

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони
здоров'я України
23.04.2020 № 945
Реєстраційне посвідчення
№ UA/18052/01/01

ЗМІНИ ВНЕСЕНО
Наказ Міністерства охорони
здоров'я України
16.05.2022 № 813

ІНСТРУКЦІЯ
для медичного застосування лікарського засобу

ГІДРОКОРТИЗОН 10 мг МІБЕ®
(HYDROCORTISONE 10 mg)

Склад:

діюча речовина: гідрокортизон;

1 таблетка містить 10 мг гідрокортизону;

допоміжні речовини: лактози моногідрат, крохмаль картопляний, желатин, тальк, магнію стеарат, натрію крохмальгліколят (тип А), вода очищена.

Лікарська форма. Таблетки.

Основні фізико-хімічні властивості: круглі таблетки білого кольору з роздільною рисою з одного боку та з тисненням символу «Н» з іншого боку. Таблетку можна розділити на рівні дози.

Фармакотерапевтична група.

Глюкокортикостероїди. Код АТХ Н02А В09.

Фармакологічні властивості.

Фармакодинаміка.

Гідрокортизон належить до глюкокортикоїдів. Глюкокортикоїди належать до адренокортикальних стероїдів як природного походження, так і синтетичних, які легко всмоктуються зі шлунково-кишкового тракту.

Вважається, що гідрокортизон є основним кортикостероїдом, який виділяється корою надниркових залоз. Глюкокортикостероїди природного походження (гідрокортизон та кортизон), які також мають властивість утримання солей, застосовують як замісну терапію при станах, пов'язаних із недостатністю функції надниркових залоз. Крім того, їх застосовують через потужну протизапальну дію при багатьох розладах систем органів. Глюкокортикоїди чинять виражену та різноманітну дію на метаболізм. Крім того, вони змінюють імунну відповідь організму на різні стимулятори.

Фармакокінетика.

Всмоктування

Гідрокортизон легко всмоктується зі шлунково-кишкового тракту, а 90 % діючої речовини та більше оборотно зв'язується з білком.

Зв'язування обумовлене двома фракціями білка: одна з них є кортикостероїдзв'язуючим глобуліном, а інша – альбуміном.

Біологічна трансформація

Гідрокортизон метаболізується в печінці та більшості тканин організму до гідрогенізованих та деградованих форм, таких як тетрагідрокортизон та тетрагідрокортизол, які виводяться із сечею, кон'юговані головним чином як глюкороніди, разом з невеликою кількістю незміненого гідрокортизону.

Період напіввиведення становить приблизно 1,5 години.

Клінічні характеристики.

Показання.

Кортикостероїд

Для замісної терапії при первинній, вторинній або гострій аденокортикальній недостатності.

Перед хірургічним втручанням та при серйозній травмі або захворюванні у пацієнтів із відомою аденокортикальною недостатністю або сумнівним резервом надниркових залоз.

Протипоказання.

Гіперчутливість до діючої речовини або до будь-яких з допоміжних речовин, що входять до складу препарату.

Протипоказаний при інфекціях, включаючи системні інфекції, коли не було розпочато антиінфекційну терапію.

Високі дози кортикостероїдів сповільнюють імунну відповідь на вакцини, тому слід уникати одночасного застосування живих вакцин із кортикостероїдами.

Взаємодія з іншими лікарськими засобами та інші види взаємодій.

Повідомлялося про взаємодію Гідрокортизон 10 мг Мібе® з лікарськими засобами при застосуванні фармакологічних доз кортикостероїдів, яка може і не виникати при замісній терапії кортикостероїдами.

Слід з обережністю застосовувати аспірин у комбінації з кортикостероїдами при гіпопротромбінемії. При застосуванні кортикостероїдів із ацетилсаліциловою кислотою та нестероїдними протизапальними препаратами (НПЗП) існує підвищений ризик шлунково-кишкової кровотечі та виразок, хоча НПЗП для місцевого застосування загалом не взаємодіють із кортикостероїдами. Нирковий кліренс саліцилатів підвищується через кортикостероїди, і відміна кортикостероїдів призвести до інтоксикації саліцилатами.

Кортикостероїди знижують концентрацію саліцилату в плазмі, тому при фармакологічних дозах глюкокортикоїдів може виникати така взаємодія.

