Оглавление

Список сокращений

Введение

Глава 1. Хроническая сердечная недостаточность

.1 Этиология

.2 Клиническая картина

.3 Классификация ХСН

.4 Диагностика

.5 Лечение

Глава 2. Сестринский уход при ХСН

.1 Сестринский процесс

.2 Сестринские вмешательства

Глава 3. Научно - исследовательская работа

.1 Анализ статистических данных

.2 Результаты анкетирования

Выводы

Библиографический список

Приложение1

Список сокращений

Ps - пульс

АД - артериальное давление

ИАПФ - ингибитор ангиотензинпревращающего фермента

ИБС - ишемическая болезнь сердца

ЛЖ - левый желудочек

СН - сердечная недостаточность

СОЭ - скорость оседания эритроцитов

ССС - сердечно сосудистая система

ФК - функциональный класс

ХСН - хроническая сердечная недостаточность

ЧСС - частота сердечных сокращений

ЭКГ - электрокардиография

ЭхоКГ - эхокардиография

Введение

Сердечно - сосудистые заболевания стоят на первом месте по распространенности среди населения экономически развитых стран. Они же остаются первой причиной инвалидизации и смертности. Если раньше они ассоциировались с пожилым возрастом, то сейчас даже люди среднего возраста знакомы с болями в области сердца, перебоями сердечного ритма и таблетками от приступов стенокардии. Заболевания сердечно - сосудистой системы многочисленны. Одни из них являются болезнями преимущественно сердца, другие - главным образом артерий или вен, третьи поражают ССС в целом. Исходом наиболее распространенных из них, таких как ишемическая болезнь сердца и артериальная гипертензия, является хроническая сердечная недостаточность.

Хроническая сердечная недостаточность - это синдром, возникающий при наличии у человека систолической и (или) диастолической дисфункции, сопровождающийся хронической гиперактивацией нейрогормональных систем, и клинически проявляющийся одышкой, слабостью, сердцебиением, ограничением физической активности, патологической задержкой жидкости в организме.

Другими словами ХСН - это патологическое состояние, заключающееся в неспособности системы кровообращения доставлять органам и тканям такое количество крови, которое необходимо для нормального функционирования.

Смертность населения России является одной из самых высоких среди показателей европейских стран. По данным ВОЗ к 2030 году около 23,3 миллионов человек умрет от сердечно - сосудистых заболеваний, главным образом от ХСН. Поэтому ХСН гораздо легче предотвратить, чем вылечить.

Актуальность темы

Количество людей страдающих патологией ССС неуклонно возрастает, в связи с этим и увеличивается число госпитализаций в стационары. Больной человек сильно меняется по сравнению с тем, каким он был до болезни, а госпитализация-это дополнительный стресс.

Медицинским сестрам отводится одна из ведущих ролей оказания помощи больному. Сестринский процесс является одним из основных понятий современных моделей сестринского дела. В соответствии с требованиями Государственного образовательного стандарта по сестринскому делу, сестринский процесс-это метод организации и исполнения сестринского ухода за пациентом, нацеленный на удовлетворение физических, психологических, социальных потребностей человека, семьи и общества. Целью сестринского процесса является поддержание и восстановление независимости пациента, удовлетворение основных потребностей организма. Сестринский процесс требует от сестры не только хорошей технической подготовки, но и творческого отношения к уходу за пациентами, умения работать с пациентом как с личностью, а не как с объектом манипуляций. Постоянное присутствие сестры и ее контакт с пациентом делают сестру основным звеном между пациентом и внешним миром.

Функции медицинской сестры разнообразны и ее деятельность касается не только диагностического и лечебного процесса, но и ухода за пациентом с целью профилактики заболеваний приводящих к ХСН и прогрессирования самого заболевания.

Правильная организация кардиологической помощи, и оказание качественного ухода поможет добиться снижения смертности, и увеличение продолжительности жизни.

Цели и задачи.

Цель работы: изучить особенности ухода за пациентами с хронической сердечной недостаточностью для организации квалифицированного сестринского процесса.

Задачи исследования:

изучить сестринский процесс при хронической сердечной недостаточности;

проанализировать количество пациентов, госпитализированных в кардиологические отделения города, с заболеваниями приводящими к хронической сердечной недостаточности;

оценить уровень информированности пациентов кардиологического отделения о своем заболевании, и их готовность соблюдать рекомендации врача и медицинской сестры с целью оптимизации ухода;

определить факторы способствующие прогрессированию хронической сердечной недостаточности.

Предмет исследования: сестринский уход за пациентами с хронической сердечной недостаточностью.

Объект исследования:

пациенты кардиологического отделения МБУЗ «Городская больница №1» ;

пациенты кардиологического отделения МБУЗ «Городская больница №2» .

Материалы и методы.

Материалы:

источники литературных изданий;

интернет сайты;

статистические данные МБУЗ «ГБ №1» и «ГБ№2»;

собственное исследование методом опроса пациентов кардиологических отделений МБУЗ «ГБ №1» и МБУЗ «ГБ№2».

Методы:

подготовила литературный обзор;

проанализировала статистические данные;

провела анкетирование пациентов с последующим анализом результатов;

сформулировала выводы и предложение.

Глава 1. Хроническая сердечная недостаточность

.1 Этиология

В большинстве развитых стран причинами хронической сердечной недостаточности являются следующие заболевания:

• ИБС, в том числе инфаркт миокарда;

• гипертоническая болезнь;

• кардиомиопатии;

• поражения миокарда установленной этиологии, прежде всего, при алкоголизме и сахарном диабете;

• приобретенные и врожденные пороки сердца;

• перикардит;

• хроническое легочное сердце.

По данным Фрамингамского исследования, значительно увеличилась роль артериальной гипертонии, сахарного диабета и ожирения в возникновении хронической сердечной недостаточности. Эти состояния не только являются факторами риска развития ИБС, но и сами по себе вызывают поражение миокарда. В России недооценивается значение гипертонического сердца и алкогольного поражения миокарда в развитии сердечной недостаточности. Многие больные не признают, что они длительно злоупотребляют алкоголем, поэтому у них часто диагностируют другие заболевания. В некоторых регионах мира в этиологии хронической сердечной недостаточности остается высокой роль пороков сердца и поражений миокарда различной природы.

Редкие причины развития хронической сердечной недостаточности:

• тиреотоксикоз;

• выраженная анемия;

• бери-бери;

• болезнь Педжета;

• выраженное ожирение;

• хронические заболевания печени;

• артериовенозные шунты;

• беременность;

• гипернефрома.

Большинство из указанных выше заболеваний протекают хронически и характеризуются прогрессированием. Выделяют различные факторы, которые способствуют возникновению и нарастанию сердечной недостаточности:

• Аритмии, прежде всего мерцательная тахиаритмия, приводят к нарушению функции сердца в результате увеличения частоты сердечных сокращений или реже ее снижения (например, при полной поперечной блокаде).

• Тромбоэмболии легочной артерии приводят к повышению нагрузки на правый желудочек и сопровождаются тахикардией, лихорадкой.

• Острые инфекционные заболевания, в том числе респираторные вирусные инфекции, изменяют метаболизм и повышают гемодинамическую нагрузку на сердце.

• Гиперкинетическое кровообращение наблюдается при беременности, анемии, гипертиреозе и др. и может вызвать развитие сердечной недостаточности при наличии любого заболевания сердца.

• Причинами нарастания сердечной недостаточности могут быть физическое или эмоциональное перенапряжение, увеличение потребления соли, прекращение приема кардиотонических или мочегонных средств, прием препаратов, снижающих сократительную функцию миокарда. Эстрогены, андрогены, глюкокортикостероиды, нестероидные противовоспалительные средства вызывают задержку натрия и воды в организме.

• Гипертонический криз приводит к значительному повышению нагрузки на миокард.

1.2 Клиническая картина

Проявления хронической сердечной недостаточности вариабельны и зависят от особенностей поражения сердца и включения компенсаторных механизмов . Они характеризуются рядом общих признаков, а также симптомами застоя крови в малом и большом кругах кровообращения.

Одышка - главный симптом сердечной недостаточности, связанный с застоем крови в легких. Первоначально одышка появляется только при физической нагрузке и исчезает в покое. Следует иметь в виду, что одышка при физическом напряжении возникает и у слабо тренированных людей со здоровым сердцем. Поэтому необходимо обращать внимание на снижение переносимости нагрузки и появление одышки или чувства нехватки воздуха при значительно меньшем физическом усилии, чем ранее. В основе одышки лежит изменение газового состава крови, гипоксемия, а также снижение растяжимости легких, связанное с застоем крови и интерстициальным отеком и требующее усиления работы дыхательной мускулатуры. Одышка в покое обычно сопровождается тахипноэ.

Ортопноэ - облегчение дыхания в положении с приподнятым изголовьем или сидя. В таком положении венозный приток к правому сердцу снижен, что приводит к снижению легочного капиллярного давления. Ортопноэ уменьшается при нарастании правожелудочковой недостаточности и застоя крови в большом круге кровообращения.

Сердечная астма характеризуется приступами одышки, удушья или нехватки воздуха и относится к проявлениям острой левожелудочковой недостаточности. Приступы сердечной астмы возникают обычно в ночное время в результате быстрого нарастания застоя крови в малом круге кровообращения. Помимо одышки и удушья наблюдается кашель с мокротой, при аускультации обнаруживают жесткое дыхание, затем появляются влажные хрипы. Затянувшийся приступ сердечной астмы может осложниться отеком легкого в результате перехода жидкой части крови из сосудистого русла и интерстициальной ткани в воздухоносные пути. Развитию сердечной астмы способствует снижение вентиляции во время сна вследствие уменьшения чувствительности дыхательного центра к изменениям газового состава крови и снижение сократительной функции миокарда. Кроме того, в горизонтальном положении больного происходит выход крови из депо с увеличением объема циркулирующей крови.

Незвонкие влажные хрипы в легких наблюдаются при хронической левожелудочковой недостаточности и выслушиваются в области нижних отделов легких.

Застойный бронхит у больных сердечной недостаточностью приводит к появлению кашля с выделением слизистой мокроты. В мокроте часто имеются прожилки крови, что связано с небольшими кровоизлияниями в отечную слизистую оболочку бронхов.

Периодическое дыхание Чейн-Стокса возникает в основном у больных атеросклерозом церебральных сосудов из-за гипоперфузии головного мозга и уменьшения чувствительности дыхательного центра к изменениям газового состава крови. Оно характеризуется периодами апноэ, т.е. отсутствием дыхания в течение нескольких секунд, при этом содержание кислорода в артериальной крови падает, а двуокиси углерода повышается.

Синусовая тахикардия - характерный симптом сердечной недостаточности. Вначале она является приспособительной реакцией, обеспечивающей увеличение минутного объема кровообращения при физической нагрузке, но в покое сохраняется значительно дольше, чем у здоровых людей. Позже тахикардия становится еще более устойчивой. Пульсовое давление может быть уменьшено, отражая снижение ударного объема. Иногда повышается диастолическое давление как следствие распространенной вазоконстрикции и рефлекса с растягивающихся устьев полых вен. Наклонность к синусовой тахикардии и особенно мерцательной тахиаритмии, а также артериальной гипотонии является неблагоприятным прогностическим признаком у больных сердечной недостаточностью.

