

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
**«БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**
(Н И У « Б е л Г У »)

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

ЦМК Сестринского дела

**РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ УХОДЕ ЗА БЕРЕМЕННЫМИ С
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**

Дипломная работа

**студентки очной формы обучения
специальности 34.02.01 Сестринское дело
4 курса группы 03051505
Савиной Анастасии Сергеевны**

Научный руководитель
преподаватель Величкова С.М.

Рецензент
старшая акушерка, отделение акушерской
патологии беременности №2
ОГБУЗ «Белгородская областная
клиническая больница Святителя Иоасафа»
Немцева О.Н.

БЕЛГОРОД 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПО ПРОБЛЕМЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ И ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У БЕРЕМЕННЫХ.....	5
1.1. Общая характеристика сердечно-сосудистых заболеваний	5
1.2. Причины возникновения сердечно-сосудистых заболеваний	7
1.3. Классификация сердечно-сосудистых заболеваний	Ошибка! Закладка не определена.
1.4. Сердечно-сосудистые заболевания при беременности	Ошибка! Закладка не определена.
ГЛАВА 2. РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ УХОДЕ ЗА БЕРЕМЕННЫМИ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ...19	
2.1. Анализ статистических данных распространенности сердечно- сосудистых заболеваний	19
2.2. Социологическое исследование «Роль медицинской сестры при уходе за беременными»	Ошибка!
Закладка не определена.	
2.3. Реализация сестринского ухода за беременными с сердечно- сосудистыми заболеваниями	Ошибка!
Закладка не определена.	
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	Ошибка!
Закладка не определена.	
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ	Ошибка! Закладка не определена.

ПРИЛОЖЕНИЯ

.....**Ошибка!**

Закладка не определена.

ВВЕДЕНИЕ

В спектре распространенных экстрагенитальных патологий болезни сосудов и сердца у беременных стабильно занимают одну из лидирующих позиций. Частота выявления медиками сопутствующих диагнозов «беременность и сердечно-сосудистые заболевания» варьируется сегодня, в разных случаях, в пределах 0,4-4,7%.

Актуальность исследования заключается в том, что существует большая необходимость проведения средними медицинскими работниками профилактических мероприятий для беременных, которые ориентировали бы их на здоровый образ жизни, отказ от вредных привычек, правильное здоровое питание, эффективную медицинскую активность.

Разработка эффективных лечебных и профилактических мероприятий для беременных с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) представляет не только медицинскую, но и социальную проблемы. Для каждой роженицы необходим индивидуальный подход, включающий в себя комплексную программу лечения, профилактики и реабилитации с учетом патогенетических и этиологических механизмов заболевания, а также факторов настоящего состояния.

Цель работы – определение обязанностей медицинской сестры в повышении эффективности лечения и профилактики ССЗ у беременных.

Для достижения поставленной цели решались следующие **задачи**:

1. Провести теоретический анализ литературы и дать общую характеристику сердечно-сосудистых заболеваний беременных.
2. Исследовать статистические данные распространенности ССЗ у беременных.
3. Провести социологическое исследование «Роль медицинской сестры при уходе за беременными» среди рожениц перинатального центра ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа».
4. Подготовить памятку для беременных с ССЗ.

Объект исследования – состояние здоровья рожениц перинатального центра ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа».

Предмет исследования – профессиональная деятельность медицинской сестры в профилактике ССЗ среди беременных.

Методы исследования:

- теоретический анализ литературы;
- статистические (статическая обработка информационного массива);
- социологические: анкетирование.

Структура выпускной квалификационной работы представлена следующим образом: введение, глава I, глава II, заключение, список использованных источников и литературы, приложения.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПО ПРОБЛЕМЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ И ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У БЕРЕМЕННЫХ

1.1. Общая характеристика сердечно-сосудистых заболеваний

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) у беременных женщин занимают первое место среди всей экстрагенитальной патологии.

Частота обнаружения болезней сердца колеблется от 0,4 до 4,7%. В последнее время наблюдается увеличение числа беременных и рожениц, страдающих ССЗ, что объясняется рядом причин:

- ранней диагностикой заболеваний сердца,
- расширением показаний к сохранению беременности,
- увеличением группы женщин, оперированных на сердце, и числа серьёзно больных женщин, которые либо сами, либо с разрешения врачей решают сохранить беременность, будучи уверенными в успехе медицинской науки и практики.

Наиболее важным гемодинамическим сдвигом во время беременности является увеличение сердечного выброса. В состоянии покоя максимальное его увеличение составляет 30-45% от величины сердечного выброса до беременности. Нарастание этого показателя происходит уже в начальные сроки беременности: на 4-8-й неделе он может превышать среднюю величину сердечного выброса здоровых небеременных женщин на 15%.

Максимальное увеличение сердечного выброса происходит (по данным различных авторов) на 20-24-й неделе; на 28-32-й неделе; 32-34-й неделе. На величину сердечного выброса значительное влияние оказывают изменения положения тела беременной. По мере нарастания сердечного выброса, увеличивается работа левого желудочка и достигает максимума (33-50%) на 26-32-й неделе беременности [8, с. 176].

К периоду родоразрешения при одноплодной беременности работа левого желудочка приближается к нормальным условиям, а при многоплодной она остается повышенной. Резкое возрастание работы левого и правого желудочков отмечается во время родов (30-40%). В раннем послеродовом периоде работа левого желудочка приближается к величине, определяемой в конце срока беременности.

Благодаря возрастающему притоку крови к сердцу, уменьшению размеров матки, повышению вязкости крови вновь усиливается работа сердца на 3-4 день после родов. Все это может угрожать женщине с сердечно-сосудистыми заболеваниями развитием декомпенсации кровообращения перед родами, в родах и после них.

Характерные для беременности ограничение подвижности диафрагмы, повышение внутрибрюшного давления, изменение положения сердца внутри грудной клетки, увеличение циркулирующего объема крови влекут за собой качественные изменения в работе сердца и всего организма женщины. Возрастающая нагрузка на жизненно важные органы повышает, в числе прочего, риск развития сердечно-сосудистых заболеваний, поэтому состояние здоровья будущей матери в период беременности требует от нее особенного внимания [6, с. 134].

Если женщина к моменту зачатия уже имеет патологии сердечно-сосудистой системы, оценка ее здоровья и прогноз течения беременности должны осуществляться бригадой специалистов – акушером-гинекологом, терапевтом, кардиологом и анестезиологом. В таких случаях врачами составляется детальный план мероприятий по ведению беременности и последующему родоразрешению.

Кроме повышенной нагрузки на организм, связанной с процессом вынашивания ребенка, заболевания органов сердечно-сосудистой системы у беременных могут быть спровоцированы следующими факторами: сахарным диабетом; избыточным весом или ожирением; погрешностями в диете, ведущими к ухудшению качества работы сосудов; малоподвижным образом

жизни, обуславливающим недостаток нагрузки на сердечную мышцу; нервными перегрузками, способствующими усиленной выработке организмом адреналина и повышению АД беременной; наличием вредных привычек (курением, потреблением алкоголя или наркотиков) [1, С. 24-28].

