

**ФГБ ПОУ «Кисловодский медицинский колледж
Минздрава России»**

**МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА
КОМБИНИРОВАННОГО ЗАНЯТИЯ**

**ПМ.02. ЛЕЧЕБНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ
МДК 02.01. Лечение пациентов терапевтического профиля**

**по теме: «Лечение пациентов с хронической сердечной
недостаточностью»**

для студентов 3 курса

специальность 31.02.01. Лечебное дело

(углубленная подготовка)

Разработано преподавателем Песоцкой Г.В.

Утверждена на заседании
ЦМК дисциплин лечебно - диагностического профиля

Город-курорт Кисловодск, 2017

ВВЕДЕНИЕ

Данная методическая разработка предложена как вариант подготовки и построения наиболее целесообразной структуры комбинированного занятия по теме «Лечение пациентов с хронической сердечной недостаточностью» - 90 минут. Актуальность данной темы для подготовки фельдшеров обусловлена высокой частотой хронической сердечной недостаточности среди населения, в связи с чем, усвоение необходимых знаний по лечению данной патологии является основой практической деятельности специалистов.

Данная методическая разработка имеет цель помочь педагогу подобрать наиболее эффективные и рациональные формы, средства и методы обучения по теме занятия.

Структура и дидактические возможности комбинированного занятия позволяют студентам закрепить теоретические знания по диагностике хронической сердечной недостаточности, а также наиболее детально и углубленно изучить принципы комплексного лечения ХСН.

Основная часть

Цели занятия:

1. Образовательная – добиться прочного усвоения знаний по лечению хронической сердечной недостаточности.
2. Воспитательная – воспитать у студентов понимание значимости данного занятия для последующей практической работы.
3. Развивающая - способствовать развитию активной познавательной деятельности студентов и формированию позитивной мотивации учебной деятельности.

Тип занятия: комбинированное занятие

Место проведения: кабинет терапии

Время: 90 минут

Оснащение занятия: модели, муляжи сердца, таблицы, плакаты и схемы по диагностике и лечению ХСН. Мультимедийное сопровождение занятия.

После изучения темы студенты должны:

знать:

- принципы лечения и ухода за пациентами с хронической сердечной недостаточностью;
- фармакокинетику и фармакодинамику лекарственных препаратов, применяемых при ХСН;
- показания и противопоказания к назначению лекарственных средств;
- побочные действия, характер взаимодействия лекарственных препаратов из однородных и различных лекарственных групп при ХСН;
- особенности применения лекарственных препаратов у разных возрастных групп при ХСН

уметь:

- проводить дифференциальную диагностику сердечно-сосудистых заболеваний;
- определять тактику ведения пациента с ХСН;
- назначать немедикаментозное и медикаментозное лечение пациентам с ХСН;
- определять показания и противопоказания к применению лекарственных средств при ХСН;
- применять лекарственные средства пациентам ХСН разных возрастных групп;

- определять показания к госпитализации пациента с ХСН и организовать транспортировку в лечебно-профилактическое учреждение;
- проводить лечебно-диагностические манипуляции;
- проводить контроль эффективности лечения ХСН;
- осуществлять уход за пациентами ХСН с учетом возраста.

План - хронокарта комбинированного занятия

1. Организационный момент – 5 минут
2. Контроль знаний - 40 минут
3. Изучение нового материала-30 минут
4. Закрепление – клинический разбор пациента с ХСН - 10 минут
5. Подведение итогов занятия- 5 минут
6. Задание на дом

Ход комбинированного урока

1. Организация начала и мотивация урока занятия:

- а) приветствие;
- б) обратить внимание на внешний вид студентов;
- в) отметить отсутствующих.
- г) назвать тему занятия и кратко изложить ее основные моменты;
- д) ознакомить студентов с целями, задачами и ходом занятия;
- е) пояснить необходимость данной темы в практической работе

фельдшера

2. Контроль знаний по теме:

1. Дать определение хронической сердечной недостаточности
2. Перечислить причины и механизмы развития ХСН
3. Перечислить клинические проявления ХСН и дать их краткую характеристику

4. Какие инструментальные методы диагностики подтверждают наличие ХСН?
5. Дать функциональную классификацию ХСН.
6. Какой метод диагностики применяется с целью снижения степени субъективности в оценке тяжести состояния пациента с ХСН?
7. Как интерпретируется тест с шестиминутной ходьбой?
8. Каков алгоритм общего осмотра пациента с ХСН?
9. Как проводится физикальное исследование сердца?
10. В какой последовательности проводится аускультация сердца?
11. Какой аускультативный признак подтверждает артериальную гипертензию и гипертрофию левого желудочка?
12. Какие признаки застоя в малом круге могут выявляться при физикальном исследовании?
13. Какое АД считается нормальным и одновременно «целевым»?