Цианоз губ и ногтей связан с недостаточной артериализацией крови и усилением использования кислорода в периферических тканях, что приводит к повышению содержания восстановленного гемоглобина в крови.

Альтернирующий пульс встречается не часто и характеризуется чередованием пульсовых волн нормальной и низкой амплитуды, что обусловлено периодическим снижением сократимости миокарда левого желудочка с уменьшением выброса крови.

Застой крови по большому кругу кровообращения проявляется увеличением печени, периферическими отеками и набуханием шейных вен. Печень обычно плотная на ощупь. При надавливании на нее отмечают еще большее набухание шейных вен. Длительный застой крови в печени приводит к портальной гипертонии, увеличению селезенки и асциту. При морфологическом исследовании выявляют гипоксию печеночных клеток с более выраженными изменениями в центральных зонах, иногда даже с участками некроза долек, особенно при сочетании застойных явлений с синдромом малого выброса. Эти изменения могут сопровождаться желтухой за счет увеличения уровня прямого билирубина, повышением активности аминотрансфераз в сыворотке.

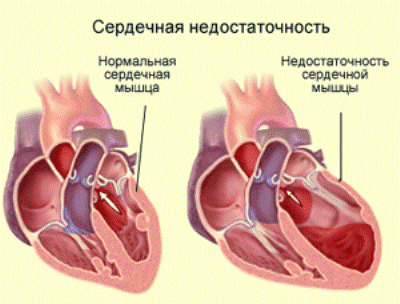
Отеки появляются сначала на стопах и лодыжках, позже на голенях, особенно к вечеру. При длительном пребывании в положении лежа появляется отечность на пояснице. Отеки связаны с повышением гидростатического давления в мелких периферических сосудах и капиллярах, увеличением проницаемости их стенок из-за гипоксемии, задержкой натрия и воды. Отечный синдром нередко сочетается с плевральным выпотом (гидротораксом), обычно правосторонним. Он связан с повышением плеврального капиллярного давления и транссудацией жидкости в плевральную полость. Плевральные вены относятся как к большому (париетальная плевра), так и малому (висцеральный листок) кругам кровообращения. Поэтому гидроторакс может развиться при венозном застое в обоих кругах кровообращения. При застое крови в большом круге кровообращения нередко развивается застойный гастрит с атрофией желудочных желез. В терминальной стадии наблюдают сердечную кахексию в результате анорексии, нарушения всасывания при застое крови в кишечных венах.

При застое в почках может появиться протеинурия, иногда сопровождающаяся небольшой азотемией. Плотность мочи обычно высокая.

Асцит возникает в результате транссудации жидкости при повышенном давлениии в портальных венах и венах брюшины. Наиболее выраженным бывает асцит у больных с поражением трехстворчатого клапана и констриктивным перикардитом.

Признаки снижения сердечного выброса иногда обнаруживают при отсутствии выраженного застоя крови в малом круге кровообращения. В наибольшей степени выражено уменьшение кровотока в скелетных мышцах, которое приводит к появлению слабости, быстрой утомляемости, а при длительном течении - уменьшению мышечной массы и развитию сердечной кахексии. У больных сердечной недостаточностью руки могут быть бледными и холодными на ощупь за счет уменьшения кровотока на фоне повышения симпатической активности.

В более тяжелых случаях появляются признаки недостаточности кровоснабжения печени («ишемический гепатит») и почек.



1.3 Классификация ХСН

Таблица 1.1.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Стадии ХСН (могут ухудшаться, несмотря на лечение) | | Функциональные классы ХСН (могут изменяться на фоне лечения как в одну, так и в другую сторону) | |
| I ст. | Начальная стадия заболевания (поражения) сердца. Гемодинамика не нарушена. Скрытая сердечная недостаточность. Бессимптомная дисфункция ЛЖ. | I ФК | Ограничения физической активности отсутствуют: привычная физическая активность не сопровождается быстрой утомляемостью, появлением одышки или сердцебиения. Повышенную нагрузку больной переносит, но она может сопровождаться одышкой и/или замедленным восстановлением сил. |
| IIА ст | Клинически выраженная стадия заболевания (поражения) сердца. Нарушения гемодинамики в одном из кругов кровообращения, выраженные умеренно. Адаптивное ремоделирование сердца и сосудов. | II ФК | Незначительное ограничение физической активности: в покое симптомы отсутствуют, привычная физическая активность сопровождается утомляемостью, одышкой или сердцебиением. |
| IIБ ст | Тяжелая стадия заболевания (поражения) сердца. Выраженные изменения гемодинамики в обоих кругах кровообращения. Дезадаптивноеремоделирование сердца и сосудов. | III ФК | Заметное ограничение физической активности: в покое симптомы отсутствуют, физическая активность меньшей интенсивности по сравнению с привычными нагрузками сопровождается появлением симптомов. |
| III ст. | Конечная стадия поражения сердца. Выраженные изменения гемодинамики и тяжелые (необратимые) структурные изменения органов-мишеней (сердца, легких, сосудов, головного мозга, почек). | IV ФК | Невозможность выполнить какую-либо физическую нагрузку без появления дискомфорта; симптомы СН присутствуют в покое и усиливаются при минимальной физической активности. |

.4 Диагностика

Цели диагностики:

§ Раннее установление факта наличия сердечной недостаточности.

§ Уточнение степени выраженности патологического процесса.

§ Определение этиологии сердечной недостаточности.

§ Оценка риска развития осложнений и резкого прогрессирования патологии.

§ Оценка прогноза.

§ Оценка вероятности возникновения осложнений заболевания.

§ Контроль за течением заболевания и своевременное реагирование на изменения состояния пациента.

Задачи диагностики:

§ Объективное подтверждение наличия или отсутствия патологических изменений в миокарде.

§ Выявление признаков сердечной недостаточности:, одышки, быстрой утомляемости, учащённого сердцебиения, периферических отёков, влажных хрипов в лёгких.

§ Выявление патологии, приведшей к развитию хронической сердечной недостаточности.

§ Определение стадии и функционального класса сердечной недостаточности.

§ Выявление преимущественного механизма развития сердечной недостаточности.

§ Выявление провоцирующих причин и факторов, усугубляющих течение заболевания.

§ Выявление сопутствующих заболеваний, оценка их связи с сердечной недостаточностью и её лечением.

§ Сбор достаточного количества объективных данных для назначения необходимого лечения.

Лабораторные данные.

Общий анализ крови. Возможно, развитие железодефицитной анемии при далеко зашедшей СН в связи с нарушением всасывания железа в кишечнике или недостаточным поступлением железа с пищей (у больных часто снижен аппетит, они мало едят, в том числе употребляют недостаточно продуктов, содержащих железо). Изначально существующая выраженная анемия (как самостоятельное заболевание) может приводить к развитию ХСН с высоким сердечным выбросом. При кахексии может отмечаться увеличение СОЭ. При декомпенсированном хроническом легочном сердце возможно повышение уровня гемоглобина, гематокрита, эритроцитов. В связи с низким уровнем фибриногена в крови при тяжелой ХСН снижается СОЭ.

Общий анализ мочи. Возможно появление протеинурии, цилиндрурии как маркеров нарушения функционального состояния почек при ХСН («застойная почка»).

Биохимический анализ крови. Возможно снижение содержания общего белка, альбуминов (вследствие нарушения функции печени, в связи с развитием синдрома мальабсорбции; гипопротеинемия выражена при кахексии); повышение уровня билирубина, аланиновой и аспарагиновой аминотрансфераз, тимоловой пробы, γ-глютамилтранспептидазы, ЛДГ, снижение уровня протромбина (эти изменения обусловлены нарушением функции печени); повышение уровня холестерина (при значительном нарушении функции печени - гипохолестеринемия), триглицеридов, липопротеинов низкой и очень низкой плотности, снижение липопротеинов высокой плотности (у лиц преклонного возраста и при ишемической болезни сердца); при тяжелой ХСН возможно повышение содержания в крови кардиоспецифичной МВ-фракции креатинфосфокиназы; снижение содержания калия, натрия, хлоридов, магния (особенно при массивной диуретической терапии); повышения уровня креатинина и мочевины (признак нарушения функции почек, при тяжелом поражении печени возможно снижение уровня мочевины).

Инструментальные исследования.

Электрокардиография.

Дисфункция миокарда так или иначе всегда найдет отражение на ЭКГ: нормальная ЭКГ при ХСН - исключение из правил. Для объективизации ХСН следует также учесть и такие изменения ЭКГ, как признаки рубцового поражения миокарда и блокада левой ножки пучка Гиса как предикторы низкой сократимости миокарда при ишемической болезни сердца. ЭКГ выявляет также различные нарушения сердечного ритма. Следует учитывать влияние на ЭКГ электролитного дисбаланса, который может иметь место, особенно при частом и длительном применении диуретиков.

Рентгенография органов грудной клетки.

Главными рентгенографическими признаками, подтверждающими наличие ХСН, являются кардиомегалия и венозный легочный застой.

Кардиомегалияобусловлена гипертрофией миокарда и дилатацией полостей сердца. О кардиомегалии можно судить на основании увеличения кардиоторакального индекса более 50%. или если имеется увеличение поперечника сердца более 15,5 см у мужчин и более 14,5 см у женщин. Однако размеры сердца могут оказаться нормальными или незначительно увеличенными даже при выраженной клинической картине ХСН (при диастолической ХСН). Нормальные размеры сердца для систолической ХСН не характерны.

Венозный застой - венозное полнокровие легких - характерный признак ХСН. Снижении сократительной способности миокарда ЛЖ повышается давление наполнения ЛЖ и затем среднее давление в левом предсердии и в легочных венах, вследствие чего развивается застой крови в венозном русле малого круга. В последующем, по мере дальнейшего прогрессирования ХСН, к венозному застою присоединяется легочная артериальная гипертензия, обусловленная спазмированием и морфологическими изменениями артериол. Начальная стадия венозного застоя в легких характеризуется периваскулярным отеком, расширением легочных вен, особенно в верхних долях, перераспределением кровотока в верхние отделы легких. Имеются признаки легочной гипертензии (расширение ствола и крупных ветвей легочной артерии; обеднение легочного рисунка на периферии легочных полей и повышение их прозрачности в связи с резко выраженным сужением периферических ветвей легочной артерии; увеличение правого желудочка; усиленная пульсация ствола легочной артерии. Нередко обнаруживается гидроторакс, чаще справа. Рентгенография сердца помогает в выяснении основного заболевания, приведшего к развитию ХСН (например, постинфарктная аневризма ЛЖ, экссудативный перикардит).

Эхокардиография.

