

DOI: 10.24412/2707-6180-2022-64-201-205

УДК 614.253.52; 616-036.82/.85

МРНТИ 76.75.75; 76.35.35

## АКТУАЛЬНОСТЬ (ЗНАЧИМОСТЬ) ПРИМЕНЕНИЯ КЛИНИЧЕСКИХ СЕСТРИНСКИХ РУКОВОДСТВ В ПРОЦЕССЕ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Н.В. ДЕМЕНТИЕВСКАЯ, Г.Р. МУРТАЗИНА, Э.М. ШАМСУТДИНОВА

Высший медицинский колледж имени Героя Советского Союза Маншук Маметовой, Актобе, Казахстан

Citation/

библиографиялық сілтеме/  
библиографическая ссылка:

Dementievskaya NV, Murtazina GR, Shamsutdinova EM. Relevance (Significance) of the Use of Clinical Nursing Guidelines in the Process of Rehabilitation of Patients with Chronic Heart Failure. West Kazakhstan Medical Journal. 2022;63(4):201-205. DOI: 10.24412/2707-6180-2022-64-201-205

Дементиевская НВ, Муртазина ГР, Шамсутдинова ЭМ. Созылмалы жүрек жеткіліксіздігі бар науқастарды оңалту процесінде клиникалық мейірбикелік нұсқауларды қолданудың өзектілігі (маңыздылығы). West Kazakhstan Medical Journal. 2022;64(4):201-205. DOI: 10.24412/2707-6180-2022-64-201-205

Дементиевская НВ, Муртазина ГР, Шамсутдинова ЭМ. Актуальность (значимость) применения клинических сестринских руководств в процессе реабилитации больных хронической сердечной недостаточностью. West Kazakhstan Medical journal. 2022;64(4):201-205. DOI: 10.24412/2707-6180-2022-64-201-205

### Relevance (Significance) of the Use of Clinical Nursing Guidelines in the Process of Rehabilitation of Patients with Chronic Heart Failure

N.V. Dementievskaya, G.R. Murtazina, E.M. Shamsutdinova

Aktobe Higher Medical College named after the Hero of the Soviet Union Manshuk Mametova, Aktobe, Kazakhstan

According to epidemiological data, chronic heart failure (CHF), as a complication of most cardiovascular diseases, especially arterial hypertension (AH) and coronary heart disease (CHD), occurs in 4% of the population, doubling over decades of living years, starting from the age of 60. The main strategic direction in the effective treatment of patients with CHF, improving their quality of life, reducing mortality and continuing the life of patients is a full-fledged one. Rehabilitation is the most promising approach to preventing the progression of CHF and early death of patients.

**Keywords:** chronic heart failure, clinical nursing guidelines, quality of life, nursing care

### Созылмалы жүрек жеткіліксіздігі бар науқастарды оңалту процесінде клиникалық мейірбикелік нұсқауларды қолданудың өзектілігі (маңыздылығы)

Н.В. Дементиевская, Г.Р. Муртазина, Э.М. Шамсутдинова

Кеңес Одағының Батыры Мәншүк Мәметова атындағы Ақтөбе жоғары медициналық колледжі, Ақтөбе, Қазақстан

Эпидемиологиялық деректерге сәйкес, жүрек-қан тамырлары ауруларының көпшілігінің, әсіресе артериялық гипертензия (АГ) және жүректің ишемиялық ауруы (ЖИА) асқынуы ретінде СНФ 60 жастан бастап өмір сүрудің ондаған жылдарында екі еселенетін халықтың 4%-ында кездеседі. ЖЖЖ бар науқастарды тиімді емдеу, олардың өмір сүру сапасын жақсарту, өлім-жітім деңгейін төмендету және пациенттердің өмірін жалғастырудағы негізгі стратегиялық бағыт – толыққанды бағыт. Оңалту жүрек жеткіліксіздігінің дамуын және пациенттердің ерте өлімін болдырмаудың ең перспективалы әдісі болып табылады.

**Негізгі сөздер:** созылмалы жүрек жеткіліксіздігі, клиникалық мейірбикелік нұсқаулар, өмір сапасы, мейірбикелік күтім

### Актуальность (значимость) применения клинических сестринских руководств в процессе реабилитации больных хронической сердечной недостаточностью

Н.В. Дементиевская, Г.Р. Муртазина, Э.М. Шамсутдинова

Высший медицинский колледж имени Героя Советского Союза Маншук Маметовой, Актобе, Казахстан

Согласно эпидемиологическим данным, ХСН, как осложнение большинства сердечно-сосудистых заболеваний, особенно артериальной гипертензии (АГ) и ишемической болезни сердца (ИБС), встречается у 4% населения, удваиваясь по декадам прожитых лет, начиная с 60-летнего возраста. Основным стратегическим направлением в эффективном лечении больных с ХСН, улучшении качества их жизни, снижении смертности и продолжении жизни пациентов является полноценная жизнь. Реабилитация является наиболее перспективным подходом к предупреждению прогрессирования ХСН и ранней смертности пациентов.