Фенітоїн, ефедрин, рифабутин, карбамазепін, барбітурати, рифампіцин, примідон, симпатоміметики та аміноглютетимід можуть підвищувати метаболічний кліренс кортикостероїдів, наслідком чого є знижені рівні в крові та зменшення фізіологічної активності, що може потребувати коригування дози кортикостероїдів.

Слід часто перевіряти показники міжнародного нормалізованого відношення (МНВ) або протромбінового часу у пацієнтів, які одночасно отримують кортикостероїди і кумаринові антикоагулянти, для уникнення спонтанної кровотечі, через повідомлення про зміну відповіді на ці антикоагулянти. Дослідження показали, що звичайний ефект при додаванні кортикостероїдів – це пригнічення відповіді на кумарини, хоча є суперечливі повідомлення про посилення дії, не обґрунтовані дослідженнями.

Монотерапія кетоконазолом може пригнічувати синтез надниркових кортикостероїдів і спричиняти недостатність надниркових залоз під час відміни кортикостероїдів (див. розділ «Особливості застосування»).

Кортикостероїди є антагоністами ефектів діуретиків. Глюкокортикостероїди необхідні для вільного кліренсу води нирками. При одночасному застосуванні кортикостероїдів з калій-незберігаючими діуретиками (наприклад, ацетазоламідом, петльовими діуретиками,

тіазидами, карбеноксолоном) слід уважно спостерігати за станом пацієнтів на предмет появи гіпокаліємії.

Також кортикостероїди можуть впливати на результати аналізу на бактеріальну інфекцію з нітросинім тетразолієм і давати хибні негативні результати.

Кортикостероїди є антагоністами гіпотензивних ефектів бета-блокаторів, альфа-блокаторів, блокаторів кальцієвих каналів, клонідину, діазоксиду, метилдопи, моксонідину, нітратів, нітропрусида, гідралазину, міноксидилу, блокаторів адренергічних нейронів, інгібіторів АПФ та антагоністів рецепторів ангіотензину II.

Кортикостероїди підвищують ризик гіпокаліємії при застосуванні зі серцевими глікозидами, наприклад дигоксином, теофіліном та бета-2-симпатоміметиками, наприклад бамбутеролом, фенотеролом, формотеролом, ритодрином, сальбутамолом, салметеролом і тербуталіном.

Існує підвищений ризик гіпокаліємії при застосуванні кортикостероїдів з амфотерицином. Слід уникати одночасного застосування амфотерицину з кортикостероїдами, за винятком випадків, у яких амфотерицин необхідний для контролю реакцій.

Дія кортикостероїдів може знижуватися упродовж 3-4 днів після взаємодії з міфепристоном.

Концентрації кортикостероїдів у плазмі підвищуються через дію пероральних контрацептивів, що містять естрогени; може знадобитися коригування дозування, якщо пероральні контрацептиви додаються або видаляються із стабільної схеми прийому лікарського засобу. Взаємодія з комбінованими пероральними контрацептивами може також стосуватися комбінованих контрацептивних пластирів. У випадку гормонозамісної терапії низькі дози малоімовірно індукують взаємодію. Концентрація кортикостероїдів у плазмі може підвищуватися через ритонавір.

Кортикостероїди знижують абсорбцію солей кальцію.

Метаболізм кортикостероїдів може пригнічуватися через еритроміцин, за винятком місцевого застосування невеликих кількостей еритроміцину.

Кортикостероїди є антагоністами гіпоглікемічного ефекту антидіабетичних препаратів.

При застосуванні кортикостероїдів із метотрексатом існує підвищений ризик гематологічної токсичності.

Кортикостероїди можуть пригнічувати ефект збільшення росту соматропіну.

Високі дози кортикостероїдів погіршують імунну відповідь на вакцини, слід уникати одночасного використання з живими вакцинами.

Кортикостероїди, ймовірно, знижують ефективність натрію бензоату та натрію фенілбутирату.

Очікується, що одночасне застосування з інгібіторами СYP3A, зокрема засобами із вмістом кобіцистату, може підвищити ризик системних побічних реакцій. Слід уникати цієї комбінації, але якщо користь перевищує підвищений ризик виникнення побічних реакцій системних кортикостероїдів, у цьому випадку пацієнтів слід контролювати щодо за станом пацієнтів слід уважно спостерігати на предмет системних побічних реакцій кортикостероїдів.

Особливості застосування.

