

СРСР

НА ТЕМУ:

СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ФАРМАКОТЕРАПИИ ОПН

*Подготовила: Токкожаева Г.
А.*

Проверила: Туганбаева Н.Е.
Алматы 2016

Содержание

1. Введение
2. Классификация лекарственных средств, используемых для лечения почечной недостаточности.
3. Основные лечебные свойства лекарственных средств, используемых для лечения почечной недостаточности: усиление почечного кровотока, увеличение почечной фильтрации, антитромботическое действие, диуретическое действие и т.п.
4. Преимущества и недостатки лекарственных средств, используемых при почечной недостаточности.
5. Побочные эффекты указанных препаратов.
6. ЗАКЛЮЧЕНИЕ
7. СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Введение

Острая почечная недостаточность (ОПН) - внезапно возникшее патологическое состояние, характеризующееся нарушением функции почек с задержкой выведения из организма продуктов азотистого обмена и расстройством водного, электролитного, осмотического и кислотно-щелочного баланса. ОПН часто обусловлена острым поражением ткани почек, например, при шоке, отравлениях, инфекционных болезнях.

Лечение при ОПН

Основой лечения больных с острой почечной недостаточностью является возможно более полное устранение причин ухудшения функции почек. Прежде всего необходимо выявить прerenальные факторы, обструктивную уропатию, гломерулонефрит, поражения сосудов почек и интерстиция и внутрпочечно осажденные кристаллы.



Классификация лекарственных средств при ОПН:

Мочегонные средства:

Спиронолактон, Фуросемид, Этакриновая кислота (Урегит) и т.д.

Средства, снижающие артериальное давление:

Амлодипин (Норваск), Верапамил, Гидралазин, Клонидин, Нифедипин, Резерпин

Ингибиторы АПФ:

Каптоприл, Лизиноприл, Эналаприл

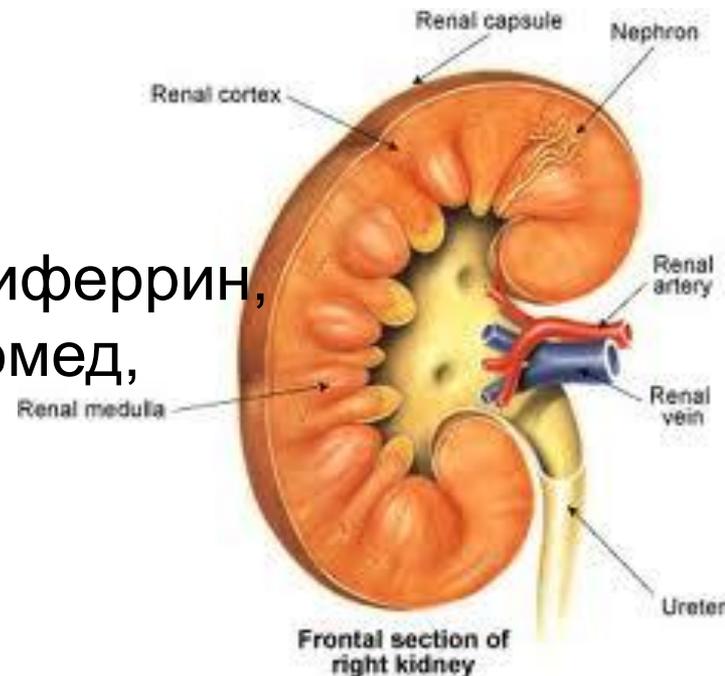
Препараты железа:

Железа сульфат

Комбинированные препараты: (Актиферрин, Гемоферпролонгатум, Феррол, Ферромед, Ферроплекс, Ферроцин и т.д.)