Эхокардиография позволяет решить главную диагностическую задачу - уточнить сам факт дисфункции сердца и ее характер, а также провести динамическую оценку состояния сердца и гемодинамики. В настоящее время применяется тканевая доплерэхокардиография, позволяющая выявить локальные нарушения перфузии миокарда при ХСН.

Радиоизотопная вентрикулография позволяет достаточно точно измерить ФВ ЛЖ, конечный объемы ЛЖ и считается хорошим методом оценки функции ПЖ. Радиоизотопная сцинтиграфия миокарда с технецием позволяет оценить функцию ЛЖ. Радиоизотопная сцинтиграфия миокарда с таллием позволяет оценить жизнеспособность миокарда, выявить очаги ишемии и фиброза, а в комбинации с физической нагрузкой констатировать обратимый характер ишемии и эффективность лечения. Информативность радиоизотопных методов исследования превосходит таковую при Эхо-КГ.

Магнитно-резонансная томография - наиболее точный метод с максимальной воспроизводимостью расчетов по вычислению объемов сердца, толщины его стенок и массы ЛЖ, превосходящий по этому параметру Эхо-КГ и радиоизотопные методы исследования. Кроме того, метод позволяет выявлять утолщение перикарда, оценивать протяженность некроза миокарда, состояние его кровоснабжения и особенности функционирования. Тем не менее, учитывая высокую стоимость и малую доступность, проведение диагностической МРТ оправдано только в случаях недостаточно полной информативности прочих визуализирующих методик.

Общие методы исследования.

Оценка функции легких.

Данный тест полезен для исключения легочного генеза одышки. Установлено, что форсированная жизненная емкость легких и объем форсированного выдоха за 1-ю секунду коррелируют с пиковым потреблением кислорода у больных с ХСН. При ХСН скорость выдоха за 1-ю секунду и форсированная жизненная емкость легких могут снижаться, но не в такой степени, как при обструктивных заболеваниях легких. Отмечается также снижение жизненной емкости легких. После успешного лечения ХСН эти показатели могут улучшаться, вероятно, в связи с улучшением состояния дыхательной мускулатуры, уменьшением одышки и общей слабости.

Нагрузочные тесты.

Проведение нагрузочных тестов у пациентов с ХСН оправдано не для уточнения диагноза, а с целью оценки функционального статуса пациента и эффективности лечения, а также для определения степени риска. Тем не менее нормальный результат нагрузочного теста у пациента, не получающего специфического лечения, практически полностью исключает диагноз ХСН.

Рекомендуется проведение велоэргометрии, тредмил-теста, особенно под контролем показателей газообмена (спировелоэргометрия). Потребление кислорода на высоте максимальной нагрузки наиболее точно характеризует ФК ХСН. Проведение проб с физической нагрузкой возможно лишь при стабильном состоянии больного не менее 2 недель (отсутствие жалоб в покое, отсутствие признаков застоя в легких и др.), отсутствие необходимости применения инотропных средств и диуретиков внутривенно, стабильном уровне креатинина в крови. Для повседневной практики в качестве стандартного рутинного теста рекомендуется тест 6-минутной ходьбы.

.5 Лечение

В ряде случаев своевременная диагностика причины декомпенсации и специфическое воздействие на неё позволяют существенно (а иногда и радикально) влиять на развитие и прогрессирование сердечной недостаточности.

Цели лечения:

1. Предотвращение развития симптомов хронической сердечной недостаточности (для первой стадии хронической сердечной недостаточности).

2. Устранение клинической симптоматики сердечной недостаточности (одышки, повышенной утомляемости,тахикардии, отечного синдрома и т.д.) - для стадий IIА-III.

. Замедление прогрессирования болезни путем защиты органов-мишеней (сердце, почки, головной мозг, сосуды, скелетная мускулатура) - для стадий I-III.

. Улучшение качества жизни (для стадий IIА-III), снижение частоты госпитализаций (для стадий I-III).

. Улучшение прогноза заболевания - продление жизни (для стадий I-III).

Существуют немедикаментозные и медикаментозные методы лечения.

Немедикаментозные методы.

Диета. Главный принцип - ограничение потребления соли и в меньшей степени - жидкости. При любой стадии ХСН больной должен принимать не менее 750 мл жидкости в сутки. Ограничения по употреблению соли для больных ХСН I ФК - менее 3 грамм в сутки, для больных II-III ФК - 1.2-1.8 грамм в сутки, для IV ФК - менее 1 грамма в сутки.

Физическая реабилитация. Варианты - ходьба или велотренажер по 20-30 минут в день до пяти раз в неделю с осуществлением самоконтроля самочувствия, пульса (эффективной считается нагрузка при достижении 75-80 % от максимальной для пациента ЧСС).

Медикаментозное лечение ХСН.

Следует отметить, что любые алгоритмы терапии должны строиться на "медицине доказательств", то есть когда эффективность лекарственных средств доказана при проведении международных исследований.

Весь перечень лекарственных средств, применяемых для лечения ХСН, подразделяют на три группы: основная, дополнительная, вспомогательная.

Основная группа препаратов полностью соответствуют критериям "медицины доказательств" и рекомендована к применению во всех странах мира, это - ингибиторы АПФ, мочегонные средства, сердечные гликозиды, бета-адреноблокаторы (дополнительно к иАПФ).

По показаниям возможно назначение дополнительной группы препаратов, эффективность и безопасность которых доказана крупными исследованиями, однако требует уточнения (проведения мета-анализа), это - антагонисты альдостерона, антагонисты рецепторов к ангиотензину II, блокаторы кальциевых каналов последнего поколения.

Вспомогательными препаратами, эффективность которых не доказана, однако их применение диктуется определенными клиническими ситуациями, являются периферические вазодилататоры, антиаритмические средства, антиагреганты, прямые антикоагулянты, негликозидные положительные инотропные средства, кортикостероиды, статины.

Несмотря на большой выбор лекарственных средств в лечении больных недопустима полип <http://www.nedug.ru/desease/%d0%9f%d0%be%d0%bb%d0%b8%d0%bf>рагмазия (неоправданное назначение большого количества групп препаратов). В то же время сегодня на уровне поликлинического звена основная группа препаратов для лечения ХСН не всегда занимает ведущие позиции, порой отдается предпочтение препаратам второй и третьей групп.

Ниже приведена характеристика препаратов основной группы.

Инибиторы АПФ.

В России полностью доказана эффективность и безопасность в лечении ХСН следующих иАПФ: каптоприл, эналаприл, рамиприл, фозиноприл, трандолаприл.

Назначение иАПФ показано всем больным ХСН, вне зависимости от стадии, функционального класса, этиологии и характера процесса. Неназначениеи АПФ ведет к увеличению смертности больных с ХСН. Наиболее раннее назначение иАПФ, уже при I ФК ХСН, способно замедлить прогрессирование ХСН.

Как показывает клиническая практика, в России, да и в других развитых странах, врачи не всегда назначают иАПФ, так в США только 40 % врачей назначают всем больным с ХСН иАПФ, по Российской Федерации данной статистики нет, но ситуация явно обстоит не лучшим образом. Трудность в получении статистических данных по ХСН заключается в том, что в России, в отличие от других стран, специальный учет таких больных не проводится, так как ХСН не является нозологической единицей, а рассматривается как синдром.

Основными причинами неназначенияиАПФ являются недостаточная осведомленность врачебного персонала, относительно высокая цена иАПФ, опасения врача и пациента по поводу возникновения побочных реакций.

Комментируя последний пункт, следует отметить, что неспособность врача назначить иАПФ из-за опасности развития побочных реакций, скорее свидетельствует о недостаточной его квалификации, чем о наличии абсолютных противопоказаний к назначению иАПФ.

Наиболее распространенные побочными реакциями при назначении иАПФ (в сумме не более 7-9 % причин отмены) являются: сухой кашель <http://www.nedug.ru/desease/%d0%9a%d0%b0%d1%88%d0%b5%d0%bb%d1%8c>, артериальная гипотензия <http://www.nedug.ru/desease/%d0%b3%d0%b8%d0%bf%d0%be%d1%82%d0%b5%d0%bd%d0%b7%d0%b8%d1%8f>, нарастание степени хронической почечной недостаточности в виде азотемии, гиперкалиемии.

Сухой кашель <http://www.nedug.ru/desease/%d0%9a%d0%b0%d1%88%d0%b5%d0%bb%d1%8c>, возникающий до 3 % случаев, обусловлен блокадой разрушения брадикинина в бронхах. Доказана возможность назначения иАПФ при наличии хронического бронхит <http://www.nedug.ru/desease/%d0%91%d1%80%d0%be%d0%bd%d1%85%d0%b8%d1%82>а или бронхиальной астмы, при этом степень кашля не усиливается. Наименьший риск данного побочного действия имеет фозиноприл.

Нарастание степени протеинурии, азотемии - достаточно редкое осложнение, встречающееся преимущественно у пациентов с сопутствующей ХПН. В таких случаях целесообразно также назначать фозиноприл, имеющий два пути элиминации из организма - почечный и печеночный.

Артериальная гипотензия <http://www.nedug.ru/desease/%d0%b3%d0%b8%d0%bf%d0%be%d1%82%d0%b5%d0%bd%d0%b7%d0%b8%d1%8f> может иметь место сразу после начала терапии иАПФ вследствие быстрого воздействия на циркулирующие нейрогормоны. При терапии в титрующих дозах этот эффект либо не возникает, либо уменьшается максимум к концу второй недели терапии. А длительный эффект иАПФ реализуется через блокаду тканевых нейрогормонов.

Минимизация артериальной гипотензии достигается:

· отказом от одновременного назначения иАПФ и вазодилататоров (бета-блокаторов, блокаторов кальциевых каналов, нитратов), после стабилизации уровня АД, при необходимости можно вернуться на прежнюю терапию;

· отказом от предшествующей активной мочегонной терапии, особенно накануне с целью избежать потенцирующего эффекта препаратов;

· у пациентов с исходной гипотензией возможно кратковременное применение небольших доз стероидных гормонов - 10-15 мг/сут., однако, если исходное систолическое артериальное давление <http://www.nedug.ru/desease/%d0%90%d1%80%d1%82%d0%b5%d1%80%d0%b8%d0%b0%d0%bb%d1%8c%d0%bd%d0%be%d0%b5\_%d0%b4%d0%b0%d0%b2%d0%bb%d0%b5%d0%bd%d0%b8%d0%b5> менее 85 мм. рт. ст. - терапия иАПФ не показана;

· начало терапии любым иАПФ следует начинать с минимальных (стартовых) доз, которые рассмотрены ниже.

Основные принципы дозирования иАПФ. Существует понятие стартовых и максимальных (целевых) доз для каждого конкретного препарата.

Удвоение дозы препарата производится не чаще, чем 1 раз в неделю (титрование), при условии хорошего самочувствия пациента, отсутствии побочных реакций, а также уровня систалического артериального давления не менее 90 мм орт. ст.

