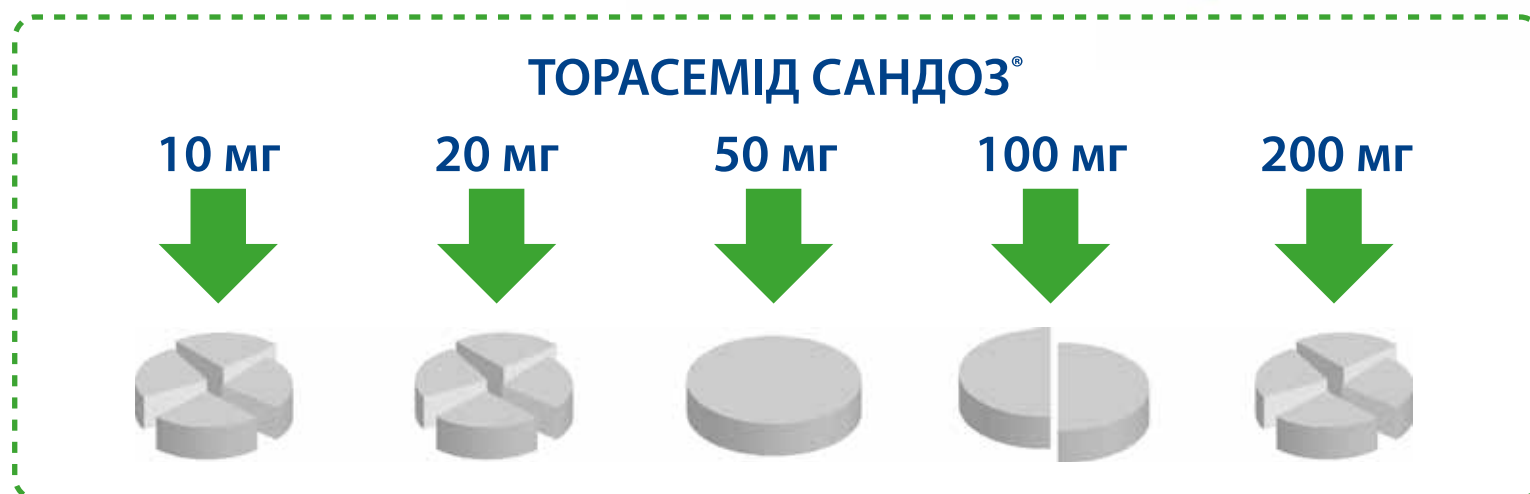


ТОРАСЕМІД САНДОЗ®

потужне зменшення задишки та набряків для будь-якого пацієнта з ХСН з унікальним набором доз від 10 до 200 мг^{3,4,5,6}



- ✓ ЗНИЖУЄ АКТИВНІСТЬ РААС¹
- ✓ СИСТЕМНА БІОДОСТУПНІСТЬ 80 – 90%¹
- ✓ МІНІМАЛЬНА КАЛІЙУРЕТИЧНА ДІЯ²
- ✓ ПІДСИЛЮЄ ДІЮ ІНШИХ АНТИГІПЕРТЕНЗИВНИХ ЗАСОБІВ¹
- ✓ ТРИВАЛА ДІЯ, 1 ТАБЛЕТКА НА ДОБУ¹

1. Згідно з інструкцією для медичного застосування лікарського засобу Торасемід Сандоз®.

2. Brater DC, Leinfelder J, Anderson SA. Clinical pharmacology of torasemide, a new loop diuretic. Clin Pharmacol Ther 1987; 42: 187-92. Мається на увазі: Мінімальна калійуретична дія торасеміда в порівнянні з фуросемідом.

3. "Переваги петльового діуретика торасеміду в лікуванні артеріальної гіпертензії" О.М Барна, Я.В. Корост. Ліки України №1(207)/ 2017 стр 11-15.

4. Під унікальним мається на увазі єдині на ринку України форми торасеміда 20 мг, 50 мг, 100 мг та 200 мг, доступні для роздрібного продажу, яких немає у інших виробників (Morion Data) на 02.2021.

5. Під "потужне зменшення задишки і набряків" мається на увазі при порівняння торасеміду та фуросеміду в дослідженні M.D. Murray, M.M. Deer, J.A. Ferguson, P.R. Dexter, S.J. Bennett, S.M. Perkins, F.E. Smith, K.A. Lane, L.D. Adams, W.M. Tierney,

D.C. Brater, Open-label randomized trial of torsemide compared with furosemide therapy for patients with heart failure, Am. J. Med. 111 (2001) 513-520

6. Під "будь-який пацієнт з ХСН" мається на увазі можливості широкої лінійки Торасемід Сандоз® для пацієнтів з різним ступенем важкості проявів ХСН.

