

Секция: Клиническая медицина

**Жангелова Шолпан Болатовна**

*профессор кафедры интернатуры и резидентуры по терапии №3  
Казахский Национальный медицинский университет им.С.Д.Асфендиярова,  
Алматы, Республика Казахстан;*

**Альмухамбетова Рауза Кадыровна**

*профессор кафедры интернатуры и резидентуры по терапии №3  
Казахский Национальный медицинский университет им.С.Д.Асфендиярова,  
Алматы, Республика Казахстан*

**Туякбаева Алина Геннадьевна**

*Заведующая кардиологическим отделением №5 Городского  
кардиологического центра, Алматы, Республика Казахстан*

**Омарова Алтынай Ауезбеккызы,**

*врач-интерн Казахский Национальный медицинский университет  
им.С.Д.Асфендиярова, Алматы, Республика Казахстан;*

**Сулейманова Айман Муратбековна,**

*врач-интерн Казахский Национальный медицинский университет  
им.С.Д.Асфендиярова, Алматы, Республика Казахстан;*

**Турарова Эльвира Еркинбековна,**

*врач-интерн Казахский Национальный медицинский университет  
им.С.Д.Асфендиярова, Алматы, Республика Казахстан;*

**Уралбаева Алия Саламатовна**

*врач-интерн Казахский Национальный медицинский университет  
им.С.Д.Асфендиярова, Алматы, Республика Казахстан;*

## **СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ИНДАПАМИДА В ЛЕЧЕНИИ ХСН**

1. Задержка жидкости в организме и формирование отечного синдрома - характерные проявления хронической сердечной недостаточности (ХСН), начиная со II ФК. Современная схема патогенеза

ХСН показывает, что тремя ключевыми событиями на пути развития и прогрессирования ХСН являются: заболевания сердечно сосудистой системы, снижение сердечного выброса и задержка натрия и свободной жидкости в организме. Одышка и отеки являются следствием накопления жидкости во внеклеточном пространстве, поэтому для выделения ее необходимо проведение трех этапов: перевод ее из внеклеточного пространства в сосудистое русло, затем доставка этой избыточной жидкости к почкам и обеспечение ее фильтрации и наконец при попадании первичной мочи в почечные каналы должна быть блокирована реабсорбция натрия и воды для выведения избыточной жидкости из организма. Именно на этом этапе незаменимыми являются диуретики. В связи с этим дегидратационная терапия представляет собой одну из важнейших составляющих успешного лечения больных ХСН. Согласно современным рекомендациям по диагностике и лечению ХСН, при I функциональном классе (ФК) ХСН мочегонные препараты не назначаются. При II ФК без клинических признаков застоя применяют один препарат – чаще малые дозы торасемида (2,5-5 мг). При наличии признаков застоя уже показаны 2 препарата – петлевые (тиазидные) диуретики и спиронолактон 100-150 мг. При III ФК для поддерживающей терапии назначают 3 препарата – петлевые диуретики, антагонисты минералокортикоидных рецепторов (АМКР) спиронолактон 25-50 мг и ингибиторы карбоангидразы (ИКАГ). В стадию декомпенсации рекомендуются 4 препарата: петлевые, тиазидные, спиронолактон в дозе 100-300 и ИКАГ. При IV ФК помимо всего перечисленного при необходимости механическое удаление жидкости (5 препаратов/воздействий.) Тиазидные и тиазидоподобные диуретики имеют некоторые важные преимущества перед другими. Тиазидный диуретик, в частности, гипотиазид, эффективен при уровне фильтрации более 30-50 мл/мин, поэтому при почечной недостаточности он не применяется.

Тиазидоподобный диуретик с вазодилатирующими свойствами индапамид сохраняет свое диуретическое и антигипертензивное действие при нарушении функции почек, а также оказывает меньшее влияние на метаболизм глюкозы и липидов, что дает основание предполагать, что он больше подходит больным сахарным диабетом, метаболическим синдромом и атерогенными дислипидемиями. Диуретическое действие происходит на уровне проксимальных и дистальных канальцев и заключается в блокаде реабсорбции натрия. При этом увеличивается объем мочи, но не нарушается качество жизни больного [1, с.254-294; 2, с.70-76; 3, с. 36-40; 4, с. 28-32].