Пацієнти мають вести картки «Лікування стероїдами», що дозволяє чітко керуватися щодо застережних заходів, яких слід вжити для мінімізації ризиків, вона також надає докладну інформацію щодо призначення лікарського засобу, дозування та тривалості лікування.

Слід застосовувати найнижчу дозу кортикостероїдів та знижувати дозування, якщо можливо. Дозування слід знижувати поступово.

Пацієнти та/або медичний персонал мають бути попереджені про ймовірні тяжкі психіатричні побічні реакції, які можуть виникати при застосуванні системних стероїдів (див. розділ «Побічні реакції»). Зазвичай ознаки симптомів проявляються впродовж кількох днів або тижнів від початку лікування. Ризики можуть бути вищими при високих дозах/системній дії (також див. розділ «Взаємодія з іншими лікарськими засобами та інші види взаємодій» щодо фармакокінетичних взаємодій, що може підвищити ризик

виникнення побічних реакцій), оскільки рівень дозування не дозволяє передбачити первинний прояв, тип, тяжкість або тривалість реакцій. Більшість реакцій минають або після зниження дозування, або після припинення прийому лікарського засобу, хоча може бути необхідним специфічне лікування.

Слід заохочувати пацієнтів/медичний персонал звертатися за медичною консультацією, якщо розвиваються прояви психологічних симптомів занепокоєння, особливо при підозрі на депресивний настрій або суїцидальні схильності. Крім того, пацієнти/медичний персонал мають знати про ймовірні психіатричні розлади, які можуть проявлятися або під час, або безпосередньо після зниження дози/припинення прийому системних стероїдів, хоча про такі реакції повідомляється як про нечасті.

Потрібно приділити особливу увагу під час розгляду застосування системних кортикостероїдів у пацієнтів з існуючими або наявними в анамнезі тяжкими афективними розладами у них самих або їх родичів першого ступеня спорідненості. Такі розлади можуть включати депресивний або маніакально-депресивний психоз та стероїдний психоз в анамнезі.

Лікарський засіб слід з обережністю застосовувати пацієнтам з ослабленим імунітетом.

Особливо слід зважати на вітряну віспу, оскільки це зазвичай незначне захворювання може бути летальним для пацієнтів з ослабленим імунітетом. Пацієнтам (або батькам дітей, які приймають гідрокортизон у таблетках) без зазначення в анамнезі захворювання на вітряну віспу слід рекомендувати уникати близького особистого контакту з хворими на вітряну віспу або оперізувальний герпес. При такому контакті їм слід терміново звернутися до лікаря. Потрібна пасивна імунізація імуноглобуліном Varicella zoster (VZIG) пацієнтам, що не мають імунітету, які приймають системні кортикостероїди або приймали їх впродовж попередніх 3 місяців; таку процедуру слід провести впродовж 10 днів після ураження вітряною віспою. Якщо підтверджується діагноз вітряної віспи, захворювання вимагає уваги спеціаліста та невідкладного лікування.

Пацієнтам необхідно рекомендувати бути особливо обережними, щоб уникнути ураження кором та негайно звертатися до лікаря при проявах такого ураження. Можуть знадобитися профілактичні заходи методом внутрішньом'язового введення нормального імуноглобуліну.

Не слід застосовувати живі вакцини пацієнтам із пригніченою імунною чутливістю, спричиненою високими дозами кортикостероїдів. Інактивні вакцини або токсойдні засоби можна застосовувати, хоча їх дія може бути атенуйована.

Не слід припиняти прийом кортикостероїдів, також може знадобитися зниження дози. Кортикостероїди можуть посилити системні грибкові інфекції, тому їх не слід застосовувати при наявності таких інфекцій, окрім випадків, коли вони необхідні для контролю реакцій на лікарський засіб, які загрожують життю, через застосування амфотерицину. Крім того, зафіксовано випадки, коли після одночасного застосування амфотерицину та гідрокортизону спостерігалися збільшення серця та застійна серцева недостатність.

Повідомлення з літературних джерел свідчать про явний зв'язок між застосуванням кортикостероїдів та перфорацією вільної стінки лівого шлуночка після нещодавно перенесеного інфаркту міокарда, а тому терапію кортикостероїдами слід застосовувати з великою обережністю таким пацієнтам.

