

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное автономное образовательное
учреждение высшего образования
«Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского»
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ
(структурное подразделение)
ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского»

**РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В
ФОРМИРОВАНИИ ЗНАНИЙ И УМЕНИЙ
ПАЦИЕНТОВ В РАМКАХ ШКОЛЫ ЗДОРОВЬЯ С
ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ
НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ**

Студент(ка) Сеитджелилева Эльмаз Музафферовна
Группа 32
Руководитель Бекмамбетова Зера Дляверовна

Симферополь, 2018 г.



Объектом данного исследования является деятельность медицинской сестры в рамках Школы здоровья по ХСН.

Предмет исследования - роль медицинской сестры в формировании знаний и умении пациентов в рамках школы здоровья с хронической сердечной недостаточностью.

Цель исследования: рассмотреть и проанализировать роль медицинской сестры в организации и функционировании Школ здоровья для пациентов с хронической сердечной недостаточностью.

Задачи:

- Исследовать теоретические (обзор литературы) и прикладные аспекты распространенности, этиологии, клинического течения, диагностики и лечения хронической сердечной недостаточности.
- Ознакомиться и усвоить особенности сестринского процесса при хронической сердечной недостаточности.
- Проанализировать и обозначить роль медицинской сестры в повышении эффективности лечебно-диагностического процесса у пациентов с хронической сердечной недостаточностью.
- Проанализировать организацию и содержание работы школы здоровья по хронической сердечной недостаточности и систематизировать полученный опыт сестринской деятельности при данной патологии.
- Дать характеристику пациентам с хронической сердечной недостаточностью по результатам изучения историй болезни.
- Провести собственное исследование в рамках школы здоровья по хронической сердечной недостаточности и разработать рекомендации по улучшению сестринского процесса при данной патологии.
- Повысить уровень своих знаний о хронической сердечной недостаточности, методах её выявления и лечения.

СТРУКТУРА РАБОТЫ

СОДЕРЖАНИЕ

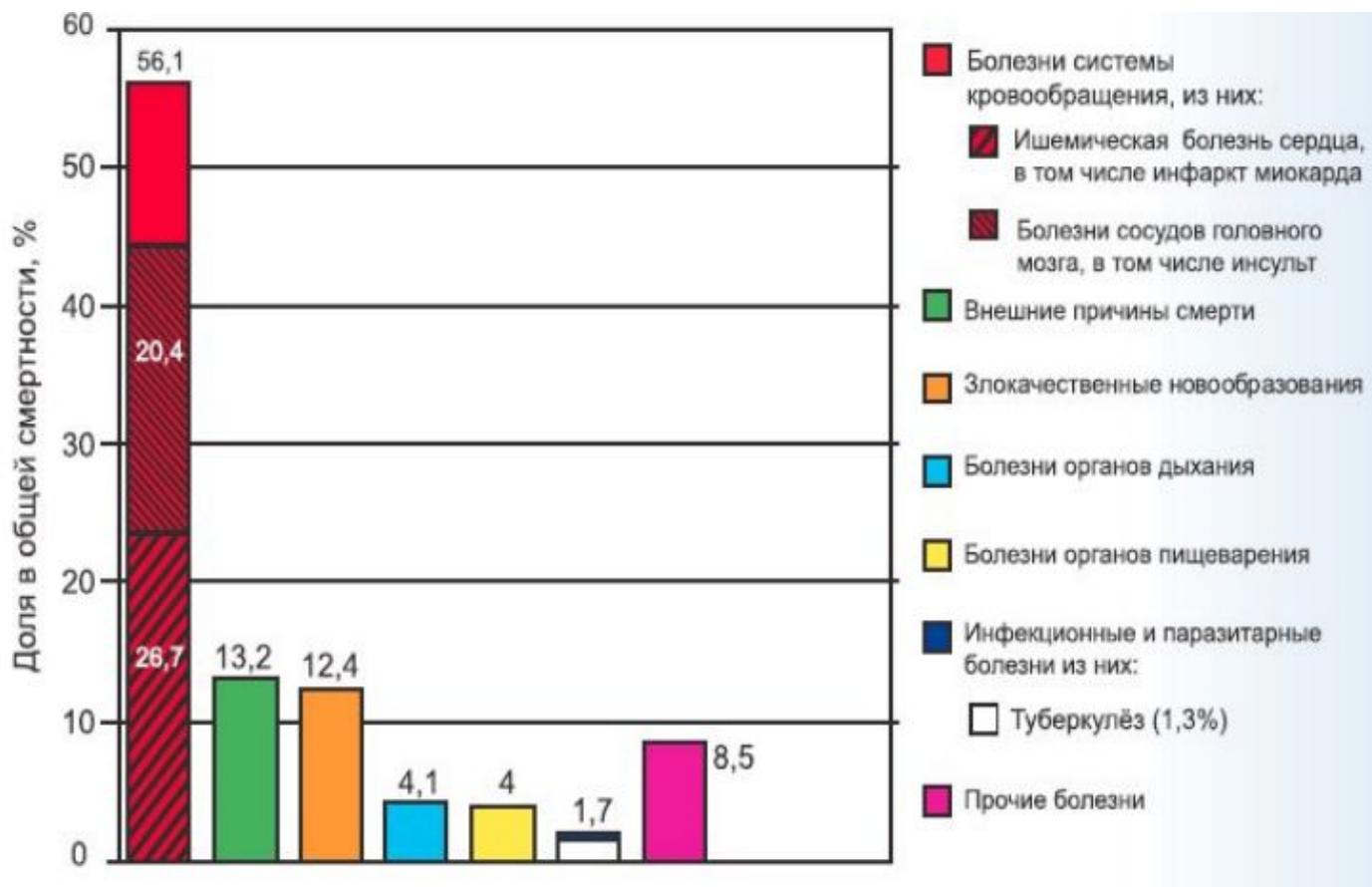
ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИЗУЧЕНИЯ ПРОБЛЕМ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ.....	8
1.1 Этиология.....	8
1.2 Классификация ХСН.....	9
1.3 Клинические симптомы ХСН.....	10
1.4 Диагностика ХСН.....	12
1.5 Осложнения ХСН.....	12
1.6 Особенности лечения ХСН.....	12
1.7 Профилактика, прогноз.....	15
1.8 Сестринский уход при хронической сердечной недостаточности.....	16
1.9 Школа больных с ХСН.....	23
ГЛАВА 2. ОРГАНИЗАЦИЯ, МЕТОДЫ И РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	
2.1 Организация и проведение исследования.....	25
2.2 Клинические случаи из практики.....	33
2.3 Характеристика школы ХСН.....	36
2.4 Методика проведения занятий в школе ХСН.....	37
2.5 Результаты исследования. Итоги работы «Школы ХСН».....	41
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	43
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ.....	46
ПРИЛОЖЕНИЕ.....	48

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ХСН И ЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ¹

По данным эпидемиологических исследований последних 5 лет, проведенных в России, было выявлено, что:

- ⊙ в 2008 году в РФ насчитывалось 8,1 миллионов человек с четкими признаками ХСН, из которых 3,4 миллиона имели терминальный, III-IV ФК заболевания .
- ⊙ в 2009 году декомпенсация ХСН стала причиной госпитализаций в стационары, имеющие кардиологические отделения, почти каждого второго больного (49 %), а ХСН фигурировала в диагнозе у 92 % госпитализированных в такие стационары больных .
- ⊙ У 4/5 всех больных с СН в России это заболевание ассоциируется с АГ и у $\frac{2}{3}$ больных - с ИБС .
- ⊙ Однолетняя смертность больных с клинически выраженной СН достигает 26-29 %, то есть за один год в РФ умирает от 880 до 986 тысяч больных СН.