Таблица 2.1.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Препарат | Стартовая доза | Оптимальная (целевая) доза | Максимальная доза |
| Каптоприл | 6.25 мг х 2-3 раза в день | 75 мг/сутки | 150 мг/сутки |
| Эналаприл | 2.5 мг х 2 раза в день | 20 мг/сутки | 40 мг/сутки |
| Фозиноприл | 2.5 мг х 1-2 раза в день | 20 мг/сутки | 40 мг/сутки |
| Рамиприл | 1.25 мг х 1-2 раза в день | 10 мг/сутки | 20 мг/сутки |
| Трандолаприл | 1 мг однократно | 4 мг/сутки | 4 мг/сутки |

Характеристика наиболее используемых иАПФ.

Мочегонные средства (диуретики).

В отношении диуретиков складывается парадоксальная ситуация. Ни у кого не вызывает сомнений необходимость применения диуретиков при декомпенсации ХСН, однако не существует ни одного исследования с позиций "доказательной медицины", которое доказало бы эффективность мочегонных средств.

Основное показание для назначения мочегонных препаратов - клинические признаки и симптомы избыточной задержки жидкости в организме больного ХСН, однако, следует помнить о том, что диуретики обладают двумя негативными свойствами - гиперактивируютнейрогормоны ренин-ангиотензин-альдостероновой системы, а также вызывают электролитные нарушения.

Принципы терапии диуретиками:

· комбинируются с иАПФ, что позволяет, снизит дозу мочегонных средств при одинаковом клиническом эффекте;

· назначается слабейший из эффективных диуретиков с целью предотвращения развития зависимости пациента от мочегонных средств, а также иметь резерв по типу и дозе диуретика в период декомпенсации ХСН;

· назначаются ежедневно в минимальной дозе с достижением положительного баланса жидкости по диурезу в фазу терапии декомпенсации ХСН - 800-1000 мл, при поддерживающей терапии - 200 мл под контролем массы тела.

Характеристика наиболее используемых диуретиков. В настоящее время в основном применяются две группы диуретиков - тиазидные и петлевые.

Из группы тиазидных диуретиков предпочтение отдается гидрохлортиазиду, который назначается при умеренной ХСН (II - III ФК NYHA). В дозе до 25 мг в сутки вызывает минимум побочных реакций, в дозе более 75 мг могут регистрироваться дисэлектролитные расстройства. Максимальный эффект - через 1 час после приема, длительность действия - 12 часов. Рекомендован прием утром натощак.

Один из наиболее мощных петлевых диуретиков - фуросемид, начальный эффект - через 15-30 минут, максимальный эффект - через 1-2 часа, продолжительность действия - 6 часов. Диуретический эффект сохраняется также при сниженной функции почек. Доза варьирует от степени выраженности симптомов ХСН - от 20 до 500 мг в сутки. Рекомендован прием утром натощак. Этакриновая кислота - препарат, похожий на фуросемид, однако, из-за действия на разные ферментативные системы петли Генле может применятся при развитии рефрактерности к фуросемиду, либо комбинироваться с ним при упорных отеках. Дозировка - 50-100 мг в сутки, максимальная доза - 200 мг. Рекомендован прием утром натощак.

Сердечные гликозиды.

В настоящее время наиболее распространенный сердечный гликозид в России - дигоксин - единственный препарат из группы положительных инотропных средств, остающийся в широкой клинической практике при длительном лечении ХСН. Негликозидные средства, повышающие сократимость миокарда, негативно влияют на прогноз и длительность жизни пациентов и могут применяться в виде коротких курсов при декомпенсации ХСН.

Эффект сердечных гликозидов в настоящее время связывают не столько с их положительным инотропным действием, сколько с отрицательным хронотропным влиянием на миокард, а также с воздействием на уровень нейрогормонов, как циркулирующих, так и тканевых, а также с модулированием барорефлекса.

Исходя из вышеописанных характеристик, дигоксин является препаратом первой линии у больных с ХСН при наличии постоянной тахисистолической формы мерцательной аритмии. При синусовом ритме отрицательный хронотропный эффект дигоксина слаб, а потребление миокардом кислорода значительно возрастает вследствие положительного инотропного действия, что приводит к гипоксии миокарда. Таким образом, возможно провоцирование различных нарушений ритма, особенно у пациентов с ишемической этиологией ХСН.

Таким образом, оптимальные показания для назначения сердечных гликозидов следующие:

· постоянная тахисистолическая форма мерцательной аритмии;

· выраженная ХСН (III - IV функциональный класс NYHA)

· фракция выброса менее 25 %;

· кардиоторакальный индекс более 55 %;

· неишемическая этиология ХСН (ДКМП и т.д.).

Принципы лечения в настоящее время - назначение небольших доз гликозидов (дигоксин не более 0.25 мг в сутки) и, что проблематично в общероссийской практике, под контролем концентрации дигоксина в плазме крови (не более 1.2 нг/мл). При назначении дигоксина необходимо учитывать его фармакодинамику - концентрация в плазме экспоненциально увеличивается к восьмому дню от начала терапии, поэтому таким больным в идеале показано выполнение суточного мониторирования ЭКГ с целью контроля за нарушениями ритма.

Мета-анализ исследований по дигоксину, проведенных по правилам доказательной медицины, показал, что гликозиды улучшают качество жизни (через уменьшение симптомов ХСН); снижается число госпитализаций, связанных с обострением ХСН; однако дигоксин не влияет на прогноз больных.

Бета-адреноблокаторы.

В 1999 году в США и странах Европы, а теперь и в России бета-адреноблокаторы рекомендованы к использованию в качестве основных средств для лечения ХСН. Таким образом, был опровергнут постулат о невозможности назначения больным с ХСН препаратов, обладающих отрицательным инотропным действием.

При проведении ряда исследований по применению бета-адреноблокаторов при ХСН было доказано, что бета-адреноблокаторы имеют интересный гемодинамический профиль воздействия, сходный, как не парадоксально, с сердечными гликозидами, т.е. длительное назначение этих препаратов приводит к росту насосной функции сердца и снижению ЧСС.

Однако не все бета-адреноблокаторы обладают положительным эффектом при ХСН. В настоящее время доказана эффективность лишь трех препаратов:

· карведилол - бета-адреноблокатор, обладающий альфа-блокирующей активностью, а также антипролиферативным и антиоксидантным свойствами;

· бисопролол - наиболее избирательный в отношении бета-1 рецепторов селективный бета-адреноблокатор;

· метопролол (ретардная форма с медленным высвобождением) - селективный липофильный бета-адреноблокатор.

Принципы терапии бета-адреноблокаторами. Перед назначением бета-адреноблокаторов необходимо выполнение следующих условий:

· пациент должен находится на отрегулированной и стабильной дозе иАПФ, не вызывающей артериальной гипотензии;

· необходимо усилить диуретическую терапию, так как из-за временного краткосрочного снижения насосной функции возможно обострение симптомов ХСН;

· по возможности отменить вазодилататоры, особенно нитропрепараты, при гипотонии возможен короткий курс кортикостероидной терапии (до 30 мг в сутки перорально).

· стартовая доза любого бета-адреноблокатора при лечении ХСН - 1\8 средней терапевтической: 3.125 мг - для карведилола, 1.25 - для бисопролола, 12, 5 - для метопролола;

· удвоение дозировок бета-адреноблокаторов не чаще, чем 1 раз в две недели, при условии стабильного состояния больного, отсутствии брадикардии и гипотонии;

· достижение целевых доз: для карведилола - по 25 мг два раза в сутки, для бисопролола - 10 мг в сутки однократно (либо по 5 мг два раза), для метопролола медленного высвобождения - 200 мг в сутки.

Глава 2. Сестринский уход при ХСН

.1 Сестринский процесс

Сестринский процесс - это системный подход к оказанию профессиональной медицинской помощи, направленный на восстановление здоровья пациента, исходя из его потребностей.

Термин «сестринский процесс» - английский; означает ухаживать, обслуживать, осуществлять уход за пациентом.

Цель сестринского процесса.

Целью сестринского процесса является поддержание и восстановление независимости пациента в удовлетворении основных потребностей его организма.

Цель сестринского процесса осуществляется путем решения следующих задач:

• создание базы информационных данных о пациенте;

• выявление потребностей пациента в медицинском обслуживании;

• обозначение приоритетов в медицинском обслуживании;

• составление плана ухода и обеспечение ухода за пациентом в соответствии с его потребностями;

• определение эффективности процесса ухода за пациентом и достижение цели медицинского обслуживания данного пациента.

Этапы сестринского процесса.

В соответствии с решаемыми задачами сестринский процесс подразделяется на пять этапов:

Первый этап - сестринское обследование.

Сестринское обследование проводится двумя методами:

• субъективным.

Субъективный метод обследования - расспрос. Это данные, которые помогают медсестре составить представление о личности пациента.

• объективным.

Объективный метод - это осмотр, который определяет статус пациента в настоящее время.

Второй этап - сестринская диагностика.

Цели второго этапа сестринского процесса:

• анализ проведенных обследований;

• определить с какой проблемой здоровья сталкивается пациент и его семья;

• определить направление сестринского ухода.

Третий этап - планирование сестринского вмешательства.

Цели третьего этапа сестринского процесса:

• исходя из потребностей пациента, выделить приоритетные задачи;

• разработать стратегию достижения поставленных целей;

• обозначить срок достижения данных целей.

Четвертый этап - сестринское вмешательство.

Цель четвертого этапа сестринского процесса:

• сделать все необходимое для выполнения намеченного плана ухода за пациентом идентично общей цели сестринского процесса.

Пятый этап - определение степени достижения цели и оценка результата.

Цель пятого этапа сестринского процесса:

• определить, в какой степени достигнуты поставленные цели.

На этом этапе медсестра:

• определяет достижение цели;

• сравнивает с ожидаемым результатом;

• формулирует выводы;

• делает соответствующую отметку в документах (сестринской истории болезни) об эффективности плана ухода.

Ситуация из практики.

Пациент О., 64года, находится на стационарном лечение в кардиологическом отделение с диагнозом Н 2Б ст. Медицинская сестра установила жалобы на: отеки на голенях, увеличение живота, сердцебиение, слабость, одышку в покое. Болеет около 6 лет, после того как перенес инфаркт миокарда. Тревожен, выражает опасения за свое будущее.

Объктивно: состояние тяжелое, положение в постели вынужденное - ортопноэ. Кожные покровы цианотичные. Отеки на стопах и голенях. ЧДД 22 в 1мин, пульс 94 в 1мин, аритмичный, неравномерного наполнения и напряжения. АД 140\95 мм рт.ст. Живот увеличен в объеме, болезненный в правом подреберье. Печень выступает на 10см из-под реберной дуги. В животе определяется свободная жидкость.

Нарушено удовлетворение потребностей: дышать, есть, пить, выделять, работать, отдыхать, избегать опасности. Проблемы настоящие : задержка жидкости (отеки, асцит), сердцебиение, слабость, одышка в покое, беспокойность по поводу исхода заболевания. Проблемы потенциальные: риск развития пролежней. Приоритетная проблема отеки.