Эталоны ответов к заданиям устного опроса:

1. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) - это нарушение структуры или функции сердца, в результате которого сердце не в состоянии удовлетворить потребности организма в кислороде при нормальном давлении наполнения сердца и это возможно лишь ценой повышения давления наполнения сердца.
2. Чаще всего сердечная недостаточность является следствием артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца, острого инфаркта миокарда, сахарного диабета, пороков сердца и других причин, а также их сочетания.
3. Клинические проявления ХСН условно можно разделить на две группы симптомов. Первая группа симптомов обусловлена низким кровотоком - артериальная гипотензия, затуманенность сознания, ишемия кишечника, почечная недостаточность и другие проявления сниженной перфузии тканей. Вторая группа симптомов является следствием объемной перегрузки, включая проявления легочного застоя. Это

пароксизмальная ночная одышка, ортопноэ, застой в печени, асцит, периферические отеки и другие. Дополнительно у больных с ХСН могут быть признаки нарушения функции нервной системы — быстрая утомляемость, головные боли, головокружение, обмороки, нарушение сна, раздражительность, чувство страха, плохое настроение. Со стороны желудочно-кишечного тракта — снижение аппетита, тошнота, тяжесть и боли в эпигастральной области.

4. Основным инструментальным методом диагностики ХСН-эхокардиография-УЗИ сердца. ХСН и ее тяжесть ассоциируют со снижением сократительной способности сердца, которую оценивают по величине фракции выброса левого желудочка - основного показателя работы левого желудочка, имеющего прогностическое значение: чем он меньше, тем хуже прогноз. На снижение систолической функции левого желудочка указывает фракция выброса меньше 40%. У здорового человека этот показатель более 50%.

5. Для описания выраженности симптомов хронической сердечной недостаточности используют функциональные классы Нью-Йоркской кардиологической ассоциации. Российским кардиологическим обществом эти критерии приняты и в нашей стране. При первом функциональном классе обычная физическая нагрузка не вызывает сильной усталости, сердцебиения и одышки, при втором- обычная физическая нагрузка вызывает усталость, сердцебиение или одышку. Значительное ограничение физической активности характерно для третьего функционального класса ХСН. Симптомы сердечной недостаточности и стенокардия появляются в покое при четвертом ФК.

6. Используется шестиминутный тест ходьбы ТШХ для оценки толерантности больного к бытовой нагрузке, не требующей аппаратного обеспечения. Суть метода состоит в том, что измеряется дистанция ходьбы в темпе, удобном для пациента, в течение 6 минут, причем если пациент вынужден остановиться, например, из-за слишком высокого для себя темпа,

то эта пауза, в течение которой он отдыхает, также включается в заданные 6 минут теста. Таким образом, определение толерантности пациента к физической нагрузке возможно как на уровне фельдшерско-акушерского пункта, так и на уровне столичной клиники.

7. Если пациент может пройти более 551м за 6 минут - у него нет хронической сердечной недостаточности.

По стандартам пациенты с ХСН за 6 минут способны пройти:

I ФК — от 426 до 550 м;

II ФК — от 300 до 425 м;

III ФК — от 150 до 300 м;

IV ФК — менее 150 м.