Дементиевская Н.В.  
e-mail: avmkcmkterpii@gmail.com

Received/  
Келін түсті/  
Поступила:  
17.10.2022

Accepted/  
Басылымға қабылданды/  
Принята к публикации:  
28.11.2022

ISSN 2707-6180 (Print)  
© 2021 The Authors  
Published by West Kazakhstan Marat Ospanov  
Medical University

**Ключевые слова:** хроническая сердечная недостаточность, клинические сестринские руководства, качество жизни, сестринский уход

## Введение

Применение на практике медицинскими сестрами клинического сестринского руководства «Хроническая сердечная недостаточность» позволит улучшить качество реабилитации пациентов с хронической сердечной недостаточностью и тем самым улучшить качество жизни данной категории больных. Актуальность проблемы хронической сердечной недостаточности (ХСН) для здравоохранения республики обусловлена распространенностью патологии и значительными экономическими потерями, обусловленными тяжелым течением заболевания, требующим регоспитализаций, ранней инвалидизацией и высоким уровнем смертности.

## Цель

Изучить актуальность применения клинических сестринских руководств в деятельности медицинской сестры в процессе реабилитации больных с хронической сердечной недостаточностью, для улучшения качества жизни.

**Объект исследования:** медицинские сестры, применяющие на практике клинические сестринские руководства, пациенты с ХСН. Гипотеза: состояние больных с ХСН можно контролировать и достигать улучшения качества жизни при постоянном наблюдении и поддержке со стороны медицинской сестры, которая на практике применяет клиническое сестринское руководство «Хроническая сердечная недостаточность».

**Целью исследования** явилось улучшение качества жизни больных ХСН на основе оптимизации сестринского ухода и наблюдения с применением клинического сестринского руководства «Хроническая сердечная недостаточность».

## Задачи:

Изучить значимость применения клинических сестринских руководств для пациентов в процессе реабилитации больных с ХСН, для улучшения качества жизни.

В рамках исследования впервые:

1. Изучена значимость применения клинических сестринских руководств для пациентов в процессе реабилитации больных с ХСН, для улучшения качества жизни. У пациентов с ХСН качество жизни снижается по мере ухудшения функционального класса NYHA. Хотя функциональный класс NYHA является наиболее важным показателем, позволяющим делать прогноз, основные факторы снижения качества жизни неизвестны [1-3]. Пациенты могут испытывать психологический дискомфорт из-за увеличения зависимости, необходимости в помощи других лиц в повседневной жизни, что ведет к нарушению социальной жизни, личных целей, доходов, веры и повседневной деятельности [4, 5].

## Методы

Исследование проведено на 68-ми пациентах с

ХСН II, III, IV ФК (NYHA), получивших стационарное лечение в кардиологических отделениях больницы скорой медицинской помощи и наблюдавшихся в последующем амбулаторно в прикрепленных поликлиниках. Больные были разделены без рандомизации на 2 сопоставимые по половозрастным, социально-этническим, клиническим показателям группы. Не включались в исследование больные, имевшие тяжелые сопутствующие заболевания, влияющие на качество жизни (такие, как ХОБЛ, бронхиальная астма, хронические цереброваскулярные заболевания, онкозаболевания). Больные ХСН основной группы (группа вмешательства – 34 человек) в течение одного месяца находились под постоянным наблюдением и психологической поддержкой медицинской сестры с высшим образованием, которая консультировала подопечных пациентов по вопросам питания и диеты, водного режима, физической активности и лечебной физкультуры, правильного приема лекарственных препаратов, самооценке состояния и др. Для более точного и полного выполнения немедикаментозного лечения и реабилитации каждому пациенту выдавали разработанные на основе Клинического сестринского руководства практические рекомендации, в которых подробно и доходчиво изложены вопросы правильного питания с характеристикой лечебной диеты, примерного меню, состава продуктов, вопросы лечебной физкультуры с описанием режима и характера упражнений, самоконтроля физических нагрузок, вопросы самооценки состояния для своевременного выявления признаков декомпенсации и т.д. Кроме того, каждый пациент имел возможность постоянно обращаться за помощью и консультацией при первой необходимости к своему куратору по мобильной связи или, непосредственно, прибыв в клинику. Контрольную группу составили 34 пациента, которые традиционно получали при выписке из стационара рекомендации по лекарственной терапии, лечились самостоятельно, без внешнего контроля и обращались к медицинским работникам при очередном ухудшении состояния. Качество жизни пациентов оценивалось по Миннесотскому, опроснику качества жизни при ХСН, причем опрос проводился дважды с интервалом в один месяц.