ПРИЧИНЫ СМЕРТНОСТИ В РОССИИ



Хроническая сердечная

недостаточность — это синдром, развивающийся в результате различных заболеваний сердечно-сосудистой системы, приводящих к снижению насосной функции сердца, проявляющийся одышкой, сердцебиением, повышенной утомляемостью, ограничением физической активности и избыточной задержкой жидкости в организме.

ПРИЧИНЫ, ВЫЗЫВАЮЩИЕ ХСН

- Поражения сердечной мышцы первичные (миокардиты, кардиомиопатии) и вторичные (ИМ, ХИБС - стенокардия, постинфарктный кардиосклероз, тиреотоксикоз).
- Перегрузка сердечной мышцы давлением (гипертоническая болезнь, легочная артериальная гипертензия, стеноз устья аорты).
- Перегрузка сердечной мышцы объемом (пороки сердца - недостаточность клапанов).
- Нарушение наполнения желудочков сердца (митральный стеноз, перикардит).
- Повышение метаболических потребностей тканей (анемии, хроническое легочное сердце, тиреотоксикоз, ожирение, цирроз печени).

КЛАССИФИКАЦИЯ ХСН (2002)



Стадии ХСН
(могут ухудшаться, несмотря на лечение)

I ст ЛЖ.	Начальная стадия заболевания (поражения) сердца. Гемодинамика не нарушена. Скрытая сердечная недостаточность. Бессимптомная дисфункция
IIА ст	Клинически выраженная стадия заболевания (поражения) сердца. Нарушения гемодинамики в одном из кругов кровообращения, выраженные умеренно. Адаптивное ремоделирование сердца и сосудов.
IIБ ст	Тяжелая стадия заболевания (поражения) сердца. Выраженные изменения гемодинамики в обоих кругах кровообращения. Деадаптивное ремоделирование сердца и сосудов.
III ст	Конечная стадия поражения сердца. Выраженные изменения гемодинамики и тяжелые (необратимые) структурные изменения органов-мишеней (сердца, легких, сосудов, головного мозга, почек). Финальная стадия ремоделирования органов.

КЛАССИФИКАЦИЯ ХСН (NYHA)

Функциональные классы ХСН(могут изменяться на фоне лечения как в одну, так и в другую сторону)

- ⦿ I ФК

Ограничения физической активности отсутствуют: привычная физическая активность не сопровождается быстрой утомляемостью, появлением одышки или сердцебиения.

- ⦿ II ФК

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

- ⦿ III ФК

Заметное ограничение физической активности: в покое симптомы отсутствуют, физическая активность меньшей интенсивности по сравнению с привычными нагрузками сопровождается появлением симптомов

- ⦿ IV ФК

Невозможность выполнить какую-либо физическую нагрузку без появления дискомфорта; симптомы СН присутствуют в покое и усиливаются при минимальной физической активности. Повышенную нагрузку больной переносит, но она может сопровождаться одышкой и/или замедленным восстановлением сил.

СООТНОШЕНИЕ ВЫРАЖЕННОСТИ ХСН И ДИСТАНЦИИ 6-МИНУТНОЙ ХОДЬБЫ

Выраженность ХСН	Дистанция 6-мин ходьбы (м)
Нет ХСН	>551 м
I ФК ХСН	426-550 м
II ФК ХСН	301-425 м
III ФК ХСН	151-300 м
IV ФК ХСН	<150 м

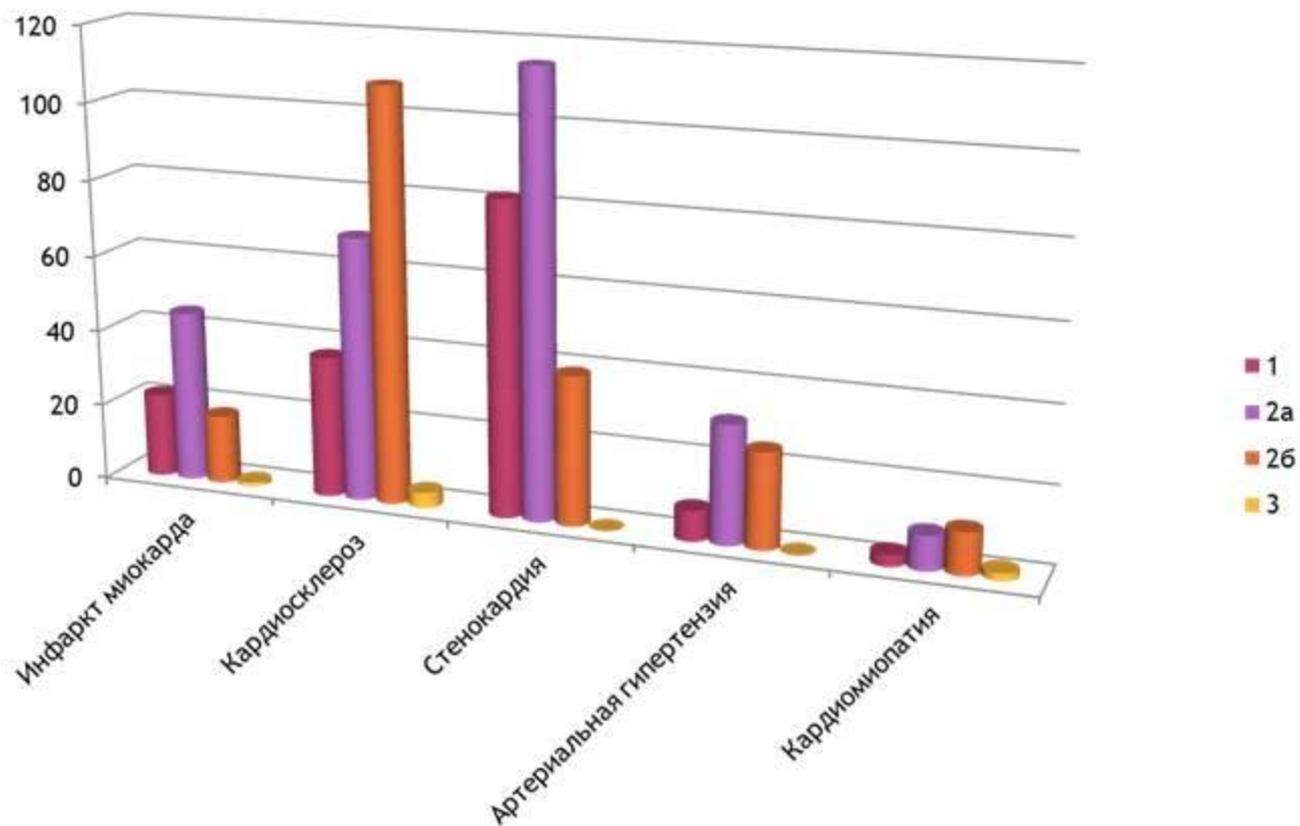
Использование простого и доступного 6-минутного теста коридорной ходьбы дает возможность количественно измерить тяжесть и динамику состояния больного с ХСН при лечении и его толерантность к физическим нагрузкам.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ХСН

