

*Секция 9: Медицинские науки*

**АЛЬМУХАМБЕТОВА РАУЗА КАДЫРОВНА**

*К.м.н., доцент, профессор кафедры внутренних болезней №2,*

*Казахский Национальный медицинский университет*

*им. С. Д. Асфендиярова,*

*Алматы, Республика Казахстан*

**ЖАНГЕЛОВА ШОЛПАН БОЛАТОВНА**

*К.м.н., доцент, профессор кафедры внутренних болезней №2,*

*Казахский Национальный медицинский университет*

*им. С. Д. Асфендиярова,*

*Алматы, Республика Казахстан*

**САНАҚ АҚЕРКЕ АҚЫЛБАЙҚЫЗЫ**

*врач-интерн Казахский Национальный медицинский университет*

*им. С. Д. Асфендиярова,*

*Алматы, Республика Казахстан*

**ҚАЛИОЛДАЕВА ТАЛШЫН МАҒЗИЙҚЫЗЫ**

*врач-интерн Казахский Национальный медицинский университет*

*им. С. Д. Асфендиярова,*

*Алматы, Республика Казахстан*

**НУРБЕКОВА ФЕРУЗА НУРЖОНҚЫЗЫ**

*врач-интерн Казахский Национальный медицинский университет*

*им. С. Д. Асфендиярова,*

*Алматы, Республика Казахстан*

**ТӘШТИТОВА АЙҚЫН ИМАНҒАЛИҚЫЗЫ**

*врач-интерн Казахский Национальный медицинский университет*

*им. С. Д. Асфендиярова,*

*Алматы, Республика Казахстан*

**СОВРЕМЕННАЯ СТРАТЕГИЯ ПРИМЕНЕНИЯ ДИУРЕТИКОВ**

**В ЛЕЧЕНИИ ХСН**

Приблизительно 1-2% взрослого населения в развитых странах имеют ХСН, причем с возрастом удельный вес увеличивается, среди пациентов старше 70 лет ХСН наблюдается в 10 и более %. После выставления диагноза ХСН 80% мужчин и 70% женщин умирают в течение 8 лет.

Соответственно, лечение ХСН направлено не только на уменьшение симптомов и проявлений ХСН, но и на предотвращение госпитализаций и улучшение выживаемости больных.

Согласно современным рекомендациям для лечения ХСН рекомендуются три группы препаратов: иАПФ, БАБ и АМКР, которые доказали влияние на выживаемость (класс I, уровень A), причем иАПФ и БАБ – взаимодополняющие препараты и должны использоваться совместно при сниженной фракцией выброса левого желудочка, тогда как диуретики - в зависимости от клинического состояния (при наличии застоя, начиная со II ФК).

При I функциональном классе (ФК) – мочегонные не применяются. При II ФК (без клинических признаков застоя) – используют малые дозы торасемида (2,5–5 мг) (1 препарат); при II ФК с признаками застоя назначают – петлевые (тиазидные - ИНДАП ) диуретики + спиронолактон 100–150 мг (2 препарата). При III ФК ХСН (поддерживающее лечение) - 3 мочегонных препарата: петлевые диуретики (торасемид) ежедневно +АМКР (спиронолактон) 25-50 мг/сутки +ингибиторы карбоангидразы (ИКАГ) ацетазоламид по 0,25 мг 3раза в сутки в течение 3-4 дней один раз в 2 недели). При III ФК ХСН в стадии декомпенсации – 4 мочегонных препарата петлевые диуретики +тиазидные (индап) + АМКР (спиронолактон) 100-300 мг/сутки+ингибиторы карбоангидразы (ИКАГ) ацетазоламид по 0,25 мг 3раза в сутки в течение 3-4 дней один раз в 2 недели. При IУ ФК ХСН - петлевые диуретики (торасемид однократно или фуросемид дважды в сутки или в высоких дозах) +тиазидные (индап) +

АМКР (спиронолактон) + ИКАГ ацетозоламид по 0,25 мг 3раза в сутки в течение 3-4 дней один раз в 2 недели. Лечение необходимо начинать с малых доз (особенно у больных, не получавших ранее мочегонных препаратов), в последующем подбирая дозу по принципу quantum satis [1, с. 10-64; 2, с.421-423; 3,с. 8-16]

**Целью нашего исследования** явилось изучение соответствия назначения диуретиков современным рекомендациям терапии ХСН.

**Материал и методы.** Под нашим наблюдением находились 164 больных в возрасте от 46 до 78 лет (средний возраст –  $67,5 \pm 0,9$ ), из них мужчин - 96; женщин - 68. Больные поступали в экстренном порядке в городской кардиологический центр с диагнозом острый коронарный синдром. После исключения острого инфаркта миокарда при обследовании была выявлена у всех пациентов ХСН со сниженной фракцией выброса – менее 40% по Симпсону.