Важнейшими условиями благополучного течения беременности и родов у женщины с сердечно-сосудистыми заболеваниями являются систематический медицинский контроль за состоянием здоровья больной, следование беременной принципам зож и дисциплинированное соблюдение ею специальных врачебных рекомендаций. Пренебрежение будущей матери такими факторами чревато развитием опасных осложнений, начиная с тяжелых гестозов и (или) фетоплацентарной недостаточности – и заканчивая преждевременными родами или внутриутробной смертью ребенка. В ряде случаев сердечно-сосудистые заболевания у беременных могут представлять опасность не только для плода, но и для здоровья и даже жизни самой матери. Поэтому уже первая явка женщины, страдающей сердечно-сосудистыми патологиями, к врачу-гинекологу должна предполагать первоочередное рассмотрение специалистами вопроса о возможности сохранения беременности.

1.2 Причины возникновения сердечно-сосудистых заболеваний

Сердечно-сосудистые болезни – это группа патологических состояний, которые затрагивают и нарушают нормальное функционирование сердца и сосудов. Этому обстоятельству способствует различные причины и среди них можно выделить такие наиболее распространенные предрасполагающие факторы:

- возраст;
- наличие вредных привычек (наркомания, курение, токсикомания, злоупотребление алкогольными напитками и т. д.);
- наличие избыточной массы тела;

- частые депрессии и стрессы;
- нерациональное питание;
- гиподинамия;
- наличие хронических заболеваний в анамнезе;
- перенесенные воспалительные и инфекционные патологии.

Доказано, что в основном виновником собственного ухудшения здоровья является сам человек. Негативные поведенческие факторы, влияние окружающей среды, наследственность и т.д. – все это создает положительную «среду» для развития заболеваний. Чтобы понимать всю серьезность ситуации, рассмотрим некоторые причины более подробно [5, с. 312].

Стрессы. Естественно, под влиянием стрессового раздражителя мало кто разбирается в нюансах работы сердца и сосудов, а значит и не представляет всю взаимосвязь сердечно-сосудистой и нервной системы.

Вредное влияние оказывают часто повторяющиеся или постоянные отрицательные эмоции – ревность, гнев, зависть, злоба, страх и т. д. Они несут за собой целый «вегетативный ураган». Объяснить это можно просто: из-за увеличения адреналина в крови активизируются все энергетические ресурсы, учащается пульс и усиливается работа сердца, т. е. организм подготавливает себя к преодолению трудностей.

Также повышенное содержание адреналина увеличивает количество холестерина и жирных кислот в крови, печень начинает усиленно синтезировать липопротеиды и тем самым обеспечивает превышение их допустимой нормы, сосудистые стенки находятся в состоянии спазма, что влечет за собой ухудшение процесса кровообращения. Кровь становится вязкой, а это чревато тромбозами. Подобные вегетативные процессы лишь только повышают риски к заболеваниям сосудов и сердца [1, с. 8].

Ожирение. Лишний вес является еще одной глобальной проблемой современности. Связано это с тем, что превышение массы тела выше допустимой нормы влечет за собой увеличение объема крови и тем самым

повышение сердечного выброса (количество крови, выталкиваемой сердечной мышцей за единицу времени). В свою очередь, подобный факт сказывается на усилении давления на сосудистые стенки, увеличении частоты сердечных сокращений (ЧСС), повышении артериального давления (АД) и уровня холестерина в крови и т. д. Проще говоря, снижаются резервные возможности миокарда и сердечно-сосудистая система испытывает постоянный стресс.

Вредные привычки и гиподинамия. Наиболее распространенными пагубными привычками являются алкоголь и курение. Их вредное воздействие отражается на сердечно-сосудистой системе таким образом:

Алкогольная интоксикация: алкоголь моментально всасывается в кровь и распространяется по всему организму, вызывая нарушение координации движения, неконтролируемую речь и т. д.; повышение ЧСС и кровяного давления; нарушение нормального кровообращения; снижение эластичности кровеносных стенок и их разрушение; изменение и деформация эритроцитов; разрушение мышечных волокон миокарда.

Курение вызывает:

- снижение тонуса и состояние спазма сосудов;
- хрупкость кровеносных стенок;
- спазмы в различных группах мышц, в т. ч. и сердечной;
- повышение ЧСС;
- увеличение риска тромбозов.

Постоянное пребывание в одной позе повышает артериальное давление, уровень жиров и сахара, нарушает ток крови в капиллярах и т. д. Согласно мнению ученых, всего 4 часа в день, проведенных перед телевизором, увеличивают риск развития ССЗ на 80%.

Когда просвет сосуда становится все меньше, а жировых отложений образуется все больше, это может закончиться образованием тромбов блокирующих кровотоков или же нарушением кровоснабжения определенного участка.

1.3 Классификация сердечно-сосудистых заболеваний

Начиная с 2015 года согласно данным от Всемирной организации здравоохранения классификация заболеваний со стороны сердечно-сосудистой системы включает в себя такие нозологические единицы:

- ИБС или ишемическая болезнь сердца;
- ЦВЗ или цереброваскулярные заболевания;
- ревмокардиты;
- ВПС или врожденные пороки сердца;
- заболевания периферических кровеносных сосудов;
- эмболия легких и тромбозы глубоких вен.

Ишемическая болезнь сердца. Это патологическое состояние, возникающее при нарушении кровоснабжения миокарда.

Выделяется 2 формы протекания: острая (инфаркт миокарда, внезапная коронарная смерть) и хроническая (кардиосклероз, стенокардия, бессимптомная форма ИБС). Клиническое проявление симптомов ишемии выражается в следующем:

- головокружение, головные боли;
- тошнота, приступы рвоты;
- нарушение ритма сердца;
- повышение потоотделения;
- одышка даже в состоянии покоя;
- боль режущего, колющего или давящего характера, распространяющаяся не только по области грудины, но и с иррадиацией в руку, шею, лопатку.

Наиболее ярким примером ишемии является инфаркт миокарда.

Цереброваскулярные заболевания. Происходит ухудшение кровоснабжения головного мозга, т. е. возникают патологические состояния, в основе которых стоит нарушение притока крови по артериальным сосудам

к клеткам мозга. Как и по аналогии с ИБС, здесь также выделяются две формы протекания: острая (транзиторные ишемические атаки, инсульты (ишемические и геморрагические)) и хроническая (дисциркуляторная энцефалопатия).

В остром состоянии представителем ЦВЗ является инсульт, имеющий такие симптомы:

- появление резкой головной боли;
- нарушение речи с невозможностью произнести даже самые простые слова и фразы;
- ухудшение общего самочувствия больного (слабость и даже потеря сознания);
- нарушение двигательных функций с полным или частичным параличом одной стороны туловища (если поражено правое полушарие, повредится левая часть тела и наоборот);
- ухудшение зрения вплоть до полной потери;
- неадекватное поведение больного;
- нарушение чувствительности, может онеметь любая часть тела;
- нарушение координации движений.

Дисциркуляторная энцефалопатия развивается медленно и является крайне тяжелым заболеванием. Ее протеканию сопутствуют такие симптомы:

- появление хронических головных болей;
- появление двигательных расстройств, таких как тремор, нарушение походки и т. д.;
- постепенная утрата уже имеющихся навыков и знаний;
- ухудшение способности к обучению и памяти;
- головокружения, тошнота, рвота;
- переоценка собственных возможностей;
- снижение внимания;
- бессонница;

- эмоциональные расстройства;
- потеря способности к самообслуживанию.