- Слабость, утомляемость и ограничение активности.
- Одышка.
- Сердцебиение.
- Застой в легких.
- Отеки.

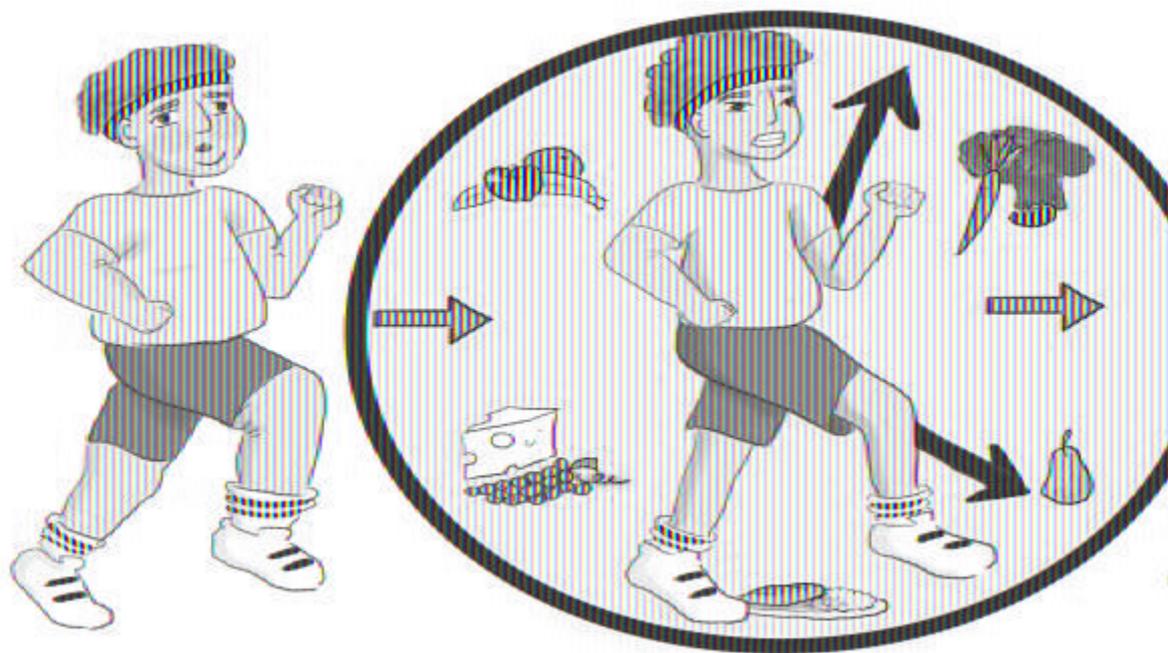


РАСПРЕДЕЛЕНИЕ СТАДИЙ ХСН ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ССЗ



ПУТИ ДОСТИЖЕНИЯ ПОСТАВЛЕННЫХ ЦЕЛЕЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХСН:

- Диета
- Режим физической активности
- Психологическая реабилитация
- Медикаментозная терапия
- Хирургические, механические и электрофизиологические методы лечения



ДИЕТА БОЛЬНЫХ ХСН



Ограничение соли имеет 3 уровня:

- 1-й - ограничение продуктов, содержащих большое количество соли, суточное потребление хлорида натрия менее 3 г/сут (при I ФК ХСН)
- 2-й - плюс не подсаливание пищи и использование при ее приготовлении соли с низким содержанием натрия, суточное потребление хлорида натрия 1,2 -1,8 г/сут (II - Ш ФК ХСН);
- 3-й - плюс приготовление пищи без соли, суточное потребление хлорида натрия менее 1 г/сут (IV ФК).

ФАРМАКОТЕРАПИЯ ХСН

- Основные препараты:

- ингибиторы АПФ
- диуретики
- сердечные гликозиды
- Бета-адреноблокаторы

- Дополнительные:

- антагонисты А1-рецепторов
- антагонисты альдостерона
- блокаторы кальциевых каналов

Вспомогательные

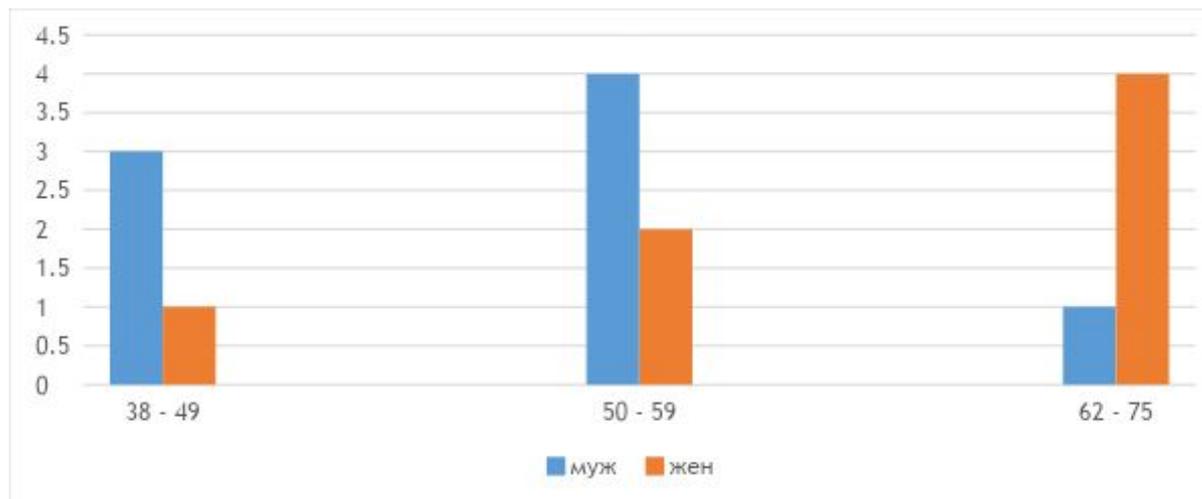


◎ ГЛАВА 2. ОРГАНИЗАЦИЯ, МЕТОДЫ И РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1 Организация и проведение исследования