В Миннесотском опроснике качество жизни оценивается по 21-му показателю (отечность голеней и стоп, нарушения сна, ощущение одышки, ограничения при работе по дому, невозможность совершать путешествия, депрессия и т.д.), причем самооценка проводится по 5-тибалльной шкале, в которой 0 баллов – отсутствие ограничений или симптомов, 5 баллов – наиболее выраженные симптомы и ограничения. Суммарное количество баллов 105 соответствует наихудшему качеству жизни. Статистическая обработка результатов исследования проводилась в программе SPSS, результаты в группах сравнивались по крите-

рию Стьюдента для независимых выборок. Оценка КЖ проводилась с помощью Миннесотского опросника качества жизни (MLHFQ), рекомендованного для обследования пациентов с данной патологией. [6-8]. Опросник содержит 21 пункт, каждый из которых оценивается по шестибальной шкале Ликерта, представляющей различные степени влияния сердечной недостаточности на КЖ, связанное со здоровьем (HRQoL), от 0 (нет) до 5-ти (очень много), чем выше балл по шкале, тем хуже качество жизни. Согласно опроснику вычисляется общий балл (в диапазоне от 0 до 105, от лучшего до худшего), связанный со здоровьем, качество жизни, а также баллы по двум параметрам: физическому (8 пунктов диапазон 0-40) и эмоциональному (5 пунктов, диапазон 0-25). Остальные восемь пунктов (из общего числа 21) рассматриваются только для расчета общего балла. [9-11]. Опросник MLHFQ был переведен на казахский и русский языки и валидизирован. В анкету были включены закрытые вопросы на казахском или русском языке, опросы проводились индивидуально. Все анкетные данные кодировались, конфиденциальность соблюдалась. В целом заполнение анкет занимало 10-15 минут. Выявленные неясности и недостатки в ответах респондентов исправлялись на месте путем проверки ответов на вопросы. Проверка анкеты на валидность и внутреннюю надежность была предварительно проверена на 20 пациентах. Расчет производился с помощью онлайн-калькулятора критерия Стьюдента <https://math.semestr.ru/corel/student.php>.

### Результаты

Основную группу составили пациенты в возрасте от 34-х до 86-ти лет (средний возраст - 55,5 лет), в том числе 20 мужчин и 14 женщин, контрольную – от 38-ми до 84-х лет (средний возраст - 58,5 лет), в том числе 19 мужчин и 15 женщина. Причинами ХСН в основной группе были ИБС, АГ, ревматический порок сердца и идиопатическая дилатационная кардиомиопатия пациента, в контрольной группе - ИБС, АГ пациента и ревматические пороки. По степени тяжести ХСН (классификация NYHA) больные распределились следующим образом: в основной группе 14 больных – II ФК, 12 больных - III ФК, 8 больных – IV ФК, в контрольной группе 12- II ФК, 12 - III ФК, 10 - IV ФК. Самооценка больных ХСН по Миннесотскому опроснику показала значительное снижение качества

жизни пациентов в обеих группах. Если по сумме баллов этого опросника 0 баллов означает, что человек не имеет никаких проблем и ограничений (наилучшее качество жизни), а 105 баллов – это наихудшее качество жизни, в основной группе средний балл по опроснику составил – 73,7, а в сравниваемой группе – 73,1. В таблице 1 (Качество жизни больных ХСН по Миннесотскому опроснику) отражены показатели по 5 вопросам: отечность голеней, затруднения при подъеме вверх по лестнице, ограничения в питании и необходимость соблюдения диеты, ощущение нехватки воздуха, депрессия. По каждому вопросу больной оценивал свое состояние по 5- балльной шкале, где 0 баллов – нет проблем и ограничений, 5 баллов – максимальные ограничения и проблемы. Как видно из таблицы, по всем 5-ти пунктам выявлено сопоставимое в сравниваемых группах снижение качества жизни, то есть заметные ограничения и выраженные симптомы болезни.