Поражение периферических сосудов. В данном случае поражаются кровеносные сосуды, обеспечивающие питание органов и тканей. Заболевания периферических сосудов представлены в таблице 1.

Таблица 1.

Название	Характеристика	Симптомы
Облитерирующий тромбангиит	Происходит закупорка мелких и средних сосудов	<ul style="list-style-type: none"> • резкие боли при ходьбе (перемежающая хромота); • синдром Рейно (побледнение пальцев, боль, онемение, покраснение, цианоз); • появление симптомов поверхностного тромбофлебита.
Облитерирующий атеросклероз	В основе заболевания лежат нарушения липидного обмена	<ul style="list-style-type: none"> • возникновение перемежающейся хромоты; • нарушение трофики тканей, сопровождающейся сухостью кожного покрова, выпадением волос, истончением подкожного жирового слоя; • плохое заживление ранок и ссадин вплоть до развития трофических язв.
Неспецифический аортоартериит	При этой патологии поражаются крупные артериальные стволы	<ul style="list-style-type: none"> • повышение температуры тела; • суставные боли; • недомогание и общая слабость; • нарушение сна; • головные боли.

Ревмокардиты. Это общее понятие, которое включает в себя множественное ревматическое поражение сердечной мышцы и ее клапанов, а также крупных стволов.

Можно выделить три наиболее распространенных вида:

- миокардит ревматический (воспаление сердечной мышцы);
- перикардит ревматический (воспаление жидкости, находящейся в сердечной сумке);
- эндокардит ревматический (воспаление сердечных клапанов).

Симптомы будут выглядеть таким образом:

- влажный кашель;
- склонность к одышке;
- синюшность кончиков пальцев, мочек ушей, носа;
- частые боли тупого характера;
- отеки на ногах.

Также стоит добавить клиническую картину ревматического генеза:

- повышение температуры тела до субфебрильных или фебрильных показателей без видимой на то причины;
- периодические суставные боли;
- общая слабость и недомогание.

Пороки сердца врожденного характера. Врожденный порок сердца – это грубое анатомическое нарушение в строении одного из жизненно-важных органов еще в утробе матери.

Среди всех имеющихся дефектов наиболее распространенными считаются такие пороки:

- тетрада Фалло;
- ДМЖП – дефект в межжелудочковой перегородке;
- ДМПП – дефект в межпредсердной перегородке;
- коарктация аорты;
- незаращенный Боталлов проток.

Каждый из вышеперечисленных нарушений имеет особенности протекания, коррекции и симптомы.

Однако если порок еще не был выявлен, заподозрить заболевание можно по таким общим признакам:

- у ребенка появляется цианоз (синюшность) в процессе кормления;
- конечности более низкой температуры;
- кожный покров бледный или синюшный;
- появляются очаговые или генерализованные отеки.

Также в случае присутствия врожденной патологии малыш будет капризным, много плакать, отказываться от еды, плохо спать и т. д.

Эмболия легких и тромбозы. Эмболия или тромбоз могут начаться в любом из сосудистых участков. При этом наиболее значимыми и серьезными в медицинской практике считается ТЭЛА – тромбоэмболия легочной артерии и закупорка глубоких вен нижних конечностей. Заболевание имеет следующую клиническую выраженность:

- чувство распирания, которое приносит выраженный дискомфорт;
- изменение цвета кожного покрова;
- сильные боли в конечностях;
- прогрессирующий отек.

Тромбозы опасны тем, что при отрыве они с током крови могут достичь легочной артерии с последующей ее закупоркой. Симптомы и мера оказания помощи зависят от объема пораженного сосуда. При «выключении из работы» более 50% легочных сосудов, как правило, начинается состояние шока, которое быстро приводит к внезапному летальному исходу.

Выше были перечислены основные сердечно-сосудистые заболевания, включенные в международную классификацию, однако, помимо них существуют и другие не менее серьезные патологии.

1.4 Сердечно-сосудистые заболевания при беременности

Если рассматривать беременность и сердечно-сосудистые заболевания, то частота заболеваемости составляет 5-10%.

Основными осложнениями при таких патологиях являются:

- анемия;
- выкидыш;
- преждевременные роды;
- гестозы;
- хроническая маточно-плацентарная недостаточности и гипоксия плода.

Чаще всего роды и беременности способствуют обострению ревматита, прогрессированию сердечно-сосудистой недостаточности в хронической форме, отеку легких, нефриту, плевриту и т. д. Причем почти 80% всех патологических состояний сердца и сосудов у беременных женщин составляют ревматические пороки. Решением таких вопросов занимаются кардиолог, терапевт, акушер-гинеколог.

Возможность сохранения беременности зависит от:

- формы выраженности заболевания и его вида;
- акушерской патологии;
- стадии имеющейся недостаточности кровообращения;
- наличия аритмии и других осложнений;
- от функционального состояния и работоспособности сердечно-сосудистой системы;
- состояния развития плода.
- роли медицинской сестры при уходе за беременными.

Показанием для прерывания беременности считается рецидивирующий и активный ревмокардит, аритмия мерцательная, стеноз устья аорты, а также предсердно-желудочкового отверстия с левой стороны, недостаточность кровообращения 2 и 3 стадии.

Сердечно-сосудистые заболевания осложняют течение беременности у 0,2–4% женщин, а число пациенток, у которых возникают проблемы со стороны сердца во время беременности, увеличивается. При лечении беременных женщин следует учитывать, что любые терапевтические вмешательства оказывают действие не только на мать, но и на плод. Соответственно, медикаментозная терапия, улучшающая состояние матери, может сопровождаться ухудшением состояния ребенка, а в некоторых случаях даже внутриутробной смертью плода. С другой стороны, безопасный для плода метод лечения может оказаться субоптимальным для женщины. Оценка риска сердечно-сосудистых осложнений при беременности имеет большое значение, что определяет необходимость разработки соответствующих рекомендаций. В России риск развития сердечно-сосудистых осложнений у беременных повысился вследствие увеличения возраста женщин с первой беременностью и распространения сердечно-сосудистых факторов риска, в том числе сахарного диабета, артериальной гипертонии и ожирения. Кроме того, улучшились результаты лечения врожденных пороков сердца, что привело к увеличению числа пациенток с пороками сердца, способных иметь детей. Заболевания сердца сегодня являются основной причиной материнской смертности во время беременности. Среди сердечно-сосудистых заболеваний у беременных женщин часто встречается артериальная гипертония (6–8% случаев). Среди сердечно-сосудистых заболеваний у беременных женщин преобладают врожденные пороки сердца (75–82%), прежде всего характеризующиеся сбросом крови (20–65%). Кардиомиопатии встречаются редко, но являются причинами тяжелых сердечно-сосудистых осложнений у беременных. Основная причина тяжелых исходов – перипартальная кардиомиопатия.