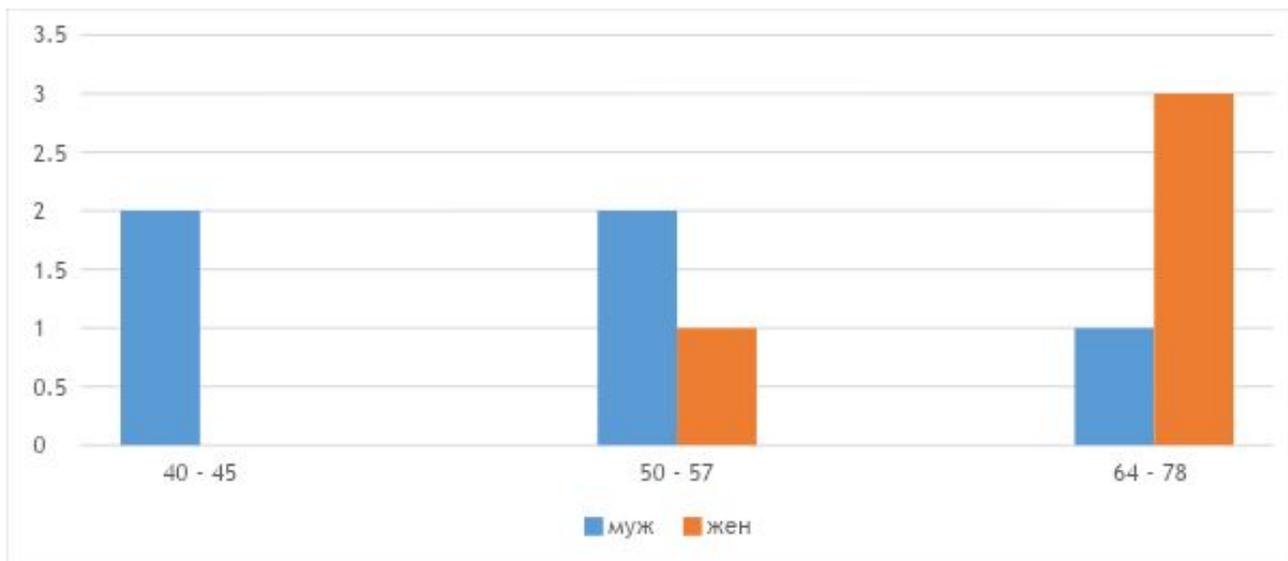
Наше исследование проводилось на базе поликлиники ГБУЗ РК «Симферопольская центральная районная клиническая больница», а также ГБУЗ РК «РКБ им. Семашко СП Клинический кардиологический диспансер». Мы распределили пациентов на 2 группы:

- 1) **ОСНОВНАЯ** - пациенты ГБУЗ РК «РКБ им. Семашко СП Клинический кардиологический диспансер». Наблюдаемая нами группа пациентов состояла из 15 человек, среди которых мужчин - 9 человека, женщин - 6 человек.



Распределение больных с ХСН по возрасту и полу (основная группа)

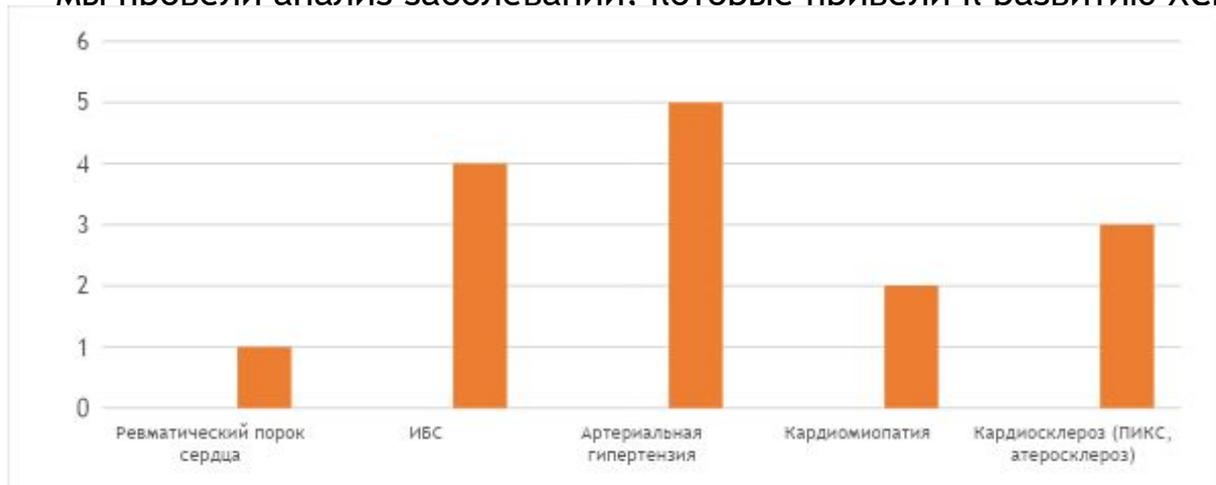
2) контрольная - пациенты ГБУЗ РК «Симферопольская центральная районная клиническая больница». Изучен архив госпитализированных больных с ХСН за ноябрь-декабрь 2017 год. Группа пациентов состояла из 9 человек, среди которых мужчин - 5 человек, женщин - 4 человека



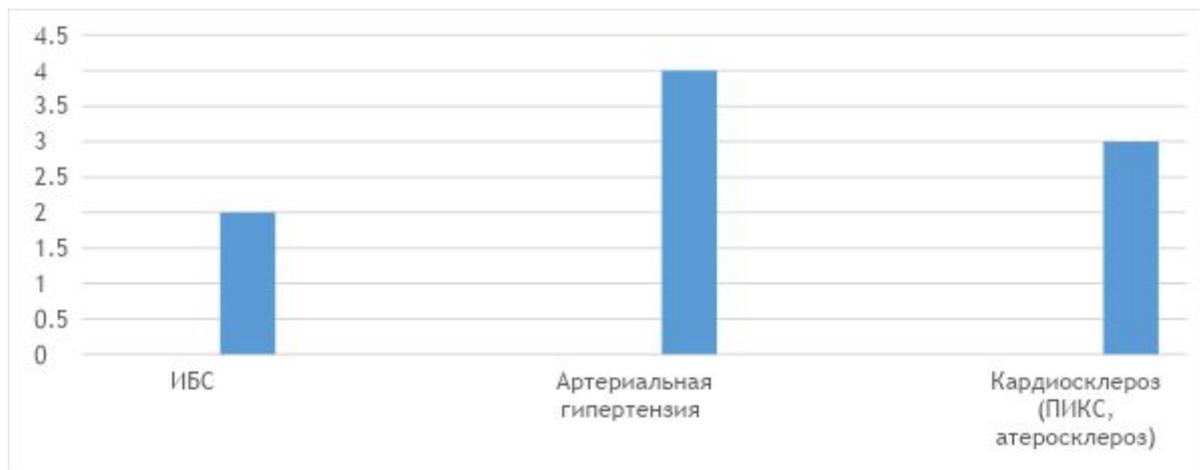
Распределение больных с ХСН по возрасту и полу (контрольная группа)