Середні та високі дози гідрокортизону або кортизону можуть спричинити підвищення артеріального тиску, утримання солі та води в організмі та підвищення виведення калію. Менш ймовірне виникнення таких ефектів при застосуванні синтетичних похідних лікарських засобів, крім випадків їх застосування у високих дозах. Може бути потрібним обмеження вживання солі в раціоні та додаткове споживання калію. Всі кортикостероїди підвищують екскрецію кальцію.

Повідомлення показують, що застосування кортикостероїдів при церебральній формі малярії призводить до тривалої коми та підвищення частоти проявів пневмонії й шлунково-кишкової кровотечі.

Через імовірність відновлення захворювання необхідне ретельне спостереження при призначенні кортикостероїдів пацієнтам, хворим на латентний туберкульоз, або таким, що мають реакцію на туберкулін. Впродовж пролонгованої терапії кортикостероїдами такі пацієнти мають отримувати профілактичну хіміотерапію.

Застосування гідрокортизону в таблетках при активному туберкульозі заборонене, крім випадків прогресуючого або дисемінованого туберкульозу.

Кортикостероїди слід з обережністю застосовувати при нирковій недостатності, гіпертензії, цукровому діабеті або при наявності діабету в сімейному анамнезі, застійній серцевій недостатності, тромбофлебії, екзантематозному захворюванні, хронічному нефриті, гострому гломерулонефриті, метастатичній карциномі, остеопорозі (пацієнти в постменопаузальному періоді належать до групи особливого ризику), тяжких афективних розладах (особливо при наявності психозів, викликаних стероїдами, в анамнезі), епілепсії, стероїдній міопатії в минулому, печінковій недостатності, глаукомі (або наявності глаукоми в сімейному анамнезі), міастенії гравіс, неспецифічному виразковому коліті при ймовірності загрози перфорації, дивертикуліті, нещодавньому втручанні з приводу ентероанастомозів, активній або латентній пептичній виразці. Ознаки перитонеального подразнення з наступною перфорацією шлунково-кишкового тракту пацієнтів, які отримують високі дози кортикостероїдів, можуть бути мінімальними або відсутніми.

Впродовж лікування пацієнтів необхідно спостерігати щодо психотичних реакцій, слабкості, змін електрокардіограми, артеріальної гіпертензії та небажаних гормональних змін.

Повідомляється про жирову емболію як про ускладнення при підвищеному рівні кортизону.

Дія кортикостероїдів посилюється у пацієнтів, хворих на гіпотиреоїдизм та цироз.

Тривалий прийом кортикостероїдів підвищує чутливість організму до інфекцій та посилюють їх тяжкість. Крім того, клінічні прояви інфекцій можуть бути нетиповими.

Кортикостероїди здатні приховувати деякі ознаки інфекції, а певні серйозні інфекції, такі як сепсис та туберкульоз, можуть розвиватися до пізніх стадій без розпізнавання. Може бути неможливим локалізувати інфекцію у пацієнтів, які приймають кортикостероїди. Кортикостероїди можуть впливати на тест з нітросинім тетразолієм для визначення бактеріальних інфекцій, що призводить до хибних негативних результатів.

Кортикостероїди можуть активувати латентний амебіаз або стронгілоїдоз чи погіршити стан вже існуючого захворювання. Тому рекомендовано виключити латентний або активний амебіаз або стронгілоїдоз перед початком терапії кортикостероїдами у пацієнтів групи ризику або таких, які мають прояви симптомів, що передбачають обидва захворювання.

Тривале застосування кортикостероїдів може викликати задні субкапсулярні катаракти, глаукому з ймовірним пошкодженням зорового нерва, а також посилювати встановлені вторинні очні інфекції, спричинені грибами або вірусами.

Кортикостероїди слід з обережністю застосовувати пацієнтам, які страждають на простий герпес ока, через ймовірність перфорації рогівки.

Повідомлялося про гіпертрофічну кардіоміопатію після введення гідрокортизону недоношеним немовлятам, тому слід провести відповідну діагностичну оцінку та моніторинг серцевої функції та структури.

Порушення зору

Порушення зору можливе при застосуванні системних кортикостероїдів та кортикостероїдів для місцевого застосування. Якщо пацієнт має такі прояви симптомів, як розмите бачення або інші порушення зору, йому слід звернутися за консультацією до офтальмолога щодо оцінки ймовірних чинників, які можуть включати катаракту, глаукому, зрідка - такі захворювання, як центральна серозна хоріоретинопатія (ЦСХРП), про які повідомлялося після застосування системних кортикостероїдів та кортикостероїдів для місцевого застосування.