Краткосрочная цель: пациент отметит уменьшение отеков на нижних конечностях к концу недели. Долгосрочная цель: пациент будет демонстрировать знания о диете, подсчета суточного диуреза к моменту выписки.

.2 Сестринские вмешательства при ХСН.

.Диетотерапия.

Лечебное питание при хронической сердечно-сосудистой недостаточности (диета №10)

Показания к диете: Хроническая недостаточность кровообращения 1 или 2а стадии.

Хроническая сердечно-сосудистая недостаточность чаще всего является следствием таких заболеваний, как пороки сердца, ИБС, общий атеросклероз сосудов, гипертоническая болезнь и др. Основные жалобы больных - одышка, сердцебиение, нарушение сердечного ритма, отеки, повышенная утомляемость, сниженная работоспособность. Основное и наиболее стойкое проявление болезни - отеки (задержки жидкости в организме). Обусловлены они не только нарушением приспособительных механизмов в самой сосудистой системе и сердце, но и существенными нарушениями обменных процессов в органах, тканях и клетках организма. Следовательно, все виды лечения и прежде всего диетическое лечение должны быть направлены на ликвидацию или уменьшение степени нарушения обмена веществ, а значит, на восстановление нарушенных функций аппарата кровообращения.

Если у сердечного больного в данный момент нет несомненных признаков недостаточности кровообращения, то к его рациону не предъявляется особых требований. Но следует учесть, что мясо рекомендуется употреблять в вареном виде или с последующим обжариванием, так как в этом случае в нем содержится меньше экстрактивных веществ, возбуждающих нервную и ССС; поваренная соль употребляется в умеренных количествах (6-8 г в день); количество жидкости ограничивается 1-1,2 л (резкое ограничение жидкости в рационе сердечного больного при отсутствии отеков является неоправданным, так как это может способствовать замедлению выделения из организма вредных продуктов обмена).

При возникновении же явных признаков расстройства кровообращения (одышка, сердцебиение, отеки) диетический рацион больного должен быть существенно изменен с учетом стадии недостаточности ССС.

Основные принципы лечебного питания при хронической сердечно-сосудистой недостаточности:

) ограничение соли до 2-4 г в день, а при больших отеках полное исключение ее;

) ограничение жидкости до 0,8-1 л в день;

) частые приемы пиши небольшими порциями (5-6 раз в день);

) введение в пищу продуктов, которые усиливают выведение жидкости из организма.

Мочегонным действием прежде всего обладают молоко и продукты, содержащие соли калия. Много солей калия в овощах и плодах - картофеле, капусте, зелени петрушки, черной смородине, персиках, кизиле, абрикосах, винограде, бананах, вишне. Особенно богаты солями калия сухие фрукты - курага, изюм, финики, чернослив, инжир, шиповник и др.

На основе изложенных: принципов разработана диета № 10, по которой больному разрешаются следующие блюда и продукты:

хлеб и хлебные изделия - пшеничный, серый, отрубный выпечки предыдущего дня или подсушенный (от 150 до 300 г в день), а также в виде сухарей; сухое несдобное печенье;

супы - вегетарианские, овощные и крупяные, молочные, фруктовые, нежирный мясной суп 1 раз в неделю;

блюда из мяса и птицы - из нежирного мяса и птицы (говядина, телятина, курица), лучше свежего, свободного от сухожилий и жира, в отварном или паровом виде (котлеты, кнели, фрикадели, пюре, суфле, рулет и др.);

периодически разрешается нежесткое мясо в отварном виде куском и с последующим его обжариванием;

блюда из рыбы - из судака, щуки, карпа, наваги, трески и другой нежирной рыбы в отварном или паровом виде (рубленые или куском); блюда из яиц - в виде белкового омлета, не более 4-5 яиц в неделю;

блюда и гарнтры из овощей - винегреты и салаты с растительным маслом (подсолнечным, оливковым, конопляным) из картофеля, цветной капусты, помидоров, кабачков, огурцов свежих, тыквы; ограничиваются грибы и грибные блюда, блюда из фасоли, гороха, бобов, редиса, так как они вызывают вздутие кишечника;

блюда и гарниры из круп и макаронных изделий - каши (манная, гречневая, овсяная), пудинги и запеканки из круп и макаронных изделий (при избыточном весе крупяные и мучные изделия необходимо ограничивать);

фрукты, ягоды и фруктовые соки - любые; ограничивается виноградный сок, который вызывает вздутие кишечника;

молоко и молочные продукты - всякие;

ограничиваются сливки, сметана, мороженое; особенно рекомендуется теплое молоко небольшими порциями (5-6 раз в день по 100 г), нежирный творог и блюда из него, кефир, простокваша, ацидофильное молоко, кумыс, нежирные и малосоленые сыры;

жиры животные - сливочное масло (не более 20 г в день), растительные масла (30 г в день); общее количество жиров в диете не должно превышать 70-80 г (не следует забывать, что около 40 г животного жира содержится в продуктах, включенных в рацион);

сладости - сахар (не более 50 г в день), часть которого можно заменять медом, джемом или вареньем (при избыточном весе все сладости ограничиваются);

напитки - чай с молоком, некрепкий чай, ненатуральный кофе с цикорием (4 г на один стакан воды);

минеральные воды негазированные - по разрешению врача;

закуски - докторская колбаса, несоленые и неострые сыры, винегрет, салаты, овощные консервы;

соусы - молочные, на овощном отваре, фруктово-ягодные подливы;

витамины - особенно показаны витамины С и Р (рутин) в виде готовых препаратов или в виде отвара шиповника.

Приемы пищи должны быть регулярными, небольшими по объему и частыми (не реже 4-5 раз в день), последний прием пищи необильный за 2-3 часа до сна.

Примерное однодневное меню диеты № 10

На весь день: хлеба белого или отрубного бессолевого 250 г, сахара 30 г, масла 10 г, соли 3-4 г на руки, свободной жидкости 0,8-1 л (включая первое блюдо и напитки). Все блюда готовятся без соли.

Первый завтрак (до работы):

) каша молочная манная, гречневая протертая или рисовая (риса 50 г, молока 100 г, сахара 5 г) с маслом;

) яйцо всмятку или паровой омлет из 1 яйца, или творог (75 г) со сметаной (20 г);

) чай с молоком или вареньем - 1/2 стакана.

Второй завтрак (в обеденный перерыв):

) рагу из отварного мяса без соли - 150 г;

) тертая морковь или свекла (100 г) со сметаной (10 г); можно также дать сырое яблоко (100 г) или размоченную курагу (30 г).

Обед (после работы):

) борщ вегетарианский (полтарелки) или суп фруктовый с гренками, суп рисовый вегетарианский с лимоном, ячневый суп с картофелем и сметаной (крупы ячневой 30 г, картофеля 50 г, отварного лука 10 г, сметаны 20 г);

) мясо отварное - 100 г (или отварное запеченное, или бефстроганов), свекла (или морковь) тушеная - 150 г;

) молочный кисель (молока 150 г, картофельной муки 7 г, сахара 15 г, ванилина по вкусу) или яблочное пюре - 100 г, или сырое яблоко - 100 г, или размоченный чернослив - 50 г.

Ужин:

) творог (75 г) с молоком или кефиром (50 г);

) отварная лапша с маслом или картофельные котлеты с черносливом, или свекла с яблоками, тушенная в сметане, или котлеты из моркови с размельченными сухарями, шинкованными фруктами (моркови 200 г, манной крупы 15 г, молока 50 г, сахара 5 г, сушеных фруктов 30 г, сухарей 5 г, масла 10 г);

) чай с молоком (молока 50 г, сахара 10 г) или молоко с сахаром - 1/2 стакана.

На ночь: чай с молоком или молоко - 1/2 стакана.

В отдельных случаях (при больших отеках; избыточном весе) для усиления мочегонного действия могут проводиться 1-2 раза в неделю, но не более (лучше в выходные дни) контрастные (разгрузочные) дни;

Арбузный день (1 1/2 кг мякоти спелого арбуза делят на 5 порций и принимают в течение дня с равными промежутками времени);

Кураговый день (слегка размоченные 500 г кураги делят на 5 раз в день по 100 г);

Яблочный день (1,5 кг спелых яблок делят на 5 приемов в течение дня; можно давать яблоки в протертом или печеном виде);

Творожный день (400-500 г творога делят на 4 приема в течение дня или готовят из него сырники, пудинг; на каждый прием добавляют 50 г молока или кефира);

Рисово-компотный день (через каждые 2-3 ч 6 раз в день дают по стакану сладкого компота, причем 2 раза со сладкой рисовой кашей, сваренной из 50 г риса; для приготовления 1 1/2 л компота требуется 1,5-2 кг свежих или 240 г сухих фруктов и 120 г сахара).

Контролем за эффективностью диеты является ежедневное взвешивание больного и измерение суточного количества мочи. Усиленное выделение мочи и потеря в весе являются показателем успешного лечения.

Все вопросы, связанные с длительностью назначения диеты, решает лечащий врач с учетом особенностей течения болезни.

При тяжелой степени недостаточности кровообращения и стойких отеках на 7-15 дней назначается диета № 10а с меньшей калорийностью (50 г белка, 70 г жира, 300-350 г углеводов; 1500-1900 ккал).

Показания к назначению лечебной диеты № 10а. Сердечная недостаточность 2Б-3 стадии.

Общая характеристика.

Резкое ограничение поваренной соли и свободной жидкости, исключение пищевых веществ и напитков, возбуждающих центральную нервную систему, деятельность сердца и раздражающих почки (алкоголь, азотистые экстрактивные вещества, острые и соленые блюда и приправы, крепкий кофе и крепкий чай, шоколад, какао), исключение продуктов и напитков, вызывающих метеоризм (капуста, горох, фасоль, бобы, газированная вода), а также жирных и мучных блюд.

. Пероральный прием препаратов. Контролировать прием лекарственных препаратов.

Оптимальный терапевтический эффект лекарственных средств зависит от многих факторов, среди которых одним из основных является характер питания. Пища влияет на фармакокинетику препарата, изменяет его активность, а также усиливает или ослабляет токсические свойства. Правильное сочетание лекарств и пищи с учетом времени их приема может не только повысить эффективность препаратов и уменьшить их дозы, но и избежать нежелательных побочных действий. Именно медицинская сестра, работая непосредственно с пациентом, раскладывает, раздает, помогает принять лекарственное средство и контролирует правильность его приема. Медсестра должна понимать, что правильный прием препаратов имеет не меньшее значение, чем их правильный выбор, и ее обязанность знать и учитывать эти правила:

1. Лекарство медсестра выдает у постели пациента, проверяя этикетку на упаковке и запись в листе назначений.

. Пациент принимает лекарство в присутствии медсестры за исключением средств, применяемых во время еды.

. Лекарства, назначенные до еды, принимают за 15 минут до приёма пищи. лекарства, назначенные после приёма пищи - через 15 минут после приёма пищи, а средства, назначенные натощак, применяются за 20-60 минут до завтрака.