Коротка інструкція для медичного застосування лікарського засобу Торасемід Сандоз®

Діюча речовина: 1 таблетка містить торасеміду безводного 2,5 мг або 5 мг, або 10 мг, або 20 мг, або 50 мг, або 100 мг, або 200 мг. **Лікарська форма.** Таблетки. **Фармакотерапевтична група.** Код АТХ С03С А04. **Показання.** Таблетки по 2,5 мг або 5 мг – артеріальна гіпертензія. Таблетки по 5 мг або 10 мг, або 20 мг – набряки, спричинені серцевою недостатністю. Таблетки по 50 мг або 100 мг, або 200 мг – набряки, підвищений артеріальний тиск при тяжкій нирковій недостатності (кліренс креатиніну менше 20 мл/хв) при наявності будь-якого залишкового діурезу (більше 200 мл за 24 години), у тому числі у хворих, які знаходяться на гемодіалізі. Торасемід Сандоз®, РП UA/9619/01/03, UA/9619/01/04, UA/9619/01/05, UA/9619/01/06, UA/9619/01/07.

Лікарські засоби мають протипоказання та можуть викликати побічні реакції. Для більш детальної інформації дивіться інструкцію для медичного застосування лікарського засобу. Перед застосуванням лікарського засобу необхідно проконсультуватись з лікарем та обов'язково ознайомитися з інструкцією для медичного застосування. Ви можете повідомити про побічні реакції та/або відсутність ефективності лікарського засобу представника заявника за телефоном, електронною адресою або за допомогою сайту: +380 (44) 389 39 30, (вартість дзвінків згідно з тарифами вашого оператора зв'язку), drugs_safety.ukraine@novartis.com, www.sandoz.ua. ТОВ "Сандоз Україна" м. Київ, пр. С. Бандери, 28-А (літ. Г). Інформація для спеціалістів сфери охорони здоров'я. 3-01-TOP-PEЦ-0221

Амбулаторне ведення пацієнта із хронічною серцевою недостатністю зі схильністю до затримки рідини та нирковою дисфункцією

В організмі пацієнта, що страждає на серцево-судинне захворювання, паралельно існує й інший патологічний континуум, який характеризується поступовою зміною функції нирок. Особи із хронічною серцевою недостатністю (ХСН) та нирковою дисфункцією вважаються важкими хворими. Стратегію і тактику амбулаторного ведення таких пацієнтів на прикладі клінічного випадку розглянули під час майстер-класу в онлайн-форматі, що відбувся у березні 2021 року, Леонід Георгійович Воронков (Л.В.), д. мед. н., професор, завідувач відділу серцевої недостатності, Наталія Альбертівна Ткач (Н.Т.), к. мед. н., старша наукова співробітниця відділу серцевої недостатності (ННЦ «Інститут кардіології імені академіка М.Д. Стражеска» НАМН України), та Дмитро Дмитрович Іванов (Д.І.), д. мед. н., професор, завідувач кафедри нефрології Національного університету охорони здоров'я імені П.Л. Шупика.

Клінічний випадок

Пацієнт Б.К., 63 роки.

Н.Т.: Хворий поступив до стаціонара з діагнозом: гіпертонічна хвороба III ст., 3-го ст., ризик дуже високий. Гіпертензивне серце, ішемічна хвороба серця, кардіосклероз, повна блокада лівої ніжки пучка Гіса, СН ІІБ ст. зі зниженою фракцією викиду (ФВ) лівого шлуночка (ЛШ), III-IV функціонального класу (ФК) за критеріями Нью-Йоркської асоціації серця (NYHA), хронічна хвороба нирок (ХХН) III ст.

Анамнез. На гіпертонічну хворобу страждає понад 15 років: максимальний артеріальний тиск (АТ) – 205/120 мм рт. ст., протягом останніх 1-2 років АТ переважно у межах норми, ліки приймав нерегулярно.

На момент поступлення приймає: 40 мг фуросеміду 2-3 р/тижд, 2,5 мг/добу бісопрололу, 5 мг/добу еналаприлу періодично, 75 мг/добу ацетилсаліцилової кислоти (АСК), аспаркам (із фуросемідом).