Витаминные препараты:

Витамин В12, Витамин С, Витамин К



Существуют специальные препараты, использующиеся для уменьшения объема жидкости в организме при острой почечной недостаточности. Многие врачи прописывают мочегонные средства для улучшения мочеиспускания и удаления излишней жидкости, накопленной в организме. Однако, по мнению некоторых специалистов, мочегонные средства на самом деле могут нанести вред людям, находящимся в тяжелом состоянии. Мочегонные препараты (манит, фуросемид) могут быть полезными на ранних стадиях супраренальной почечной недостаточности



Мочегонные средства

- Маннитол обеспечивает достаточный диурез при снижении среднего АД до 30 мм рт.ст. Почечный кровоток при назначении маннитола повышается. Осмотическое действие проявляется торможением абсорбции воды в канальцах и образованием гипотонического фильтрата.



Маннитол показан как для профилактики, так и для лечения развившейся функциональной недостаточности почек. Для этого 10 % раствор препарата вводят внутривенно по методу титрования до получения необходимого эффекта (100 мл мочи в 1 ч). В некоторых случаях эффект маннитола не проявляется из-за резистентности к нему.

В то же время назначение салуретиков (фуросемид, этакриновая кислота) может дать хороший результат. С целью профилактики фуросемид может быть назначен в дозе 40—120 мг внутривенно с интервалом 4—6 ч или в виде непрерывной инфузии в течение суток на изотоническом растворе хлорида натрия.

Лазикс (фуросемид)

- - одно из наиболее сильных мочегонных средств. Он эффективен при пероральном и парентеральном применении. Диуретический эффект его связан с угнетением обратного всасывания ионов натрия и хлора в почках. Реабсорбция калия подавляется в меньшей степени. Препарат эффективен в условиях как ацидоза, так и алкалоза.





Быстрое наступление эффекта дает возможность использовать препарат при неотложной помощи (отек головного мозга, отек легких). В этих случаях внутривенно вводят 20-60 мг препарата струйно, при необходимости - повторно внутривенно и внутримышечно. Лазикс эффективен и при острой почечной недостаточности различного генеза.

•
Фуросемид несколько снижает артериальное давление, его можно назначать при гипертонической болезни вместе с другими гипотензивными средствами, причем лечебный эффект при такой комбинации усиливается. В этом случае фуросемид назначают по 0,02 г таблетки на прием, 2 - 3 раза в день).

При длительном применении могут наблюдаться тошнота и слабость. Лечение фуросемидом необходимо проводить на фоне диеты, богатой калием. У пожилых лиц пероральный прием фуросемида сопровождается головокружением и ортостатическим коллапсом.

Этакриновая кислота (урегит)

- эффективное диуретическое средство, несколько уступающее фуросемиду. Препарат применяют при отеках различного генеза (кардиальные, почечные и пр.).

Начальная доза препарата составляет 50 мг, ее можно повысить до 200 мг в сутки. Действие продолжается 8-10 ч, поэтому суточную дозу целесообразно принимать утром



Артериальная гипертензия является наиболее частым (72%) осложнением ОПН, отличается упорным течением и с трудом устраняется традиционными методами лечения. АД может снизиться после начала диализной терапии и ликвидации гипергидратации, однако в большинстве случаев оно требует дополнительной медикаментозной коррекции.

Наиболее приемлемыми для этой цели гипотензивными средствами являются ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (**каптоприл, капотен, эналаприл** и др.) в дозе 1-6 мг/кг/сут. (при гиперкалиемии не назначать!), **апрессин** (0,1-0,5 мг/кг), **б-адреноблокаторы** (кардура, празозин). В случае отсутствия эффекта, особенно при уровнях АД, угрожающих развитием сердечной астмы или отека легких, следует переходить на внутривенную инфузию нитратов: **нитропрусида натрия** (1-8 мкг/кг/мин) либо **нитроглицерина** (0,5-1 мкг/кг/мин).

