медичних установ, лікарів та фармацевтичних працівників, а також для розповсюдження на семінарах, конференціях, симпозиумах з медичної тематики. Матеріал призначений виключно для спеціалістів охорони здоров'я. Перед використанням препарату обов'язково ознайомтесь з повною інструкцією для медичного застосування препарату.

Вибір стратегії ведення осіб із фібриляцією передсердь: що важливіше — ритм або частота?

Актуальним питанням сучасної кардіології залишається вибір оптимальної тактики ведення пацієнтів із порушеннями серцевого ритму. Одним із поширених різновидів аритмії є фібриляція передсердь (ФП). Із доповіддю про особливості антиаритмічної терапії (ААТ) у хворих на ФП на XXII Національному конгресі кардіологів виступив завідувач кафедри функціональної діагностики Національного університету охорони здоров'я України (м. Київ), д. мед. н., професор Олег Йосипович Жарінов.

Згідно з даними проведеного у Швеції дослідження, що включало більш як 270 тис. пацієнтів із ФП, вперше діагностована ФП є незалежним фактором ризику смерті (Andersson et al., 2013). Серед чинників, які визначають погіршення прогнозу в осіб із ФП, — наявність гострої «фонової» хвороби серця і потенційний ризик появи життєво небезпечних аритмій.

Крім того, є ускладнення, специфічні для ФП:

- тромбоемболії;
- тахікардіоміопатії;
- загроза розвитку серцевої недостатності (СН);
- когнітивні розлади;
- зниження якості життя хворих.

Ризики зростають у міру прогресування аритмії (Stambler et al., 2003). Частота виявлення СН в осіб із різними формами ФП варіює від 29,8% при вперше виявленому епізоді до 32,9 і 44,3% при пароксизмальній та персистентній формам відповідно, а також до 55,6% при перманентній формі (Cardoso et al., 2013).

При виборі стратегії лікування пацієнта з аритмією постає дискусійне запитання: що важливіше — ритм чи частота серцевих скорочень (ЧСС)? У даній ситуації необхідно мати задокументований епізод порушення серцевого ритму, за першого звернення — спробувати зареєструвати аритмію за допомогою неінвазивних, або, у разі високого ризику, інвазивних методів дослідження. Це дозволить обрати оптимальний підхід до терапії. Також доцільно обговорювати тактику лікування при персистентній чи тривало персистентній ФП, наявних частих пароксизмах ФП чи неефективності ААТ.

У дослідженні AFFIRM (2002) порівнювали схеми ведення хворих на ФП із контролем ритму або ЧСС з позиції прогнозу щодо виживання. Було продемонстровано, що різниця показників смертності від усіх причин у зазначених підгрупах становила 23,8 і 21,3% відповідно. Препаратом виживання, зокрема, було тривале збереження синусового ритму, відношення ризику (ВР) становило 0,54. Такі самі висновки науковці зробили за результатами випробування EAST-AFNET 4, зауваживши, що саме ранній контроль синусового ритму має кращі прогнози (Kirchhof et al., 2020).

За словами спікера, ефективний контроль ритму дозволить відтермінувати час до формування у хворого постійної форми ФП і мати кращі прогнози для виживання. Результати дослідження EAST-AFNET 4 демонструють ефективність стратегії для пацієнтів віком від 70 років, у яких анамнез захворювання на ФП становив менш ніж один рік, а у 38% учасників це був перший

симптомний епізод. У 90% хворих до терапії були включені антикоагулянти.

Дослідники отримали такі результати:

1. Контролю ритму за допомогою антиаритмічних препаратів (ААП) досягнуто у 87% пацієнтів.

2. Лише 8% хворих потребували лікування за допомогою радіочастотної катетерної абляції (РЧКА) на момент початку спостереження і 20% — протягом наступних двох років.

3. Ранній контроль ритму асоціювався зі зниженням частоти серцево-судинної смертності (ВР 0,72) та інсультів (ВР 0,65).

Окрім того, ефективність ААТ у запобіганні інсульту й серцево-судинним ускладненням доведено у дослідженні

ATHENA (рисунок) (Connolly et al., 2009). Автори виявили зменшення кількості та тривалості пароксизмів ФП на тлі приймання ААП III класу дронедазону порівняно із плацебо.

Одним із представників групи ААП III класу є аміодарон, ефективність якого доведено для збереження синусового ритму (Aggarwal, 2000). На сучасному фармацевтичному ринку України даний ААП представлений препаратом Кордарон («Санофі»).

Серед критеріїв вибору на користь стратегії контролю ритму при симптомній ФП слід виділити (ESC, 2020):

- молодий вік;
- перший епізод ФП або короткий анамнез захворювання;



О.Й. Жарінов

- наявну тахікардіоміопатію;
- помірну дилатацію лівого передсердя чи порушення внутрішньопередсердної провідності;
- відсутність виразних супутніх хвороб, труднощів контролю ЧСС або зв'язку ФП із гострою хворобою;
- бажання пацієнта.

У консенсусі Європейської асоціації серцевого ритму (EHRA) та Європейського товариства кардіологів (ESC) щодо клінічного застосування ААП і прийняття клінічних рішень, в якому описані різні аритмогенні ефекти ААП, відзначено найнижчий показник для аміодарону — 0,7%. Також у документі вказані особливості застосування ААТ при структурній хворобі серця, зокрема стосовно того, що слід уникати використання ААП класів IA, IC і III, крім аміодарону і соталолу, в пацієнтів із виразною структурною хворобою серця (як-то дилатаційна кардіоміопатія, дисфункція лівого шлуночка, інфаркт/ішемія міокарда).

