Сергеева В.А., Машкова М.С.
*ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России
Саратов, Россия*

doi: 10.18411/Ij2016-5-1-18

Амбулаторная терапия торасемидом у пациентов в зависимости от места жительства

С появлением в России в 2011 г. нового петлевого диуретика торасемида, показавшего явные преимущества в диуретической терапии, лучший профиль безопасности и наличие плеiotропных эффектов по сравнению со своим предшественником фуросемидом, за короткое время сделали этот препарат одним из самых часто назначаемых при ведении пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН). Кроме этого, возможность использования торасемида в малых дозах в качестве препарата для плановой терапии артериальной гипертензии (АГ) позволило включить его в арсенал эффективных антигипертензивных средств.

Цель работы: оценить амбулаторную терапию торасемидом у пациентов в зависимости от места жительства.

Материалы и методы: проведено анкетирование 100 пациентов кардиологического профиля нескольких клинических больниц г. Саратова, принимающих диуретические препараты, из которых 86% имели проявления ХСН, 100% страдали АГ, 63% - сахарным диабетом. Специально разработанная анкета содержала вопросы о различных аспектах терапии торасемидом в качестве диуретического либо антигипертензивного препарата. Статистический анализ производился с помощью пакета StatPlus 2009 Professional.

Результаты: средний возраст пациентов (75 % мужчин и 25 % женщин) в

нашем исследовании составил $64,02 \pm 1,04$ года. 33 % проживало непосредственно в г. Саратов, 42% опрошенных было из городов Саратовской области, 25 % - из сельской местности. В рамках терапии ХСН препарат принимали 79 % жителей Саратова, 59 % жителей городов области и 67 % жителей СМ. В структуре антигипертензивной терапии принимали торасемид 14 % пациентов Саратова, 26 % пациентов городов области и 33 % пациентов сельской местности. На первом этапе исследования мы оценили, насколько пациенты, имеющие показания к проведению терапии торасемидом, знакомы с этим препаратом. Самый большое число пациентов, принимавших торасемид, оказалось жителями Саратова, 85 % (из них 76% продолжают терапию торасемидом и в настоящее время, 9% - принимали, но бросили прием), пациенты городов области принимали торасемид реже – 64 % (из которых 45% - проводят терапию торасемидом и в настоящее время, 19% - отказались от приема препарата). Меньше всех знакомы с торасемидом жители села - лишь 60 % больных из сельской местности принимали когда-либо торасемид (44% - принимают по настоящее время, 16% - прекратили прием).

Рис. 1. Режим приема торасемида пациентами в зависимости от места жительства

Во всех трех группах чаще всего торасемид назначали врачи стационара (рекомендован после выписки на амбулаторный этап): 71 % - в группе жителей Саратова, 67 % - в группе из городов области и 93 % - в группе пациентов из сельской местности. Назначений торасемида врачами амбулаторного звена было меньше: 21 % участковыми терапевтами Саратова, 26 % участковыми терапевтов городов области и лишь 7 % сельских участковых терапевтов рекомендовали торасемид своим больным.

Рис. 2. Назначения торасемида врачами амбулаторного и стационарного звеньев

В отношении режима приема торасемида получено: ежедневно принимали препарат в постоянном режиме - 68% жителей Саратова, 74% жителей городов области и 53% - сельской местности; в режиме - «несколько раз в неделю» 25% - жителей Саратова, 11% - жителей городов области, 13% - жителей сельской местности; в исследовании оказалось также небольшое число пациентов, принимающих препараты торасемида в режиме «несколько раз в месяц» (4% - жителей Саратова, 4% - жителей городов области и самое большое число таких пациентов - 27% - из сельской местности). Отказались от приема торасемида 3% жителей Саратова, по 7% - городов области и жителей сельской местности.

Рис. 3. Режим терапии торасемидом у пациентов в зависимости от места жительства

Средний стаж приёма торасемида у пациентов с постоянным режимом терапии среди жителей Саратова составил $3,18 \pm 0,99$ года, у жителей городов области $1,39 \pm 0,36$ года, сельской местности – $3,01 \pm 0,86$ (достоверные различия получены между группами пациентов из городов области и сельской местности, $p < 0,05$). Пациентам были заданы вопросы о том, собираются ли они принимать торасемид в дальнейшем, если нет, то в чем причины низкой приверженности терапии. Получено, что среди жителей Саратова 14% не уверены в том, что будут продолжать лечение препаратом (среди причин возможного отказа от терапии торасемидом 25% - не считают лечение эффективным, 25% - плохо переносят терапию, 25% - по материальным причинам, 25% - препарат был отменен лечащим врачом); среди жителей городов области 37% сомневаются в дальнейшем приеме торасемида (40% - считают эффект препарата недостаточным, у 30% - препарат был отменен лечащим врачом, 20% - по материальным соображениям, у 10% – затрудняет повседневную активность); среди жителей сельской местности 33% сомневаются в продолжении приема торасемида (40% - не считают препарат эффективным, по 20% - плохо переносят, считают дорогостоящим и затрудняет повседневную активность).

Весьма примечательно, что отмена препарата лечащим врачом также была связана с тем, что лечащий врач считал этот препарат недостаточно эффективным для пациента.

Анализ причин неэффективности препарата показал, что из всех случаев приема торасемида оригинальный препарат (бритомар) получал только 1 человек, в остальных случаях это были генерические препараты разного качества. Кроме этого, дозировка препарата требует коррекции в зависимости от различных клинических ситуаций, выраженности отечного синдрома, индивидуального ответа на препарат и т.д. В нашем исследовании в большинстве случаев (68% - среди жителей Саратова, 70% – жителей городов области, 80% - у сельских жителей) препарат был назначен в стартовой дозе (10 мг) без дальнейшей коррекции и оценки лечащими врачами эффективности такой терапии.

Рис. 4. Отсутствие коррекций дозировки торасемида у пациентов в зависимости от места жительства

Выводы: в целом, терапию торасемидом нельзя назвать адекватной ни в одной группе пациентов. Среди пациентов областного центра и городов области препарат назначается чаще. Незначительное число амбулаторных назначений торасемида и частая отмена его без предварительной коррекции дозы и оценки эффективности свидетельствует о том, что врачи амбулаторного звена

недостаточно осведомлены обо всех аспектах терапии торасемидом. Недостаточная приверженность терапии торасемидом в большинстве случаев связана с некорректным подбором дозы препарата и преобладанием препаратов - генериков, возможно, не всегда высокого качества.

Литература

1. Мареев В. Ю., Агеев Ф. Т., Арутюнов Г. П. и др. Национальные рекомендации ОССН, РКО и РНМОТ по диагностике и лечению ХСН (четвертый пересмотр) // Сердечная недостаточность. 2013. № 7. С. 379–472.
2. Кобалава Ж. Д. Пути оптимизации диуретической терапии при застойной хронической сердечной недостаточности — место торасемида пролонгированного высвобождения // Кардиология. 2014. Т. 54. № 4. С. 69–78.
3. Гендлин Г. Е., Рязанцева Е. Е. Роль диуретиков в лечении хронической сердечной недостаточности // Серд. недостаточность. 2012. № 10. С. 23–28.
4. Acuna C. Update: prolonged-release torasemide // Drugs Today (Barc). – 2010.– Vol. 46 (Suppl E). – P.1–15.
5. Barbanoja M.J., Ballester M.R. et al. Comparison of repeated-dose pharmacokinetics of prolonged-release and immediate-release torasemide formulations in healthy young volunteers // Fundamental & Clinical Pharmacology. – 2009.– Vol. 23. – P. 115–125.