При огляді. Мають місце ортопноє, АТ – 110/70 мм рт. ст., частота серцевих скорочень (ЧСС) – 76 уд./хв. Тони серця приглушені, ритмічні, систолічний шум із максимумом у точці Боткіна, над верхівкою, акцент II тону над *a. pulmonalis*. У легенях: дихання ослаблене в нижніх відділах з обох сторін, частота дихальних рухів (ЧДР) – 20-22/хв. Виразні набряки нижніх кінцівок до колін. Печінка +6 см.

Обстеження. ЕКГ: ритм синусовий, регулярний. Графіка повної блокади лівої ніжки пучка Гіса. ЧСС – 80 уд./хв. ЕхоКГ: ліве передсердя – 4,5 см, кінцево-діастолічний об'єм – 193 мл, товщина задньої стінки ЛШ – 1,3 см, товщина міжшлуночкової перегородки – 1,2-1,3 см, ФВ – 30%, легенева гіпертензія – 45 мм рт. ст., індекс маси міокарда ЛШ – 130 г/м², праве передсердя – 4,3 см, правий шлуночок – 4,7 см із товщиною стінок 0,5 см, мітральна недостатність II ст., трикуспідальна – II ст. Дифузний гіпокінез.

Лабораторна оцінка. Гемоглобін – 144 г/л, калій – 4,6 ммоль/л, натрій – 140 ммоль/л, білірубін – 26 мкмоль/л, креатинін – 140 мкмоль/л, розрахункова швидкість клубочкової фільтрації (рШКФ) – 47 мл/хв/1,73 м², аланінамінотрансфераза – 47 Од/л, аспартатамінотрансфераза – 38 Од/л, глюкоза – 5,2 ммоль/л, холестерин – 5,3 ммоль/л.

Лікування у стаціонарі. Призначено 80-160 мг/добу фуросеміду *per os* та внутрішньовенно (в/в), 50-75 мг/добу спіронолактону, поляризувальну суміш, 2,5 мг/добу бісопрололу, 40 мг/добу еноксапарину впродовж 7 днів, потім 75 мг АСК, 20 мг аторвастатину. Протягом терапії пацієнт втратив 7 кг.

Лікування амбулаторно. Рекомендоване постійне приймання 10 мг/добу торасеміду щоденно, під контролем маси тіла, 25 мг еплеренону за можливості збільшення дози до 50 мг під контролем калію та креатиніну крові, 2,5 мг/добу бісопрололу за можливості титрування дози, 2,5 мг/добу раміприлу ввечері за можливості титрування дози, 75 мг АСК, 20 мг аторвастатину після вечері. Рекомендований огляд через 2 тижні.

Чому в межах лікування відбулася заміна фуросеміду на торасемід?

Незважаючи на належність до класу петльових діуретиків та однаковий механізм дії, оснований на натрійурезі, для торасеміду характерні значно менш виражені електролітні зміни, а також притаманна висока біодоступність – 90-95% (у фуросеміді – 10-90%, в середньому – 50%), при цьому відсутній зв'язок із прийманням їжі. Потенціал торасеміду як при використанні пероральної форми,

так і при в/в введенні є однаковим, чого не можна сказати про фуросемід. Також на амбулаторному етапі важливим є тривалий період дії – 12-24 год (у фуросеміді – 6-8 год). Нарешті, принциповим аспектом у пацієнтів із нирковою недостатністю є шлях виведення: подвійний у торасеміді (печінка – 70-80%, нирки – 20-30%) та лише за допомогою нирок у фуросеміді.

Досить часто при застосуванні петльових діуретиків додатково призначають препарати калію. Водночас у дослідженнях встановлено, що приймання торасеміду не призводило до значного зниження рівня калію у плазмі протягом усього періоду спостереження на відміну від фуросеміду (Cosin et al., 2002).

Л.В.: Перевагу слід надавати торасеміді, оскільки на тлі його тривалого використання ризик виникнення епізодів декомпенсації є нижчим порівняно з фуросемідом.

За даними метааналізу щодо ефективності підтримувальної діуретичної терапії при ХСН, існує вдвічі менша ймовірність госпіталізації з приводу декомпенсації останньої при застосуванні торасеміду порівняно з фуросемідом (Miles et al., 2019). При цьому кожна наступна госпіталізація знижує шанси на виживання у пацієнтів із ХСН (Setoguchi et al., 2007). Також у класичному дослідженні TORIC встановлено, що на тлі тривалого лікування торасемідом ризик смерті є суттєво нижчим порівняно з фуросемідом (Cosin et al., 2002).