Вывод: Анализируя основную и контрольную группу, мы пришли к следующему заключению, что в возрастных группах до 60 лет распространенность ХСН среди мужчин выше, чем у женщин, что ассоциируется с более ранней заболеваемостью артериальной гипертензией (АГ) и ишемической болезнью сердца (ИБС) у мужчин.

Учитывая, что ХСН является следствием многих сердечно-сосудистых заболеваний мы провели анализ заболеваний, которые привели к развитию ХСН

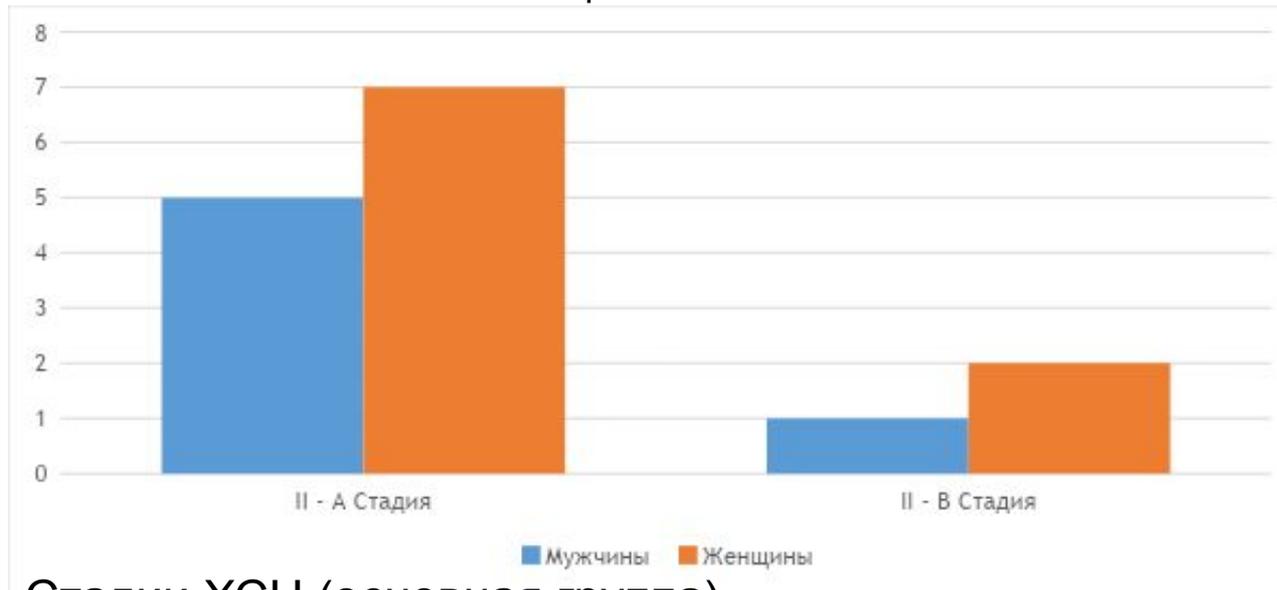


Заболевания, приводящие к развитию ХСН (основная группа)

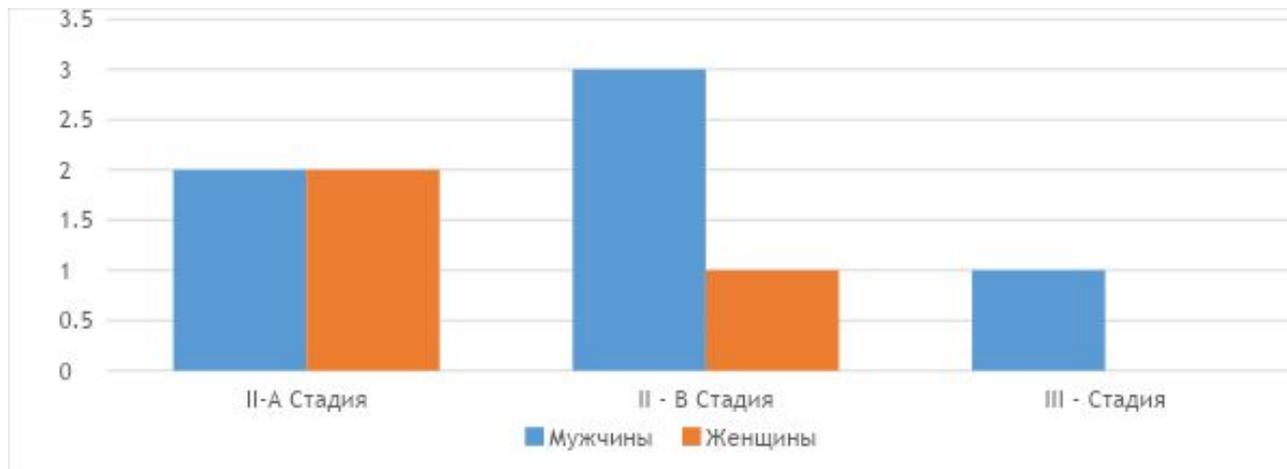


Заболевания, приводящие к развитию ХСН (контрольная группа)

Дальнейшим этапом нашего исследования явился анализ стадий ХСН от которой напрямую зависит качество жизни больного и прогноз заболевания

