

РОЛЬ МЕДСЕСТРЫ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Е.В. Ямщикова, А.И.Петрова, Н.В. Туркина, канд. мед. наук
СПбГМА им. И.И. Мечникова

E-mail: FVSO@mail.ru

Проанализированы проблемы больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН), проведена оценка толерантности к физической нагрузке у больных ХСН разных функциональных классов; показаны динамика качества их жизни на фоне лечения и посещения Школы сердечной недостаточности, роль медсестры в работе Школы.

Ключевые слова: хроническая сердечная недостаточность, стационар, медсестра, Школа сердечной недостаточности.

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) в последнее десятилетие стала предметом повышенного внимания кардиологов. Статистика свидетельствует о неуклонном росте числа случаев ХСН во всех странах (2, 9, 11) – рис. 1.

В последние годы активно изучается смертность больных с ХСН. По данным Фремингемского исследования, за 5 лет их выживаемость составляет 50% (8, 9). Подобные исследования проводились и в Научно-исследовательской лаборатории сердечной недостаточности Федерального центра сердца, крови и эндокринологии (ФЦСКЭ) им. В.А. Алмазова. Сочетание медикаментозной терапии и немедикаментозных методов лечения позволяет значительно улучшить показатели выживаемости. По итогам исследования за 5 лет, выживаемость достигает 75% (рис. 2).

Целью нашей работы явилось изучение возможностей улучшения работы среднего медицинского персонала при лечении больных с ХСН в условиях специализированного отделения.

Задачами исследования были:

- анализ проблем пациентов и дефицита их знаний о ХСН до и после лечения в зависимости от функционального класса (ФК) ХСН;
- оценка толерантности к физической нагрузке у больных с ХСН разных ФК;
- изучение динамики качества жизни (КЖ) больных с ХСН на фоне лечения и посещения Школы сердечной недостаточности.
- исследование роли медсестры в работе Школы сердечной недостаточности.

В 2002 г. в отделении кардиологии ФЦСКЭ была организована Школа сердечной недостаточности, и за последние годы снизилось количество повторных госпитализаций, связанных с ухудшением состояния больных. Мы объясняем это тем, что пациенты посещают Школу, а медсестры принимают активное участие в ее работе и осуществляют непосредственное наблюдение за больными, выделяя наиболее важные темы обучения: симптомы ХСН; режим дня; медикаментозная терапия; немедикаментозное лечение.

При анализе распределения причин ХСН за период 2006–2008 гг. по нозологическим формам (рис. 3) на материале специализированного отделения ФЦСКЭ видна тенденция к увеличению числа случаев заболевания в связи с гипертонической болезнью и снижению числа случаев заболевания в связи с ишемической болезнью сердца (ИБС); снижается также частота пороков сердца, первичной кардиомиопатии, миокардитов.

Среди больных с ХСН доминируют пациенты с III ФК (NYHA): 455 (74,9%); на 2-м месте – пациенты с IV ФК ХСН – 115 чел. (18,9%); на долю пациентов с I-II ФК пришлось

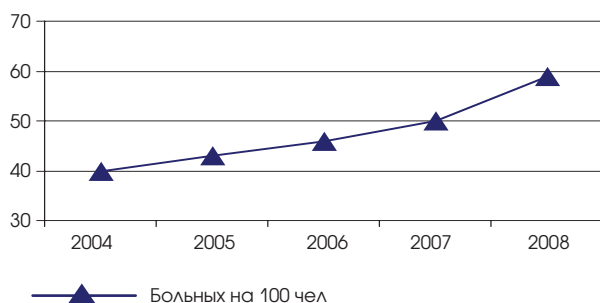


Рис. 1. Динамика распространенности ХСН в мире (2004–2008 гг.)