- **Необходимо осторожно снижать АД, не допуская резких колебаний его уровня. Рекомендуемая граница снижения АД — на 25% от исходного уровня. Быстрая ликвидация артериальной гипертензии до АД ниже указанных значений может усугубить ишемическое повреждение почек, ухудшить их перфузию и привести к быстрому восстановлению высоких цифр АД вследствие высокой активности ренин-ангиотензин-альдостероновой системы.**

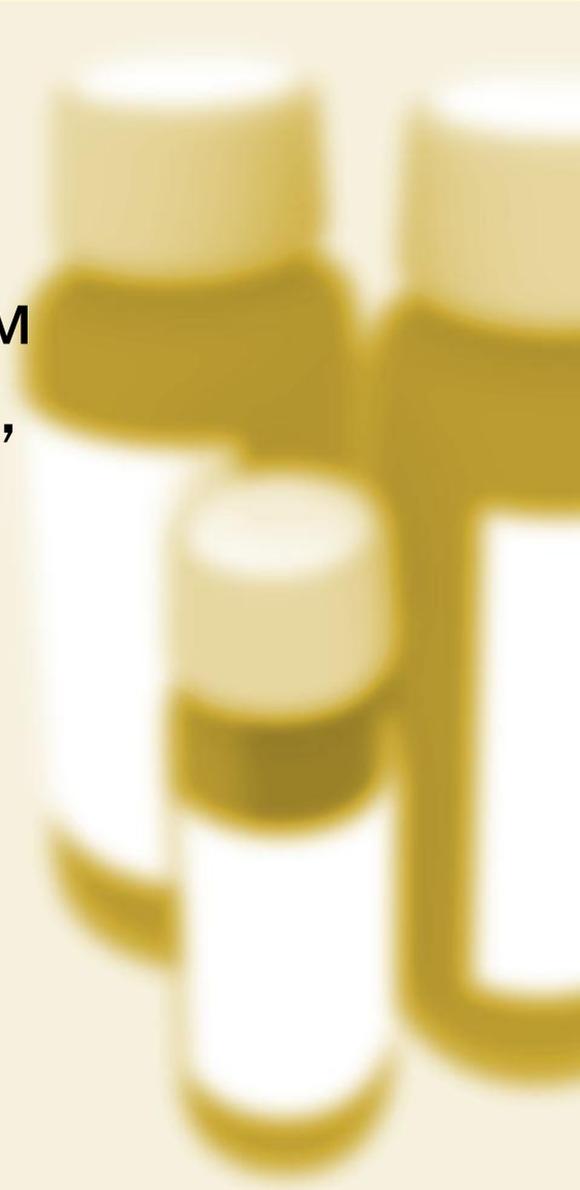


- Следует отметить высокую эффективность антагонистов кальция, особенно при сочетанном применении препаратов сосудорегулирующего действия (нифедипин) целесообразно добавление β -адреноблокаторов в возрастных дозах (к примеру, лабеталол по 1-3 мг/кг/час). При отсутствии гипотензивного ответа на проводимую терапию и при явлениях острой левожелудочковой недостаточности показана срочная ультрафильтрация.



Ингибиторы АПФ и антагонисты рецепторов ангиотензина II (А-II)