Беременность вызывает изменения сердечно-сосудистой системы, которые должны обеспечить возросшие метаболические потребности матери и плода. Эти изменения включают в себя увеличение объема циркулирующей крови и сердечного выброса и снижение общего периферического

сосудистого сопротивления и АД. Объем циркулирующей плазмы достигает максимума (увеличение на 40% по сравнению с исходным) на 24-й неделе беременности. При нормальном течении беременности сердечный выброс повышается на 30–50% в основном за счет роста ударного объема; однако на поздних сроках беременности основным фактором является частота сердечных сокращений. Она начинает увеличиваться на 20-й неделе и продолжает возрастать до 32-й недели. Частота сердечных сокращений остается высокой в течение 2–5 дней после родов. Системное АД обычно снижается в начале беременности. Во втором триместре диастолическое АД, как правило, на 10 мм рт. ст. ниже исходного. АД снижается в результате активной вазодилатации под действием местных медиаторов, таких, как простагландин и оксид азота. В третьем триместре диастолическое АД постепенно увеличивается и может достигнуть нормальных значений. Размер сердца может увеличиться на 30%, частично вследствие вазодилатации.

Данные об изменении систолической и диастолической функции у беременных ограничены. Систолическая функция в начале беременности увеличивается, однако в последнем триместре может снизиться. Результаты изучения диастолической функции противоречивые.

Беременность сопровождается изменениями гемостаза, которые включают в себя увеличение концентрации факторов свертывания, фибриногена и агрегации тромбоцитов, а также снижением фибринолиза, которые приводит к развитию гиперкоагуляции и увеличению риска тромбоэмболических осложнений. Кроме того, нарушение венозного возврата под действием увеличенной матки вызывает стаз крови и дополнительное повышение риска тромбоэмболий. У женщины могут наблюдаться изменения гомеостаза глюкозы, а уровни холестерина увеличиваются, адаптируясь к потребностям женщины и плода.

Физиологические изменения во время беременности могут оказать влияние на всасывание, выведение и биодоступность любых лекарственных средств. Увеличение объема циркулирующей крови позволяет частично

объяснить, почему для достижения терапевтических концентраций в плазме беременным женщинам требуются более высокие дозы лекарственных препаратов. Более того, усиление перфузии почек и печеночного метаболизма сопровождается увеличением клиренса лекарств.

Степень нарушения фармакокинетики лекарственных веществ отличается на разных сроках беременности, что определяет необходимость тщательного наблюдения за пациентками и коррекции дозы. Сокращения матки, положение тела женщины (лежа на левом боку), боль, тревога, физические усилия, кровотечения и инволюция матки вызывают выраженные изменения гемодинамики во время и после родов. Анестезия, аналгезия, кровотечения и инфекции могут быть причиной дополнительной нагрузки на сердечнососудистую систему. В целом физиологические изменения в организме беременной женщины оказывают влияние на интерпретацию результатов исследования функции сердца и оценку клинического состояния.

По предварительным оценкам ВОЗ половину всех возникающих смертей можно предотвратить. Для этого необходима обязательная профилактика с населением, где будет распространяться информация о сердечно-сосудистых заболеваниях, мерах их предотвращения и о способах здорового образа жизни.

Особенно это касается лиц, входящих в группу риска. Больным с сердечно-сосудистыми патологиями необходимо правильно организовать лечебные и профилактические мероприятия.

В следующей главе остановимся подробно на определении роли медицинской сестры при уходе за беременными с ССЗ.

ГЛАВА 2. РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ УХОДЕ ЗА БЕРЕМЕННЫМИ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

2.1. Анализ статистических данных распространенности сердечно-сосудистых заболеваний

Экстрагенитальные заболевания (ЭГЗ) повышают риск предстоящих родов и ухудшают прогноз для матери и плода. Беременность отягощает течение ЭГЗ, ухудшая состояние больной. Уровень ЭГЗ у беременных тесно связан с состоянием здоровья женского населения. По данным ВОЗ, отмечается падение качества здоровья женщин в репродуктивном возрасте. В этих условиях беременность приобретает характер стресс-воздействия с формированием общего адаптационного синдрома.

Результаты обследования беременных женщин перинатального центра ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа» свидетельствуют о том, что в настоящее время 85% из них имеют нарушения здоровья, число беременных с ЭГЗ за последние годы увеличилось (табл. 1).

Таблица 1.

Показатели здоровья беременных женщин в 2016–2018 гг.

Состояние здоровья	2016 г.	2017 г.	2018 г.
Поступило беременных под наблюдение	24 628	25751	25983
Из них с ЭГЗ	19476	18484	22094

Это свидетельствует о неблагоприятном состоянии здоровья у женщин по области в целом. Структура и частота ЭГЗ у беременных по данным перинатального центра ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа» представлена на Рис. 1

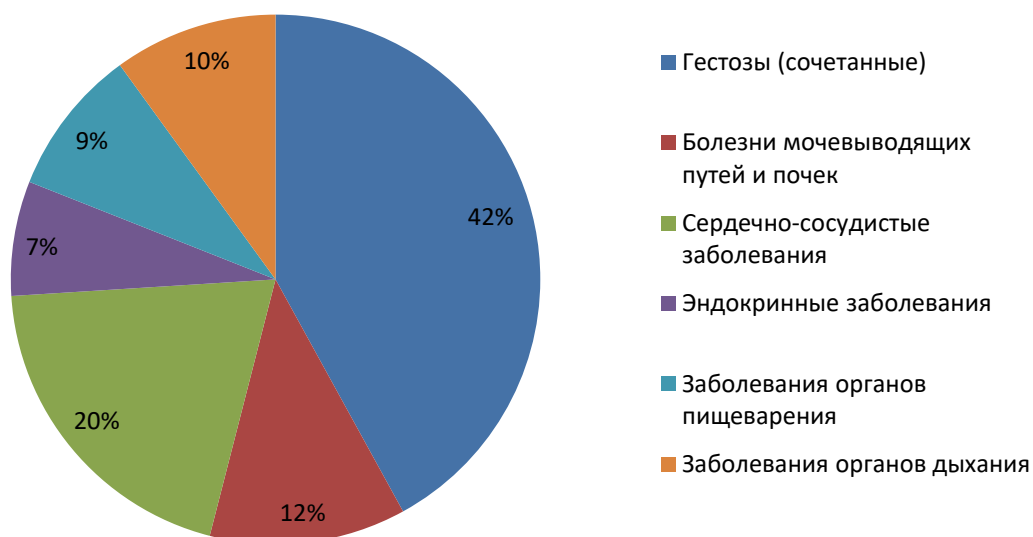


Рис. 1 Структура и частота ЭГЗ у беременных

Проанализировав данные по ЭГЗ у беременных, можно сделать следующие выводы:

1. В структуре заболеваемости у беременных наибольшее количество ЭГЗ приходится на анемии, заболевания почек и мочевыводящих путей, сердечно-сосудистую патологию, эндокринные заболевания. Стабильно высоким остается количество гестозов, большинство из которых являются сочетанными, т. е. развиваются на фоне соматической патологии.

2. Обращает на себя внимание значительный рост патологии щитовидной железы, что связано как с неблагоприятной экологией в Белгородской области, так и с улучшением диагностики. Дисфункции щитовидной железы очень часто становятся причиной анемии, дистрофии миокарда, различных осложнений беременности, аномалий родовой деятельности.

