

# СОЦИАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА

---

УДК 614.2

## РОЛЬ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ

*О.В. Иванова<sup>1\*</sup>, С.В. Гладков<sup>1</sup>, Н.А. Касимовская<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии, г. Пермь,

<sup>2</sup>Первый московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова, г. Москва, Россия

## ROLE OF NURSES IN REHABILITATION OF PATIENTS AFTER CARDIOSURGICAL OPERATIONS

*O.V. Ivanova<sup>1\*</sup>, S.V. Gladkov<sup>1</sup>, N.A. Kasimovskaya<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Federal Center of Cardiovascular Surgery, Perm,

<sup>2</sup>First Moscow State Medical University named after I.M. Sechenov, Moscow, Russian Federation

---

**Цель.** Изучить роль среднего медицинского персонала в реабилитации пациентов кардиохирургического профиля.

**Материалы и методы.** Проведен социологический опрос 250 пациентов после высокотехнологичной операции по профилю сердечно-сосудистой хирургии.

**Результаты.** Основной формой деятельности медицинской сестры является организация и практическое выполнение врачебных назначений. Врач – это лицо, ответственное за организацию и проведение реабилитационных мероприятий, т.е. «мозговой центр» программы, а медицинский персонал среднего звена – руки, «действующая сила» всего процесса реабилитации. При уходе за пациентом в послеоперационном периоде после кардиохирургических операций медицинская сестра выполняет 74 % манипуляций, врач – 26 %.

**Выводы.** Роль медицинской сестры в составе мультидисциплинарной реабилитационной команды в решении проблем пациентов в послеоперационном периоде очень значима.

**Ключевые слова.** Болезни системы кровообращения, кардиологическая реабилитация, медицинская сестра, проблемы пациента.

**Aim.** To study the role of nursing staff in rehabilitation of patients after cardiosurgical operations.

**Materials and methods.** Sociological survey was carried out among 250 patients after high-technology surgeries by the profile of cardiovascular surgery.

**Results.** The main form of nurses' activity is the process of organization and practical realization of physician's instructions. Physician is a person responsible for organizing and carrying out rehabilitation measures, that is "brain center" of the program but nursing staff – its hands, "active force" of rehabilitation process as a whole. The share of nurses' activity in patients' care following the cardiosurgical operations

---

© Иванова О.В., Гладков С.В., Касимовская Н.А., 2015

e-mail: pkkp-iov@yandex.ru

тел. 239 87 47

[Иванова О.В. (\*контактное лицо) – главная медицинская сестра; Гладков С. В. – заместитель главного врача по организации медицинской помощи; Касимовская Н.А. – кандидат медицинских наук, доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения им. Н.А. Семашко].

prevailed (74 %), the share of physician's competence in solving patients' problems during the postoperative period after the cardiovascular operations was 26 %.

**Conclusions.** The role of nursing staff included into the multidisciplinary rehabilitation team for solving patients' problems in the postoperative period is very significant.

**Key words.** Circulation system diseases, cardiologic rehabilitation, nurse, patient's problems.

## ВВЕДЕНИЕ

В России болезни системы кровообращения (БСК) являются значимой медико-социальной проблемой, их доля в структуре общей смертности населения по данным Росстата в 2013 г. составила 53,5 %, причем почти 20 % из этого числа умерло в трудоспособном возрасте. При этом и первичная заболеваемость, и распространенность сердечно-сосудистых заболеваний имеют тенденцию к росту [6]. БСК приводят к значительному социально-экономическому ущербу общества за счет значительных трудопотерь, расходов на лечение и реабилитацию больных [1]. БСК являются ведущей причиной инвалидности – в 2013 г. в Российской Федерации этот показатель был более 48 % [18]. Особенно велик уровень стойкой утраты нетрудоспособности среди перенесших инсульт: в России инвалидизация после острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) составляет 75–85 %, тогда как в европейских странах 25–30 % [4, 20, 21]. В структуре причин первичной инвалидности в России ОНМК занимают первое место. По имеющимся данным в Пермском крае за последние 5 лет ежегодно инвалидами после инсульта признается около 4000 человек, что составляет 11 % от всех тех, кому впервые установлена инвалидность [12]. Кроме того, развитие сердечно-сосудистой патологии у человека является серьезной психологической проблемой для больного и его семьи. Все вышесказанное обосновывает исключительную актуальность мероприятий по профилактике, раннему выявлению и адекватному лечению и реабилитации пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями [18].