Фармакотерапія пацієнта із ХСН зі зниженою ФВ ЛШ (<40%) передбачає обов'язкове (за виключенням випадків протипоказань) застосування трьох нейрогуморальних антагоністів – інгібітора РААС (інгібітора ангіотензинперетворювального ферменту (іАПФ) або сартану, або краще сакубітрілу/валсартану), β-блокатора (ББ) та антагоніста мінералокортикоїдних рецепторів (АМР). Разом із тим, 80-90% таких пацієнтів потребують підтримувальної діуретичної терапії на базі перорального петльового діуретика. В окремих категоріях пацієнтів за відповідними показаннями можна застосовувати івабрадин та дигоксин.

У поточному клінічному випадку хворий приймає стартову дозу іАПФ раміприлу 2,5 мг/добу, цільова – 10 мг/добу (пацієнта не було переведено на сакубітріл/валсартан з економічних причин); 2,5 мг/добу ББ бісопрололу (цільова доза – 10 мг), 25 мг АМР еплеренону (цільова доза – 50 мг/добу, контроль калію) та петльовий діуретик торасемід.

Які завдання важливо виконати під час першого візиту?

Фундаментальна мета першого візиту полягає у запобіганні безперервної профілактики рецидиву декомпенсації кровообігу та відповідної вимушеної госпіталізації. Кожна наступна декомпенсація посилює ушкодження міокарда та нирок у пацієнтів із ХСН, тому за можливості потрібно знівелювати її ризик.

Для досягнення цієї мети виконують наступні завдання:

- клінічний огляд, вимірювання АТ, ЕКГ;
- визначити, чи не з'явилися знову ознаки затримки рідини: чи правильно підбрано дозу діуретика, та чи дотримується пацієнт призначених рекомендацій;
- оцінити можливість титрувати вгору дозу іАПФ або ББ.

Перший амбулаторний прийом після виписки.

При огляді. Помірна задишка при ходьбі у звичайному темпі, +0,5 кг маси тіла, АТ – 110/70 мм рт. ст., на ЕКГ синусовий ритм із частотою 76 уд./хв, графіка без змін.



Л.Г. Воронков



Н.А. Ткач



Д.Д. Іванов

Лікування. Рекомендовано приймати 10 г/добу торасеміду, збільшити дозу бісопрололу до 3,75 мг/добу; іАПФ та АМР – продовжити у попередніх дозах, регулярне зважування вдома вранці, обмеження солі у раціоні. Наступний візит через 1 місяць із наданням даних регулярного зважування і результатів аналізу калію та креатиніну крові.

Н.Т.: Пацієнт з'явився на огляд через 2 місяці. Задишка при помірних фізичних навантаженнях. АТ – 115/70 мм рт. ст., ЧСС – 66 уд./хв, тони серця приглушені, ритмічні, систолічний шум з максимумом у точці Боткіна, над верхівкою, акцент II тону на *a. pulmonalis*. У легенях: дихання везикулярне, ЧДР – 16/хв, пастозність гомілок, печінка +3-4 см, збільшення маси тіла на 2,5 кг, рШКФ – 40 мл/хв/1,73 м², калій – 4,6 ммоль/л.

Підтримувальна діуретична терапія торасемідом при ХСН

Л.В.: Пацієнт не потребує госпіталізації, оскільки цілком можливо скорегувати його стан амбулаторно. Водночас важливо, чи приймав він (навіть епізодично) нестероїдні протизапальні препарати, наприклад диклофенак, німесулід, ібупрофен та інші засоби, зокрема коксиби.

Дозу ББ не можна збільшувати через затримку рідини, тоді як АМР до цільової (50 мг) – цілком, оскільки калій у нормі, а рШКФ >30 мл/хв/1,73 м². Доцільним є підвищення дозування раміприлу до 2,5 мг вранці та 2,5 мг увечері, а також торасеміду для подолання декомпенсації та запобігання госпіталізації. Стартова доза торасеміду в більшості хворих становить 10 мг/добу. За ознак стійкої еуволемії терапію продовжують у незмінній дозі.

Якщо з'являються ознаки гіперволемії, можна перейти на щоденне амбулаторне приймання торасеміду в дозі 20 мг. При цьому слід зазначити, що початкову дозу торасеміду 20 мг/добу застосовують у пацієнтів із ХСН III-IV ФК за NYHA, а також в осіб, які у стаціонарі потребували в/в використання діуретика у високих дозах. У разі стійкої еуволемії слід продовжувати приймати торасемід у дозі 20 мг/добу (згодом можна розглянути перехід на 10 мг). Натомість при ознаках гіперволемії призначають комбінування на постійній основі з тiazидним діуретиком, а якщо гіперволемія зберігається – госпіталізують для в/в діуретичної терапії.