Феохромоцитомний криз

Після застосування системних кортикостероїдів повідомлялося про феохромоцитомний криз, який може бути летальним. Кортикостероїди слід призначати лише пацієнтам з підозрою або ідентифікованою феохромоцитомою після відповідної оцінки співвідношення ризик/користь.

Кортикостероїди можуть підвищувати або знижувати рухливість та кількість сперматозоїдів. Діабет може загостритися, що зробить необхідним підвищення дозування інсуліну. Можуть бути причиною появи латентного цукрового діабету.

У жінок можуть спостерігатися порушення менструального циклу, про що пацієнтка необхідно повідомляти.

У пацієнтів, які приймали кортикостероїди, зрідка спостерігалися анафілактоїдні реакції, зокрема у таких, що мають алергічні реакції на лікарські засоби в анамнезі.

Разом із кортикостероїдами слід з обережністю одночасно приймати аспірин пацієнтам із гіпопротромбінемією.

Синдром відміни. Надто швидке припинення прийому кортикостероїдів може спричинити вторинну адренкортикальну недостатність, яку можна мінімізувати поступовим зниженням дозування. Пов'язана недостатність такого типу може утримуватися впродовж місяців після припинення терапії, тому у будь-якій стресовій ситуації, що виникає в цей період, слід відновити терапію кортикостероїдами. Якщо пацієнт вже приймає стероїди, їх дозування повинно бути підвищеним. Оскільки секреція мінералокортикоїду може погіршуватися, слід одночасно застосовувати сіль та/або мінералокортикоїд (див. розділ «Взаємодія з іншими лікарськими засобами та інші види взаємодій»).

Припинення застосування кортикостероїдів після тривалої терапії може спричинити прояви симптомів синдрому відміни, що включають гарячку, міалгію, артралгію та нездужання. Пацієнтам, які приймали системні кортикостероїди в дозах, більших за фізіологічні (приблизно 30 мг гідрокортизону), довше 3 тижнів, не слід раптово припиняти застосування лікарського засобу. Яким чином знижувати дозування, значною мірою залежить від полегшення симптомів захворювання зі зниженням дози системних кортикостероїдів. Під час припинення застосування лікарського засобу може знадобитися клінічна оцінка активності захворювання. Якщо рецидив захворювання малоймовірний з припиненням прийому системних кортикостероїдів, але спостерігається невизначеність щодо гіпоталамно-гіпофізарної адреналової (НРА) супресії, дозу системного кортикостероїду можна швидко зменшити до фізіологічних доз. Як тільки доза досягне 30 мг гідрокортизону на добу, зниження дози слід сповільнити, щоб відновилася гіпоталамно-гіпофізарна адреналова (НРА) вісь.

Раптове припинення застосування терапії системним кортикостероїдом, що тривала до 3 тижнів, прийнятне, якщо рецидив захворювання вважається малоймовірним. Раптове припинення застосування лікарського засобу в дозі до 160 мг гідрокортизону впродовж 3 тижнів малоймовірно призведе до клінічно пов'язаної гіпоталамно-гіпофізарної адреналової (НРА) супресії у більшості пацієнтів. У групах пацієнтів, зазначених далі, на поступове припинення терапії системного кортикостероїду слід зважати навіть після курсів, які тривають 3 тижні або менше:

- пацієнти, які приймають курс системних кортикостероїдів повторно, зокрема, якщо курс триває понад 3 тижні;
- якщо призначено короткий курс терапії впродовж 1 року після відміни тривалого курсу терапії (впродовж місяців або років);
- пацієнти, у яких адренкортикальна недостатність має інші чинники, ніж екзогенна терапія кортикостероїдами;
- пацієнти, які приймають системний кортикостероїд у дозі понад 160 мг гідрокортизону;
- пацієнти, які повторно приймають дозу ввечері.

Пацієнтам із рідкісними спадковими проблемами переносимості галактози, загальною лактазною недостатністю або порушенням всмоктуванням глюкози та галактози не слід приймати цей лікарський засіб.

Застосування у період вагітності або годування груддю.

Здатність кортикостероїдів перетинати плацентарний бар'єр різна у кожного окремого лікарського засобу, однак гідрокортизон легко перетинає плаценту.