В Федеральном законе № 323 от 21.11.2012 г. «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» дано определение понятия «медицинская реабилитация» [11] – вид медицинской помощи, выполняющий функции формирования, активного сохранения, восстановления и укрепления здоровья населения, реализацию потенциала здоровья для ведения полноценной производственной, социальной и личной жизни, снижения темпов старения, преждевременной смертности, заболеваемости, инвалидизации населения, увеличения средней продолжительности и повышения качества жизни, а также улучшения демографической ситуации в стране [22].

Организация восстановительного лечения в Российской Федерации регламентирована Приказом Минздрава России № 1705н от 29.12.2012 г. «О порядке организации медицинской реабилитации». Согласно ему оно может осуществляться медицинскими организациями, имеющими лицензию на данный вид деятельности, и проводиться в условиях поликлиник, дневных стационаров, стационаров круглосуточного пребывания и санаториев [10].

В настоящее время процесс восстановительного лечения пациентов после кардиохирургических вмешательств в организационном плане представляет собой многоэтапную систему. Проблемам реабилитации пациентов, перенесших БСК, посвящено большое число исследований [3, 8, 9, 25]. Особую актуальность имеют вопросы ответственности этапов лечения, индивидуальный подход к реабилитации каждого больного с использованием физического компонента и методов психокоррекции с применением обучающих программ [2, 5, 16, 17].

В последние годы внимание авторов направлено на разработку методов и оценку эффективности реабилитации пациентов с БСК [2, 13, 19, 25]. Исследователями отмечено, что при отсутствии адекватного послеоперационного и последующего восстановительного лечения большинство пациентов трудоспособного возраста не смогут своевременно возвратиться к полноценному труду [24]. Несвоевременно начатая и недостаточно организованная медицинская реабилитация больных после аортокоронарного шунтирования и эндоваскулярного протезирования может ухудшить ближайшие и отдаленные результаты кардиохирургических вмешательств, обесценить понесенные на их проведение общественные затраты [2, 7, 23].

Однако несмотря на развитие в последние годы в стране нормативно-правовой базы медицинской реабилитации, по мнению специалистов Научного центра медицинской реабилитации и курортологии, современное состояние этой службы характеризуется наличием многих проблем: медицинская реабилитация не стала самостоятельным звеном практического здравоохранения; нет координации между медицинскими организациями, оказывающими помощь по медицинской реабилитации; не удовлетворены потребности в медицинской реабилитации для лиц, получивших помощь после «реконструктивных хирургических методов», для лиц с хроническими заболеваниями, последствиями травм и операций; недостаточно специалистов по медицинской реабилитации; не налажена система подготовки кадров по медицинской реабилитации [14, 15]. Отсутствие единой утвержденной политики и стандартов в области реабилитации кардиохирургических пациентов в РФ субъективизирует и затрудняет как доступность, так и полноту реабилитационных программ, а быстро меняющееся законодательство не всегда способствует оптимальным результатам собственно кардиохирургической по-

мощи, в том числе и на территории Пермского края. Так, изменения законодательства с 1 января 2010 г. привели к тому, что санаторный этап долечивания сразу после операций на сердце стал практически недоступен для неработающих пенсионеров, которые не включены в программы по санаторному долечиванию. На основании информации о ресурсном потенциале службы медицинской реабилитации специалистами делается вывод о том, что в настоящее время в России помощь по восстановительному лечению ограничена, а пациенты не обеспечены данным видом медицинской помощи [15].

Таким образом, медицинские возможности и социальные условия реабилитации пациентов кардиохирургического профиля нуждаются в дальнейшем изучении и совершенствовании, что и определяет актуальность настоящего исследования.

Совершенствование системы реабилитации больных после кардиохирургических операций, развитие стационаров восстановительного лечения как необходимого звена в системе стационарной медицинской помощи населению является крайне важной медико-социальной задачей. Клиническими исследованиями установлено, что ранняя активная реабилитация больных в условиях стационара, мультидисциплинарный подход дают возможность существенно улучшить результаты лечения, снизить количество осложнений, инвалидизацию и летальность, улучшить качество жизни больных и их семей.

