



А. В. НОВИЦЬКА, Н. В. СНИГИР

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця

Ще раз про сучасні підходи до діуретичної терапії

7–8 вересня 2018 року в Львові уперше відбувся визначний захід медичної спільноти нашої країни – Кардіофорум 2018, у якому взяли участь сім провідних європейських та чотири українських професори у галузі кардіології, нефрології та діабетології. Цей захід було проведено за підтримки Європейського товариства кардіологів та Національної асоціації з боротьби із артеріальною гіпертензією. Головна ідея форуму полягала у створенні міждисциплінарної платформи для обговорення питань оптимального ведення мультиморбідних пацієнтів із патологією серцево-судинної системи, нирок та різноманітними порушеннями метаболізму.

Одна з доповідей на цьому заході була присвячена питанням діуретичної терапії за наявності у пацієнтів хронічної серцевої недостатності. У виступі проф. Ральфа Дешенда з Експериментального та клінічного дослідницького центру госпіталю Шаріте було розглянуто актуальність проблеми серцевої недостатності в Європі та сучасні підходи до лікування застійних явищ. Застійна серцева недостатність не тільки призводить до високих показників летальності, а й визначає необхідність значних фінансових витрат на стаціонарне та амбулаторне лікування. Більше того, декомпенсація захворювання, що призводить до госпіталізації, пов'язана з 50 % збільшенням смертності після кожної госпіталізації. Серед госпіталізованих пацієнтів показник смертності сягає 60 % протягом 1 року.

Професор Ральф Дешенд визначив «три стовпи для лікування серцевої недостатності»:

1. Значне жорстке зменшення споживання натрію;
2. Досягнення цільових рівнів гемодинамічних показників під час лікування застійних явищ – середній артеріальний тиск > 60–70 мм рт. ст., центральний венозний тиск < 9 мм рт. ст, внутрішньоабдомінальний тиск < 8 мм рт. ст.;
3. Збільшення ниркової екскреції Na^+ .

Щодо останнього пункту було зазначено, що в клінічній медицині відсутні дослідження, які б доводили здатність діуретиків впливати на прогноз при ХСН. Це пов'язано з неможливістю проведення (насамперед з етичних міркувань) плацебо-контрольованих випробувань за участю таких пацієнтів. Проте без цих

препаратів неможливо навіть уявити ведення пацієнта з застійними явищами не тільки внаслідок ХСН, а й будь-якого іншого генезу. Крім того, у розпорядженні лікарів сьогодні є результати порівняльного дослідження ефективності лікування фуросемідом з торасемідом – TORIC, в якому доведена здатність торасеміду (негайної форми вивільнення – IR) на 51,5 % зменшувати загальну смертність. Здатність торасеміду сповільненої форми вивільнення (SR) знижувати смертність при ХСН не доведена. Саме тому торасемід IR посідає особливе місце в лікуванні ХСН, як препарат, що усуває не тільки клінічні прояви застійної серцевої недостатності, а й має доведений позитивний вплив на прогноз, як препарат, здатний значуще зменшувати прояви міокардіального фіброзу протягом 8 місяців терапії. Найімовірніше, саме завдяки цим властивостям торасемід IR майже удвічі зменшує частоту госпіталізацій, порівняно з торасемідом. Більше того, кількість днів, проведених пацієнтами у стаціонарі, зменшується в 2,8 раза.

Основним критерієм ефективності лікування петльовими діуретиками є зменшення ваги пацієнта (NB – не більше 1 кг на день під час активної діуретичної терапії в стаціонарі і не більше 0,7 кг в амбулаторних умовах). Якщо вага не зменшується або зменшується недостатньо, дозу діуретика потрібно збільшити удвічі. Треба пам'ятати, що біодоступність торасеміду наближається до 100 %, порівняно з мінливою біодоступністю фуросеміду (10–70 %). Тому доцільно спробувати перевести хворого, що отримує фуросемід, на торасемід. У пацієнтів з клінічно вираженою декомпенсацією внаслідок набряку слизової оболонки кишечника значно зменшується всмоктування лікарських засобів при парентеральному прийомі. При недостатній ефективності (а тим більше при відсутності ефекту) перорального застосування діуретиків пацієнтів переводять на парентеральне введення препаратів. Проф. Ральф Дешенд рекомендує після отримання адекватного діурезу при болюсному введенні діуретика перейти на інфузію. Рекомендована швидкість інфузії складає 10 мг фуросеміду (відповідна доза торасеміду складає 1/3 – 1/4 від дози фуросеміду) на годину. В доповіді були також розглянуті інші шляхи подолання резистентності до діуретичної терапії, такі як застосування

достатніх доз препаратів з обов'язковим урахуванням ШКФ, застосування комбінованої діуретичної терапії з тіазидом (при ШКФ >30 мл/годину) і антагоністом мінералокортикоїдних рецепторів. Особливу увагу доповідч звернув на необхідність вимірювання рівня натрію в плазмі та доцільність застосування гіпертонічного розчину хлориду натрію при виявленні гіпонатріємії. Введення гіпертонічного розчину таким пацієнтам дозволяє зменшити смертність на 44 % та на 50 % знизити ризик повторних госпіталізацій.

Узагальнюючи основні підходи до практичного застосування петльових діуретиків у повсякденній клінічній практиці проф. Ральф Дешенд ще раз акцентував увагу на наступних моментах.

- Петльові діуретики ніколи не продемонстрували здатність впливати на смертність (прогностичний ефект невідомий), при цьому вони є наріжним каменем симптоматичної терапії.
- Петльові діуретики можуть запобігти госпіталізаціям – сьогодні продовжується вивчення даного питання.
- Крім притаманної для пацієнта з ХСН ниркової недостатності, венозний застій, а не зменшення серцевого викиду, може бути первинним гемодинамічним чинником, що відповідає за перебіг патологічного процесу у хворих на серцеву недостатність.
- Торасемід кращий для лікування ХСН, ніж фуросемід: він є більш потужним діуретиком, має тривалішу дію і кращий показник біодоступності.
- Якщо зниження біодоступності лікарських засобів при гострій та декомпенсованій серцевій недостатності після переведення на торасемід залишається проблемою, рекомендовано перейти на внутрішньовенне застосування діуретиків.
- Важливу роль відіграють адекватне дозування, інтервали введення, форма застосування, комбінація з тіазидами. Усе це вимагає від лікаря-терапевта глибоких знань у галузі фармакології та серцевої недостатності
- Цілеспрямована індивідуальна терапія є найважливішим рішенням лікаря при веденні пацієнтів з тяжкою ХСН.