



СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

- 
- Хроническая сердечная недостаточность — патологическое состояние миокарда, вследствие которого система кровообращения не способна доставлять органам и тканям необходимое количество кислорода.

- Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) может формироваться в разные сроки: от нескольких недель до нескольких лет.
- Основные причины ХСН: поражения миокарда (миокардиты, миокардиодистрофии, постинфарктный кардиосклероз), артериальная гипертензия, пороки сердца, констриктивный перикардит.
- Этиологические факторы приводят к снижению сердечного выброса, что уменьшает кровоснабжение органов и тканей (почек, головного мозга и других органов).

Клиническая картина по стадиям. Классификация ОССН 2001 г.

I стадия — начальная. Жалобы на быструю утомляемость, небольшую одышку, сердцебиение при выполнении обычной физической нагрузки. Печень и селезенка не пальпируются.

IIА стадия. Признаки застоя в одном из кругов кровообращения. Жалобы: одышка при физической нагрузке, сердцебиение, сухой кашель, кровохарканье, быстрая утомляемость.. Возможны застойные мелкопузырчатые хрипы в нижне-боковых отделах легких. Значительно увеличена печень. Отеки на ногах

IIБ стадия .Признаки застоя в обоих кругах кровообращения. Одышка при малейшей физической нагрузке и в покое, перебои в области сердца, отеки, боли в правом подреберье. Ортопноное, акроцианоз, асцит, мерцательная аритмия. Границы сердца расширены во все стороны. Печень увеличена, плотная, малоблезненная.

III стадия — конечная, дистрофическая. Общее состояние тяжелое. Резко выражена одышка в покое. Отечно-асцитический синдром, гидроторакс, мерцательная аритмия с дефицитом пульса. Застойные явления в легких. У некоторых пациентов в эту стадию развивается «кахетический» тип, который проявляется значительной атрофией органов, тканей, подкожной клетчатки, резким уменьшением массы тела, наряду с выраженным асцитом.

Функциональные классы

ФК I Ограничение физической активности отсутствует. Привычная физическая активность не сопровождается быстрой утомляемостью, одышкой или сердцебиением.

ФК II Незначительное ограничение физической активности: в покое симптомы отсутствуют, привычная физическая активность сопровождается утомляемостью, одышкой или сердцебиением



ФК III Заметное ограничение физической активности: в покое симптомы отсутствуют, физическая нагрузка меньше привычной сопровождается появлением симптомов



ФК IV Невозможность выполнить какую-либо физическую нагрузку без появления дискомфорта; симптомы СН присутствуют в покое и усиливаются при минимальной физической активности

Вид больного с ХСН III стадии



Отеки на ногах



анасарка



Диагностика ХСН

Лабораторные исследования.

- В случае выраженной ХСН в ОАК отмечается замедление СОЭ, эритроцитоз (при легочно-сердечной недостаточности).
- БАК — гипопротейнемия (при отечном синдроме), гипокалиемия и гипохлоремия (при активном лечении диуретиками).
- Натрийуретический предсердный и мозговой пептиды

Инструментальные исследования.

- УЗИ сердца: дилатация полости сердца, увеличение толщины стенок, снижение ударного объема.
- Изменения на ЭКГ, ФКГ.
- Spiрография
- Рентгенография грудной клетки: признаки застоя в легких.
- Коронарография.

Лечение

Основные цели:

- Лечение заболевания, приведшего к развитию ХСН.
- Устранение основных симптомов ХСН - одышки, сердцебиения, повышенной утомляемости и отеков.
- Защита органов-мишеней от поражения (сердце, почки, мозг, сосуды, мышцы).
- Улучшение качества жизни.
- Увеличение продолжительности жизни пациента.

- 
- Пациенту должны быть созданы оптимальные физические и эмоциональные условия на работе и дома. Продолжительность сна должна быть не менее 8—10 часов в сутки.
 - В I и IIА стадии ограничивается физическая нагрузка, во II Б и III стадии — постельный режим разной продолжительности, а после выписки из стационара — домашний режим.

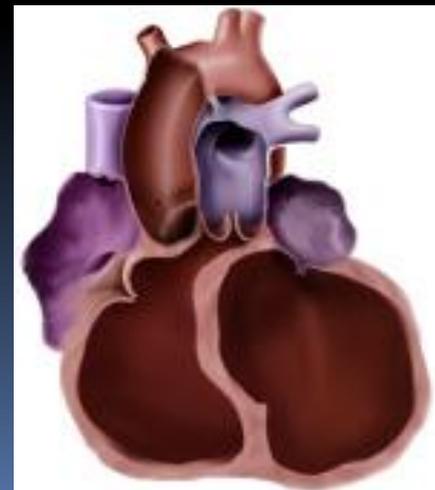
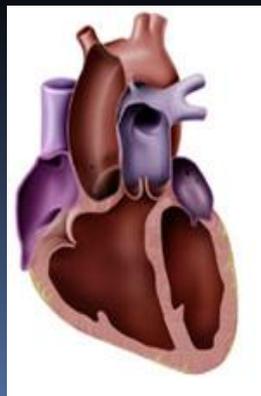
Немедикаментозные методы лечения.

