

ХРОНИЧЕСКАЯ СИСТОЛИЧЕСКАЯ СЕРДЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ

Это клинически синдром осложняющий течение
ряда заболеваний и характеризующийся
наличием одышки при физической нагрузке (а
затем и в покое), быстрой утомляемостью,
периферическими отеками и нарушением функции
сердца в покое.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ

Хроническая систолическая сердечная недостаточность возникает у 0,4-2% населения . С возрастом ее

распространенность увеличивается :у лиц старше 75 лет она развивается в 10% случаев.

Этиология и патогенез

1. Сердечная недостаточность с низким сердечным выбросом (поражения миокарда)
 - A. ИБС (постинфарктивный кардиосклероз, хроническая миокардиальная ишемия)
 - B. Кардиомиопатия
 - C. Миокардит
 - D. Токсическая воздействия
 - E. Эндокринные заболевания
 - F. Нарушения питания

2- ПЕРЕГРУЗКА МИОКАРДА

1. Артериальная гипертензия
2. Ревматически пороки сердца
3. Врожденные пороки сердца

3-АРИТМИИ

1. Наджелудочковые и желудочковые тахикардия
2. Фибрилляция предсердий

4 СЕРДЕЧНАЯ НЕДАСТАТОЧНОСТЬ С ВЫСОКИМ СЕРДЕЧНЫМ ВЫБРОСИМ

1. Анемия
2. Сепсис
3. Артериовенозная фистула

КЛАССИФИКАЦИЯ ПО ВСЕСЮЗНОГО СЪЕЗДА

1. Стадия (начальная) - скрытая сердечная недостаточность проявляется только при физической нагрузке (одышка, тахикардия, быстрой утомляемостью)

2-СТАДИЯ(ВЫЯВЖЕННАЯ)

- ДЛИТЕЛЬНАЯ недостаточность кровообращения, нарушения гемодинамика, (застой в большом и малом круга), нарушения функция органов и обмен веществ выражены и в покое

Период А-начала длительной стадия характеризуются слабо выраженными нарушениями гемодинамика, нарушения функция сердца

Период В-конец длительной стадия харак.
Глубоким нарушением гемодинамика, в процесс вовлекают вся сердечная сосудистая система

3 СТАДИЯ(конечная, дистрофическая)

- Тяжелые нарушения гемодинамика , стойки нарушения обмен веществ и функций всех органов, необратими изменения структуры тканей и органов

ПО АЛ ЧИРКИНИ ДР. 1994

1. КЛАСС-обычная физическая нагрузка не вызывает выраженной утомляемости, отдышка или сердцабиения
2. Класс- легкая ограничения физическая активност :удовлетврительное самочувствие в покое ,но обычная физическая нагурзка вызывает утомления сердцавиения отдышка или боль в облости сердца

- 3 класс- выраженное ограничения физической активность : удовлетерни самочуство в покое,но нагрузка менее обычной приводит к появлению симптоматики.
- 4 класс- невозможность выполнени какой либо функции без ухудшения самочуство:симптом при покое и при нагузке.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

- ЖАЛОБЫ-

1) Одышкой в начальной стадии сердечной недостаточности возникает при физической нагрузке а при выраженной сердечной недостаточности – в покое. Она проявляется в результате увеличения давления в легочных капиллярах и венах. Это уменьшает растяжимость легких и увеличивает работу дыхательной мускулатуры.

2

- Для выраженной недостаточности характерна ортопноэ- вынужденное положение сидя принимает больны для облегчения дыхания при выраженной одышка.
- При положении лежа ухудшает состояние потому депонирования жидкость в легочных капиларах приводит к увеличению гидростатически давления .

Для ХСН

- Сердечная астама обусловленная возникновением интерстициального отека легких. Ночью в время сна развивается приступ выраженной одышки сопровождаются кашлем и появлением хрипов в легких.
- Утомляемость-неадекватность снабжения кислородом скелетных мышц.
- Снижения аппетита тошнота боль в животе , асцит вследствие застоя крови печени и системы воротной вены.
- Патологически 3й и 4тый тоны

КЛИНИЧЕСКИ ПРОЯВЛЕНИЯ

- СТАДИЯ 1-быстра утомляемость, одышка, сердцевиения при обычной физической нагрузке. В покое нет.
- СТАДИЯ 2А-при левожелудочковая недостаточность- застой в малом круг – одышка, быстра утомляемость ночной одышка