8. Общий осмотр больного, в том числе кожных покровов, слизистых, подкожно-жировой клетчатки в направлении лицо - верхние конечности - нижние конечности - пояснично-крестцовая область для выявления:

- бледности и акроцианоза кожных покровов, похолодания конечностей. Эти симптомы при ХСН связаны с сужением периферических сосудов вследствие централизации кровотока, необходимой для поддержания кровоснабжения жизненно важных органов - мозга, сердца, почек;

- периферических отеков. При ХСН отеки чаще определяются на нижних конечностях как симметричные, мягкие, возникающие или усиливающиеся в дневное и вечернее время. Локализация их зависит от положения тела. У больных, соблюдающих постельный режим, отеки определяются в области крестца. Отеки на лице, кистях при ХСН возникают редко, обычно на поздних стадиях заболевания, когда имеются и внутриполостные отеки;

- снижения тургора кожи и потери мышечной массы;

9. Первое- это исследование пульса- определение его свойств, при неритмичности- расчет дефицита пульса - разности между ЧСС и пульсом. Определение верхушечного толчка и границ сердца. В норме верхушечный толчок локализуется в 5 межреберье на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии, его смещение влево и вниз свидетельствует о

гипертрофии левого желудочка. Перкуторно определяются границы сердечной тупости - расширение границ сердца влево подтверждает гипертрофию левого желудочка. Аускультативно оцениваются тоны сердца, ЧСС, правильность ритма сердца.

10. Всего пять аускультативных точек. Первая - на верхушке-выслушивается митральный клапан, во втором межреберье справа от грудины – аорта, во втором межреберье слева от грудины - легочная артерия, в области мечевидного отростка грудины- трехстворчатый клапан, пятая-точка Боткина- 3-е межреберье слева от грудины - аорта.

11. Акцент 2-го тона на аорте, то есть второй тон на аорте более громкий, чем на легочной артерии - это признак повышения давления в большом круге кровообращения, то есть артериальной гипертензии.

12. При перкуссии и аускультации легких - притупление перкуторного звука в нижних отделах легких и влажные хрипы в нижних отделах легких свидетельствуют о застое в малом круге – это признаки ХСН.

13. АД ниже 140/90 мм рт ст. Термин «рабочее АД» в настоящее время не применяется. Целевым называется АД, к которому необходимо стремиться при лечении артериальной гипертензии.

3. Изучение нового материала «Лечение пациентов с хронической сердечной недостаточностью»

1. Введение

Развитие хронической сердечной недостаточности существенно ухудшает качество жизни больных, что ограничивает многие стороны их полноценной жизни и неблагоприятно отражается на физической активности и социальном статусе. На качество жизни этих больных влияют социальная изоляция, депрессия, состояние тревожности. Правильная организация медикаментозного лечения, питания и физической активности пациентов с ХСН дает возможность добиться снижения риска смерти,

частоты госпитализаций и повышение качества жизни. Методы лечения и профилактики ХСН.

2. Основная часть

2.1. Задачи лечения пациентов с ХСН

В лечении каждого пациента ХСН важно добиваться не только устранения симптомов ХСН, но и уменьшения количества госпитализаций и улучшения прогноза. Снижение смертности и числа госпитализаций являются главными критериями эффективности терапевтических мероприятий. Для любого пациента чрезвычайно важно, чтобы проводимое лечение позволяло ему добиться устранения симптомов болезни, улучшало качество жизни. Можно сформулировать 6 очевидных задач при лечении ХСН:

1. Предотвращение развития симптомной ХСН (для I стадии ХСН);
2. Устранение симптомов ХСН (для стадий IIА-III),
3. Замедление прогрессирования болезни путем защиты сердца и других органов-мишеней (мозг, почки, сосуды) (для стадий I-III);
4. Улучшение качества жизни (для стадий IIА-III);
5. Уменьшение количества госпитализаций (и расходов) (для стадий I-III);
6. Улучшение прогноза (для стадий I-III).

Медикаментозная терапия является основой в лечении пациентов с ХСН, однако следует уделять внимание и таким вопросам, как соблюдение диеты, физическая активность, рациональный режим труда и отдыха.

2.2. Диетотерапия пациентов с ХСН.

Пища больных ХСН должна быть калорийной, легко усваиваться, с достаточным содержанием витаминов, белка. Питание должно осуществляться 5-6 раз в день, малыми порциями. Контроль массы тела пациентов с ХСН или контроль трофологического статуса имеет важнейшее значение.