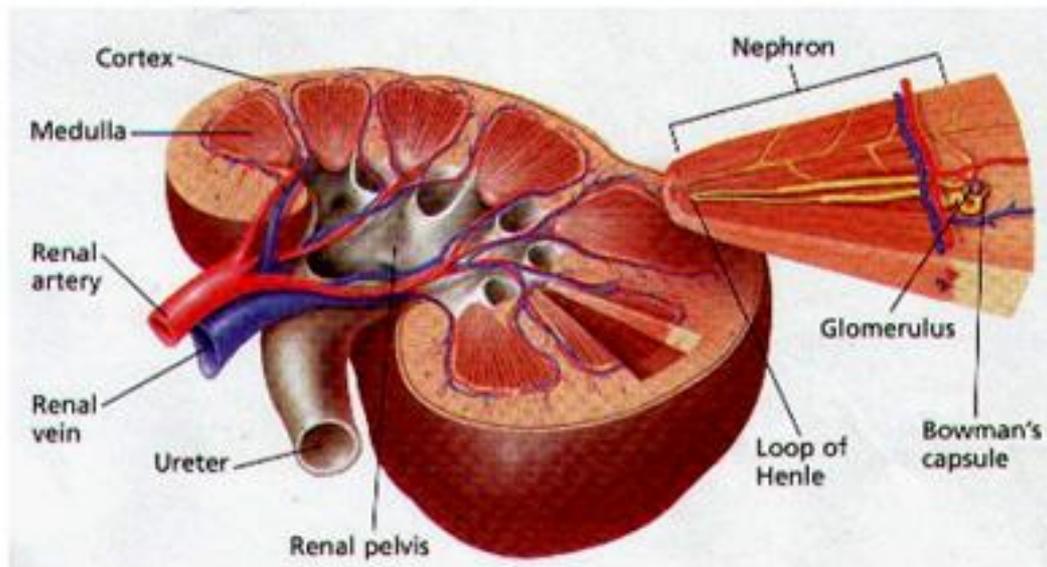
- снижают внутриклубочковую гипертензию, влияя на констрикцию эфферентной артериолы. Эти препараты обладают гипотензивным и антипротеинурическим эффектом, увеличивают натрийурез. Кардиопротективный эффект ингибиторов АПФ и антагонистов рецепторов А-II характеризуется замедлением формирования гипертрофии ЛЖ, снижением смертности от сердечной недостаточности, инфаркта миокарда



Из ингибиторов АПФ более эффективны и безопасны пролонгированные препараты, метаболизируемые в печени и поэтому назначаемые при ОПН в обычных дозах: **рамиприл, беназеприл, фозиноприл.**



- При **острой почечной недостаточности** часто развивается гиперкалиемия. Если повышение концентрации калия в сыворотке крови небольшое (менее 6,0 ммоль/л), то для его корректировки достаточно лишь **ИСКЛЮЧИТЬ ИЗ ПИЩЕВОГО РАЦИОНА все источники калия** и вести постоянный тщательный лабораторный контроль биохимических показателей. Если концентрация калия в сыворотке крови возрастает до уровней, превышающих 6,5 ммоль, то следует начать активное лечение



- Неотложное лечение включает в себя внутривенное введение **кальция** (5—10 мл 10% раствора **хлорида кальция** вводят внутривенно в течение 2 мин под контролем ЭКГ), бикарбоната (внутривенно вводят 44 мэкв в течение 5 мин) и **глюкозы с инсулином** (200—300 мл 20% раствора глюкозы, содержащего 20—30 ЕД обычного инсулина, вводят внутривенно в течение 30 мин).

- Рутинное лечение включает в себя введение **калийсвязывающих ионнообменных смол**, таких как **полистирол сульфоната натрия**. Их можно вводить перорально каждые 2—3 ч в дозе. С другой стороны, больному, который не может принимать лекарства через рот, можно вводить с интервалом 1—2 ч **50 г полистиролсульфоната натрия** и **50 г сорбита** в 200 мл воды посредством удерживающей клизмы.

Заключение

При лечении больных с ОПН различного характера, необходимо соблюдать ряд общих правил: при выборе лечебной тактики, особенно на ранних стадиях ОПН, для ликвидации возникших нарушений важное значение имеет четкий патогенетический подход; необходимо стремиться в первую очередь устранить причину развития ОПН, не забывая при этом о необходимости этиотропной терапии основного заболевания; этиотропные препараты не должны быть нефротоксичными (например, при развитии ОПН следует отменить аминогликозиды и сульфаниламиды);

Список использованной литературы

- ❖ **Аляутдин Р.Н. Фармакология. Учебник. Москва. Изд. дом «ГЭОТАР-МЕД». 2004**
- ❖ **[MedicPortal.ru›meddir/viewcatalog37.html](#)**
- ❖ **[www.lvrach.ru/2005/10/4533191/?format=print](#)**
- ❖ **[37.com.ua›notes.php?lek=9731](#)**
- ❖ **ФАРМАКОЛОГИЯ, Д.А.Харкевич**