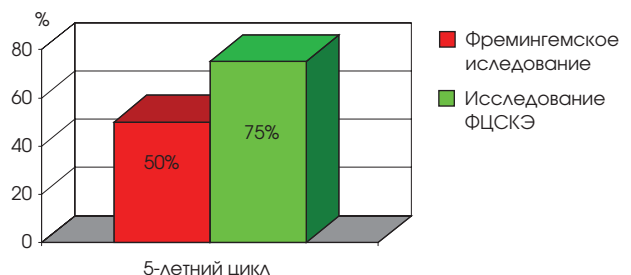


Рис. 2. Показатели выживаемости

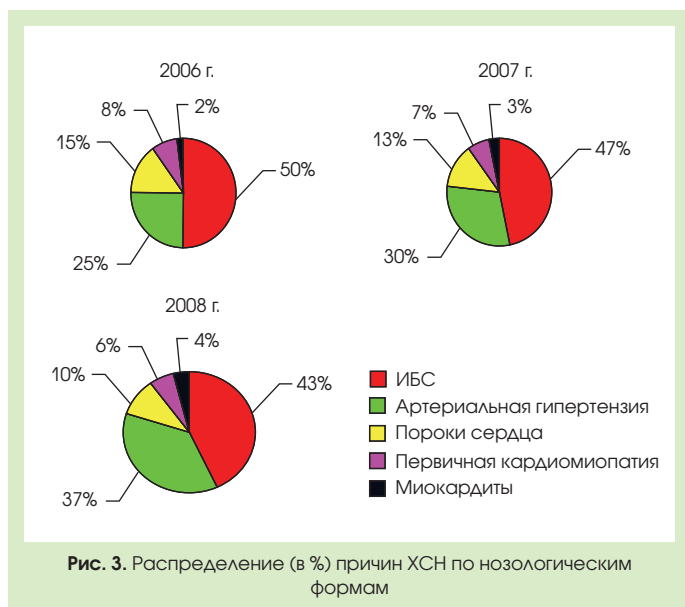


Рис. 3. Распределение (в %) причин ХСН по нозологическим формам

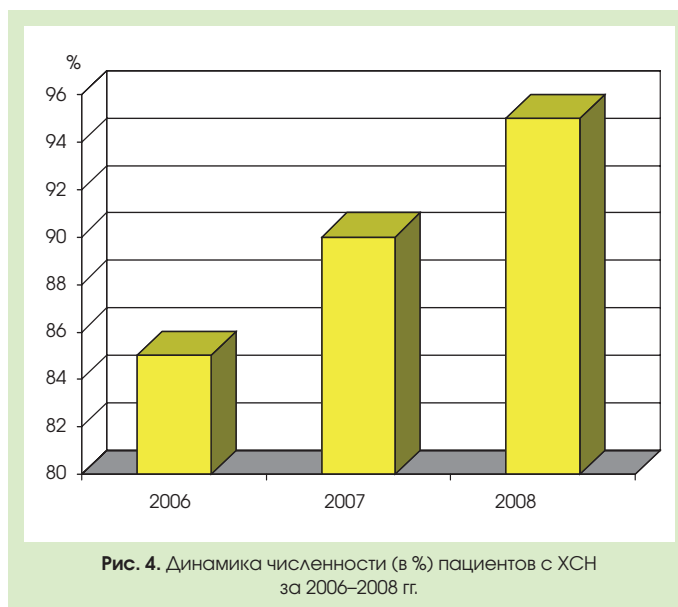


Рис. 4. Динамика численности (в %) пациентов с ХСН за 2006–2008 гг.

5%, т.е. 95% пациентов соответствуют профилю отделения (рис. 4). В 2008 г. по сравнению с 2007 г. увеличилось число пациентов с IV ФК ХСН.

Основными причинами ХСН у больных исследуемой группы, занимающихся в Школе сердечной недостаточности, являются:

- ИБС – 50%;
- АГ (ГБ и вторичная гипертензия) – 35%;
- пороки сердца – 15%.