Початок на попередній стор.

Скореговане лікування. Призначено 3,75 мг/добу бісопрололу, 2,5 мг раміприлу двічі на добу, 50 мг/л р еплеренону, 20 мг/добу торасеміду. Рекомендовано посилити контроль водно-сольового режиму. Наступний візит – через 1 місяць (із аналізом калію та креатиніном крові) при бажаному щотижневому телефонному контакті.

Н.Т.: Пацієнт прийшов на консультацію через 9 місяців. Пояснив, що 6 місяців почувався добре, але потім посилювалася задишка, виникли набряки на нижніх кінцівках попри дотримання водно-сольового режиму. Нестероїдні протизапальні препарати не використовував. Майже постійно приймав діуретик, нерегулярно – статини.

Об'єктивно. АТ – 106/60 мм рт. ст., ЧСС – 72 уд./хв, тони серця приглушені, ритмічні, систолічний шум із максимумом у точці Боткіна, над верхівкою, акцент II тону над *a. pulmonalis*. Дихання везикулярне, ЧДВ – 18/хв, набряки на нижніх кінцівках до верхньої треті гомілок, печінка +5 см, маса тіла збільшилася на 5 кг, рШКФ – 26 мл/хв/1,73 м², калій – 5,2 ммоль/л.

Л.В.: У пацієнта діагностовано перехід ХХН у IV ст., що потребує зміни тактики лікування та спостереження не тільки кардіологом, але й нефрологом. При цьому рішення про госпіталізацію слід приймати після спроби у стислі терміни скорегувати діуретичну терапію амбулаторно.

Оскільки є затримка рідини, дозування ББ збільшувати не потрібно, натомість дозу іАПФ та АМР необхідно зменшити вдвічі, оскільки рШКФ знизилася (<30 мл/хв/1,73 м²).

Також варто обмежити споживання рідини – не більш ніж 1200 мл за добу (разом із рідкою їжею) та вимірювати баланс «випито/виділено» для подолання декомпенсації.

Діуретичну терапію можна корегувати шляхом додавання тiazидного/тіазидоподібного діуретика або застосування стратегії приймання високих доз перорального торасеміду. Слід зазначити, що **Торасемід Сандоз** має додаткову зручність – унікальний набір дозувань (10, 20, 50, 100, 200 мг), який дозволяє у гнучкому режимі корегувати лікування.

Консультація нефролога

Д.І.: Стратегія приймання високих доз торасеміду передбачає визначення рівня натрійуретичного пептиду: високі

показники дозволять застосовувати торасемід постійно із титруванням дози до 200 мг/добу. Доцільно замінити раміприл на сакубітрил/валсартан або відмінити інгібітори ренін-ангіотензин-альдостеронової системи (РААС), а також розглянути можливість призначення інгібіторів натрійзалежного котранспортеру глюкози 2-го типу.

Зазначена стратегія здатна відтермінувати перехід ХХН у V ст. і має бути тривалою до збереження діуретичного ефекту; після його втрати слід розглянути можливість заміни торасеміду на фуросемід (при рШКФ 15-20 мл/хв/1,73 м²). Варто зауважити, що сьогодні нефрологи майже не призначають фуросемід через підвищену смертність унаслідок збільшення об'єму циркулюючої крові за рахунок виразного діурезу. Натомість найчастіше використовують торасемід, який є дуже «м'яким», довше діє та сприяє збільшенню вмісту натрію.

Відміна інгібіторів РААС дещо підвищує рівень систолічного АТ і рШКФ та, відповідно, збільшить додіалізний час до 3-6 місяців, якщо рШКФ не відновиться. Але може зрости ризик серцево-судинних подій, тож це питання потрібно вирішувати разом із кардіологом. Також варто розглянути необхідність призначення калієвих біндерів – препаратів, що зв'язують калій у кишечнику (для осіб із гіперкаліємією).

Торасемід у дозі 200 мг можна застосовувати амбулаторно у таких режимах: щоденно у разі збереженні діурезу або 2 дні – приймання, 2 дні – перерва при діурезі менш ніж 1-1,2 л. При цьому важливою є фізична активність.

Н.Т.: Через 6 місяців постійного спостереження пацієнт нарешті демонструє комплаєнс та зберігає субеволемічний стан (печінка +2 см, пастозність гомілок).