. Снотворные принимают за 30 минут до сна.

. Нитроглицерин, валидол находятся у пациента постоянно, закладывают под язык до полного растворения при необходимости.

. Таблетки при приёме помещают на корень языка и запивают небольшим количеством воды (при необходимости таблетку можно разломить на мелкие кусочки).

. Драже, капсулы, пилюли принимают в неизмененном виде.

. Порошок высыпают на корень языка пациента, можно предварительно развести его в воде.

. Настои, отвары, микстуры принимают по столовой, десертной или чайной ложке.

. Спиртовые настойки отливают пипеткой в мензурку и разбавляют небольшим количеством воды.

. Уход при артериальной гипертонии.

Артериальная гипертония это хроническое заболевание, сопровождающееся стойким повышением артериального давления выше допустимых пределов (систолическое давление выше 139 мм рт.ст. или (и) диастолическое давление выше 89 мм рт.ст.).

• систолическое артериальное давление называемое еще «верхним» - отражает давление в артериях, которое создается при сокращении сердца и выбросе крови в артериальную часть сосудистой системы;

• диастолическое артериальное давление, называемое еще «нижним» - отражает давление в артериях в момент расслабления сердца, во время которого происходит его наполнение перед следующим сокращением. И систолическое артериальное давление и диастолическое артериальное давление измеряются в миллиметрах ртутного столба (мм рт. ст.).

Артериальная гипертензия является одним из главных патогенетических факторов развития ХСН, обусловленной нарушением диастолической функции левого желудочка , - так называемой диастолической сердечной недостаточности, которая по современным представлениям относится к клиническому синдрому ХСН с сохраненной систолической функцией ЛЖ.

Действия медсестры в работе с пациентами с артериальной гипертензией:

Медсестра должна убедить пациента изменить образ жизни, обучить его, как уменьшить воздействие факторов риска. Пациенту необходимо исключить применение соли при приготовлении пищи и вообще убрать соль со стола, а также исключить из рациона блюда, содержащие много соли (копченые колбасы, сухие супы, соленые орешки и т.д.). Пациенту следует контролировать массу тела и уменьшить риск прогрессирования атеросклероза, отказавшись от жирной трудно усвояемой пищи.

Так как алкоголь может усиливать действие некоторых гипотензивных препаратов и провоцировать повышение АД, пациенту следует быть умеренным в его употреблении. Медсестра должна рассказать пациенту, каким образом никотин действует на сосуды, и рекомендовать различные методики отвыкания от курения.

Медсестра должна рассказать пациенту о правилах, которые необходимо соблюдать при приеме лекарственных средств. Пациенту с гипертонической болезнью при приеме лекарственных препаратов следует медленно вставать из положения лежа и сидя, исключить длительное пребывание в положении стоя. Немедленно сесть или лечь, если он почувствовал слабость, и опустить изголовье. Исключить применение очень горячего душа или ванны, так как эти процедуры вызывают расширение сосудов и, как следствие, падение АД. Если препарат вызывает резкое падение АД, принимать его на ночь. Нужно предупредить пациента, что ему не следует внезапно прекращать прием лекарственных средств, так как это может вызвать повышение АД.

Медсестре следует стимулировать пациента к обсуждению неприятных побочных эффектов действия лекарственных и других не терапевтических средств.

Если пациент забывает вовремя принимать лекарства, можно обсудить с ним способы запоминания, например, связь с определенным (завтрак, обед и т.п.) приемом пищи.

Обучить пациента и его родственников правилам и технике измерения артериального давления.

Существуют обязательные правила, которые необходимо соблюдать при измерении артериального давления:

Обстановка. Измерение должно проводится в тихой, спокойной и удобной остановке при комфортной температуре. Вы должны сидеть на стуле с прямой спинкой рядом со столом. Высота стола должна быть такой, чтобы при измерении артериального давления середина манжеты, наложенной на плечо, находилась на уровне сердца.

Подготовка к измерению и продолжительность отдыха. Артериальное давление следует измерять через 1-2 ч после приема пищи. В течение 1 ч до измерения не следует курить или употреблять кофе. На Вас не должно быть тугой, давящей одежды. Рука, на которой будет проводиться измерение артериальное давление, должна быть обнажена. Вы должны сидеть, опираясь на спинку стула, с расслабленными, не скрещенными ногами. Не рекомендуется разговаривать во время проведения измерений, так как это может повлиять на уровень артериального давления. Измерение артериального давления должно проводится после не менее 5 минут отдыха.

Размер манжеты. Ширина манжеты должна быть достаточной. Использование узкой или короткой манжеты приводит к существенному ложному повышению артериального давления (см табл.3).

Таблица 3.2

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Окружность плеча | Размер манжеты | Ширина манжеты |
| 12-20 см | Детский | 7-10 см |
| 18-25 см | Маленький взрослый | 10 см |
| 23-31 см | Взрослый | 12-15 см |
| 31-35 см | Большой взрослый | 15-18 см |

Размеры манжеты.

Положение манжеты. Определите пальцами пульсацию плечевой артерии на уровне середины плеча. Середина баллона манжеты должна находиться точно над пальпируемой артерией. Нижний край манжеты должен быть на 2,5 см выше локтевой ямки. Плотность наложения манжеты: между манжетой и поверхностью плеча пациента должен проходить палец.

Сколько нагнетать? Определение максимального уровня нагнетания воздуха в манжету необходимо для точного определения систолического артериального давления при минимальном дискомфорте для пациента.

Техника измерения артериального давления:

. Определить пульсацию лучевой артерии, характер и ритм пульса

. Продолжая пальпировать лучевую артерию, быстро накачать воздух в манжету до 60 мм рт. ст., затем нагнетать по 10 мм рт. ст. до исчезновения пульсации

. Сдувать воздух из манжеты следует со скоростью 2 мм рт. ст. в секунду. Регистрируется уровень артериального давления, при котором вновь появляется пульс

. Полностью сбросить воздух из манжеты. Для определения уровня максимального нагнетания воздуха в манжету величину систолического артериального давления, определенного пальпаторно, увеличивают на 30 мм рт. ст.

. Положение стетоскопа. Пальцами определяется точка максимальной пульсации плечевой артерии, которая обычно располагается сразу над локтевой ямкой на внутренней поверхности плеча. Мембрана стетоскопа должна полностью плотно прилегать к поверхности плеча. Следует избегать слишком сильного давления стетоскопом, а также головка стетоскопа не должна касаться манжеты или трубок.

. Накачивание и сдувание манжеты. Нагнетание воздуха в манжету до максимального уровня должно проводиться быстро. Воздух из манжеты выпускают со скоростью 2 мм рт. ст. в секунду до появления тонов («глухих ударов») и далее продолжают выпускать с той же скоростью до полного исчезновения звуков. Первые звуки соответствуют систолическому артериальному давлению, исчезновение звуков (последний звук) соответствует диастолическому артериальному давлению.

Повторные измерения. Однократно полученные данные не являются истинными: необходимо проводить повторные измерения артериального давления (минимум два раза с промежутком в 3 минуты, затем рассчитывается средняя величина). Необходимо измерять артериальное давление, как на правой, так и на левой руках.

. Уход при тахикардии.

Увеличение частоты сердечных сокращений, воспринимаемое больным как сердцебиение, часто является одним из первых признаков заболеваний сердца (сердечная недостаточность). В случае выявления тахикардии у пациента медсестра должна:

. Определить свойства пульса и при их нарушении доложить врачу.

. Успокоить пациента.

. Расположить пациента сидя или полусидя в кровати, кресле.

. Обеспечить доступ свежего воздуха.

. Дать пациенту выпить 20-30 капель успокоительных средств: настойки валерианы, корвалола или валокордина.

. Устранить внешние раздражители (шум, яркий свет).

. Измерить артериальное давление.

. По назначению врача парентерально ввести антиаритмические средства, улучшающие метаболизм в сердечной мышце (анаприлин и др.).

Для самоконтроля медсестра должна обучить пациента технике подсчета ЧСС.

Техника подсчета артериального пульса на лучевой артерии и определение его свойств.

Прижать одновременно кисти пациента пальцами своих рук выше лучезапястного сустава так, чтобы 2-й, 3-й и 4-й пальцы находились над лучевой артерией (2-й палец (указательный) - у основания большого пальца), и почувствовать пульс. Проводится сравнение характеристик пульса на обеих руках для выяснения состояния артерии, определяется более четкая пульсация на одной из них. Второй (указательный) палец является наиболее чувствительным, поэтому его располагают над лучевой артерией у основания большого пальца.

Сравнить периодичность колебаний стенок артерий на правой и левой руках, определяя ритм. Продолжить исследование на одной руке (там, где пульс лучше прощупывается) для определения ритма пульса.

Оценить интервалы между пульсовыми волнами. Пульс ритмичный, если интервалы равны между собой.

Взять часы с секундомером и провести подсчет пульсовых волн. Считать в течение 30 с, умножить на два, если пульс ритмичный, или 60 с, если пульс неритмичный.

Оценить наполнение пульса. Определяется по величине объема артериальной крови, образующей пульсовую волну. Если волна хорошо ощущается, пульс удовлетворительного наполнения.

Оценить напряжение, сдавливая лучевую артерию до исчезновения пульса. Если пульс исчезает при умеренном сдавлении, он - удовлетворительного напряжения; при сильном сдавлении - пульс напряженный; при легком сдавлении - ненапряженный (нитевидный).

5. Уход за кожей и слизистыми для профилактики пролежней.

У больных с хронической сердечной недостаточностью, вынужденных находиться на постельном режиме, часто развиваются трофические изменения в местах образования отёков - в области крестца, поясницы, лопаток, что может привести к образованию пролежней. В связи с этим особенно важны меры профилактики образования пролежней.

Пролежни легче предупредить, чем лечить, но не всегда это легко осуществить. Они могут развиваться даже при идеальном уходе.

Основным способом профилактики пролежней является частое изменение положения тела больного, так, чтобы не повреждать кожу и минимизировать давление на кожу в уязвимых областях. Другие способы - это уход за кожей, регулярные осмотры и хорошее питание.

### Изменение положения тела в инвалидном кресле

Частота. Люди, которые пользуются инвалидным креслом, должны самостоятельно менять положение тела, если они могут, каждые 15 минут, если не могут - помощники должны делать это каждый час.

Самопомощь. Если у пациента достаточно силы в руках, чтобы двигаться, можно делать аналог «отжиманий» - подниматься на руках.

Специализированные инвалидные кресла. Инвалидные кресла с различными устройствами переменного давления позволяют добиться перемены положения тела и уменьшения давления на уязвимые участки кожи.

Прокладки. Различные прокладки - пенные, гелевые, наполненные водой или воздухом позволяют правильно расположить пациента в инвалидном кресле.

### Изменение положения тела в кровати

Частота. Менять положение тела пациента в кровати нужно не реже, чем раз в два часа.