Основные цели обучения пациентов в Школе сердечной недостаточности:

- повышение информированности;
- формирование у пациентов навыков самоконтроля за состоянием своего здоровья, анализа влияющих на него факторов; изучение механизмов развития признаков декомпенсации;
- формирование представлений о борьбе с факторами риска развития сердечно-сосудистых заболеваний (измерение давления, подсчет суточного диуреза, ограничение потребления соли);
- ликвидация дефицита знаний о количестве потребляемой жидкости, диете, вредных привычках (курение, алкоголь);
- приобретение больными навыка определения пульса;
- оптимизация физической активности;
- информирование пациентов о применяемых лекарственных препаратах (основное действие, побочные эффекты, взаимодействие с другими лекарствами);
- лечение сопутствующих заболеваний;
- сохранение здоровья и первичная профилактика;
- изучение психологических аспектов заболевания;
- разъяснение важности сотрудничества с лечащим врачом;
- приобретение больными знаний о возможностях общественного здравоохранения;
- проведение поддерживающей терапии.

Занятия в Школе предусматривают ежедневный контроль массы тела (после пробуждения, до завтрака, в одной и той же одежде и с помощью одних и тех же весов).

Пациенты получают рекомендации:

- по питанию (следует придерживаться диеты с низким содержанием поваренной соли, включать в рацион продукты с низким содержанием натрия, избегать продуктов с высоким его содержанием);
- по лечению (принимать все прописанные лекарственные препараты, знать названия, дозировки, побочные и лечебные эффекты каждого препарата);
- немедленно сообщать лечащему врачу о таких симптомах ХСН, как одышка, нарастание слабости, появление отеков на ногах или животе, а также о более частом пользовании туалетом, частых простудных заболеваниях;
- регулярно выполнять предписанные врачом физические упражнения и приемы ослабления психологического напряжения;
- планировать ежедневную физическую активность, чтобы сберечь силы;
- ежедневно вести дневник самоконтроля, в котором регистрируются уровень артериального давления, масса тела, частота пульса, прием лекарственных препаратов, назначенных врачом.

Для определения преобладающего типа отношения к болезни было проведено исследование с помощью опросника ТОВОЛ (4). В исследование были включены 30 человек в возрасте от 35 до 75 лет (40% женщин, 60% мужчин) с проявлениями ХСН ишемической этиологии. Согласно полученным данным, у испытуемых преобладали гармоничный, эргопатический и анозогнозический типы отношения к болезни, что характеризует пациентов как адекватно оценивающих свое состояние, активно участвующих в лечении, соблюдающих назначенный врачом режим, стремящихся преодолеть заболевание; им свойственны неприятие роли больного, сохранение ценностной структуры, активное социальное функционирование.

КЖ больных с заболеваниями системы кровообращения изучают с помощью специальных опросников (1, 5), в частности применяют Миннесотский опросник показателей качества жизни (MLHFQ).

Таблица 1

Показатели (в баллах) КЖ на фоне терапии и посещения Школы ХСН

Средний показатель	II ФК	III ФК	IV ФК
При поступлении	31	77	103
На фоне терапии и посещения Школы ХСН	17	41	87

Таблица 2

Динамика показателей (в баллах) физической активности и психоэмоционального статуса

Показатель	До лечения			После лечения		
	II ФК	III ФК	IV ФК	II ФК	III ФК	IV ФК
Физическое функционирование	14	36	44	4	19	36
Психоэмоциональный статус	17	41	52	13	22	51

Оценка КЖ больных с ХСН показала, что оно у них значительно хуже, чем у здоровых людей. КЖ зависит от ФК ХСН: чем выше ФК, тем хуже состояние больных. Это связано в первую очередь с нарастанием основных симптомов ХСН (одышка, снижение толерантности к физической нагрузке). Физические ограничения приводят к определенным психологическим проблемам: неудовлетворенности собой, нарастании тревоги за свое будущее.

