Диуретические ср-ва в лечении ХСН

Студент 420 леч.
Мамедов Р.Т.

Введение

Задержка жидкости в организме и формирование отёчного синдрома являются типичным и наиболее известным проявлением ХСН, начиная со 2 ФК (2А стадия).

Поэтому дегидрационная терапия представляет собой одну из важнейших составляющих успешного лечения больных ХСН.

Диуретики применяют для устранения отёчного синдрома и уменьшение клинической симптоматики у больных ХСН

1 этап

Используются активные диуретики облегчают переход жидкости из внеклеточного пространства в сосудистое русло.

Применение гемодинамически активных препаратов и особенно нейрогормональных препаратов.

Важным так же является повышение онкотического и осмотического давлении.

2 этап

Необходима доставка избыточной жидкости к почкам и обеспечение её фильтрации.

Применение препаратов, усиливающих почечную фильтрацию.

При ФП используют невысокие дозы дигоксина.

При гипотонии и синусовом ритме положительные инотропные ср-ва (допанин).

3 этап

При попадании первичной мочи в почечные канальцы должна быть блокирована реабсорбция натрия и воды, что обеспечит избыточное выделение жидкости из организма.

Алгоритм назначения диуретиков (в зависимости от тяжести ХСН)

А . 1 ФК – не лечить мочегонными (0 препаратов);
Б . 2 ФК (без клинических признаков застоя) – малые дозы торасемида (2,5–5 мг) (1 препарат);
В . 3 ФК (с признаками застоя) – петлевые (тиазидные) диуретики + спиронолактон 100–150 мг (2 препарата);
Г . 3 ФК (поддерживающее лечение) – петлевые диуретики (лучше торасемид) ежедневно в дозах, доста- точных для поддержания сбалансированного диуреза + АМКР (25–50 мг/сут .) + ИКАГ (ацетазоламид по 250 мг 3 раза в сутки в течение 3–4 дней 1 раз в 2 недели) (3 препарата);
Д . 3 ФК (декомпенсация) – петлевые диуретики (луч- ше торасемид) + тиазидные + спиронолактон в дозах 100–300 мг/сут . + ИКАГ (4 препарата);
Е . 4 ФК – петлевые диуретики (торасемид однократно или фуросемид дважды в сутки или в/в капельно в высоких дозах) + тиазидные + АМКР + ИКАГ (ацетазоламид по 250 мг 3 раза в сутки в течении 3-4 недель 1 раз в 2 недели) + при необходимости механическое удаление жидкости (5 препаратов/дейсвтия)

Препараты

Таблица 25. Показания, дозировки и продолжительность действия диуретиков при лечении больных ХСН

Препараты		Показания	Стартовая доза	Максимальная доза	Длительность действия
Тиазидные	Гидрохлортиазид	II–III ФК (СКФ>30 мл/мин)	25 мг × 1–2	200 мг/сут.	6–12 часов
	Индапамид СР	II ФК (СКФ>30 мл/мин)	1,5 мг × 1	4,5 мг/сут	36 часов
	Хлорталидон	II ФК (СКФ>30 мл/мин)	12,5 мг × 1	100 мг/сут.	24–72 часа
Петлевые	Фуросемид	II–IV ФК (СКФ>5 мл/мин)	20 мг × 1–2	600 мг/сут.	6–8 часов
	Буметанид	II–IV ФК (СКФ>5 мл/мин)	0,5 мг × 1–2	10 мг/сут.	4–6 часов
	Этакриновая к-та	II–IV ФК (СКФ>5 мл/мин)	25 мг × 1–2	200 мг/сут.	6–8 часов
	Торасемид*	I–II ФК	2,5 мг × 1	5 мг × 1	14–18 часов
	Торасемид	II–IV ФК (СКФ>5 мл/мин)	10 мг × 1	200 мг/сут.	14–18 часов
ИКАГ	Ацетазоламид	Легочно-сердечная недостаточность, апноэ сна, устойчивость к активным диуретикам (алкалоз)	250 мг × 1–3–4 дня с перерывами 10–14 дней*	750 мг/сут.	12 часов
Калий-сберегающие	Спиронолактон**	Декомпенсация ХСН	50 мг × 2	300 мг/сут.	до 72 часов
	Триамтерен***	Гипокалиемия	50 мг × 2	200 мг/сут.	8–10 часов

* – при выраженном апноэ сна ацетазоламид назначается в дозах 250–500 мг ежедневно, за 1 час до сна; ** – имеется в виду применение спиронолактона при обострении ХСН вместе с петлевыми диуретиками в качестве калийсберегающего диуретика; *** – применение неконкурентных антагонистов альдостерона должно ограничиваться лишь случаями гипокалиемии на фоне активных диуретиков при непереносимости (или невозможности использования) спиронолактона.