Сердечно-сосудистые заболевания встречаются у беременных достаточно часто. В структуре заболеваемости они занимают 3-е место, по тяжести течения и степени неблагоприятного влияния на исход беременности эта группа заслуживает особого внимания. Заболевания сердечно-сосудистой системы и беременность взаимно влияют друг на друга. Беременность и

обусловленные ею изменения гемодинамики требуют от сердца усиленной работы и нередко отягощают течение заболевания, и, наоборот, сердечно-сосудистые заболевания часто осложняют течение беременности и родов (поздние гестозы, угроза прерывания беременности, преждевременные роды и др.), неблагоприятно влияют на развитие плода. Все пациентки перинатального центра проходят комплексное инструментальное обследование, включающее ЭКГ, ЭхоКГ и другие необходимые исследования, консультации специалистов. При нарушениях ритма проводится мониторинг, большинству пациенток проводится ЭхоКГ-контроль 2–3 раза за период беременности. 70% пациенток наблюдаются с ранних сроков беременности. В I триместре совместно с кардиологом решается вопрос о допустимости сохранения беременности.

Таблица 2.

Частота заболеваемости сердечно-сосудистой патологией

Нозологическая форма	2016 г.	2017 г.	2018 г.
Приобретенные пороки сердца	28	12	13
Врожденные пороки сердца	54	48	101
Пролапс митрального клапана	62	45	77
Миокардиодистрофия различной этиологии	64	42	69
Гипертоническая болезнь	42	26	46
Прочие (кардиомиопатии, нарушения ритма, вегетососудистая дистония по кардиальному и гипертоническому типу)	72	52	63

Наиболее часто у беременных встречаются пороки сердца (приобретенные и врожденные), на 2-м месте по частоте стоит пролапс

митрального клапана. Далее следуют миокардиодистрофии различной этиологии, которые нередко сопровождают различные эндокринные болезни, анемию и другие заболевания, и гипертоническая болезнь. За период с 2016 по 2018 г. в перинатальном центре ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа» пролечено 256 пациенток с пороками сердца (табл. 2), из них с приобретенными пороками 53 женщины, что составило 5,8% всей патологии сердечно-сосудистой системы; с врожденными пороками сердца (ВПС) – 203 женщины (22,3%).

Все приобретенные пороки сердца у пациенток перинатального центра ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа» имели ревматическую этиологию. Подавляющее большинство пациенток с ревматическими пороками имели осложненное течение беременности и осложнения в родах. У 28% пациенток был гестоз, который развился в сроке 22–26 нед., 44% беременных с пороками сердца имели анемию, у 16% была угроза прерывания беременности. Наиболее частыми осложнениями в родах были аномалии родовой деятельности (12%) (Рис. 2).

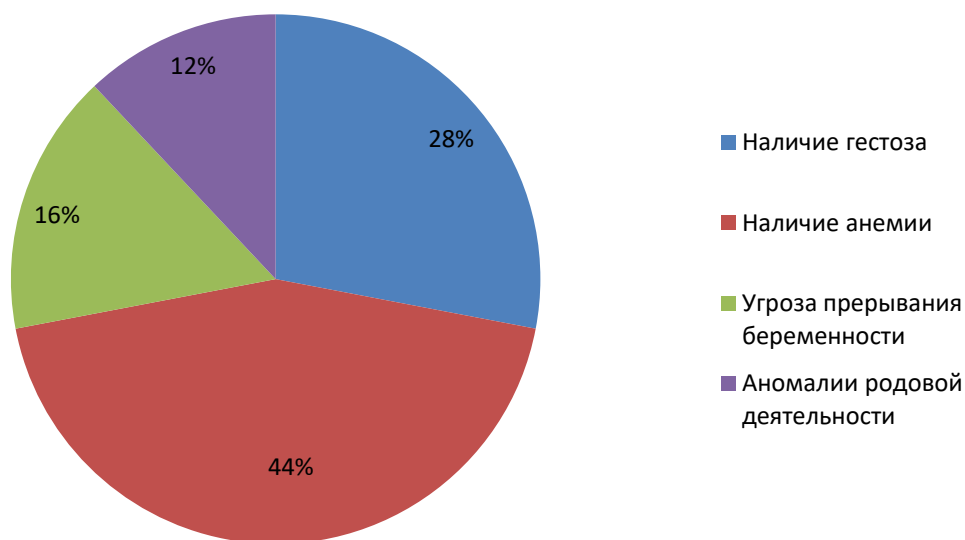


Рис. 2 Осложнение беременности и родов

Анализ родов у пациенток с ревматическими пороками сердца показал, что большая их часть родоразрешилась самостоятельно (71%), оперативное

родоразрешение путем операции кесарево сечение было произведено 28% беременным, у 2 пациенток беременность прервана в сроке до 24 нед. путем операции малого кесарева сечения (Рис. 3).



Рис. 3 Родоразрешение пациенток с ревматическими пороками сердца

Каждой беременной заблаговременно составляется план ведения родов совместно с кардиохирургом и акушером-гинекологом. План родоразрешения, его способ и сроки проведения составляются с учетом формы порока, активности ревматизма, степени компенсации кровообращения, состояния плода, акушерской ситуации индивидуально для каждой беременной. Самостоятельные роды допускались при неактивном ревматизме в сочетании со стойкой компенсацией.

При нарушении кровообращения II степени, резко выраженном митральном стенозе, комбинированном митрально-аортальном пороке, сочетании порока с нарушением ритма и акушерской патологией планировались оперативные роды. ВПС – одна из наиболее тяжелых и все чаще встречающихся форм. У беременных с ВПС, как и с приобретенными пороками сердца, беременность нередко протекает с акушерскими осложнениями. Угроза прерывания была у 30% беременных с ВПС, у 71% беременных присоединился поздний гестоз, имелись осложнения в родах

(аномалии развития родовой деятельности – 12%). Нарушения сердечного ритма у беременных нередко встречаются при миокардиодистрофиях различного происхождения, у беременных с вегетососудистой дистонией по кардиальному типу, при некоторых приобретенных пороках сердца и ВПС, пролапсе митрального клапана. В перинатальном центре ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа» наблюдались 175 беременных с миокардиодистрофией на фоне анемии, сахарного диабета, заболеваний щитовидной железы, ожирения, при тяжелых гестозах и некоторых других заболеваниях. Клиническая картина определялась основным заболеванием. Нарушений гемодинамики не было, однако нередко встречались различные нарушения ритма.

Беременные с пролапсом митрального клапана встречаются часто, выявляемость резко возросла в связи с широким внедрением в клиническую практику ЭхоКГ. Пролапс митрального клапана, как правило, представляет имеющуюся у беременной дисплазию соединительной ткани. Известно, что беременность у женщин с дисплазией соединительной ткани протекает с осложнениями: угроза прерывания беременности, среднетяжелый токсикоз первой половины беременности, гестоз, аномалия родовой деятельности, кровотечения в послеродовом периоде. Поэтому беременные с дисплазией соединительной ткани всегда заслуживают особого внимания.

Наличие пролапса митрального клапана у беременных, как правило, не отражается на состоянии гемодинамики, однако у таких пациенток нередко встречаются нарушения сердечного ритма.

Заболевания, протекающие с артериальной гипертензией (АГ), у беременных составляют особую группу в связи с их выраженным неблагоприятным влиянием на течение беременности и плод.

Заболевания, протекающие с АГ, заслуживают особого внимания, т. к. при них отмечается тяжелый, длительный, резистентный к лечению и требующий досрочного оперативного родоразрешения гестоз у каждой третьей беременной. Таким образом, АГ у беременных является фактором

высокого риска невынашивания беременности, приводит к серьезным осложнениям как в течении беременности, так и в родах.