Застосування кортикостероїдів у вагітних тварин може спричиняти розвиток патологій плода, включаючи вовчу щелепу, внутрішньоутробну затримку росту та вплив на ріст та розвиток мозку. Свідчень того, що кортикостероїди призводять до підвищення частоти виникнення спадкових патологій, таких як розщеплення твердого піднебіння/губи у людини, немає. Однак при тривалому або повторному застосуванні кортикостероїдів тривалий час або повторно під час вагітності може підвищуватися ризик затримки внутрішньоутробного росту. Слід ретельно спостерігати за вагітними пацієнтками, якщо у них розвивається затримка виведення рідини або прееклампсія. Теоретично, у новонароджених може спостерігатися гіпофункція надниркових залоз після застосування кортикостероїдів у пренатальний період, але зазвичай вона минає спонтанно після народження і зрідка має клінічну значущість. Як і решту лікарських засобів, кортикостероїди слід призначати матерям і дітям тільки у випадку, коли користь переважає ризики. Однак, якщо застосування кортикостероїдів необхідне, пацієнтки з нормальним перебігом вагітності можуть приймати їх так само, як і невагітні пацієнтки. Кортикостероїди екстрагуються у грудне молоко, однак відомості щодо гідрокортизону відсутні. У немовлят, матері яких приймають системні кортикостероїди у високих дозах тривалий час у високих дозах, може спостерігатися певне пригнічення функції надниркових залоз. Матерям, які приймають кортикостероїди у фармакологічних дозах, слід порадити припинити грудне вигодовування. Для сприяння подальшому спостереженню, про лікування матері необхідно ретельно документувати дані у медичних записах немовлят.

Здатність впливати на швидкість реакції при керуванні автотранспортом або іншими механізмами.

Гідрокортизон має незначний вплив на швидкість реакції при керуванні автотранспортом або іншими механізмами.

Гідрокортизон може спричиняти втомлюваність, запаморочення, випадіння поля зору, атрофію м'язів та слабкість. Якщо пацієнт відчуває таке погіршення, йому слід утриматися від керування автотранспортом або роботи з іншими механізмами (див. розділ «Побічні реакції»).

Спосіб застосування та дози.

Спосіб застосування

Для орального застосування.

Дозування

Дозування необхідно підбирати індивідуально відповідно до реакції пацієнта на лікування. Слід застосовувати найменше можливе дозування. Дози мають бути кратними 10 (наприклад, 10 мг, 20 мг, 30 мг і т. д.).

Побічні реакції можуть бути зведені до мінімуму, використовуючи найнижчу ефективну дозу протягом мінімального періоду та вводячи добову потребу у вигляді одноразової ранкової дози або, коли це можливо, у вигляді однієї ранкової дози через день. Необхідний частий нагляд за пацієнтом для титрування дози на фоні активності захворювання.

Для уникнення гіпоадrenalізму та/або рецидиву основного захворювання може бути необхідним поступове припинення застосування лікарського засобу (див. розділ «Особливості застосування»).

Замісна терапія

При хронічній адренкортикальній недостатності зазвичай рекомендується дозування від 20 до 30 мг на день, іноді разом з 4-6 г натрію хлориду або 50-300 мкг флудрокортизону щодня.

Якщо показана невідкладна допомога, врятувати життя може один із розчинних препаратів гормону кори надниркових залоз (наприклад, фосфат дексаметазону натрію),

який може бути ефективним впродовж кількох хвилин після парентерального застосування.

Пацієнти літнього віку

Лікування літніх пацієнтів, зокрема довготривале, слід планувати, враховуючи більш серйозні наслідки частих побічних реакцій кортикостероїдів у похилому віці, особливо остеопорозу, діабету, артеріальної гіпертензії, чутливості до інфекцій та потоншення шкіри.

Пацієнтам, які потребують замісної терапії, добову дозу слід давати, коли це можливо, у двох дозах. Перша доза вранці повинна бути більшою, ніж друга доза ввечері, тим самим імітуючи нормальний добовий ритм секреції кортизолу.

Застосування перед хірургічним втручанням

Анестезіолог має бути поінформованим про застосування пацієнтом кортикостероїдів або застосування кортикостероїдів раніше.