Наряду с врачебным персоналом важная роль в системе здравоохранения, сохранении эффекта лечения высокотехнологичными методами, обеспечении доступности медицинской помощи, усилении профилактической направленности и решении задач медико-социальной помощи, реабилитации принадлежит специалистам со средним медицинским образованием. За последние годы произошли значительные перемены в сестринском деле. В настоящее время при оказании высокотех-

нологичной медицинской помощи важна периперативная сестринская помощь, включение всех средних медицинских работников в состав мультидисциплинарной реабилитационной команды. От качества работы этой команды в значительной степени зависит успех лечения в целом.

Мы предполагаем, что раннее начало, адекватность, мультидисциплинарность, индивидуальный и комплексный подход в формировании реабилитационных мероприятий способствуют улучшению результатов лечения, профилактике последствий болезни и/или лечения, а также снижению степени инвалидности, что приводит к социальной адаптации, интеграции в общество и, как следствие, существенно повышает качество жизни. Также мы предполагаем, что все вышеизложенное свидетельствует об основополагающей роли медицинской сестры в составе мультидисциплинарной реабилитационной команды.

### **МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Проведен социологический опрос 250 пациентов, пролеченных в ФГБУ «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии» Минздрава России (г. Пермь) (ФЦССХ) после проведенной высокотехнологичной операции по профилю сердечно-сосудистой хирургии.

В социологическом исследовании приняли участие 60 % мужчин, 40 % женщин в возрасте от 35 до 70 лет. Среди опрошенных 35 % работающих граждан.

В ФЦССХ среднему медицинскому персоналу отведена активная роль во всех аспектах реабилитации пациентов с БСК на протяжении всего стационарного этапа. Медицинская сестра проводит большую часть времени с пациентом, до и после кардиохирургических операций. На ней лежит огромная ответственность в период подготовки пациента к операции (психологическая по-

мощь в борьбе со страхом и напряжением, гигиеническая подготовка), во время операции (обработка операционного поля, профилактика инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, подключение к мониторам, постановка катетеров, работа в составе операционной бригады).

### **РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ**

В таблице представлены проблемы пациентов в послеоперационном периоде, выявленные в ходе социологического исследования.

С момента поступления послеоперационного пациента в отделение реанимации ФЦССХ в функциональные обязанности медицинских сестер входит следующая медицинская помощь: подключение больного к монитору с постоянным измерением артериального давления, пульса, частоты дыхательных движений, оксигенация крови, температуры тела и занесение данных в карту интенсивного наблюдения; подача увлажненного кислорода; забор всех анализов по стандарту ведения больного; снятие электрокардиограммы; участие в проведении обследований, входящих в стандарт ведения больного (компьютерная томография, рентгенография органов грудной клетки, ультразвуковые исследования брахиоцефальных сосудов и транскраниальной доплерографии сосудов, ультразвуковое исследование сердца), в консультациях специалистов; постоянное наблюдение за состоянием больного и выполнение назначений врача. В период восстановительного лечения в ФЦССХ медицинская сестра выполняет реабилитационные мероприятия: уход за пациентом, выполнение назначений врача, определение потребностей пациента и их удовлетворение, проведение физиотерапевтических процедур, лечебной физкультуры и массажа, обучение пациента правильному режиму дня и питанию и др.

**Основные проблемы пациентов после операции на сердце  
в ФГБУ ФЦССХ Минздрава России (г. Пермь) по данным социологического исследования**