**Целью нашего исследования** явилось изучение эффективности и безопасности индапамида у больных ХСН.

**Материал и методы.** Под нашим наблюдением находились 43 больных ИБС в возрасте от 59 до 74 лет, средний возраст –  $66,3 \pm 1,7$ , из них 20 женщин и 23 мужчин. Артериальная гипертензия (АГ) имела место у 18 больных, первой степени у 4 (22,2%); второй степени у 11 (61,1%) и третьей - у 3 (16,7%). Все больные получали комплексную терапию, включавшую ингибиторы АПФ, аторвостатины, дезагреганты и нитраты. Индапамид назначали в дозе по 0,625 мг первоначально, в последующем дозу титровали до 1,25 мг/сутки (32 больным) и до 2,5 мг/сутки (11 больным). У всех больных тщательно изучались жалобы, данные анамнеза, клинические проявления ХСН, проводились ЭКГ и ЭхоКГ, определяли также уровень бета-натрийуретического пептида (BNP).

**Результаты и обсуждение.** По ЭКГ и ЭхоКГ были выявлены признаки перенесенного инфаркта миокарда в 40 (93%) случаях. Уровень BNP колебался от 50 до 78 пг/мл, в среднем он составил  $64,5 \pm 1,2$ . При оценке эффективности лечения мы использовали шкалу оценки клинического состояния (ШОКС) (Таблица 1).

Исходно была установлена ХСН II ФК – у 29 (67,4%) и III ФК – у 14 (32,6%). Фракция выброса (ФВ) в пределах от 34 до 40% была у 17 (39,5%) и от 41 до 55% - у 26 (60,5%).

Таблица 1

**Шкала оценки клинического состояния**

№ п\п	Показатели	0 баллов	1 балл	2 балла	3 балла
1.	Одышка	нет	при нагрузке	в покое	
2.	Изменение веса за последнюю неделю	нет	увеличился		
3.	Перебои в работе сердца	нет	есть		
4.	Положение в постели	горизонтально	с при поднятым головным концом	просыпается от удушья	сидя
5.	Набухшие шейные вены	нет	лежа	стоя	
6.	Хрипы в легких	нет	нижние отделы (до 1/3)	до лопаток (до 2/3)	над всей поверхностью легких
7.	Ритм галопа	нет	есть		
8.	Печень	не увеличена	до 5 см	более 5 см	
9.	Отеки	нет	пастозность	отеки	анасарка
10.	Уровень САД	>120	100-120	<100	

Примечание: 0 баллов соответствует отсутствию клинических признаков сердечной недостаточности; 3и менее баллов – I ФК; от 4 до 6 баллов - II ФК; от 7 до 9 баллов - III ФК; больше 9 баллов – IV ФК.

Дегидратационная терапия проводилась следующим образом (Таблица 2).

Таблица 2

**Режим применения диуретиков**

ФК	Кол-во	Диуретики
I	-	-
II	29	Индапамид+спиронолактон (100 мг)
III	14	Фуросемид+индапамид+спиронолактон (300мг)+диакарб (0,25 мг 3 раза 3 дня в неделю)
IV	-	-

В процессе терапии из 29 больных второго ФК перешли в первый 17, а из третьего ФК во второй ФК 4 пациента. У больных АГ с исходным

систолическим артериальным давлением (САД), равным  $172,5 \pm 0,9$  при динамическом исследовании оно снизилось до  $150,8 \pm 1,2$  мм рт. ст. Диастолическое артериальное давление (ДАД) также снизилось до  $88,2 \pm 0,6$  против первоначального  $94,8 \pm 1,1$  мм рт.ст. Побочного действия индапамида нами не отмечено. ХСН – это прогрессирующий синдром, и те больные, которые сегодня имеют лишь скрытую ХСН, в течение 1-5 лет могут перейти в группу самых тяжелых больных, плохо поддающихся лечению. Поэтому раннее начало лечения таких больных – залог успеха в терапии ХСН. Тиазидоподобный диуретик индапамид достаточно эффективный и безопасный препарат, который может быть рекомендован для лечения ХСН у больных ИБС и АГ.

**Выводы:** дегидратационная терапия с применением тиазидоподобного диуретика индапамида в сочетании с другими диуретиками способствовала уменьшению клинических проявлений ХСН и переходу больных из более высокого ФК в категорию менее высокого в 21 случае (48,8%).

**Литература:**

1. Горохова С.Г. Кардиология. 9 глав о диагностических ошибках. Москва. 2009, С.254-294.
2. Джордж Дж.Тэйлор Основы кардиологии. перевод с англ. под ред. акад. РАМН проф. Р.Г.Оганова М., «Мед. Пресс-информ» 2004, с. 70-76.
3. Европейские рекомендации по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний в клинической практике (пересмотр 2012 г.).
4. Кардиология. Национальные рекомендации ОССН, РКО и РНМОТ по диагностике и лечению ХСН (четвертый пересмотр) М.,2013.