Трофологический статус – понятие, характеризующее состояние здоровья, связанное с питанием. Индекс массы тела является важным показателем, на основании которого различают следующие состояния пациентов с ХСН: ожирение, избыточный вес, нормальный вес, кахексия. Индекс массы тела рассчитывается по формуле: $ИМТ = \text{масса тела (кг)} / (\text{рост, м})^2$. Наличие ожирения или избыточного веса ухудшает прогноз больного ХСН, и во всех случаях ИМТ более 25 кг / м² требует специальных мер и ограничения калорийности питания. Прогрессивное уменьшение массы тела, обусловленное потерей жировой и мышечной массы при ХСН, называется сердечной кахексией. Патологической потерей массы тела при ХСН считается непреднамеренная потеря массы тела на 5 и более кг или более чем на 7,5% от исходной (вес без отеков, т. е. вес пациента в компенсированном состоянии) за 6 месяцев при исходном ИМТ менее 19 кг / м².

При ХСН рекомендуется ограничение приема поваренной соли, причем тем большее, чем выраженнее симптомы болезни и застойные явления:

I ФК – не употреблять соленой пищи (до 3 г NaCl в сутки);

II ФК – плюс не досаливать пищу (до 1,5 г NaCl в сутки);

III ФК – плюс продукты с уменьшенным содержанием соли и приготовление без соли (<1,0 г NaCl в сутки). Ограничение потребления жидкости актуально только в крайних ситуациях: при декомпенсированном тяжелом течении ХСН, требующем внутривенного введения диуретиков. В обычных ситуациях объем жидкости не рекомендуется увеличивать более 1,5 л / сут.

Основным способом контроля водного баланса является ежедневное взвешивание больного. Увеличение массы тела более чем на 2 кг за 3 дня свидетельствует о задержке жидкости и риске развития декомпенсации.

2.3. Режим физической активности при ХСН.

Физическая реабилитация рекомендуется всем пациентам с I–IV ФК ХСН. Единственным требованием можно считать стабильное течение ХСН.

Проведение курсов физических тренировок сроком от 3 месяцев позволяет увеличить толерантность к физической нагрузке, при этом доказано восстановление структуры и функции скелетной мускулатуры у больных ХСН. При проведении нагрузок пациенты лучше реагируют на проводимую терапию. Учитывая, что положительный эффект физических тренировок исчезает через 3 недели после введения ограничения физических нагрузок – введение физических нагрузок в длительную пожизненную программу ведения пациента с ХСН является необходимым стандартом. Основным для выбора режима нагрузок является определение исходной толерантности при помощи теста 6-мин. ходьбы. Для пациентов, прошедших менее 150 м, т. е. находящихся в III–IV ФК, а также имеющих выраженный дефицит массы тела, кахексию, общепринятые физические нагрузки не показаны на начальном этапе. В этих случаях на первом этапе - периоде стабилизации состояния пациент выполняет упражнения для тренировки мышц вдоха и выдоха. Для тренировок используются дыхательные тренажеры с созданием дополнительного сопротивления на вдохе и выдохе. Доказано, что через 3–4 недели регулярные физические нагрузки в форме дыхательных упражнений с затрудненным выдохом приводят к системному влиянию на организм. Увеличивается толерантность к физическим нагрузкам, улучшается качество жизни, замедляется прогрессия кахексии, улучшается течение ХСН, достоверно замедляется прогрессирование заболевания. При стабилизации состояния пациента необходимо повторить тест 6-минутной ходьбы. Дальнейшая тактика зависит от полученных результатов. Если пройденное расстояние менее 200 м, то пациентам рекомендуется продолжить дыхательные упражнения. Если пройденное расстояние более 200 м, то целесообразно рекомендовать физические нагрузки в виде ходьбы. Ухудшение состояния (усиление одышки, тахикардия, прогрессия усталости, снижение общей массы тела) является основанием для перехода на предыдущую ступень либо возврата к дыхательным упражнениям. Полный отказ от физических нагрузок нежелателен и должен рассматриваться как

крайняя мера. Для пациентов, прошедших за 6 минут хотя бы 350 м, показаны динамические нагрузки, прежде всего в виде ходьбы. Рациональное чередование периодов физической активности и пассивного отдыха, в том числе, полноценного ночного сна и, при необходимости, дневного сна для пациента с ХСН является залогом предотвращения прогрессирования заболевания.