Устройства для перемены положения тела. Если у человека достаточно сил в верхней половине тела, то можно повесить над койкой перекладину и предложить ему подтягиваться. Для перемещения лучше не пользоваться простынями - они натирают кожу.

Специальные матрацы и поддерживающие устройства. Специальные подушки, матрацы из пенного материала, матрацы, наполненные водой или воздухом могут помочь придать телу пациента нужное положение, уменьшить давление на уязвимые участки и защитить кожу от повреждения.

Подъем головного конца кровати. Подъем головного конца кровати позволяет облегчить давление на кожу, но он должен быть не больше, чем до 30 градусов.

Защита уязвимых участков. Костные выступы защищают путем правильного расположения пациента, и используя подкладки. Их подкладывают под крестец, бедра и колени. Под пятки можно положить подкладки в форме «бублика».

### Уход за кожей

Защита кожи и отслеживание ее состояния позволяют эффективно предупреждать пролежни и выявлять их на ранней стадии до появления осложнений.

Мытье. Кожу следует очищать мягким мыльным раствором и теплой водой, потом осторожно высушивать. Также можно использовать несмываемые очистители.

Защита кожи. Кожу, уязвимую к избыточной влаге, можно обрабатывать тальком. На сухую кожу наносят увлажняющий лосьон.

Проверка состояния кожи. Необходимы ежедневные проверки состояния кожи, чтобы своевременно выявить ранние признаки пролежней. Те, кто может немного двигаться, могут осмотреть свою кожу самостоятельно - в зеркало.

Лечение недержания. Недержание мочи или кала должны устраняться сразу же, так как в этом случае кожа подвергаются воздействию влаги и бактерий. Иногда требуется часто менять подгузники и подкладные пеленки, наносить на неповрежденную кожу защитные лосьоны и использовать моче- или калоприемники.

6. Контроль водного баланса. Для определения отеков.

Отеки при сердечной недостаточности - очень распространенное явление. Их характер и локализация зависят от характера нарушений работы сердечной мышцы и специфики заболевания.

При хронической сердечной недостаточности характерны периферические отеки, которые у «ходячих» больных возникают в первую очередь на ногах, начиная с пальцев и стоп, затем поднимаются выше, захватывая голени, бедра, нижнюю часть живота. У «лежачих» больных отеки первоначально появляются, как правило, в области поясницы и крестца. Отеки плотные, после надавливания на них остается ямка.

При хронической сердечной недостаточности отеки располагаются симметрично, кожа в области отеков часто приобретает синюшный оттенок. Отеки возникают (усиливаются) к вечеру, а утром ослабевают или полностью исчезают. Развиваются отеки медленно, в течение недель и месяцев, но, при отсутствии адекватного лечения, неуклонно увеличиваются. В тяжелых случаях отеки распространяются по всему телу, сопровождаются асцитом (скоплением жидкости в брюшной полости).

Следует помнить, что отёки на ранних стадиях заболевания могут быть скрытыми. В этих случаях задержка жидкости в организме может проявляться достаточно быстрым увеличением массы тела и уменьшением диуреза. Именно поэтому очень важен ежедневный контроль водного баланса у таких больных, т.е. сопоставление количества выпитой и введённой парентерально жидкости с количеством выделенной за сутки мочи (суточным диурезом). Суточный диурез должен составлять 1,5-2 л (70-80% от объёма всей потреблённой за сутки жидкости). Если мочи выделяется меньше 70-80% от объёма всей потреблённой за сутки жидкости, констатируют отрицательный диурез (т.е. часть жидкости задерживается в организме). Если количество мочи превышает количество выпитой за сутки жидкости, диурез считают положительным. Положительный диурез отмечают в период схождения отёков, при приёме мочегонных. Состояние водного баланса можно контролировать и путём взвешивания больного: быстрое увеличение массы тела свидетельствует о задержке жидкости. Следует помнить, что больные, находящиеся на постельном режиме и получающие мочегонные средства, должны быть обеспечены мочеприёмниками, суднами.

Наблюдение за водным балансом.

Цели: выявление скрытых отёков, определение количества выделенной за сутки мочи, оценка адекватности терапии, в первую очередь мочегонной (диуретической).

Оснащение: медицинские весы, чистая сухая 2-3-литровая банка, два градуированных сосуда, лист учёта водного баланса, температурный лист.

Порядок действий:

. Накануне предупредить больного о предстоящей процедуре и правилах сбора мочи, дать ему подробную информацию о порядке записей в листе учёта водного баланса.

. В 6 ч утра разбудить пациента, чтобы он помочился самостоятельно в унитаз, либо выпустить ему мочу катетером; эту порцию мочи не учитывают.

. Все последующие порции мочи до 6 ч утра следующего дня включительно пациент должен собирать в банку.

. В течение дня больной или медсестра ведут учёт введённой в организм жидкости в миллилитрах, включая выпитую (первые блюда - 75% жидкости) и введённую парентерально.

. С помощью градуированного сосуда подсчитать количество выделенной за сутки мочи.

. Данные измерений занести в специальную графу температурного листа, или отдельный лист учета баланса жидкости и веса.

Оценка водного баланса.

. Подсчитать, какое количество жидкости должно выделиться с мочой. Количество мочи, которое должно выделиться (в норме), определяют по формуле: количество поступившей жидкости (включая не только содержание воды в пище, но и парентеральные растворы) умножают на 0,8 (80%).

2. Сравнить объём выделенной жидкости с ожидаемым количеством (вычисленным по формуле). Водный баланс расценивают как отрицательный, если жидкости выделено меньше, чем ожидают при расчёте по формуле, и как положительный - если жидкости выделено больше. Положительный водный баланс свидетельствует о схождении отёков и эффективности лечения, отрицательный - о нарастании отёков и неэффективности диуретической терапии (лечения мочегонными препаратами). При скоплении большого количества жидкости в брюшной полости с лечебной и диагностической целямипроводят абдоминальную пункцию (парацентез). При её выполнении следует соблюдать осторожность, так как быстрое (одномоментное) удаление большого количества жидкости может вызвать коллапс.

. Взвешивание пациента. Для контроля состояния1раз в 3 дня.

Последовательность действий.

Предупредить пациента о предстоящей процедуре, объяснить цель, условия подготовки.

Отпустить затвор весов.

Установить гири весов в нулевом положении, отрегулировать весы.

Закрыть затвор.

Застелить продезинфицированную клеенку на площадку весов.

Предложить пациенту осторожно встать в центре площадки на клеенку (без тапочек).

Открыть затвор и путем передвижения разновесов установить равновесие.

Произвести взвешивание.

Закрыть затвор.

Предложить пациенту осторожно сойти с весов.

Записать данные взвешивания в температурный лист.

Оценить результат.

. Оксигенотерапия. Для уменьшения гипоксии

Последовательность действия при введении носового катетера.

. Прокипятить катетер и смазать его вазелином.

. Ввести катетер в нижний носовой ход и далее в глотку на глубину 15 см - кончик введенного катетера должен быть виден при осмотре зева.

. Наружную часть катетера прикрепить к щеке, виску или лбу больного лейкопластырем, чтобы он не выскользнул из носа или не прошел в пищевод.

. Открыть вентиль дозиметра и подавать кислород со скоростью 2 -3 м3 в минуту, контролируя скорость по шкале дозиметра.

Техника проведения оксигенотерапии через носовой катетер

. Установить доверительные отношения с пациентом, если это возможно. Обеспечение слаженности совместной работы.

. Выявить у пациента признаки и симптомы, связанные с гипоксией и наличием мокроты в дыхательных путях.

. Объяснить пациенту (в том случае, когда возможно) и его близким цель оксигенотерапии, последовательность процедуры и получить его (их) согласие на процедуру. Пациент успокаивается, что приводит к уменьшению потребления им кислорода и улучшает взаимодействие между ним и медицинской сестрой.

. Вымыть и осушить руки, надеть стерильные перчатки.

. Подготовить к работе аппарат Боброва:

а)налить в чистую стеклянную емкость дистиллированную воду, или 2%-ный раствор натрия гидрокарбоната, или спирт 96%-ный 2/3 объема, температура 30 - 40°С;

б)обеспечить герметичность соединений при помощи винта на пробке.

Спирт 20%-ный и антифсмсилан служат пеногасителями и используются при наличии у пациента отека легких.

Выполнение процедуры.

. Определить длину вводимой части катетера (расстояние от козелка ушной раковины до входа в нос - приблизительно 15 см), поставить метку. Обеспечение попадания струи кислорода в верхние дыхательные пути.

. Облить стерильным вазелиновым маслом или глицерином вводимую часть катетера. Предупреждение травмы слизистой носа.

. Ввести катетер в нижний носовой ход до метки. Обеспечение нахождения катетера в дыхательных путях.

. Осмотреть зев, придавив шпателем корень языка. Убедиться, что кончик катетера виден при осмотре зева.

. Сбросить шпатель в дезинфицирующий раствор. Обеспечение инфекционной безопасности.

.Зафиксировать наружную часть катетера тесемками бинта. Обеспечение постоянного положения катетера для удобства пациента, профилактика мацерации кожи лица.

. Соединить с аппаратом Боброва, заполненным дистиллированной водой или 96%-ным спиртом, или другим пеногасителем. Исключаются высыхание слизистых носа и ожог дыхательных путей.

. Открыть вентиль источника кислорода, отрегулировать скорость подачи кислорода. По назначению врача.

. Осмотреть слизистую носа пациента. Для выявления возможного раздражения слизистой носа.

Окончание процедуры.

. Провести итоговую оценку состояния пациента для уменьшения симптомов, связанных с гипоксией. Подтверждается положительная динамика, т.е. уменьшение признаков гипоксии.

. Удалить катетер.

. Продезинфицировать катетер, шпатель, аппарат Боброва методом кипячения. Обеспечение инфекционной безопасности.

Техника проведения оксигенотерапии с помощью кислородной подушки.

Кислородная подушка <http://www.medn.ru/medizinskie\_prozedyri\_doma/14.htm> представляет собой прорезиненный мешок, снабженный резиновой трубкой с краном и мундштуком. Она вмещает от 25 до 75 л кислорода. Ее наполняют кислородом из кислородного баллона. Перед началом оксигенотерапии следует вымыть и осушить руки, затем обернуть мундштук 2-3 слоями влажной марлевой салфетки <http://www.medn.ru/statyi/Izgotovleniesalfetokshari.html>. Затем его плотно прижимают ко pтy больного и открывают кран, при помощи которого можно ориентировочно регулировать скорость поступления кислорода. Вдох производится через воронку ртом, выдох - носом. Когда количество кислорода в подушке уменьшится, нажимают на подушку рукой, иначе кислород будет поступать в дыхательные пути с трудом. После использования воронку дважды протирают 3%-ным раствором перекиси водорода <http://www.medn.ru/statyi/Lechenieperekisyuvodoroda.html> или 70%-ным раствором этилового спирта.