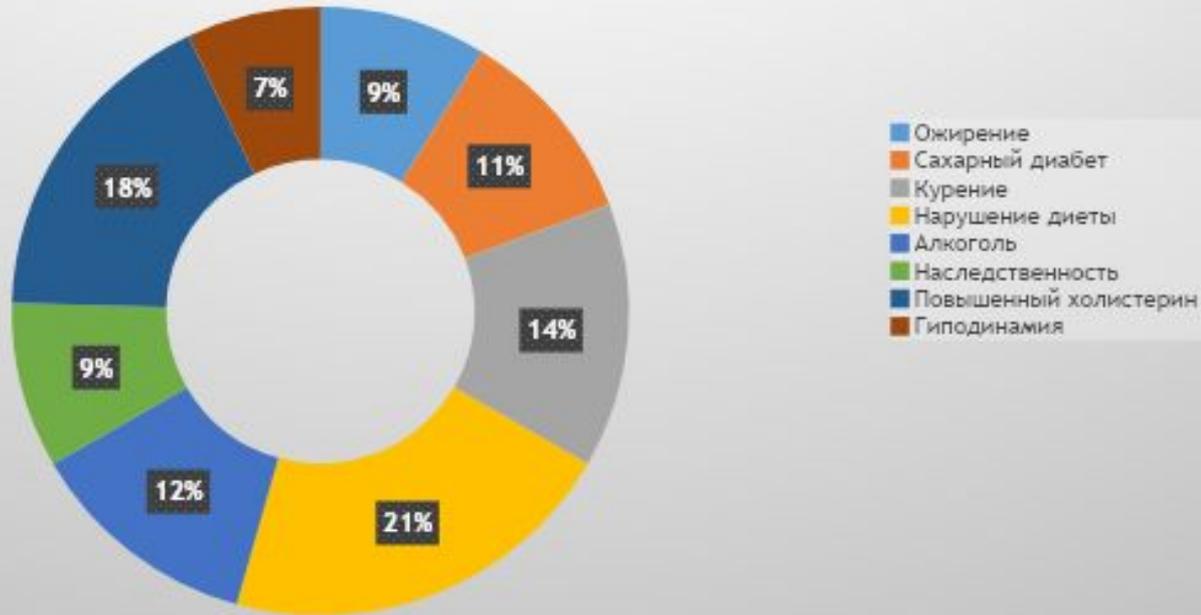


Стадии ХСН (основная группа)



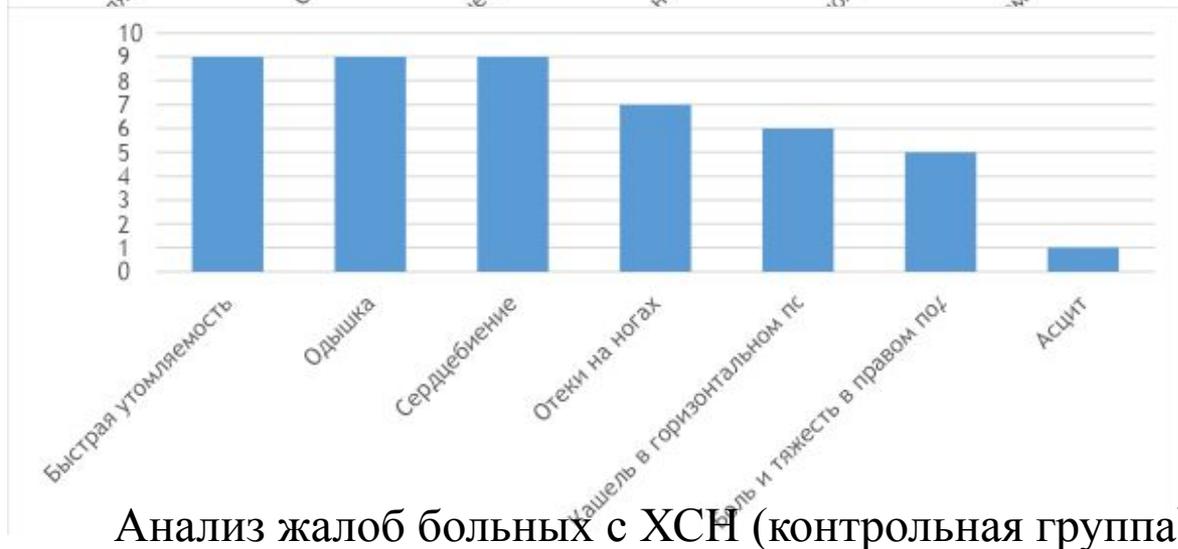
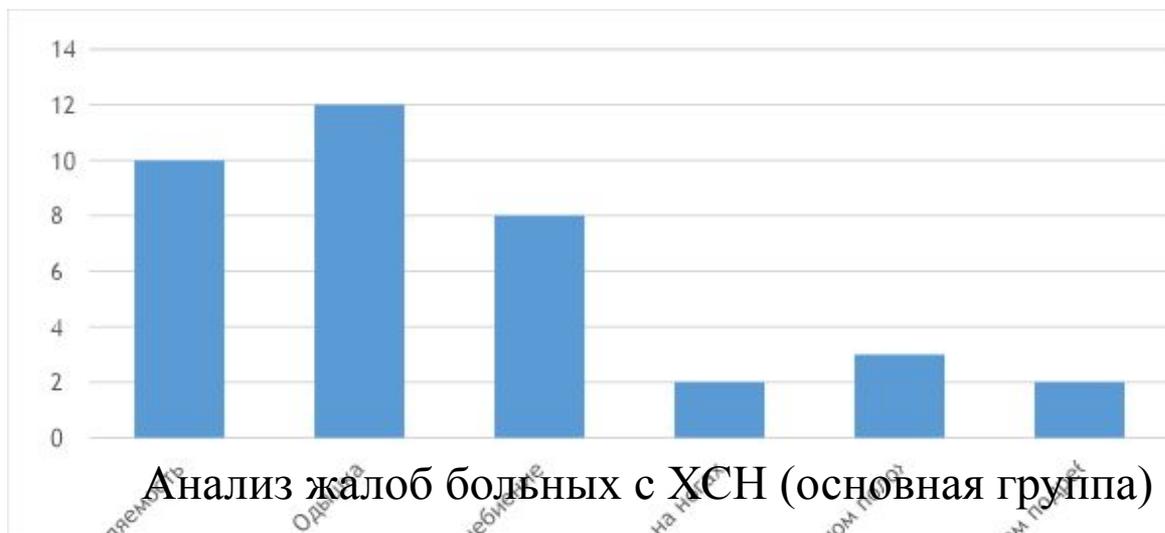
Стадии ХСН (контрольная группа)