Анализ качества жизни при повторном опросе больных с интервалом в один месяц показал статистически значимую разницу в группах сравнения. У пациентов, которые находились в группе постоянного медсестринского наблюдения и ухода, общий средний балл, характеризующий качество жизни, снизился с 73,6 до 58,4 ( $p < 0.001$ ), отечность голеней и стоп с 4,1 балла до 2,15 балла, затруднения при подъеме вверх по лестнице с 4,3 до 2,4 баллов, ограничения в питании, необходимость соблюдения диеты с 3,8 до 2,08 баллов, одышка с 4,06 до 2,2 баллов, депрессия с 3,6 до 2,0 баллов. По всем этим показателям выявлены статистически значимые изменения по критерию Стьюдента ( $p < 0.001$ ). В контрольной группе существенное изменение выявлено лишь по одному параметру, а именно по отечности стоп – с 4,32 до 4,0 баллов, тогда как по другим сравниваемым показателям и по общему среднему баллу состояние больных осталось без заметного улучшения (Таблица 2).

### Обсуждение результатов

Качество жизни больных ХСН значительно ухудшается как по физическому самоощущению пациентов, так и по социально-психологическим аспектам. При оптимизации ухода за пациентами ХСН со стороны медицинской сестры с клинического сестринского руководства и постоянной поддержке пациента можно добиться значительного улучшения качества жизни

Таблица 1. Качество жизни больных ХСН по Миннесотскому опроснику.

№	Основная группа (n -34)	Контрольная группа (n -34)	Значимость Р	
1	Общий средний балл	73,7	73,1	$p \leq 0,001$
2	Отечность стоп	4,10	4,32	$p \leq 0,001$
3	Затруднения при подъеме вверх по лестнице	4,38	4,0	$p \leq 0,001$
4	Ограничения в питании, необходимость соблюдения диеты	3,82	3,52	$p \leq 0,001$
5	Ощущения нехватки воздуха	4,06	4,2	$p \leq 0,001$
6	Депрессия	3,64	3,92	$p \leq 0,001$

Таблица 2. Динамика качества жизни больных ХСН по данным Миннесотского опросника

№		Основная группа		Контрольная группа		Значимость р
		Исходный показатель (n -150)	Показатель через 1 месяц (n -140)	Исходный показатель (n -148)	Показатель через 1 месяц (n -135)	
1	Общий средний балл	73,6	58,4*	73,1	72,3	p ≤ 0,001
2	Отечность голеней	4,1	2,15*	4,32	4,0*	p ≤ 0,001
3	Затруднения при подъеме вверх по лестнице	4,3	2,4*	4,0	3,78	p ≤ 0,001
4	Ограничения в питании, необходимость соблюдения диеты	3,8	2,08*	3,52	3,21	p ≤ 0,001
5	Ощущение нехватки воздуха	4,06	2,2*	4,2	3,93	p ≤ 0,001
6	Депрессия	3,6	2,0*	3,92	3,6	p ≤ 0,001

больных ХСН. Таким образом, для достижения эффективной реабилитации и улучшения качества жизни больных ХСН, реадaptации их в семье, в социуме важным звеном в ведении этих пациентов является сестринское наблюдение. Возможно, для этой категории хронических больных с установленным диагнозом, стандартными протоколами лечения сестринский уход и наблюдение имеют даже более важное значение, чем консультация врача. Особенно это актуально для Республики Казахстан, где менталитет коренного населения отличается низким комплаенсом, устоявшимся традиционным характером питания и особенностями образа жизни, не предполагающего активного занятия физической культурой. Все это предопределяет игнорирование не медикаментозной составляющей лечения и реабилитации и, соответственно, низкую эффективность программ наблюдения и лечения больных ХСН. Необходимо активное обучение пациентов, постоянный контроль и наблюдение, психологическая поддержка со стороны медработников. Именно медицинская сестра может эффективно осуществлять этот вид деятельности, что в конечном итоге может улучшить качество жизни пациентов с ХСН, их приверженность к лечению, к солидарной ответственности за свое здоровье. Учитывая принятый правительством республики План Комплексного развития медсестринского дела в нашей стране, который предусматривает реорганизацию медсестринской службы на основе подготовки в университетах и медицинских колледжах медицинских сестер новой формации с продвинутыми клиническими навыками, можно предполагать, что хорошо обученные специалисты среднего звена в системе здравоохранения нашей республики внесут достойный вклад в улучшение здоровья населения Казахстана.