Коли довготривале лікування має бути припинене, дозування слід поступово зменшувати впродовж тижнів або місяців залежно від дози та тривалості терапії (див. розділ «Особливості застосування»).

Діти.

Замісна терапія

При хронічній недостатності кори надниркових залоз дозування має становити приблизно від 0,4 до 0,8 мг/кг/добу, розділена на 2–3 прийоми, з урахуванням потреб окремої дитини.

Застосування лікарського засобу при серйозних травмах або захворюванні у пацієнтів із відомою адренкортикальною недостатністю або сумнівним резервом надниркових залоз

Загалом дози вищі за такі, що застосовуються при хронічній недостатності кори надниркових залоз, і їх необхідно обирати відповідно до клінічної ситуації.

Пацієнти мають знаходитися під ретельним наглядом щодо ознак, які потребують коригування дози, включаючи зміни клінічного статусу в результаті ремісії або загострення захворювання, індивідуальну чутливість до лікарського засобу та дію стресу (наприклад, хірургічне втручання, інфекція, травма). Під час стресу може бути необхідним тимчасове підвищення дозування.

Кортикостероїди спричиняють затримку росту у немовлят, дітей та підлітків. Лікування має обмежуватися мінімальною дозою щоб мінімізувати пригнічення гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової осі та затримку росту. Слід ретельно контролювати ріст та розвиток у немовлят та дітей при застосуванні тривалої терапії кортикостероїдами.

Передозування.

Про гостру токсичність та/або летальний наслідок після передозування глюкокортикоїдами повідомлялося рідко. Антидоту не існує.

Симптоми

Передозування може викликати нудоту і блювання, затримку натрію і води, гіперглікемію, іноді – шлунково-кишкову кровотечу.

Лікування

Лікування реакцій, які виникли через хронічне отруєння не показане, за винятком випадків наявності у пацієнтів стану, який робить їх надзвичайно уразливими до побічних реакцій кортикостероїдів. У цьому випадку слід розпочати симптоматичне лікування, за необхідності можна застосувати циметидин (200-400 мг шляхом повільної внутрішньовенної ін'єкції кожні 6 годин) або ранітидин (50 мг шляхом повільної внутрішньовенної ін'єкції кожні 6 годин) для попередження шлунково-кишкової кровотечі.

Анафілактичні реакції та реакції підвищеної чутливості можна лікувати за допомогою адреналіну, штучної респірації з позитивним тиском та арнінофіліну. Пацієнту необхідно забезпечити тепло і спокій.

Біологічний період напіввиведення гідрокортизону становить приблизно 100 хвилин.

Побічні реакції.

Частота передбачуваних побічних реакцій, зокрема пригнічення гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової осі, корелюється з відотною активністю лікарського засобу, дозуванням, часом застосування і тривалістю лікування (див. розділ «Особливості застосування»). Наступні побічні реакції можуть пов'язуватися з довготривалим системним застосуванням кортикостероїдів з такою частотою:

Частота невідома (не можливо оцінити, виходячи з наявних даних)

Клас систем органів	Частота	Побічні реакції
Інфекції та інвазії	Частота невідома	Інфекція*
З боку крові та лімфатичної системи	Частота невідома	Лейкоцитоз
З боку імунної системи	Частота невідома	Повідомлялося про підвищену чутливість, зокрема анафілаксію
З боку ендокринної системи	Частота невідома	Збільшення або зменшення рухливості та кількості сперматозоїдів, нерегулярні менструації, аменорея, розвиток кушингоїдного синдрому, вторинна надниркова та гіпофізарна несприйнятливність (зокрема під час стресу, такого як травма, хірургічне втручання або захворювання), зниження толерантності до вуглеводів, прояви латентного цукрового діабету, гіперглікемія, підвищена потреба в інсуліні або в пероральних антидіабетичних засобах при діабеті, гірсутизм
Порушення метаболізму та харчування	Частота невідома	Затримка натрію, затримка рідини, гіпокаліємія, гіпокаліємічний алкалоз, підвищене виведення кальцію, негативний баланс азоту через катаболізм білків, підвищений апетит
З боку психіки	Частота невідома	Психічні порушення, психологічна залежність, депресія, безсоння. Широка низка психіатричних реакцій, зокрема афективні розлади (такі як дратівливість, ейфорія, депресія та зміни настрою, суїцидальні думки), психотичні реакції (манія, марення, галюцинації та посилення шизофренії), посилення епілепсії, розлади поведінки, дратівливість, тривожність, порушення сну та когнітивна дисфункція, зокрема сплутаність та амнезія**. Реакції є частими і виникають як у дорослих, так і у дітей. У дорослих частоту серйозних реакцій оцінюють у розмірі 5-6 %
З боку нервової системи	Частота невідома	Судоми, підвищений внутрішньочерепний тиск із набряком диска зорового нерва (псевдопухлина мозку) зазвичай після лікування, вертиго, головний біль, погане самопочуття
З боку органів зору	Частота невідома	Задня субкапсулярна катаракта, підвищений внутрішньоочний тиск, набряк диска