Факторы риска развития ХСН



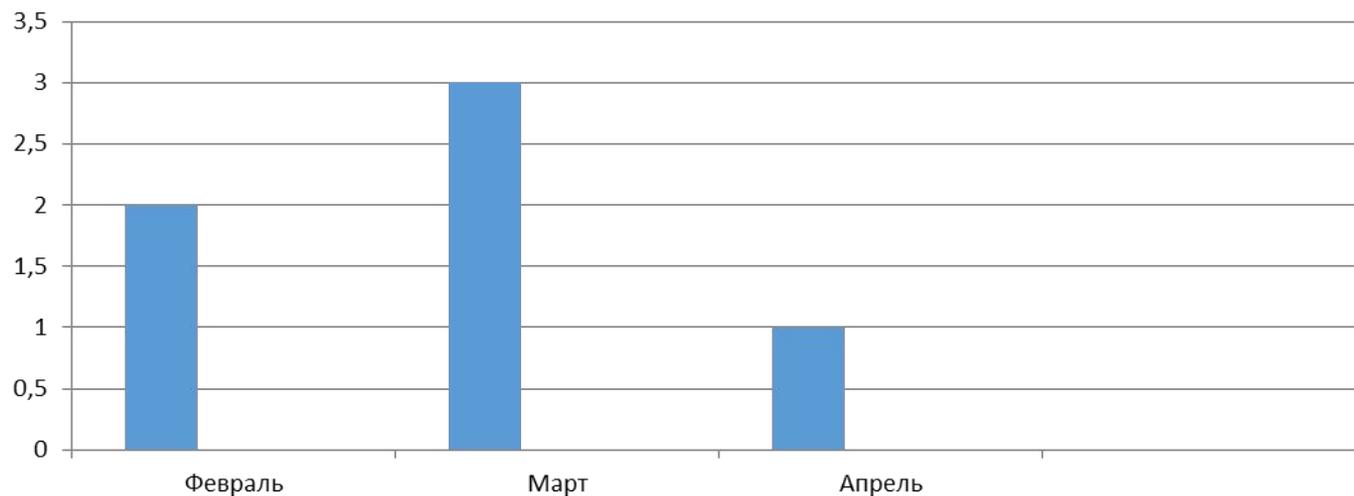
Вывод: Все указанные факторы риска, кроме возраста, пола, наследственности носят модифицируемый характер, что может быть положено в основу профилактики ХСН и разработку бесед в «Школе ХСН».

Анализируя клиническую картину больных с ХСН выявлены следующие жалобы в основной группе



Вывод: Анализируя жалобы больных в двух группах мы пришли к выводу, что ведущими жалобами в обоих случаях являются одышка, сердцебиение, быстрая утомляемость.

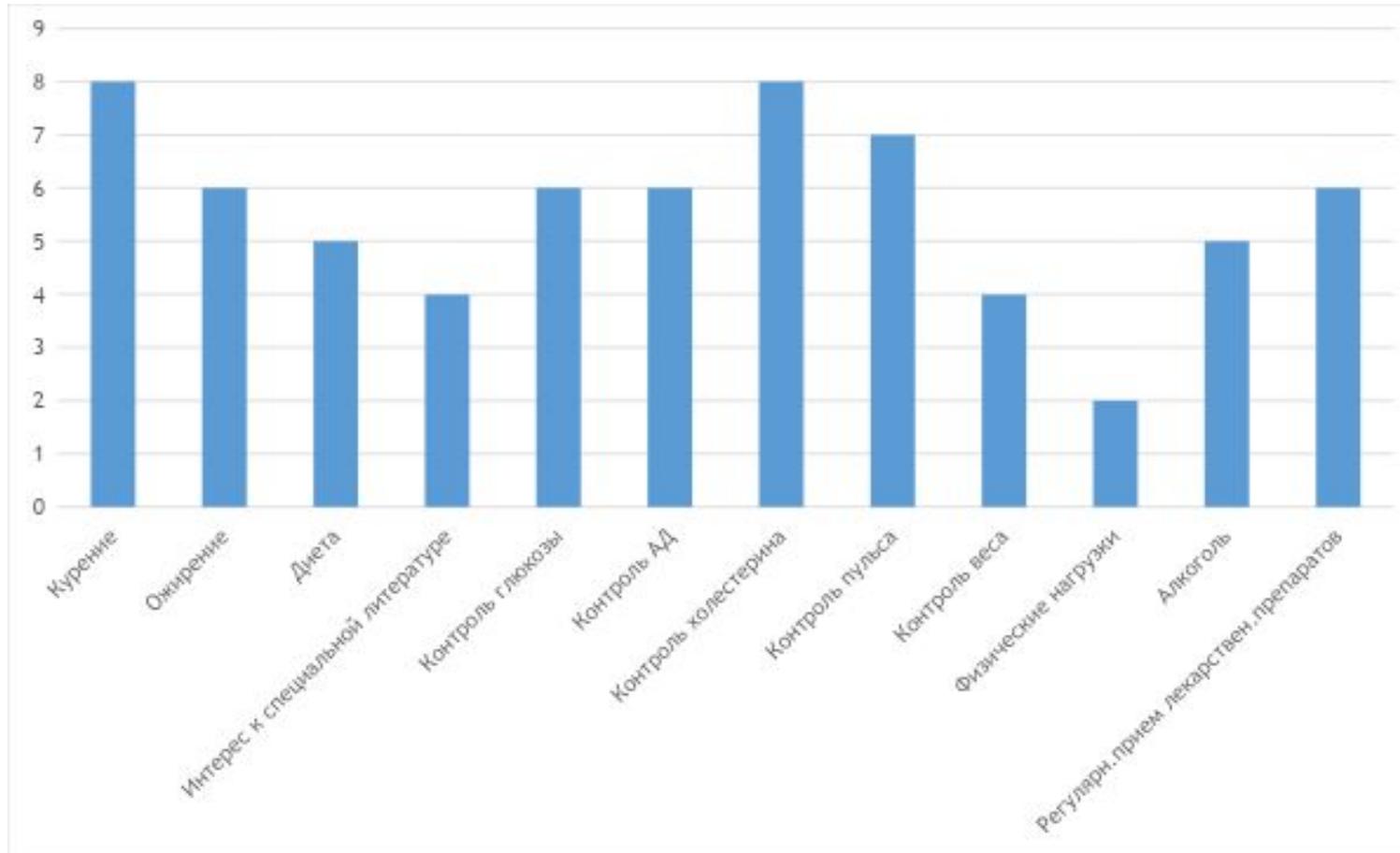
Большинство больных считали, что лечение проводится только в стационаре, в амбулаторных условиях после достижения определенной компенсации основного заболевания лечение или не принимали совсем или от случая к случаю. Это приводило к многочисленным повторным госпитализациям.



Сроки повторной госпитализации в 2018 г.

Вывод: Подводя итоги всех вышеперечисленных исследований, мы пришли к следующему заключению, что контрольная группа, которая получив только медицинское лечение в стационаре были выписаны в относительно удовлетворительном состоянии, получив рекомендации по лекарственной терапии, далее лечились самостоятельно, без внешнего контроля и обращались к медицинским работникам только при очередном ухудшении состояния с повторными госпитализациями, что в свою очередь ухудшало прогноз заболевания.

Анализируя заполненные пациентами анкеты в «Школе ХСН» мы получили следующие данные по факторам риска с которыми нам необходимо провести работу по обучению



Характеристика данных больных до посещения "Школы ХСН"

С пациентами проводятся структурированные занятия по следующим темам:

- общая информация о ХСН,
- симптомы ХСН и принципы самоконтроля,
- диета при ХСН,
- медикаментозная терапия ХСН,
- Физические нагрузки при ХСН.