ПРАВОЖЕЛУДОЧКОВАЯ НЕДАСТАТОЧНОСТЬ

- Застой в большом круге, боль и тяжесть в правом подребре, уменьшением диуреза, увлечения печени
- Стадия 2б-глубоки нарушения гемодинамика, одышка при малейши физической работе, тяжесть правом подребре, нарушения сна, обшая слабость, ортопноэ, отек, асцит, гидроторакс, гидроперикард

СТАДИЯ 3

- Конечная дистрофическая стадия с глубоким необратимым нарушением обмена веществ, одышка в покое, массивный отек, скопления жидкости в полостях. возникает кахексия
причина-
 1. Увеличения секреция фактор некроза опухол
 2. Снижения аппетит, тошнота, рвота центральной генез
 3. Ухудшения всасывания в кишечник из за застое в системе воротной вены.

ДИАГНОСТИКА

- ЭКГ-признак блокада лебой или правой ножки пучка гиса, гипертрофи желудочков или предсердия, патологический зубец Q аритмия,

ЭХОКАРДИОГРАФИЯ

- РАСШИРЕНИЯ полости левого желудочка,увеличения конечного систолически и конечного диастолического размеров левого желудочка,снижения его фракция-выброса.

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

- Выявления венозной гипертензия в виде перераспределения кровотока в пользу верхних отделов легких и увеличения диаметров сосудов.
- При застое в легких выявляют признак интерстициального отека, гидроторакс, кардиомегалия.

КАТЕТЕРИЗАЦИЯ ПОЛОСТЕЙ СЕРДЦА

- Увлечения давления заклинивания легчных капилляров более 18мм рт.ст.

Критерия диагностика ХСН

- Большие критери
- ❖ Сердечная астама
- ❖ Набухания шейных вен
- ❖ Хрипи в легких
- ❖ Кардиомегалия
- ❖ Отек легких
- ❖ Паталогически 3тй тон сердца
- ❖ Увлечения венозное давления
- ❖ Времия кровотока более 25с
- Малые критери
- Отек на ногах
- Ночной кашел
- Одышка при нагрузка
- Увлечения печени
- Гидроторакс
- Тахикардия более 120 в минут
- Умеишения ЖЕЛ

ЛЕЧЕНИЕ

- НЕМЕДКАМЕНТОЗНЫИ
- ❖ Употребления поварнной соли до5-6г\сут.
- ❖ Умерная физическая активность

Медикаментозни цель лечение

- Улучшения сократителни функции сердца
- Уменшения ОЦК
- Уменшения ОПСС
- Антикоагулантната терапия
- Антиаритимическата терапия

диуретики

- Тиазидные диуретики-гидрохлортиазид в дозе от 25 до 100мг\сут. При скорости клубочковой фильтрации почек менее 30мл\мин. использовать тиазид нецелесообразно.
- Петлевые диуретики-эффект сильно но менее продолжителни ФУРОСЕМИД 20-200мг\сут в\в
- Калийсбергающие(триамтерен, амилорид)

Ингибитор АПФ

- Беназеприл 2,5мг\сут,подержвающая доза5-10 в 2 прием
- Каптоприл-18,75мг\сут 3 прем
- Эналаприл(2,5мг),лизиноприл(2,5мг), рамиприл(1,25-2,5мг)
- Необходимо прекратит прем диуретиков за 24ч до према ингибиторов АПФ

СЕРДЕЧНЫЕ ГЛИКОЗИДЫ

- ДИГОКСИН-0,25-0,375МГ\СУТ.
- ПОБОЧНОЕ ЭФФЕКТ-
- БРАДИКАРДИ
- ГЛИКОЗИДНОЙ ИНТОКСКАЦИЯ(инфаркт миокарда, гипоксемия, гипокалемия, гипомагниемия)

Лечения интоксикация

- Отменит препарат
- При тахиаритима-препарат калия, бетаадрено блокатор
- При желудочковой тахикардия-лидокаин
- При А-Вблокала- ЭКС

БЕТА АДРЕНОБЛОКАТОРЫ

- КАРВЕДИОЛ-3,125МГ 2 РАЗА\СУТ.
- Кроме того метопролол 12,5мг 2 раза в день
- Бисопролол- 1,25 мг 1 раз

Периферически вазодилататори

- Гидралазин в дозе 300мг\сут.
- Изосорбид динитрат-160мг\сут

Антиаритмически препарат

- Амiodарон-100-200мг\сут
- Прогноз
- В целом трехлетняя выживаемость больных с хронически систолически сердечной недостаточностью составляет 50%
- Смертность 19% в год