Рекомендуется следующий распорядок дня в зависимости от ФК ХСН :

Показатели	I-II ФК	III ФК	IV ФК
Дневная полноценная активность (часы)	10-12	6-8	1-2
Дневная сниженная активность (часы)	3-4	6-8	Более 8
Дневной сон (часы)	-	1-2	Более 2
Ночной сон (часы)	7-8	8	Более 8
Обязательная продолжительность динамической физической нагрузки	45 минут	30 минут	10-15 минут

Больным ХСН не рекомендуется пребывание в условиях высокогорья, высоких температур, влажности. Желательно проводить отпуск в привычной климатической зоне. При выборе транспорта предпочтение отдается непродолжительным до 2–2,5 часов авиационным перелетам. Длительные перелеты чреваты обезвоживанием, усилением отеков нижних конечностей и развитием тромбоза глубоких вен голени. При любой форме путешествий противопоказано длительное вынужденное фиксированное положение. Специально рекомендуется вставание, ходьба или легкая гимнастика каждые 30 минут.

2.4. Медикаментозное лечение ХСН. Общие принципы.

В выборе препарата для лечения ХСН у конкретного пациента руководствуются стандартом обследования и лечения больных ХСН, утвержденным министерством здравоохранения РФ. Медикаментозная терапия, как правило, представляет собой сочетание нескольких препаратов, приоритетным является прием пациентами ингибитора ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ).

Ингибиторы АПФ.

Данные препараты показаны всем больным с ХСН, независимо от этиологии на любой стадии процесса, включая бессимптомную дисфункцию левого желудочка и тяжелую стадию декомпенсации. Основными фармакологическими эффектами иАПФ являются: снижение преднагрузки и постнагрузки, снижение АД в сочетании с уменьшением ЧСС, уменьшение дилатации камер сердца и регресс гипертрофии миокарда, диуретический эффект, нефропротекторное действие, антиаритмическое действие. Неназначение ингибиторов АПФ ведет к значительному повышению риска смерти больных с ХСН. Ингибиторы АПФ оказывают благоприятное влияние на центральную гемодинамику, толерантность к физической нагрузке и качество жизни больных. Ингибиторы АПФ увеличивают выживаемость, снижают количество госпитализаций, улучшают ФК и качество жизни пациентов ХСН независимо от тяжести клинических проявлений заболевания. В России зарегистрировано 11 иАПФ. Препаратами этой группы, доказавшими способность предотвращать развитие ХСН и успешно лечить больных ХСН, являются: эналаприл, каптоприл, периндоприл, фозиноприл, лизиноприл. Они могут быть в первую очередь рекомендованы для профилактики и лечения ХСН. Назначение иАПФ начинается с маленьких доз, при их постепенном (не чаще одного раза в 2–3 дня, а при системной гипотонии еще реже – не чаще одного раза в неделю) титровании до оптимальных - средних терапевтических доз.

Дозировки иАПФ для лечения ХСН (в мг * кратность приема)

Препарат	Стартовая доза	Терапевтическая доза
Эналаприл	2,5*2	10*2
Каптоприл	6,25*3(2)	25*3(2)
Периндоприл	2*1	4*1
Фозиноприл	5*1(2)	10-20*1(2)
Лизиноприл	2,5*1	10*1

Ингибиторы АПФ можно назначать больным ХСН при уровне САД выше 85 мм рт. ст. При исходно низком САД (85–100 мм рт. ст.) эффективность иАПФ сохраняется, поэтому их всегда и обязательно следует

назначать, снижая стартовую дозу в два раза (для всех иАПФ). Побочные эффекты иАПФ (редко): сухой кашель, симптомная гипотония, повышение уровня креатинина (5-15%). Абсолютными противопоказаниями к назначению иАПФ являются непереносимость (ангионевротический отек), двусторонний стеноз почечных артерий, беременность.

β-адреноблокаторы.

В подавляющем большинстве случаев терапия начинается с иАПФ с возможно более быстрым добавлением β-адреноблокаторов (β-АБ). Терапия β-АБ должна быть инициирована всем больным ХСН. β-АБ применяются для снижения риска смерти и повторных госпитализаций вместе с иАПФ. К положительным свойствам β-АБ при ХСН относится способность улучшать показатели гемодинамики; уменьшать гипертрофию миокарда; снижать ЧСС, что является «зеркалом» успешного применения β-АБ у больных ХСН, уменьшать степень ишемии миокарда в покое и особенно при физической активности; снижать риск внезапной смерти. Таким образом, наряду с улучшением прогноза β-АБ уменьшают степень ремоделирования сердца, то есть оказывают кардиопротекторное действие, позволяющее замедлять прогрессирование декомпенсации и снижать число госпитализаций. Оптимальные дозы β-блокаторов, применяющихся в России в лечении ХСН:

Препарат	Стартовая доза	Терапевтическая доза
Бисопролол	1,25 мг *1	10мг*1
Метопролол	12,5 мг *1	200мг*1
Карведилол	3,125 мг* 2	25мг*2
Небиволол	1,25 мг *1	10мг*1

Лечение β-АБ при ХСН должно начинаться осторожно, начиная с 1/8 терапевтической дозы, которая показана в таблице, как стартовая. Дозы увеличиваются медленно (не чаще 1 раза в две недели, а при сомнительной переносимости и чрезмерном снижении АД – 1 раз в месяц) до достижения оптимальной, указанной как терапевтическая. Как и в случае с иАПФ, необходимо помнить, что у каждого больного своя оптимальная дозировка β

-АБ, которая определяется снижением ЧСС до уровня <70 уд / мин. Только снижение ЧСС (а не доза β -АБ и не исходная ЧСС) определяет эффективность лечения. На каждые 5 ударов снижения ЧСС достигается 18 % снижения риска смерти больных ХСН.

Антагонисты рецепторов к АП (АРА).

Препараты этой группы могут применяться для лечения ХСН при непереносимости иАПФ. Сведения о трех наиболее эффективных АРА, применяемых сегодня для лечения и профилактики ХСН, представлены в таблице. Титрование доз АРА проводится по тем же принципам, что и иАПФ.

Дозировки АРА, рекомендуемых для лечения ХСН

Препарат	Стартовая доза	Терапевтическая доза
Кандесартан	4 мг * 1 р/д	16 мг * 1 р/д
Валсартан	40 мг * 2 р/д	80 мг * 2 р/д
Лозартан	50 мг * 1 р/д	100 мг * 1 р/д

Антагонисты минералокортикоидных рецепторов (АМКР)

Важными свойствами АМКР (спиронолактона) является способность не только блокировать синтез альдостерона, играющего негативную роль в формировании и прогрессировании ХСН, но и уменьшать выраженность фиброза миокарда, что сопровождается блокадой ремоделирования сердца (уменьшение объемов сердца). Для лечения больных тяжелой ХСН III–IV ФК целесообразно сочетание трех нейрогормональных модуляторов (иАПФ + β -АБ + АМКР).

Диуретические (мочегонные) средства в лечении ХСН.

Задержка жидкости в организме и формирование отечного синдрома являются типичным и наиболее известным проявлением ХСН, начиная со II ФК. Поэтому дегидратационная терапия представляет собой одну из важнейших составляющих успешного лечения больных ХСН. Лечение мочегонными средствами начинается лишь при признаках застоя. II ФК по классификации ОССН). Впрок мочегонными не лечат, т. к. они не замедляют

прогрессирования ХСН. Петлевые диуретики (фуросемид, буметанид, торасемид) – самые эффективные мочегонные, блокирующие реабсорбцию натрия на всем протяжении восходящей части петли Генле, являются основой лечения отечного синдрома при ХСН. Тиазидные диуретики нарушают реабсорбцию натрия в кортикальном сегменте восходящей части петли Генле и в начальной части дистальных канальцев. Гидрохлортиазид (гипотиазид) – основной представитель этого класса. Дегидратационная терапия при ХСН имеет две фазы – активную в период застоя и поддерживающую - для поддержания эволюционного состояния после достижения компенсации. В активной фазе превышение количества выделенной мочи над количеством принятой жидкости должно составлять 1–2 литра в сутки при снижении веса ежедневно ~ по 1 кг. В поддерживающей фазе диурез должен быть сбалансированным и масса тела стабильной.

Показания, дозировки и продолжительность действия диуретиков при лечении больных ХСН

Препараты (диуретики)	Показания	Стартовая доза	Длительность действия
Тиазидные			
Гидрохлортиазид	II–III ФК	25 мг * 1–2	6-12 часов
Индапамид СР	II ФК	1,5 мг *. 1	36 часов
Петлевые			
Торасемид	II–IV ФК	10 мг *. 1	14-18 часов
Фуросемид	II–IV ФК	20мг *. 1–2	6-8 часов
Буметанид	II–IV ФК	0,5 мг *. 1–2	4-6 часов

Лечение необходимо начинать с малых доз (особенно у больных, не получавших ранее мочегонных препаратов), в последующем подбирая дозу по принципу *quantum satis* (сколько требуется).