		зорового нерва, потоншення рогівки або склери, загострення очного вірусного або грибкового захворювання, глаукома, екзофтальм, помутніння зору (див. також розділ «Особливості застосування»)
З боку серця	Частота невідома	Розрив міокарда після інфаркту міокарда (див. розділ «Особливості застосування»), застійна серцева недостатність в уразливих пацієнтів
З боку судин	Частота невідома	Тромбоемболія, гіпертензія, гіпертрофічна кардіоміопатія у недоношених дітей
Респіраторні, торакальні та медіастинальні порушення	Частота невідома	Гикавка
З боку шлунково-кишкового тракту	Частота невідома	Виразка шлунка і дванадцятипалої кишки з можливою перфорацією і кровотечею, прорив тонкого і товстого кишечника, особливо у пацієнтів із запальним захворюванням кишечника, панкреатит, здуття живота, виразковий езофагіт, диспепсія, кандидоз стравоходу, нудота
З боку шкіри та підшкірної тканини	Частота невідома	Погіршене загоєння ран, тонка ламка шкіра, петехії та екхімози, еритема, розтяжки, акне, підвищене потовиділення, може бути пригнічення реакцій на шкірні проби, інші шкірні реакції, такі як алергічний дерматит, кропив'янка, ангіоневротичний набряк
З боку м'язово-скелетної системи та сполучних тканин	Частота невідома	М'язова слабкість, стероїдна міопатія, втрата м'язової маси, остеопороз (особливо у жінок після менопаузи), компресійні переломи хребців, асептичний некроз голівки плечової та стегнової кістки, патологічний перелом довгих кісток, аваскулярний остеонекроз, розрив сухожиль
Дослідження	Частота невідома	Збільшення маси тіла

* Підвищена чутливість і тяжкість інфекцій із пригніченням клінічних симптомів і ознак, опортуністичні інфекції та рецидив прихованого туберкульозу (див. розділ «Особливості застосування»).

** Реакції є частими і можуть виникати у дорослих і дітей. У дорослих частоту тяжких реакцій оцінюють у розмірі 5-6 %. При відміні кортикостероїдів повідомлялось про психологічні ефекти.

Педіатрична популяція

Пригнічення росту у немовлят, дітей і підлітків, підвищений внутрішньочерепний тиск із набряком диска зорового нерва у дітей (псевдопухлина мозку), зазвичай після відміни лікування.

Симптоми відміни:

Занадто швидке зменшення дози кортикостероїду після тривалого лікування може призводити до гострої ниркової недостатності, гіпотензії і летального наслідку (див. розділ «Особливості застосування»). Може також виникати синдром відміни, зокрема висока температура, міалгія, артралгія, риніт, кон'юнктивіт, болючі вузли на шкірі зі свербіжем, втрата маси тіла.

Повідомлення про підозрювані побічні реакції

Повідомлення про підозрювані побічні реакції у період постмаркетингового спостереження є дуже важливими. Це дає можливість здійснювати контроль співвідношення користь/ризик для лікарських засобів. Медичні працівники повинні повідомляти про будь-які підозрювані побічні реакції.

Термін придатності. 5 років.

Умови зберігання.

Зберігати при температурі не вище 30 °C. Зберігати у недоступному для дітей місці.

Упаковка.

По 10 таблеток у блістері; по 6 або по 18 блістерів у пачці.

Категорія відпуску. За рецептом.

Виробник.

мібе ГмбХ Арцнайміттель.

Місцезнаходження виробника та адреса місця провадження його діяльності.

Мюнхенерштрассе 15, Брена, Саксонія-Анхальт, 06796, Німеччина.

Дата останнього перегляду. 16.05.2022