**Слайд № 1**

**Опыт работы медицинских сестер Клинического онкологического диспансера в оказании паллиативной помощи**

**Т.М. Кадирова,**

**старшая медицинская сестра**

**отделения паллиативной помощи**

**БУЗОО «КОД»**

Уважаемые коллеги!

Начало XXI века знаменуется ростом онкологической заболеваемости, что приводит к появлению большой группы инкурабельных пациентов, испытывающих сильные страдания и нуждающихся к адекватной комплексной медико-социальной помощи.

**Слайд № 2**

Паллиативная помощь – направление медицинской и социальной деятельности, целью которого является улучшение качества жизни инкурабельных пациентов и их семей посредством предупреждения и облегчения их страданий, благодаря раннему выявлению, тщательной оценки и купированию боли и других симптомов – физических, психологических и духовных.

**Слайд № 3**

Чтобы обеспечить квалифицированную паллиативную медицинскую помощь необходимо освоение знаний и навыков по следующим направлениям:

* планирование помощи с учетом желаний пациента о его лечении в конце жизни;
* психологические особенности общения с инкурабельными пациентами и членами их семей; как правильно сообщить пациенту плохие вести относительно его диагноза и прогноза; как вести себя медицинским работникам и оказывающим уход родственникам;

**Слайд № 4**

* адекватное обезболивание инкурабельных пациентов по трехступенчатой схеме ВОЗ и купирование других патологических симптомов в соответствии с последними достижениями медицинской науки;
* философские, этические и духовные проблемы смерти и бессмертия;
* психологическая помощь близким после смерти пациента (обычная и патологическая реакция на потерю близкого человека).

**Слайд № 5**

Важнейшим условием для эффективной работы паллиативной помощи является тщательный отбор квалифицированного персонала из опытных специалистов и постоянный процесс обучения.

На базе Клинического онкологического диспансера с 1 апреля 2010 года организовано отделение паллиативной помощи на 20 коек круглосуточного пребывания.

Основная задача отделения – это купирование симптомов, ухудшающих качество жизни пациента, подбор схем поддерживающей терапии, улучшение качества жизни пациентов в болезни.

Приблизительно 60-70% онкологических пациентов в фазе генерализации заболевания имеют хроническую боль той или иной степени выраженности.

**Слайд № 6**

Разработана и рекомендуется для практического применения 3-ступенчатая схема лечения хронического болевого синдрома при онкологических заболеваниях, так называемая «лестница аналгезии». Применяемые на каждой ступени анальгетики чаще всего сочетаются с теми или иными адьювантными средствами по индивидуальным показаниям (спазмолитики, антидепрессанты, кортикостероиды, седативные и др.)

Для достиженияадекватного обезболивания с использованием оптимальных доз препаратов в отделении соблюдается ряд основополагающих принципов лечения хронической боли:

* прием обезболивающих средств по часам, а не по требованию;
* лечение по восходящей ступени;
* оральный прием препаратов осуществляется как можно дольше, принимая во внимание, что это самый удобный способ приема препарата;
* побочные эффекты анальгетиков должны предупреждаться и в случаях их возникновения адекватно лечиться.

**Слайд № 7**

Для снижения болевого синдрома в отделении проводится ипаллиативная химиотерапия при неоперабельных опухолевых процессах заведомо инкурабельному пациенту. Данное лечение может уменьшить размер опухоли, изменить естественный процесс развития болезни и таким образом способствовать продлению жизни пациента, со значительным облегчением страданий.

Проведение химиотерапии во многих случаях сопровождается тягостными для пациентов тошнотой и рвотой. Успехи современной фармакологии дали возможность успешно бороться с этими симптомами, а рекомендации медицинских сестер по соблюдению диетотерапевтических мероприятий помогают уменьшить тошноту и рвоту.