Занятия в школе должны иметь единую структуру:

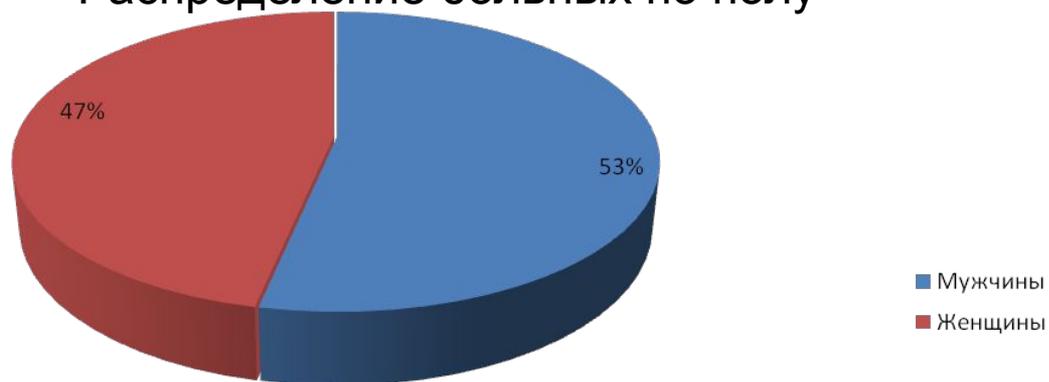
- вводная часть
- информационная часть - каждое занятие содержит информационную часть в соответствии с его темой.
- активная часть обучения направлена на развитие у слушателей умений и навыков, которые необходимы в повседневной жизни для наиболее эффективного контроля своего состояния и сохранения здоровья.
- заключительная часть занятия, контроль усвоения полученных знаний

КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ ИЗ ПРАКТИКИ

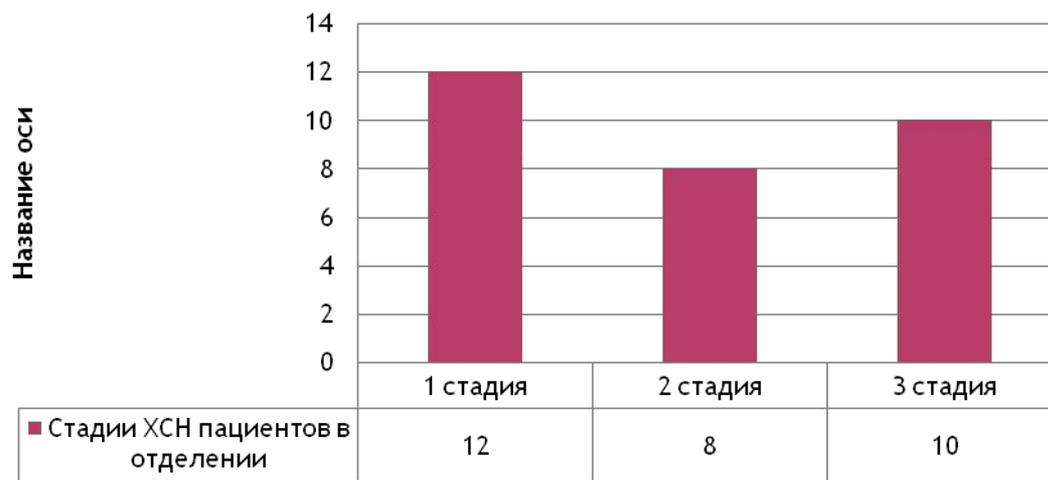
Нами было изучено 30 больных с различными стадиями ХСН
РАСПРОСТРАНЕННЫЕ ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА РАЗВИТИЕ ХСН У
ОБСЛЕДОВАННЫХ НАМИ БОЛЬНЫХ



Распределение больных по полу



Стадии ХСН пациентов в отделении



Клинический случай: больной А.М. 56 лет
Диагноз: ИБС: ПИКС (2010г.)

Осложнение: СН II А

- 1 этап: оценка состояния (обследование) пациента;
- 2 этап: интерпретация полученных данных (определение проблем пациента)
- 3 этап: планирование предстоящей работы;
- 4 этап: реализация составленного плана (сестринских вмешательств);
- 5 этап: оценка результатов перечисленных этапов, позволяет повысить качество сестринской помощи

При осмотре выявлены следующие проблемы

А . Существующие (настоящие): одышка, сердцебиение, отеки, слабость, снижение физической активности, недостаток знаний о своем здоровье.

Б. Потенциальные: риск развития пролежней, риск развития застойной пневмонии, нарастание одышки и тахикардии, асцит, гидроторакс, потеря социального статуса и роли в обществе, семье, возможность смены профессии, инвалидизации.

В. Приоритетная проблема: одышка в покое, отеки

Сестринские вмешательства. Определены цели:

Краткосрочная цель: через 2-3 дня пациент отметит уменьшение одышки в покое, через неделю пациент отметит уменьшение отеков на нижних конечностях

Долгосрочная цель: больной будет демонстрировать знания о диете, подсчете пульса и суточного диуреза к моменту выписки. Для достижения этих целей был составлен план сестринских вмешательств.

ПЛАН СЕСТРИНСКОГО УХОДА

При хронической сердечной недостаточности действия медицинской сестры в связи с уходом направлены на:

1. контроль за питанием и питьевым режимом больного;
2. контроль тела и измерение суточного диуреза;
3. контроль за своевременным приемом лекарственных препаратов;
4. контроль за состоянием кожи больного и своевременным туалетом;
5. контроль за положением больного в постели и регулярным проветриванием палаты;
6. контроль за передачами родственников;
7. проведением бесед:
 - о необходимости соблюдения режима питания, соблюдения режима труда и быта;
 - о необходимости постоянного приема медикаментов;
 - о возможности появления побочных действий применяемых медикаментов и необходимости своевременной информации о них медицинского персонала.

Цель достигнута: одышка, сердцебиение, отеки уменьшились, самочувствие больного улучшилось.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Учитывая результаты моих исследований мы пришли к следующему заключению: лечение хронической сердечной недостаточности преследует следующие цели:

- ⦿ Устранение симптомов хронической сердечной недостаточности
- ⦿ Замедление прогрессирования болезни путем защиты органов-мишеней (мозг, сердце, почки, сосуды)
- ⦿ Улучшение качества жизни больных хронической сердечной недостаточностью
- ⦿ Уменьшение госпитализаций (и расходов)
- ⦿ Улучшение прогноза и увеличение продолжительности жизни больного.

Проанализировав больных с хронической сердечной недостаточностью можно сделать выводы: знание этиологии, клинической картины, особенностей диагностики, методов обследования и лечения заболеваний приведших к ХСН, профилактики их, а так же знание манипуляций поможет медицинской сестре осуществлять все этапы сестринского процесса.

БЛАГОДАРЮ ЗА ВНИМАНИЕ !