Поскольку основной причиной развития ХСН является ИБС, мы проанализировали показатели КЖ в зависимости от ФК стенокардии по (Миннесотскому опроснику). Опрос был проведен при поступлении больных в клинику; опросили по 5 человек с определенным ФК. Выявлено ухудшение показателей КЖ на фоне прогрессирования ХСН от II до IV ФК вследствие снижения толерантности к физической нагрузке, ухудшения в эмоциональной, сексуальной сфере, трудностей работы по дому, нарушений сна. Динамика показателей КЖ зависела от толерантности к физической нагрузке: интегральные показатели КЖ оказывались лучше у больных с более высокими ее показателями.

Из табл. 1 видно, что средние показатели КЖ на фоне терапии и посещения Школы ХСН улучшились у 45% пациентов со II ФК и у 47% с III ФК, без значимой динамики у больных с IV ФК.

Миннесотский опросник КЖ разделен на блоки. 1-й блок вопросов связан с физическим функционированием, а 2-й – с психоэмоциональным состоянием при поступлении в клинику и через 15 дней пребывания в клинике и посещения Школы сердечной недостаточности (табл. 2).

Согласно представленным данным, по мере прогрессирования ХСН КЖ ухудшается (см. табл. 1, 2). Выявлено, что на фоне комплексной оптимальной терапии ХСН в большей степени улучшаются показатели физического функционирования, что ассоциируется с повышением толерантности к физической нагрузке. Психоэмоциональные показатели меньше реагируют на лечение. Это еще раз указывает на немалую роль психотерапевтической, психологической помощи, на важность социальной адаптации пациентов с ХСН.

Таким образом:

- КЖ пациентов с ХСН прямо коррелирует со степенью ХСН (MLHFQ);
- на фоне терапии в большей степени улучшаются показатели физического функционирования;
- психоэмоциональный статус больных с тяжелыми проявлениями ХСН (IV ФК), несмотря на оптимальную комплексную терапию, не меняется.

Результаты исследования дают основание считать, что для улучшения психоэмоционального статуса больных с ХСН им необходима более активная психотерапевтическая и психологическая помощь. Следует усилить роль среднего медицинского персонала в обучении больных и их родственников; необходимо создать психологический комфорт в отделении; ведь иногда достаточно улыбки, легкой музыки, чистоты в помещениях – всего, что создает положительный эмоциональный фон.

Для определения динамики восстановления физических возможностей на фоне адекватной терапии ХСН используется тест 6-минутной ходьбы (ТШХ). По мнению исследователей, ТШХ представляет собой информативный, воспроизводимый и чувствительный тест для функциональной оценки состояния сердечно-сосудистой системы у больных с ХСН (7). Нами по результатам ТШХ оценена физическая активность до и после лечения у 20 больных с различными ФК.

У пациентов с ХСН II ФК пройденное расстояние на фоне терапии увеличилось с 317 до 402 м. Все пациенты этой группы сочетали усложняющиеся физические упражнения для различных мышечных групп с занятиями на велотренажере (интервальные, с самостоятельным выбором всех параметров нагрузки).

У пациентов с ХСН III ФК пройденное расстояние возросло с 132 до 298 м. Больные выполняли физические упражнения; у них занятия на велотренажере (интервальные, со свободным выбором нагрузки) во время первых тренировок могут проводиться с нулевой мощностью или даже отсутствовать из-за выраженной усталости и детренированности. Такие пациенты нуждаются в более тщательном врачебном наблюдении.

У пациентов с ХСН IV ФК пройденное расстояние возросло с 30 до 115 м. Все больные способны выполнять специально разработанные физические упражнения, а занятия на велотренажере (интервальные, с самостоятельным выбором всех параметров нагрузки) могут выполняться после 4-недельной физической тренировки, поскольку вначале эти пациенты не способны их выполнять даже при нулевой нагрузке.

Во время тренировки у пациентов измеряют пульс, артериальное давление, частоту дыхания.