Глава 3. Научно - исследовательская работа

.1 Анализ статистических данных

Были проанализированы данные о количестве госпитализированных пациентов с заболеваниями, приводящими к ХСН, в отделениях кардиологии ГБ №1 и ГБ №2 города Старый Оскол за период с 2009г по 2013г. Наряду с этим проводилось анкетирование пациентов с ХСН, направленное на определение уровня информированности пациента о своем заболевании, факторах риска и способности оценить свое состояние.

На диаграммах мы видим количество госпитализированных пациентов за исследуемый период в динамике.

Диаграмма 1.3.



Количество поступивших больных с гипертонической болезнью в кардиологическое отделение за период с 2009 - 2013 года.

Выводы: максимальное количество госпитализированных пациентов с гипертонической болезнью наблюдалось в 2009 году и составило 682человека. К 2013 году количество пациентов снизилось до 493 человек.

Минимальное число госпитализированных было в 2011году и составило 439человек.

Диаграмма 2.3.



Количество поступивших больных с острым инфарктом миокарда в кардиологическое отделение за период с 2009 - 2013 года.

Выводы: максимальное количество госпитализированных пациентов с острым инфарктом миокарда наблюдалось в 2011 году и составило 431человека. К 2013 году количество пациентов снизилось до 399человек.

Минимальное число госпитализированных было в 2010году и составило 364человека.

Диаграмма 3.3.



Количество поступивших больных с ИБС в кардиологическое отделение за период с 2009 - 2013 года.

Выводы: максимальное количество госпитализированных пациентов с ИБС наблюдалось в 2010 году и составило 2611человека. К 2013 году количество пациентов снизилось не значительно до 2528 человек.

В 2012году произошел резкий спад госпитализированных пациентов и минимальное количество составило 2308 человек.

Диаграмма 4.3.



Количество поступивших больных со стенокардией в кардиологическое отделение за период с 2009 - 2013 года.

Выводы: Максимальное количество госпитализированных пациентов со стенокардией наблюдалось в 2010 году и составило 1053 человека. К 2013 году количество пациентов значительно снизилось и составило минимальное число госпитализированных 856 человек.

За весь период число поступивших в стационар с нестабильной стенокардией превышало число больных со стабильной стенокардией. Максимальное число госпитализированных с нестабильной стенокардией было в 2013году и составило 626человек. Минимальное число госпитализированных было в 2011году и составило 561человек.

Максимальное число госпитализированных со стабильной стенокардией было в 2010 - 2011гг. и составило 489человек. Минимальное число госпитализированных было в 2013году и составило 230 человек.

.2 Результаты анкетирования

Диаграмма 5.3.



Вывод: результаты анкетирования показали, что практически каждый владеет техникой измерения АД, Ps и абсолютно все знают их нормальные показатели. Следовательно, при ухудшение самочувствия, больные могут проконтролировать свое состояние.

Диаграмма 6.3.



Вывод: лишь 59% из всех опрошенных ознакомлены с лечебным столом №10, назначенным при их заболевании и всего 48% соблюдают диету. А ведь от питания зависит очень многое. Правильное питание поможет приостановить развитие болезни, а неправильное - усугубит ее и приведет к возникновению осложнений. Поэтому контроль за диетой при ХСН, является одной из важнейших частей лечебного процесса.

Диаграмма 7.3.



Диаграмма 8.3.



Вывод: ожирение оказывает прямое влияние на сердце с развитием структурно - функциональных изменений. Среди пациентов только 53% знают, что ожирение является фактором, влияющим на развитие ХСН. 22% из которых контролирует свою массу тела. При увеличении веса повышается артериальное давление, что наряду с необходимостью обеспечить кровью возросшую массу вынуждает ослабленное сердце работать с повышенной нагрузкой. Для активации снижения массы тела у больных рекомендуются разгрузочные дни, но лишь 28% из всех больных соблюдают эту рекомендацию.

Диаграмма 9.3.



Вывод: двигательный режим тренирует ССС, повышает ее способности к адаптации и сократительную функцию миокарда. Но, к сожалению, выполняют его всего 37%.

Диаграмма 10.3. Диаграмма 11.3.

Вывод: при ХСН нарушается водно-солевой обмен, ионы натрия (поваренной соли) задерживаются в организме, что ведет к накоплению жидкости и отекам. А это, в свою очередь, осложняет работу и без того больного сердца. Следовательно, в пищевом рационе необходимо ограничивать поваренную соль и жидкость. Этот немаловажный пункт выполняют только 25%. Для определения задержки жидкости в организме используют метод определения водного баланса, который пациенты могут использовать самостоятельно в домашних условиях. Но, видимо, этот метод не распространен среди больных и знают о нем 6%.

Диаграмма 12.3.



Вывод: еще одна важная проблема - соблюдение рекомендаций врача и выполнение всех назначений. Находясь в стационаре, всё контролирует медицинская сестра. Как только пациенты выписываются, они о многом забывают, или не считают нужным выполнять. По результатам анкетирования 67% всегда соблюдают рекомендации врача и 94% не прекращают прием препаратов, следуя назначениям.

Диаграмма 13.3.



Вывод: все 100% опрошенных знают о вреде курения и алкоголя на прогрессирование ХСН. Алкоголь нарушает деятельность вегетативной нервной системы, в связи с этим падает скорость сокращения сердечной мышцы. Под влиянием компонентов курения происходит активация симпатической нервной системы, что проявляется повышением артериального давления и ЧСС, что увеличивает потребность миокарда в кислороде. Несмотря на информированность у 28% вредные привычки все же присутствуют.

Выводы

сестринский уход сердечный недостаточность

В данной дипломной работе были рассмотрены особенности ухода за пациентами с ХСН для организации квалифицированного сестринского процесса.

Важную роль в лечение больных с ХСН является сестринский уход за пациентом. Хотя медицинская сестра самостоятельно и не лечит больного, а только выполняет назначение врача, ее роль очень велика, так как, находясь, все время около больного, она замечает все изменения, происходящие в его состоянии. Роль медсестры во время пребывания пациента в стационаре заключается в умении правильно построить отношения с определенным пациентом, в зависимости от его личностных качеств и состояния здоровья, правильно и своевременно оценить изменения состояния больного, организовать качественный уход и совместно с врачом провести адекватное лечение, неотложные мероприятия.

Пока больной лечится в стационаре, он находится под наблюдением врачей, и под надзором медицинской сестры выполняет все назначения врача. Как только больной выписывается из стационара, все меняется. Рекомендации врачей забываются, препараты принимаются не регулярно, контроль за состоянием не ведется. Именно медицинским сестрам отводится ведущая роль в обучении и консультировании пациентов и их родственников навыкам ухода и самоухода в домашних условиях. Эта работа должна проводиться как участковой медицинской сестрой на этапе амбулаторно-поликлинической помощи, так и медицинской сестрой стационара во время пребывания пациента на госпитальном лечении.

Список литературы

Книги

Давлицарова К.Е. Основы ухода за больными. Первая медицинская помощь: Учебное пособие.- М.: Форум: Инфа - М, 2004 -106с.

Двойникова С.И. Организация сестринской деятельности. ГЭОТАР-Медиа. 2014-245с

Кулешова Л.И, Пустоветова Е.В. Основы сестринского дела. Курс лекций, сестринские технологии. Феникс, 2013.-215с

Лычев. В. Г., Карманов В. К. Сестринское дело в терапии. С курсом первичной медицинской помощи : учебное пособие- 2-е изд., перераб. И доп. - М. :ФОРУМ : ИНФРА-М, 2013-544с.

Моисеев В.С., Моисеев С.В., КобалаваЖ.Д. Болезни сердца: Руководство для врачей. - М.:ООО «Медицинское информационное агентство», 2008. - 528с.

Смолева Э.В. Терапия с курсом первичной медико-санитарной помощи. - Изд. 11-е.-Ростов- на -Дону : Феникс, 2013.-285с.

Сединкина Р.Г. Сестринское дело в терапии. Раздел «Кардиология» : учебное пособие для медицинских училищ и колледжей. - М. :ГЭОТАР-Медиа, 2010. -232с.

Щербакова Т.С. Справочник : сестринское дело - Изд. 8-е, стер. - Ростов на Дону : Феникс, 2010. - 601с.

Дополнительные источники

<http://infarkty.net/view\_zabolevaniya.php?id=8>

<http://otherreferats.allbest.ru/medicine/00223808\_0.html>

<http://www.smed.ru/guides/65833>

Приложение 1

. Для улучшения качества ухода, а так же медикаментозного и немедикаментозного лечения целесообразно рекомендовать пациенту ведение дневника самоконтроля.

Дневник самоконтроля - документ, необходимый как для врача, так и для пациента. Ведение такого дневника помогает стать более дисциплинированным, улучшить качество лечения, проводить анализ состояния здоровья пациента.

Что нужно знать о самоконтроле? Прежде всего, что самоконтроль должен быть систематическим и длительным. Наблюдения, проводимые без системы, время от времени не принесут никакой пользы. Только регулярное и подробное заполнение дневника самоконтроля дает возможность научиться контролировать динамику состояния больного без постоянной помощи врачей.

Регулярные записи помогают:

вести контроль жизненно важных показателей

фиксировать данные об изменениях в состоянии

определить эффективность лечения

подобрать дозу препаратов

проконтролировать прием лекарственных препаратов

Самонаблюдение отражают в своем дневнике самоконтроля: в этом дневнике будут показатели, которые желательно регистрировать в одни и те же часы, одним и тем же методом, в схожих условиях.

Смысл самоконтроля заключается в приобретении навыков правильной оценки своего состояния пациентом и грамотной коррекции лечения. Естественно, что в полной мере определить лечение может только специалист, однако, как показывает опыт, когда больной осознанно управляет заболеванием, будучи наравне с врачом полноправным участником процесса, он получает результаты гораздо лучшие, чем просто слепо выполняет (если вообще выполняет) предписания лечащего врача. А, следовательно, только человек, владеющий ситуацией, будет себя чувствовать уверенно.

.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата | Время суток | АД | Р | ЧДД | Масса тела | Дополнительные результаты |
| 1 | Утро |  |  |  |  |  |
|  | День |  |  |  |  |  |
|  | Вечер |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата | Время | | Количество выпитой жидкости | Количество выделенной жидкости | |
|  | 6:00 | |  |  | |
|  | 9:00 | |  |  | |
|  | 12:00 | |  |  | |
|  | 15:00 | |  |  | |
|  | 18:00 | |  |  | |
|  | 21:00 | |  |  | |
|  | 00:00 | |  |  | |
|  | 03:00 | |  |  | |
|  | Итого | |  |  | |
| Название лекарства | | Время суток | | | выполнил | |
|  | | Утро | | |  | |
|  | | День | | |  | |
|  | | Вечер | | |  | |
|  | | Утро | | |  | |
|  | | День | | |  | |
|  | | Вечер | | |  | |
|  | | Утро | | |  | |
|  | | День | | |  | |
|  | | Вечер | | |  | |
|  | | Утро | | |  | |
|  | | День | | |  | |
|  | | Вечер | | |  | |