2.2. Социологическое исследование «Роль медицинской сестры при уходе за беременными»

В процессе вынашивания, сохранения беременности и последующего родоразрешения пациенток с ССЗ высока роль медицинской сестры, которая разделяет ответственность за благополучный исход беременности. Основная ее задача заключается в своевременной оценке изменений состояния больной и сведении к минимуму риска осложнений.

Особое внимание следует уделять жалобам пациенток, появлению одышки, изменению окраски кожных покровов, что говорит о декомпенсации состояния и требует неотложных мероприятий. Поэтому важными элементами ухода являются оценка общего состояния, термометрия, контроль АД, пульса, контроль диуреза для выявления скрытых отеков у беременной и строгое выполнение врачебных назначений.

Медицинская сестра должна уметь предусмотреть и предотвратить осложнения, реагировать даже на незначительные жалобы и своевременно ставить врача в известность о любых изменениях в состоянии пациентки. Также важна психологическая поддержка. Беседы, проводимые медицинской сестрой, позволяют настроить пациенток на те действия, которые будут проводиться при подготовке их к предстоящим родам или операции кесарево сечение, что способствует благоприятному исходу беременности. Применение в повседневной практике комплекса мероприятий по ведению беременных с сердечно-сосудистыми заболеваниями, выполнение процедур по уходу, выбор рациональной тактики родоразрешения положительно сказывается на качественных показателях обслуживания пациенток и позволяет избежать послеродовых осложнений.

В ходе социологического исследования 30 беременным, госпитализированным в перинатальный центр ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа», было предложено ответить на ряд вопросов анкеты (Приложение 1).

Анализ ответов на вопрос «Как оцениваете роль медицинской сестры в качественном обслуживании пациентов?» показал, что 70% респондентов ответили «хорошо», и 17% опрошенных дали оценку роли медицинской сестры «отлично» и удовлетворительную оценку поставили 13% беременных (Рис. 4).

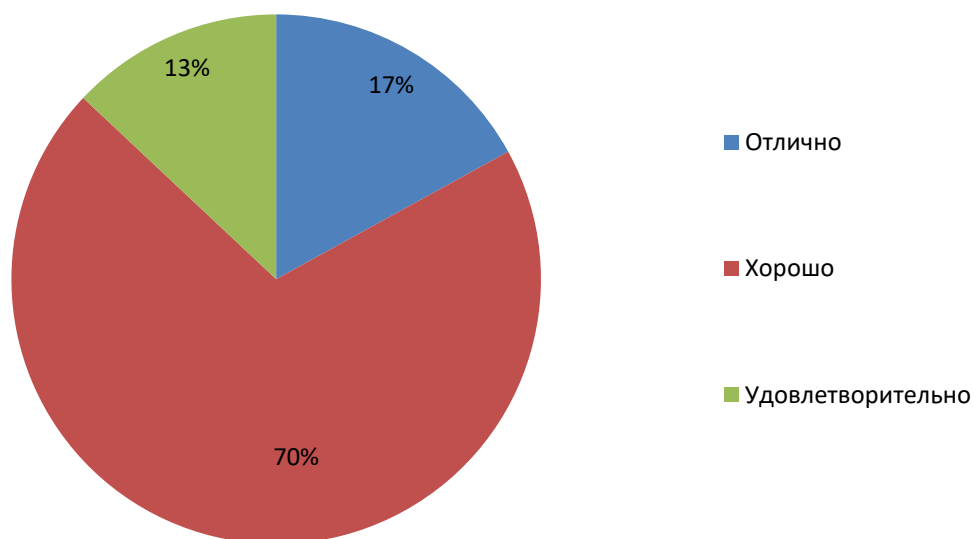


Рис. 4 Оценка роли медицинской сестры

Беременным было предложено оценить профессиональные навыки медицинской сестры, тем самым оценить выполнение ими сестринских манипуляций. Выяснилось, что 10% респондентов совершенно не довольны проведением манипуляций, что говорит о недостаточном уровне подготовки медицинских сестер. Остальных 90% опрошенных удовлетворяет уровень владения медицинскими сестрами профессиональными компетенциями (Рис. 5).

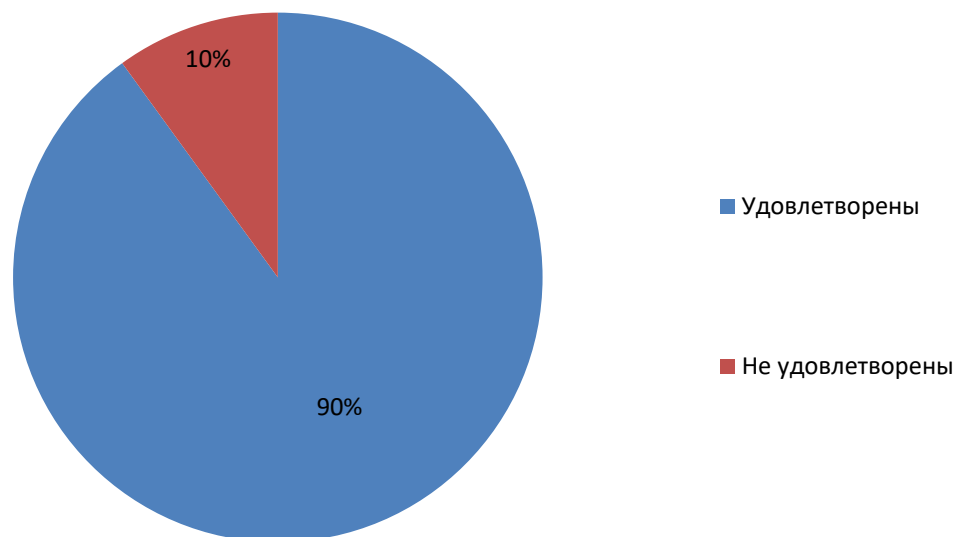


Рис. 5 Уровень удовлетворенности проведением сестринских манипуляций

Анализ оценки наиболее важных личностных характеристик медицинских сестер пациентами показал, что большинство респондентов 90 % считают важнейшим качеством ответственность, далее результаты распределились так: 80% – внимательность, 60% – вежливость, 50% – скромность, 40% – опрятность, и 20% – терпение (Рис. 6).