**Результаты и обсуждение.** По классификации НИНА II ФК обнаружен у 63 пациентов (38,4%); III ФК - у 85 (51,8%) и IV ФК у 16 (9,8%). 53% (87) пациентов не получали АМКР: II ФК 44,4% (28); III ФК 57,6% (49) и IV ФК – 62,5% (10). Адекватную терапию диуретиками (петлевые и тиазидные в сочетании с АМКР и ацетозоламидом) принимали только 12 (7,3%) пациентов; остальные получали либо петлевые или тиазидные диуретики в сочетании с АМКР или ацетозоламидом.

Для улучшения клинической картины, выживаемости и снижения риска госпитализаций по причине СН всем пациентам II ФК были назначены петлевые или тиазидные диуретики в сочетании с АМКР, подобная комбинированная терапия позволила снизить выраженность ХСН и 12,7% (8) перешли из II ФК в I ФК. Если до лечения почти треть больных II ФК (19- 30,2%) не получали диуретики, из принимавших 69,8% (44) 44,4% (28) не получали АМКР и диуретики использовали

периодически, то по окончании стационарного курса лечения количество больных, принимающих диуретики при II ФК возросло до 87,3%.

89,4% (76) больных III ФК получали диуретики: комбинированную 4-х компонентную – петлевые, тиазидные, ацетозоламид и АМКР – 7% (6); 3-х компонентную — петлевые диуретики в сочетании с ацетозоламидом и АМКР 35,3% (30) или петлевые или тиазидные диуретики в сочетании с ацетозоламидом 47% (40), при этом 57,6% (49) пациентам не назначали АМКР. В стационаре, следуя алгоритму приема диуретиков, всем был назначен АМКР, были рекомендованы комбинации 4-х препаратов - петлевые, тиазидные, ацетозоламид и АМКР 29,4% (25), 3-х препаратов – петлевые или тиазидные диуретики в сочетании с АМКР 70,6% (60).

Большинство больных IV ФК 62,5% (10) также не получали АМКР. В процессе лечения в стационаре были подобраны комбинации и дозы препаратов: 4 препарата у 18,75% (3) и 3 препарата у 81,25% (13).

Таким образом, проведенный анализ тактики диуретической терапии при поступлении показал несоответствие современным рекомендациям: 53% (87) пациентов не получали АМКР, коррекция, проведенная в стационаре (количество препаратов и их сочетания) должны придерживаться и в зависимости от клинической картины ХСН и ФК изменяться. Поскольку основным условием лечения ХСН является коррекция и адекватное лечение причины, самые частые причины ХСН – артериальная гипертония и ИБС, то основным индикатором эффективности лечения ХСН будут снижение и достижение целевых показателей АД и первого ФК класса стенокардии и ХСН.

### **Литература:**

1. РЕКОМЕНДАЦИИ 2016 ГОДА ЕВРОПЕЙСКОГО ОБЩЕСТВА КАРДИОЛОГОВ (ESC) ПО ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ОСТРОЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

//European Heart Journal (2016), 37: 2129-2200, doi:10.1093/eurheartj/ehw128/русский текст Российский кардиологический журнал 2017, 1 (141): 7–81.- С.20-64.

2. Национальные рекомендации ОССН, РКО и РНМОТ по диагностике и лечению ХСН (четвертый пересмотр) Утверждены на Конгрессе ОССН 7 декабря 2012 года, на Правлении ОССН 31 марта 2013 и Конгрессе РКО 25 сентября 2013 год// ISSN 1728–4651. Журнал Сердечная Недостаточность. Том 14, №7 (81), 2013 г.- С. 421- 423.
3. Клинические протоколы МЗ РК – 2013 «Хроническая сердечная недостаточность». Утвержден протоколом Экспертной комиссии по вопросам развития здравоохранения от 28.06.2013. / <https://diseases.medelement.com/disease/хроническая-сердечная-недостаточность/13704>.- С. 8-16