Проблема, возникшая у пациента после операции на сердце	%	$P \pm m$	Проблему решает	
			врач	медсестра
<i>Боль</i>				
Боли в области послеоперационной раны	89,3	$\pm 1,9$	+	+
Боль очень сильная, невозможно терпеть	20	$\pm 2,5$	+	+
Боль умеренная	50	$\pm 3,1$	+	+
Боль слабая	19,3	$\pm 2,4$		+
<i>Самообслуживание</i>				
Сложности с принятием душа, ванны	60	$\pm 3,0$		+
Невозможность самостоятельно проводить гигиенические процедуры, протирать кожные покровы, следить за физиологическими отправлениями	11	$\pm 1,9$		+
Невозможность самостоятельно умываться, чистить зубы, бриться и др.	54	$\pm 3,1$		+
Невозможность менять положение тела в послеоперационном периоде	64	$\pm 3,0$		+
Невозможность самостоятельно передвигаться	40	$\pm 3,1$		+
Трудности передвижения без сопровождения	20	$\pm 2,5$		+
Невозможность самостоятельно принимать пищу	30	$\pm 2,8$		+
<i>Уход</i>				
Повышенная чувствительность в области послеоперационной раны	24,3	$\pm 2,7$		+
Ограничение дыхательных движений из-за болевого синдрома	89,3	$\pm 1,9$		+
Неудобства от подключения к различным аппаратам и капельницам с помощью проводов и тонких катетеров (дыхательная трубка, катетеры в области шеи и конечностей, желудочный зонд, катетер в мочевом пузыре и несколько дренажных трубок, установленных в области грудной клетки)	89,3	$\pm 1,9$		+
Запор	80	$\pm 2,5$	+	+
Тошнота	54	$\pm 3,1$		+
Запрет принимать пищу в первые сутки	54	$\pm 3,1$		+
Мучительная жажда (не разрешается пить воду в первый день после операции)	89,3	$\pm 1,9$		+
Ограничение приема воды в последующие дни после операции	90,4	$\pm 1,8$		+
Невозможность самостоятельно откашливать мокроту, трудности дыхания	54	$\pm 3,1$	+	+
Невозможность, сложность разговаривать	30	$\pm 2,8$		+
Невозможность, сложность глотать	40	$\pm 3,1$		+
Раздражение трахеи интубационной трубкой, неприятные ощущения в горле, особенно при глотании	40	$\pm 3,1$	+	+
Дискомфорт из-за шумов и звуков, издаваемых работающей аппаратурой	31	$\pm 2,9$		+
Слабость	36,3	$\pm 3,0$		+
Повышение температуры	5	$\pm 1,3$	+	+
Быстрая утомляемость	36,3	$\pm 3,0$		+
Затруднения с мочеиспусканием	18	$\pm 2,4$	+	+
<i>Неврологические проблемы</i>				
Эмоциональные проблемы: боязнь, чувство страха, плаксивость, грусть, тревога, беспокойство, перепады настроения, раздражительность	36,3	$\pm 3,0$	+	+
Бессонница	23,4	$\pm 2,6$	+	+

При уходе за пациентом в послеоперационном периоде после кардиохирургических операций преобладает труд медицинской сестры (74 %), доля труда врача составила 26 %. Основной формой деятельности медицинской сестры является процесс организации и практическое выполнение врачебных назначений. Врач – это лицо, ответственное за организацию и проведение реабилитационных мероприятий, т.е. «мозговой центр» программы, а медицинский персонал среднего звена – руки, «действующая сила» всего процесса реабилитации.

### Выводы

Таким образом, роль медицинской сестры в составе мультидисциплинарной реабилитационной команды в решении проблем пациентов в послеоперационном периоде очень значима.

### Библиографический список

1. *Андреев Е.А., Кваша Е.А., Харьковская Т.Л.* Смертность и продолжительность жизни. Население России 2010–2011. Восемнадцатый-девятнадцатый ежегодный демографический доклад. М.: Издательский дом «Научно-исследовательский университет "Высшая школа экономики"» 2013; 385–443.
2. *Аретинский В.Б.* Система восстановительного лечения после операций аортокоронарного шунтирования и эндоваскулярного протезирования коронарных артерий: дис. ... д-ра мед. наук. М. 2008; 353.
3. *Бубнова М.Г., Аронов Д.М., Красницкий В.Б.* Реабилитация больных ишемической болезнью сердца после эндоваскулярных вмешательств на постстационарном (диспансерно-поликлиническом) этапе: учебное пособие для системы послевузовского и дополнительного профессионального образования врачей. М.: Издательство «Мега-Про» 2011; 132.
4. *Буданов М.В.* Научное обоснование организации медицинской помощи больным острым нарушением мозгового кровообращения в крупной агропромышленной области: автореф. дис. ... канд. мед. наук. СПб. 2008; 25.
5. *Горшкова Т.В.* Современные подходы медицинской реабилитации и вторичной профилактики сердечно-сосудистых осложнений у пациентов, перенесших хирургическую коррекцию клапанных пороков сердца: дис. ... канд. мед. наук. Кемерово 2015; 155.
6. *Гусев А.О.* Научное обоснование организации отделений восстановительного лечения больных с заболеваниями системы кровообращения в крупном многопрофильном стационаре: дис. ... д-ра мед. наук. СПб. 2014; 339.
7. *Князева Т.А., Носова А.В.* Реабилитация физическими факторами больных ИБС после АКШ. Вопросы курортологии 2002; 3: 51–55.
8. *Колтунов И.Е., Погосова Г.В., Белова Ю.С.* Эффективность различных программ вторичной профилактики у больных мягкой и умеренной артериальной гипертензией. Материалы всероссийской конференции с международным участием «Кардиоваскулярная профилактика и реабилитация 2008». Кардиоваскулярная терапия и профилактика 2008; 7 (4): 26.
9. *Красницкий В.Б., Сеченова Е.В., Бубнова М.Г., Аронов Д.М., Иселиани Д.Г.* Применение короткой программы физических тренировок у больных ишемической болезнью сердца после эндоваскулярных (коронарных) вмешательств в комплексной программе реабилитации и вторичной профилактики на диспансерно-поликлиническом этапе. Кардиология 2010; 10: 27–34.
10. О порядке организации медицинской реабилитации: Приказ Министерства здравоохранения РФ № 1705н от 29.12.2012 г. М., 2012.

11. Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации: Федеральный закон № 323 от 21.11.2012. М., 2012.
12. Плотникова О.А., Мавликаева Ю.А. Анализ инвалидности взрослого населения Пермского края вследствие инсульта. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины 2014; 2: 17–19.
13. Прилишко Н.С. Совершенствование организации медицинской реабилитации взрослого населения: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М. 2015; 48.
14. Прилишко Н.С., Бантьева М.Н. Потребность взрослого населения России в медицинской реабилитации в амбулаторных условиях. Здравоохранение РФ 2013; 6: 25–30.
15. Прилишко Н.С., Бантьева М.Н., Поважная Е.Л. Методика определения потребности взрослого населения в медицинской реабилитации. Менеджер здравоохранения 2013; 8: 33–45.
16. Прилишко Н.С., Большакова Т.М. Изучение потребности в медицинской помощи на этапах восстановительного лечения и медицинской реабилитации наиболее распространенных заболеваний среди взрослого населения. Вестник восстановительной медицины 2011; 1: 5–7.
17. Прилишко Н.С., Разумов А.Н. Совершенствование организации этапности и преемственности лечения больных в учреждениях здравоохранения. Вестник восстановительной медицины 2009; 5: 13–16.
18. Сердечно-сосудистые заболевания: Бюллетень Научного центра сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева РАМН. XX Всероссийский съезд сердечно-сосудистых хирургов 2014; 15 (6): 326.
19. Фарберов В.Н. Организационные технологии реабилитации больных с сосудистыми заболеваниями сердца и мозга в областной больнице восстановительного лечения «Озеро Чусовское»: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Екатеринбург 2008; 24.
20. Carandang R., Seshadri S., Beiser A., Carandang R. Trends in incidence, lifetime risk, severity, and 30-day mortality of stroke over the past 50 years. JAMA 2006; 296: 2939–2946.
21. Hsiehl K., Lalouschek W., Schillinger M. Impact of EnaC polymorphisms on the risk of ischemic cerebrovascular events: a multicenter case-control study. In: Hsiehl K. Clinical Chemistry 2005; 51: 952–956.
22. International classification of impairment, disabilities and handicaps. Geneva: WHO 1980.
23. Parker R.D., Adams J. Activity restrictions and recovery after open chest surgery: understanding the patient's perspective. Baylor University Medical Center Proceedings. The American Journal of Cardiology 2008; 21 (4): 421–425.
24. Kikkenborg B.S., Dorthe Z.A., Pedersen B.D., Haase K. Patient experiences of recovery after heart valve replacement: suffering weakness, struggling to resume normality. BMC Nursing 2013; 12: 23, available at: <http://www.biomedcentral.com/1472-6955/12/23>.
25. Laerum Sibilitz Kirstine, Kikkenborg Berg Selina, Birgitte Hansen Tina, Stelling Risom Signe, Bernboldt Rasmussen Trine, Hassager Christian, Køber Lars, Steinbrüchel Daniel, Gluud Christian, Winkel Per, Caspar Thygesen Lau, Lindschou Hansen Jane, Paul Schmid Jean, Conraads Viviane, Brocki Barbara Christina, Dorthe Zwisler Ann. Effect of comprehensive cardiac rehabilitation after heart valve surgery (CopenHeart<sub>VR</sub>): study protocol for a randomised clinical trial. Trials 2013; 14:104. DOI: 10.1186/1745-6215-14-104 available at: <http://www.trialsjournal.com/content/14/1/104>.

Материал поступил в редакцию 01.10.2015