### Выводы

Полученные нами данные свидетельствуют о том, что состояние больных с ХСН можно контролировать и достигать улучшения качества жизни при постоянном наблюдении и поддержке со стороны обученной медицинской сестры. Как известно, проблемы больных ХСН часто обусловлены низкой приверженно-

стью к лечению, которая регистрируется у 18,3% больных и достигает 50,9% у лиц пожилого возраста. В ухудшении прогноза больных ХСН имеет значение ряд модифицируемых факторов риска, на которые возможно влиять в плане контроля за заболеванием и достижения стабильного состояния пациента. Достижение этих целей возможно, если больной сам активно участвует в лечебном процессе. Для мотивированного участия в программах лечения и реабилитации пациент должен иметь определенные знания о своем заболевании, что достигается методами его обучения. Необходимость обучения пациента и дальнейшее наблюдение за ним с целью осознанного поддержания больным принципов лечения и реабилитации, в том числе не медикаментозных методов лечения обусловлена еще и тем, что больные с хроническими заболеваниями, в том числе ХСН, при улучшении состояния часто прерывают лечение и не следуют рекомендациям врача. Ряд исследований показывает, что большая информированность пациентов о своем заболевании, обучение навыкам самоконтроля и самопомощи, повышение их приверженности к лечению существенно улучшает течение и прогноз ХСН. Так, по данным систематического обзора 35-ти исследований, в которые было включено 7413 больных с ХСН, обучение пациентов способствовало улучшению навыков самоконтроля, знаний о заболевании, повышению приверженности к лечению и уменьшению длительности госпитализации. В связи с тем, что обучающие методики, используемые материалы, длительность и результаты проведенных исследований различаются, выделить наиболее эффективный метод обучения пациентов с ХСН достаточно сложно. Результаты нашего исследования в целом подтверждают эффективность постоянного мониторинга состояния больных ХСН с целью непрерывного осознанного выполнения пациентами всех рекомендаций медицинского работника. Особенности нашей работы является то, что в нашей республике на сегодняшний день нет научных исследований, посвященных определению роли и места медицинской сестры с высшим образованием в осуществлении наблюдения и ухода за больными с хроническими заболеваниями, в том числе с ХСН.

Список литературы:

1. Chun S, Tu JV, Wijeyesundera HC, Austin PC, Wang X, Levy D, et al. Lifetime analysis of hospitalizations and survival of patients newly admitted with heart failure. *Circ Heart Fail* 2012;5(4):414–21.
2. Yancy CW, Jessup M, Bozkurt B, Butler J, Casey DE, Jr., Drazner MH, et al. 2013 ACCF/AHA guideline for the management of heart failure: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on practice guidelines. *Circulation*. 2013;128(16):e240–327.
3. [http://pharmnews.kz/ru/news/v-kazahstane-smertnost-ot-ssz-po-prezhnemu-lidiruet\\_13091](http://pharmnews.kz/ru/news/v-kazahstane-smertnost-ot-ssz-po-prezhnemu-lidiruet_13091)
4. <https://www.zakon.kz/4891742-v-kazahstane-pomolodeli-zabolevaniya.html>
5. McMurray JJ, Adamopoulos S, Anker SD, Auricchio A, Böhm M, Dickstein K, et al. ESC guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012: The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2012 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *Eur J Heart Fail*. 2012;14(8):803–69.
6. Freedland KE, Carney RM, Rich MW, Caracciolo A, Krotenberg JA, Smith LJ, et al. Depression in elderly patients with congestive heart failure. *J Geriatr Psychiatr*. 1991;24(1):59–71.
7. Koenig HG. Depression in hospitalised older patients with congestive heart failure. *Gen Hosp Psychiatry*. 1998;20(1):29–43.
8. Jiang W, Alexander J, Christopher E, Kuchibhatia M, Gauden LH, Cuffe MS, et al. Relationship of depression to increased risk or mortality and re-hospitalisation in patients with congestive heart failure. *Arch Int Med*. 2001;161(15):1849–56.
9. Woltz PC, Chapa DW, Friedmann E, Son H, Akintade B, Thomas SA. Effects of interventions on depression in heart failure: a systematic review. *Heart Lung*. 2012;41(5):469–83.
10. Dekker RL, Moser DK, Peden AR, Lennie TA. Cognitive therapy improves three-month outcomes in hospitalized patients with heart failure. *J Card Fail*. 2012;18(1):10–20.
11. Freedland KE, Carney RM, Rich MW, Steinmeyer BC, Rubin EH. Cognitive behavior therapy for depression and self-care in heart failure patients: a randomized clinical trial. *JAMA Intern Med* 2015;175(11):1773–82.