Об'єктивно. АТ – 104/66 мм рт. ст., ЧСС – 70 уд./хв, тони серця приглушені, ритмічні, систолічний шум із максимумом у точці Боткіна, над верхівкою, акцент II тону на *a. pulmonalis*. Дихання везикулярне, ЧДР – 14-16/хв. Маса тіла стабільна. Креатинін – 200 мкм/л, рШКФ – 29 мл/хв/1,73 м², калій – 5,1 ммоль/л, ІІІ ФК за NYHA.

Обстеження. ЕХО-КГ: ФВ ЛШ – 28%.

Лікування. Постійно приймає 50-100 мг/добу торасеміду щоденно під контролем маси тіла, 25 мг еплеренону, 2,5 мг/добу раміприлу, 3,75 мг/добу бісопрололу, 75 мг АСК та 20 мг аторвастатину після вечері.

Рекомендовано моніторинг калію та креатиніну крові щомісяця, паралельне спостереження у нефролога.

Структура та режим подальшої діуретичної терапії

Д.І.: При діурезі понад 1,5 л показане щоденне приймання торасеміду в дозі 50 мг (100 мг при епізоді затримки рідини за масою тіла або імпедансометрії). Також рекомендовано щоденно застосовувати 25 мг/добу еплеренону або 12,5 мг/добу альдактону. Надалі слід щомісяця оцінювати рівень креатиніну для визначення рШКФ, а також сечовини, натрію і калію. Також необхідно перевіряти концентрацію гемоглобіну раз на 2 місяці та паратгормону щопівроку (ці показники слід надавати нефрологу щомісяця для контролю та індивідуалізації лікування).

Загалом спостереження нефролога є необхідним при рШКФ <60 мл/хв/1,73 м², оскільки це вказує на наявність ХХН, що потребує відповідної корекції. Дозу інгібіторів РААС знижують при рШКФ <45 мл/хв/1,73 м².

Контроль калію необхідний при рШКФ <45 мл/хв/1,73 м², натрію – у разі використання петльових діуретиків. Також призначають комбінацію препаратів, «дружніх» до нирок – небіволлол, карведилол, лерканидипін, моксонідин (протипоказаний при ФВ ЛШ ≤40%).

Висновки

Л.В.: Тривале амбулаторне ведення пацієнта із ХСН є цілком можливим, якщо його здійснювати за сучасними стандартами. При цьому слід враховувати індивідуальну динаміку клінічного статусу та інструментально-лабораторних даних.

Важливими складовими правильного амбулаторного ведення хворого на ХСН є:

- призначення усіх трьох нейрогуморальних антагоністів, як-то інгібітор РААС + ББ + АМР;
- контрольована підтримувальна діуретична терапія на базі петльового діуретика (насамперед торасеміду), яку корегують з урахуванням динаміки волемічного статусу пацієнта та показників азотовидільної функції нирок;
- належний комплаєнс пацієнта, у формуванні якого важливою є роль лікаря.

Підготувала **Олександра Демецька**

Інформація для спеціалістів сфери охорони здоров'я

3-01-TOP-PEЦ-0521

Анкета читателя

Заполните анкету и отправьте по адресу:

Медична газета «Здоров'я України»,
04123, м. Київ, вул. Світлицького, 35.

Укажите сведения, необходимые
для отправки тематического номера
«Кардиология, ревматология, кардиохирургия»

Фамилия, имя, отчество

Специальность, место работы

Индекс

город

село

район область

улица дом

корпус квартира

Телефон: дом

раб.

моб.

E-mail:

* Я добровольно передаю указанные в анкете персональные данные ООО «Медична газета «Здоров'я України 21 сторіччя». Также даю согласие на их использование для получения от компаний (ее связанных лиц, коммерческих партнеров) изданий, информационных материалов, рекламных предложений, а также на включение моих персональных данных в базу данных компании, неограниченное во времени хранение данных.

Подпись

Здоров'я України

Нам важно знать ваше мнение!

Понравился ли вам тематический номер

«Кардиология, ревматология, кардиохирургия»?

Назовите три лучших материала номера

1.

2.

3.

Какие темы, на ваш взгляд, можно поднять в следующих номерах?

Публикации каких авторов вам хотелось бы видеть?

Хотели бы вы стать автором статьи для тематического номера

«Кардиология, ревматология, кардиохирургия»?

На какую тему?

Является ли для вас наше издание эффективным в повышении

врачебной квалификации?