Обмеженням для використання аміодарону може бути тривалий QT. Зміни на електрокардіограмі, при яких потрібно розглядати питання щодо припинення ААТ для аміодарону: симптомна брадикардія та збільшення тривалості корегованого QTc >500 ms (Dan et al, 2018).

Також Олег Йосифович представив положення настанови ESC (2021) щодо контролю ритму в пацієнтів із симптомною ФП (при збереженні симптомів на тлі контролю ЧСС). Відповідно до рекомендацій, продемонстроване важливе місце аміодарону в арсеналі ААП (таблиця).

Стратегія терапії при рецидиві ФП на тлі аміодарону має декілька варіантів:

1. Підвищення дози аміодарону із залученням β-блокатора.
2. Катетерне лікування.
3. Зміна тактики лікування ФП.

На сьогодні у лікуванні пацієнтів із ФП пріоритетною є тактика збереження ритму. Кордарон являє собою потужний засіб ААТ в арсеналі сучасного кардіолога.

Підготувала **Ольга Загора**

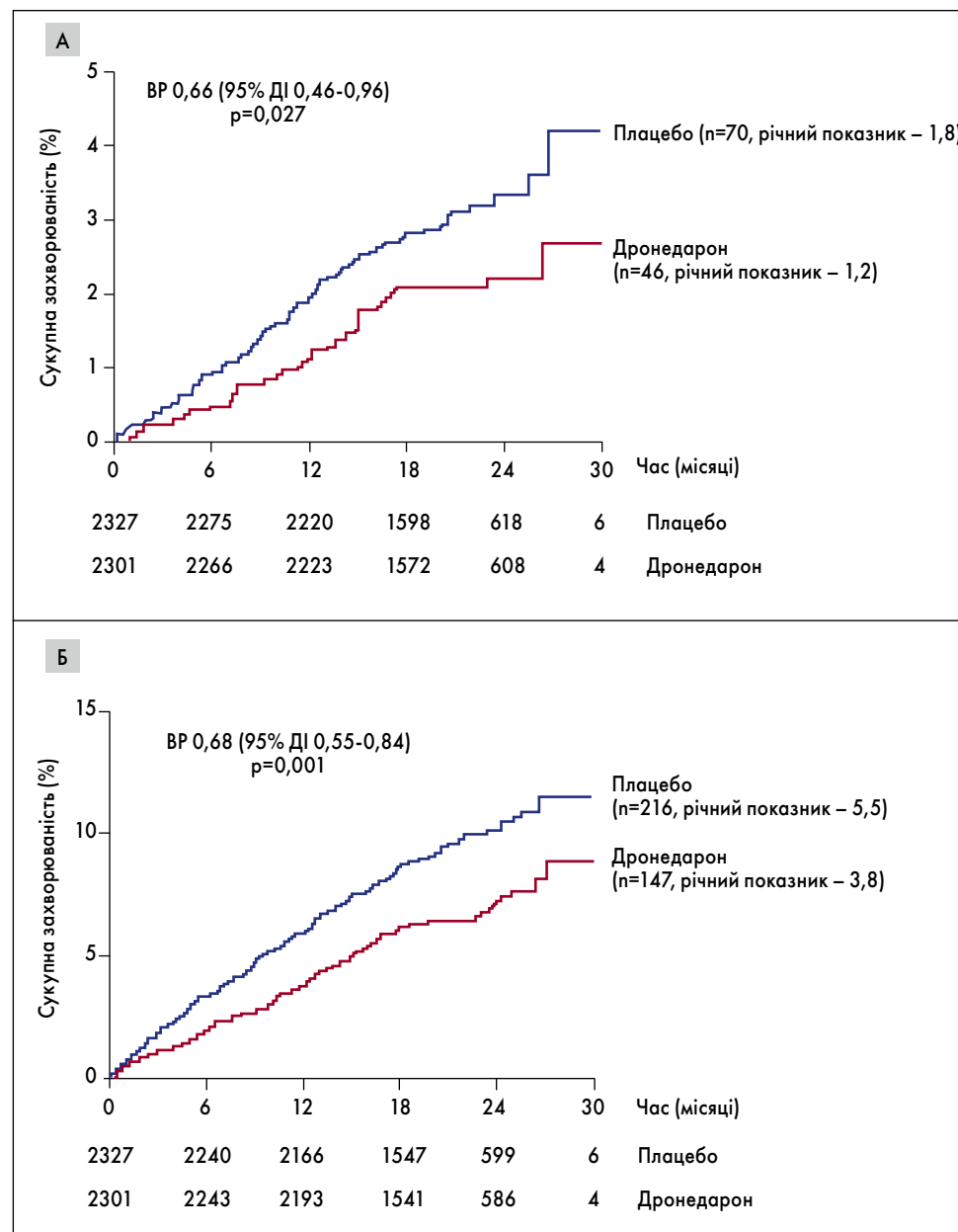


Рисунок. Порівняння ефективності дронедазону порівняно із плацебо щодо попередження інсультів (А) та серцево-судинних ускладнень (Б)

Таблиця. Контроль ритму в пацієнтів із ФП та супутньою кардіологічною патологією			
Етапи лікування	Без структурної хвороби серця	ІХС без СН, клапанна хвороба	СН
I	Флекаїнід, пропafenон, дронедазон, соталол	Аміодарон, дронедазон, соталол	Аміодарон
II	РЧКА	РЧКА	РЧКА
III	Аміодарон	Аміодарон	

Примітка. ІХС – ішемічна хвороба серця.