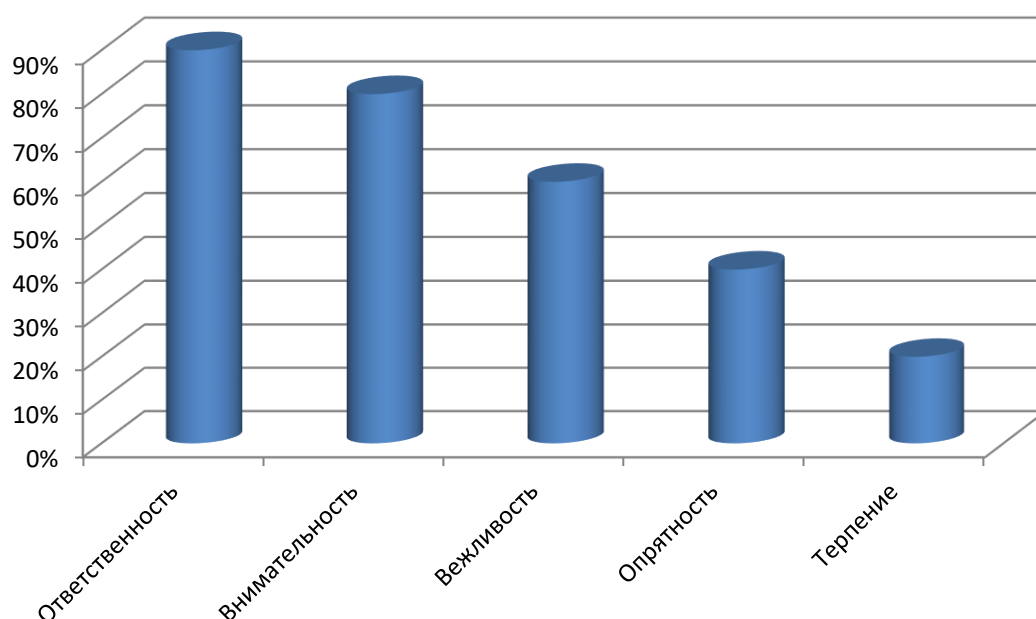


Рис. 6 Наиболее важные качества медицинских сестер

На вопрос «Как часто Вам приходилось сталкиваться со следующими чертами характера процедурной медсестры?» ответы были следующие:

- Грубость: 30% – часто, 10% – иногда, 60% – никогда;
- Невнимательность: 20% – часто, 10% – иногда, 70% – никогда;
- Безответственность: 10% – часто, 20% – иногда, 70% – никогда;
- Неопрятный внешний вид: 30% – иногда, 70% – никогда (Рис. 7).

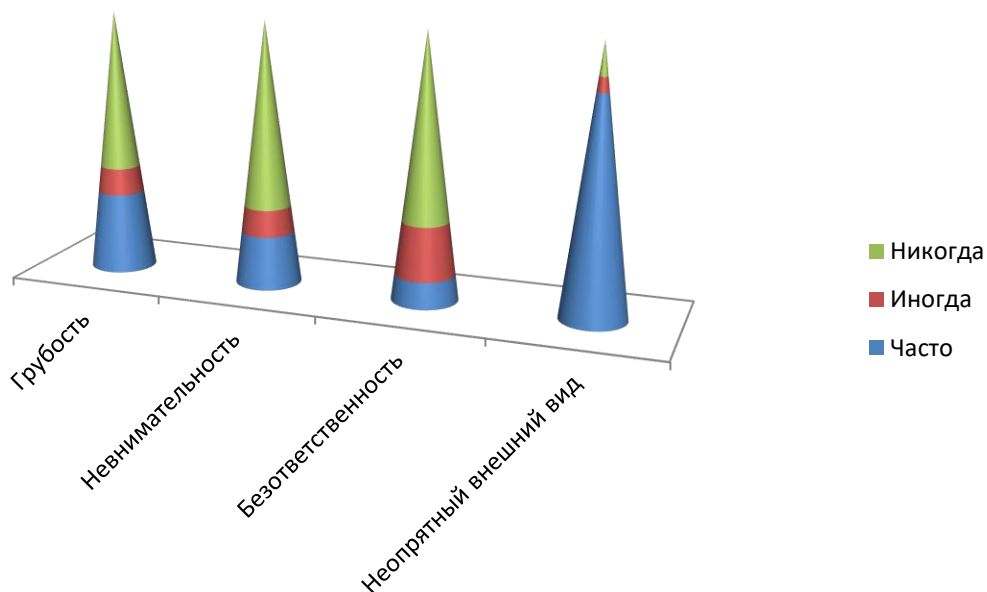


Рис. 7 Отрицательные черты

Далее вопросы касались особенностей диеты при ССЗ. На вопрос «Знаете ли вы особенности диеты при заболевании ССС?» большая часть респондентов ответила «да».

А вот соблюдают принципы здорового питания гораздо меньшее число опрошенных. Следовательно, большая часть респондентов не придает этому факту должного внимания и не понимает важности соблюдения диеты для своего здоровья.

Отвечая на вопрос: «Какие мероприятия, по Вашему мнению, могут улучшить качество сестринской помощи?», пациенты на первое место поставили ответ с предложением повысить зарплату медицинским сестрам. На второе место ими было поставлено предложение о проведении

мероприятий, способствующих уменьшению нагрузки на медицинских сестер.

Все полученные нами результаты в ходе социологического исследования были использованы при выявлении направлений оптимизации профессиональной деятельности медицинских сестер при уходе за беременными с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Результаты проведенного исследования позволяют сделать следующие выводы:

1. Степень удовлетворенности пациентами качеством работы медицинских сестер перинатального центра ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа» в целом высока.

2. Под качеством работы медицинских сестер беременные с сердечно-сосудистыми заболеваниями подразумевают умение выполнять сестринские манипуляции.

3. Медицинские сестры имеют достаточно высокий уровень профессиональной подготовки.

6. Для улучшения работы медицинских сестер были разработаны рекомендации по осуществлению сестринского ухода за беременными:

1. Создание беременной полного покоя и длительного сна;
2. Проведение беседы об особенностях диеты;
3. Проведение беседы об обеспечении питания с высоким содержанием белка, витаминов, микроэлементов;
4. Выполнение назначений врача;
5. Обеспечение доступа свежего воздуха путем проветривания палаты в течение дня;
6. Наблюдение за общим состоянием беременной;
7. Следить за динамикой веса;
8. Контроль суточного диуреза и водного баланса;
9. Наблюдение за отеками;
10. Следить за состоянием плода (шевеление, сердцебиение).

2.3 Реализация сестринского ухода за беременными с сердечно-сосудистыми заболеваниями

Средний медицинский персонал является тем звеном здравоохранения, который наиболее близко контактирует с пациентами, которые находятся в зоне риска заболеваний ССЗ. Необходимо вести разъяснительную работу среди населения и пациентов клиник, лечебно-профилактических центров о вреде курения, употребления алкоголя, переизбытке. О необходимости здорового образа жизни, закаливании, занятии физическими упражнениями.

Реализации плана сестринского ухода включает меры, которые принимает медицинская сестра для профилактики сердечно-сосудистых заболеваний, обследования, лечения, реабилитации беременных.

Существует три категории сестринского вмешательства: независимое, зависимое, взаимозависимое. Выбор категории определяется нуждами пациентов.

Независимое – предусматривает действия, осуществляемые медицинской сестрой по собственной инициативе, руководствуясь собственными соображениями, без прямого требования со стороны врача или указаний от других специалистов (например, в течение дня мной проводилось измерение температуры тела, артериального давления, частоты пульса и т.д.).

Зависимое – выполняется на основании письменных предписаний врача и под его наблюдением (В присутствии медицинской сестры я проводила инъекции, ставила капельницы, по предписанию врача сопровождала беременных в специализированные кабинеты: для проведения УЗИ сердца, рентгена легких, и др.).

Взаимозависимое – совместная деятельность медицинской сестры с врачом и другими специалистами (например, утренний осмотр больного, запись назначений).

Потребность пациента в помощи может быть временной, постоянной и реабилитирующей.

Временная помощь рассчитана на короткий период времени, когда существует дефицит самоухода.