1. Контроль массы тела, в случае прибавки 2 кг в 3 дня, обращаться к врачу.
2. Диета 10 А. Ограничение потребления поваренной соли (I ФК — < 3г/сут; II-III ФК - 1,2-1,8 г/сут; IV ФК - < 1 г/сут.).
3. Ограничение приема жидкости при тяжелых стадиях ХСН (но не менее 750 мл/сут), разгрузочные диеты — 1 раз в 7—10 дней.
4. Отказ от употребления алкоголя, курения.
5. Борьба с ожирением.
6. Дозированные физические тренировки (ходьба, велотренинг)

ХСН, ФВ < 40%

У всех больных

1. Ингибиторы АПФ/ (при непереносимости – сартаны: кандесартан, валсартан, лозартан)
2. Бета адреноблокаторы: бисопролол, метопролол, (при непереносимости – ивабрадин)
3. Антагонисты минералокортикоидных рецепторов



Perindopril

(ПРЕСТАРИУМ, КОВЕРСИЛ, ПЕРИНЕВА)



Metoprolol

(БЕТАЛОК, ВАЗОКАРДИН, КОРВИТОЛ)

ОАО "БИОХИМИК"
430001 г. Самара, ул. Басманов, 10А
Тел./факс: (8462) 41-38-34

МЕТОПРОЛОЛ 100 мг

30 таблеток

ОАО "БИОХИМИК"
430001 г. Самара, ул. Басманов, 10А
Тел./факс: (8462) 41-38-34

МЕТОПРОЛОЛ

30 п

Р ЛСР-002780/10

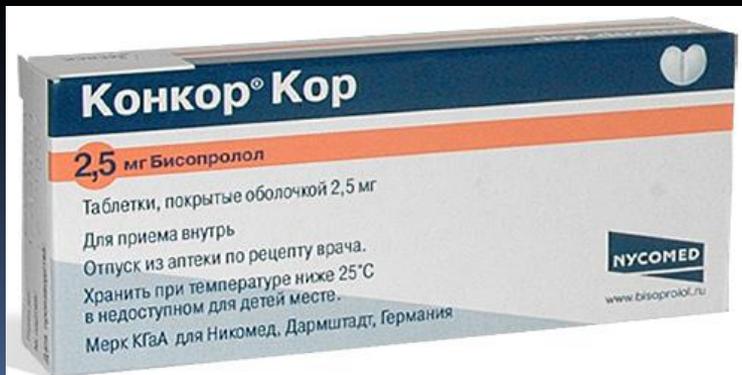
Способы и сроки хранения в упаковке:
от открытия упаковки при температуре от +5 до +25 °С
Срок годности по рецепту.
Хранить в недоступном для детей месте.



Bisoprolol

(КОНКОР, БИСОГАММА, КОРОНАЛ)

- Принимать с небольшим количеством жидкости утром до завтрака, во время или после него. Таблетки не разжевывать .



Candesartan (Атаканд, кандесар)

- Принимают внутрь 1 раз/сут. Начальная доза - 4 мг, поддерживающая - 8 мг, максимальная - 16 мг.
- Для пациентов с нарушениями функции печени и/или почек начальная доза составляет 2 мг.



4). Для усиления сократительной способности миокарда назначают сердечные гликозиды (дигоксин)

Медсестра должна знать, что сердечные обладают способностью кумулировать, поэтому при лечении большими дозами, у пожилых, в поздние стадии ХНК, при почечной недостаточности возможна интоксикация.

Симптомы интоксикации: желудочковая экстрасистолия (бигемения), пароксизмальная тахикардия, тошнота, рвота, боли в животе, бессонница, головная боль, цветовые галлюцинация, окрашенность предметов в желтый или зеленый цвет, снижение остроты зрения.

Лечение интоксикации назначает врач (соли калия, унитиол, симптоматические средства). Медсестра должна прекратить дачу и введение дигиталисных препаратов и сообщить врачу о выявленных симптомах.

■

5) диуретики: гипотиазид, арифон, индапамид, фуросемид, верошпирон, диакарб и др.

Медсестра должна учитывать водный баланс;

6) Венозные вазодилататоры - нитраты (корватон, сиднофарм, нитросорбид, нитроглицерин).

7) метаболическая терапия ретаболилом, поливитаминами комплексами (дуовит, ундевит и др.) липоевой кислотой, фосфаденом, цитохромом-С (цито-мак), рибоксином.