Роль медсестры в лечении больных с ХСН:

- проведение мероприятий по нормализации массы тела;
- обеспечение рекомендаций по уровню физических нагрузок;
- контроль за соблюдением диеты;
- помощь в психологической и поведенческой реабилитации;
- обучение пациентов и их родственников предупреждению проявлений ХСН;
- проведение с пациентами бесед о пользе ведения дневников, содержащих данные о массе тела, окружности лодыжек, о коррекции диуретической терапии, о таких признаках усиления декомпенсации, как одышка, увеличение ночного диуреза; ведение дневников повышает приверженность лечению, способствует соблюдению рекомендаций, что приводит к сокращению частоты повторных госпитализаций, улучшению КЖ и сокращению стоимости лечения в стационаре;
- эмоциональная поддержка, помощь в социальной адаптации;
- внушение больным мысли, что в определенной мере они тоже отвечают за стабильность своего состояния.

Исследование показало, что:

- интегральные показатели КЖ обратно пропорциональны ФК ХСН и зависят от психоэмоциональной сферы и физического функционирования;
- успешная работа Школы сердечной недостаточности с участием медсестер способствует улучшению КЖ больных, их психоэмоционального состояния;
- активное вовлечение медсестер в процесс лечения и наблюдения за больными с ХСН, их беседы с пациентами о пользе ведения дневника, контроля массы тела, а также суточного диуреза приводят к улучшению КЖ больных, что сокращает частоту повторных госпитализаций;
- анализ состояния пациентов, посещающих Школу сердечной недостаточности, показывает, что не все из них продолжают трудовую деятельность даже при улучшении показателей КЖ, что связано в основном как с психологическими осо-

бенностями больных, так и с сознательным ограничением ими своей физической и социальной активности.

Предложения:

- так как у больных с ХСН имеют место психоэмоциональные нарушения, оправдано их наблюдение у психолога как в период стационарного лечения, так и на амбулаторном этапе;
- преемственность между стационарным и амбулаторными этапами лечения больных с ХСН повышает приверженность лечению, в результате чего снижается частота повторных госпитализаций.

Литература

1. Беленков Ю.Н. Определение качества жизни у больных с хронической сердечной недостаточностью // Кардиология. – 1993; 2: 85–88.
2. Беленков Ю.Н., Мареев В.Ю. Принципы рационального лечения сердечной недостаточности. – М.: Media Medica, 2001. – 266 с.
3. Беленков Ю.Н., Мареев В.Ю., Агеев Ф.Т. Хроническая сердечная недостаточность Избранные лекции по кардиологии. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 432 с.
4. Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Карпова Э.В. и др. Методика для психологической диагностики типов отношения к болезни. Методические рекомендации. – Л., 1987. – 27 с.
5. Волков В.С., Виноградов В.Ф. Особенности социально-психологического статуса больных хронической ишемической болезнью сердца // Кардиология. – 1993; 3: 15–16.
6. Гладков А.Г., Зайцев В.П., Аронов Д.М., Шарфнадель М.Г. Оценка качества жизни больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями // Кардиология. – 1982; 2: 100–102.
7. Кутузова А.Э. Применение проб с изометрической физической нагрузкой у больных на этапах реабилитации. – М., 1996.
8. Мухарлямов Н.М. Кардиомиопатии. – М.: Медицина, 1991.
9. Мухарлямов Н.М., Мареев В.Ю. Лечение хронической сердечной недостаточности. – М.: Медицина, 1985.
10. Померанцев В.П. Диагноз, лечение и качество жизни // Клин. мед. – 1989; 9: 3–8.
11. Фомин И.И., Беленков Ю.Н., Мареев В.Ю., Агеев Ф.Т. Распространенность ХСН в Европейской части Российской Федерации – данные ЭПОХА-ХСН // Сердечная недостаточность. – 2006; 7(1): 4–7.

ROLE OF A SPECIALIZED UNIT NURSE IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE

E.V. Yamshchikova, A.I. Petrova, N.V. Turkina

I.I. Mechnikov Saint Petersburg State Medical Academy

The problems of patients with chronic heart failure (CHF) are analyzed; exercise endurance has been estimated in patients with different functional classes of CHF; trends in the quality of life in these patients during treatment and visits to the Heart Failure School and a nurse's role in the School work are shown.

Key words: chronic heart failure, hospital, Heart Failure School.