Реабилитирующая помощь – длительный процесс, примером может служить ЛФК, массаж, дыхательная гимнастика, беседа с пациентом. После осмотра лечащим врачом и выписки пациента, медицинская сестра рекомендует больному посещать кабинет ЛФК, плавательный бассейн. Мы еще раз провели беседу с больными о вреде курения и избыточного веса.

Проводя данный этап сестринского ухода медицинская сестра решает две стратегические задачи:

1. наблюдение и контроль за реакцией пациента на назначения врача с фиксацией полученных результатов в сестринской истории (карте) болезни;
2. наблюдение и контроль за реакцией пациента на выполнение сестринских действий по уходу, связанных с постановкой сестринского диагноза и регистрация полученных данных в сестринской истории (карте) болезни.

Заключительным этапом является оценка реакции пациента на сестринский уход, анализ качества оказанной помощи, оценка полученных результатов и подведение итогов.

Источниками и критериями оценки сестринского ухода служат следующие факторы:

- оценка степени достижения поставленных целей сестринского ухода;
- оценка ответной реакции пациента на сестринские вмешательства, на медперсонал, лечение, удовлетворенности фактом пребывания в стационаре, пожеланий;
- оценка эффективности влияния сестринской помощи на состояние пациента;
- активный поиск и оценка новых проблем пациента.

При необходимости план сестринских мероприятий пересматривается, прерывается или изменяется. Когда намеченные цели не достигаются, то оценка дает возможность увидеть факторы, мешающие их достижению. Если конечный результат сестринского ухода приводит в неудаче, то сестринский процесс повторяется последовательно для нахождения ошибки и изменения плана сестринских вмешательств.

Систематический процесс оценки требует от медсестры навыка мыслить аналитически при сравнении ожидаемых результатов с достигнутыми. Если поставленные цели достигнуты, проблема решена, то медицинская сестра удостоверяет это, сделав соответствующую запись в сестринской истории болезни, расписывается и проставляет дату.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Сердечно-сосудистые заболевания – основная медицинская, общественная и социальная проблема.

Сердечно-сосудистые заболевания рассматриваются как медико-социальная проблема, ведь в современном обществе даже в самых развитых странах они продолжают «забирать» миллионы граждан из жизни или делать их нетрудоспособными. Уровень распространенности достиг обширного масштаба, причем в России структура общей заболеваемости занимает лидирующие позиции.

Однако особое значение в профилактике заболеваний имеет индивидуальная работа с пациентом, потому что только рекомендации, учитывающие конкретные особенности личности и физического статуса человека, генетической предрасположенности и условий, в которых он живёт и развивается, позволяют достичь максимального эффекта. Поэтому в работе квалифицированной медсестры используется сестринский процесс как структура, позволяющая определить индивидуальные особенности пациента, спланировать целенаправленное вмешательство и осуществить его.

В ходе нашего исследования нам удалось определить обязанности медицинской сестры в повышении эффективности лечения и профилактики сердечно-сосудистых заболеваний беременных.

Для достижения поставленной цели мы провели теоретический анализ литературы и дали общую характеристику сердечно-сосудистых заболеваний у беременных.

Нами проведено углубленное исследование статистических данных распространенности ССЗ у беременных.

Проведенное социологическое исследование «Роль медицинской сестры при уходе за беременными» среди рожениц перинатального центра ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа»

позволило адекватно оценить роль медицинской сестры при уходе за беременными с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Средний медицинский персонал, как самый многочисленный отряд медицинских работников способен внести реальный вклад в дело распространения среди населения знаний по ведению здорового образа жизни, позволяющего избежать развития или прогрессирования заболеваний сердечно-сосудистой системы.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Алексеев, А. М. О демографической ситуации в России [Текст] / А. М. Алексеев М.: Изд-во Московского независимого института международного права, 2011 –8–9 с.
2. Гуркин, Ю. А. Репродуктивные проблемы девушек – подростков [Текст] / Ю. А. Гуркин // Лечащий врач. – 2014. № 12. – С. 24–28.
3. Киселева, Е. Е. Социологические исследования социальной обусловленности репродуктивного здоровья современной женщины [Текст] // Молодой ученый. – 2015. – № 16. – С. 382–384.
4. Карр Б. Руководство по репродуктивной медицине [Текст] / Б.Карр, Р. Блепуэлл, Р. Азиз. Пер. с англ. Под общей редакцией д. м.н., проф. И. В. Кузнецовой. – М.: Практика, 2015. – 832 с.
5. Красненков, В.Л., Кановалов О.Е. Общественное здоровье и здравоохранение (Курс лекций) [Текст]. – М., 2012. – 544 с.
6. Линева О.И., Двойников С. И., Гаврилова Т. А. Сестринское дело в акушерстве и гинекологии: Руководство для студентов фак. высш. сестрин.образования мед. вузов, студентов мед. колледжей и уч-щ, мед.сестер – руководителей ЛПУ [Текст] /О.И. Линева, С. И. Двойников, Т. А. Гаврилова; МЗ Рос. Федерации. – М., 2000. – 414 с.
7. Назарова С. К., Хасанова М. И., Абдупаттаева К. О., Миркаримова М. Б. Роль медицинских сестёр первичного звена при внедрении здорового образа жизни среди населения [Текст] // Молодой ученый. – 2014. – № 5. – С. 151–153.
8. Радзинский В. Е. Репродуктивное здоровье [Текст] / В. Е. Радзинский. – М.: РУДН, 2011. – 728 с.

ПРИЛОЖЕНИЯ

АНКЕТА

«Роль медицинской сестры при уходе за беременными»

1. Возраст _____

2. Как Вы оцениваете профессиональное мастерство медицинской сестры? (подчеркнуть):

-1 балл

-2 балла

-3 балла

-4 балла

-5 баллов

3. Оцените личностные качества медицинской сестры по 5 бальной шкале (Обозначить)

Вежливость

Терпение

Внимательность

Ответственность

Скромность

Опрятность

4. Как часто Вам приходилось сталкиваться со следующими чертами характера медсестры? (Обозначить)

Часто Иногда Никогда

Грубость

Невнимательность

Равнодушие

Неопрятный внешний вид

5. Как Вы оцениваете уровень проведения манипуляций? (подчеркнуть)

- удовлетворен полностью

- не удовлетворен

6. Как оцениваете роль медицинской сестры в качественном обслуживании пациентов (подчеркнуть)

- отлично
- хорошо
- удовлетворительно

7. Разъясняет ли Вам медсестра характер проводимой медицинской манипуляции?

(подчеркнуть)

- да
- нет

8. Удовлетворены ли Вы работой медсестры? (подчеркнуть)

- да
- нет

9. Что, мешает медсестре в оказании качественной медицинской помощи?

10. Какие мероприятия, по Вашему мнению, могут улучшить качество сестринской помощи?

Памятка для беременных с ССЗ

Чтобы беременность была для Вас радостью и протекала без проблем, Вы должны выполнять всего несколько условий:

1. регулярное посещение акушера-гинеколога, исполнение всех его рекомендаций и назначений;
2. правильный режим труда и отдыха;
3. соблюдение личной гигиены;
4. рациональное питание;
5. выполнение гимнастических упражнений;
6. хороший психологический климат в семье, помощь членов Вашей семьи;
7. положительная установка на благоприятный исход предстоящих родов.