8) Начиная со IIА стадии периодически проводится кислородная терапия, в I и IIА — лечебная физкультура и санаторно-курортное лечение

Особенности ухода за больными с

ХСН

1. контроль соблюдения режима (I, II)
2. контроль соблюдения диетических рекомендаций (стол 10, 10а) с ограничением поваренной соли, жидкости, исключением возбуждающих сердечную деятельность продуктов и блюд и включением продуктов, содержащих калий (изюм, курага, инжир, урюк, печеный картофель).
3. применение функциональной кровати с возвышенным изголовьем.
4. контроль пульса, АД, ЧДД, цвета кожи и слизистых.
5. контроль водного баланса, веса.
6. оксигенотерапия, проветривание палат
7. личная гигиена, профилактика пролежней.
8. контроль работы кишечника. При запорах применение гипертонической клизмы.
9. контроль применения лекарственных средств (сердечные гликозиды, мочегонные и др.). При признаках гликозидной интоксикации – доложить врачу и препарат не давать.

Стандарты сестринской деятельности при хронической сердечной недостаточности

I. Возможные нарушения потребностей:

1. Физиологические потребности.

А. Выживание:

- Есть (из-за тяжести состояния).
- Пить (нарушение водного баланса).
- Дышать (удушье, одышка).
- Выделять (отеки).

Б. Безопасность:

- Быть чистым (из-за тяжести состояния).
- Одеваться, раздеваться (из-за тяжести состояния).
- Поддерживать состояние (риск летального исхода).
- Спать, отдыхать (вынужденное положение, чувство нехватки воздуха).
- Двигаться (из-за тяжести состояния).

2. Психосоциальные:

- Общаться (госпитализация, декомпенсация).
- Играть, учиться, работать (ограничение или утрата трудоспособности).

II. Возможные проблемы пациента:

II. Возможные проблемы пациента:

1). Физиологические:

- Удушье.
- Одышка (инспираторная).
- Кашель.
- Мокрота.
- Неустойчивость жизнедеятельности.
- Вынужденное положение (ортопноэ).
- Нарушение сна.
- Ограничение двигательной активности.
- Дефицит самохода.

2). Психологические:

- Страх смерти.
- Отсутствие адаптации к болезни.
- Беспокойство по поводу исхода.
- Депрессия.
- Недооценка тяжести состояния.

3). Социальные:

- Утрата социальных и производственных связей.
- Ограничение или утрата трудоспособности.
- Изоляция во время госпитализации.
- Трудности в самообеспечении (медикаменты, продукты).

5) Потенциальные проблемы пациента:

- Риск летального исхода.

Проблема пациента: удушье.

- Цель вмешательства: Пациент не будет испытывать нехватку воздуха.
- План сестринского вмешательства:
 1. М/с вызовет врача.
 2. М/с окажет психологическую поддержку пациенту.
 3. М/с придаст пациенту полусидячее положение в постели с опущенными ногами (функциональная кровать, подголовник и т.д.).
 4. М/с измерит артериальное давление.
 5. М/с оценит свойства пульса.
 6. М/с подсчитает число дыханий.
 7. М/с даст пациенту таблетку нитроглицерина (0,0005 г) под язык (под контролем АД).
 8. М/с наложит венозные жгуты на конечности.
 9. М/с обеспечит подачу увлажненного кислорода пациенту (кислород увлажняется спиртом).
 10. М/с по назначению врача будет применять лекарственные препараты (морфин, лазикс, дигоксин, эуфиллин и др.).
 11. М/с обеспечит контроль диуреза, общего состояния пациента.
 12. М/с при необходимости будет транспортировать пациента в ИТАР в положении ортопноэ.
 13. М/с будет участвовать в реанимационных мероприятиях.
- Оценка: Пациент не испытывает удушья. Показатели гемодинамики стабильны. Цель достигнута.

Проблема пациента: отеки.

Цель вмешательства: У пациента уменьшатся отеки через неделю от начала лечения.

План сестринского вмешательства:

1. М/с обеспечит удобное положение пациенту в постели.
2. М/с окажет психологическую поддержку пациенту, объяснив преходящий характер данного состояния.
3. М/с обеспечит кормление пациента с ограничением поваренной соли до 2 - 4 грамм в сутки и жидкости до 1,2 л в сутки (диета № 10) по согласованию с врачом.
4. М/с объяснит родственникам необходимость соблюдения калиевой диеты (печеный картофель, изюм, творог, курага и др.).
5. М/с обеспечит контроль водного баланса пациента, будет взвешивать его через каждые 3 дня (утром натощак).
6. М/с будет проводить измерение окружности живота при асците.
7. М/с обеспечит прием лекарственных препаратов по назначению врача (диуретики, сердечные гликозиды, препараты калия).
8. М/с будет контролировать состояние кожи, проводить профилактику нарушений трофики.