Сердечные гликозиды остаются в числе средств лечения ХСН в течение более 200 лет. Гликозиды имеют два основных механизма действия - положительный инотропный и отрицательный хронотропный эффекты. В настоящее время в клинической практике в подавляющем большинстве случаев используется дигоксин, обладающий оптимальными фармакодинамическими свойствами и доказанной клинической эффективностью. Дигоксин у больных ХСН всегда должен применяться в малых дозах: до 0,25 мг / сут (для больных с массой тела более 85 кг до 0,375

мг / сут, а при массе тела менее 65 кг – до 0,125 мг / сут). Дигоксин должен назначаться всем больным ХСН II–IV ФК, с ФВ ЛЖ <40 % при фибрилляции предсердий с целью урежения ритма, возможного улучшения прогноза и снижения риска госпитализаций. При определенных клинических ситуациях больные по показаниям получают такие лекарственные средства, как периферические вазодилататоры, блокаторы кальциевых каналов, антиаритмические средства, непрямые антикоагулянты, статины и другие.

Профилактика прогрессирования ХСН. Хроническая сердечная недостаточность относится к заболеваниям, успешное лечение которых во многом зависит не только от медицинских рекомендаций но и от отношения к заболеванию самого пациента. Развитию сердечной недостаточности способствует ряд факторов, тесно связанных с образом жизни и привычками больных. Профилактика и коррекция этих факторов риска могут привести к улучшению деятельности сердца пациента.

Приказом Минздрава РФ определен порядок проведения диспансерного наблюдения больных ХСН 1-3 ФК. В соответствии с приказом обязанности по диспансерному наблюдению возлагаются на фельдшеров отделения медицинской профилактики, центра здоровья, фельдшерско-акушерского пункта. Задача фельдшера – обучить больного приемам контроля за течением ХСН:- технике исследования пульса, измерения АД, ведению дневника самоконтроля, в котором отражаются показатели гемодинамики, что регулярно обсуждается пациентом и фельдшером.

10 правил пациента с ХСН

1. Соблюдение диеты
2. Избавление от избыточного веса.
3. Отказ от курения
4. Соблюдение режима дня.
5. Противостояние стрессам.
6. Соблюдение адекватной физической активности.
7. Контроль артериального давление, пульса.

8. Следить за уровнем холестерина в крови.
9. Ликвидация очагов инфекции
10. Соблюдение рекомендаций по приему лекарств

Особенностью лечения и динамического наблюдения за пациентами с ХСН является постоянный фельдшерский контроль эффективности медикаментозной терапии, своевременная коррекция двигательного и диетического режима.

4.Закрепление нового материала

- Клинический разбор пациента с хронической сердечной недостаточностью
- Обсуждение плана комплексного медикаментозного лечения пациента с ХСН.

5.Подведение итогов занятия

Это важный этап учебной работы. Здесь можно определить, достигли ли занятия цели, все ли задачи выполнены, как себя показал каждый студент в теоретической подготовленности, овладении практическими навыками. Следует оценить работу всей группы и индивидуально каждого студента.

Оценка выставляется с учетом всей проделанной работы соответственно установленным требованиям и должна предусматривать замечания, поощрения и порицания.

6.Задание на дом:

1. Учебник Нечаев В.М., Фролькис Л.С., Игнатюк Л.Ю. Лечение пациентов терапевтического профиля – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 864с. Глава «Лечение пациентов с хронической сердечной недостаточностью»
2. Составить памятку для пациента с хронической сердечной недостаточностью

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1.Национальные рекомендации ОССН, РКО и РНМОТ по диагностике и лечению ХСН (четвертый пересмотр). Журнал Сердечная Недостаточность. Том 14, № 7 (81), 2013 г.
- 2.Нечаев В.М., Фролькис Л.С., Игнатюк Л.Ю. Лечение пациентов терапевтического профиля – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 864с.
- 3.Лазебник Л.Б., Постникова С.Л. Некоторые особенности течения и терапии хронической сердечной недостаточности у больных пожилого и старческого возраста. // ЖСН.- 2012.- 3.- с. 94-97.