**Слайд № 8**

Например:

* утром делать дыхательную гимнастику при открытом окне;
* перед завтраком пососать кусочек льда, ломтик замороженного лимона, кислую сливу, алычу или несколько ягод клюквы, брусники;
* есть натощак сухие продукты – сухарики, сушки, тосты, печенье;
* принимать пищу небольшими порциями на протяжении всего дня, чтобы желудок не переполнялся;

**Слайд № 9**

Так же, чтобы уменьшить тошноту и рвоту пациенту необходимо:

* не есть жаренную, особенно жирную пищу, молочные соусы, цельное молоко (эти блюда можно снова включить в рацион, когда тошнота пройдет);
* отказаться от слишком сладких блюд;
* исключить излишне соленую, пряную и горячую пищу;
* есть охлажденную пищу – мясо, творог, фрукты. Тошноту могут уменьшить кислые продукты (лимоны, клюква, маринады);
* не пить во время еды, чтобы предотвратить наполнение желудка жидкостью. Больше пить в перерывах между приемами пищи, но не меньше чем через час до еды. Пить холодные неподслащенные напитки;
* есть медленно, чтобы в желудок не попадало большое количество жидкости одновременно, тщательно пережевывать пищу. Избегать приема пищи непосредственно перед введением препаратов.

**Слайд № 10**

Основными клиническими проявлениями специфических расстройств механизма у онкологических пациентов являются: анорексия (полная потеря аппетита) и раковая кахексия (потеря массы тела более 5% за 6 месяцев).

На этом этапе медицинской сестре нужно правильно организовать питание пациента:

* убедить его, что питание - это важная составляющая процесса лечения;
* определить минимальное количество пищи, необходимое для жизнеобеспечения организма;
* сбалансировать качественный состав пищи (белки, жиры, углеводы, витамины, клетчатка, жидкость);
* с учетом пожеланий пациента и медицинских показаний определить режим питания и перечень используемых блюд;
* постараться исключить все негативные факторы, ухудшающие аппетит;
* обеспечить условия для спокойного приема пищи 3 – 6 раз в сутки.

**Слайд № 11**

Для обеспечения полноценного и сбалансированного питания с использованием специальных средств, максимально сбалансированных в количественном и качественном соотношении, с помощью ряда методов отличия от приема пищи в отделении применяется нутритивная поддержка, которая проводится строго дифференцированно и с обязательным учетом сохранности функций желудочно-кишечного тракта.

Запоры - одно из наиболее частых и серьезных осложнений у тяжелых, обездвиженных пациентов. В каждом конкретном случае борьба с запорами носит индивидуальный характер. При нормальной перистальтике большое значение имеют урегулирование водного режима (увеличение количества потребляемой жидкости) и диета с повышенным содержанием клетчатки (овощи, фрукты, крупы).

**Слайд № 12**

Осуществляя уход за пациентом, страдающим запором, медицинская сестра на просьбу о помощи при акте дефекации осуществляет следующее:

* усаживает пациента на специальное судно-стульчик, чтобы поза была наиболее удобной и способствовала напряжению мышц живота;
* обеспечивает пациенту полное уединение и время для осуществления акта дефекации.

Не менее серьезным осложнением являетсядиарея различной степени, она может быть следствием различных причин: функциональные нарушения пищеварительного тракта вследствие хирургических вмешательств, осложнения противоопухолевой и сопутствующей медикаментозной терапии (дисбактериоз, постлучевой гастроэнтерит), непереносимость некоторых пищевых продуктов, реакция организма на химиопрепараты.

**Слайд № 13**

Уход за пациентом при диарее имеет свои особенности и требует проявления внимания, заботы, терпения. Важно тщательно заботиться о гигиене пациента:

* использовать влажные салфетки для личной гигиены;
* смазывать кожу в области анального отверстия защитным кремом;
* не использовать после акта дефекации обычное мыло, так как оно сушит кожу.

**Слайд № 14**

Самая распространенная причина осложненных хронических ран в онкологической практике – это раковые разрастания. Они представляют собой первичную или вторичную злокачественную опухоль, которая поражая кожу, образует язву. Каждый случай злокачественной язвы требует индивидуального подхода, соблюдая при смене повязки принципов асептики. Следует делать перевязку так часто, как это необходимо.

**Слайд № 15**

Часто пациенты не имеют достаточно сил для полноценного ухода за собой, что болезненно сказывается на их чувстве собственного достоинства. Для пациента, прикованного к постели, очень важен ежедневный туалет тела, приносящий ему ощущение чистоты и комфорта.

**Слайд № 16**

Необходимо ежедневно, во время проведения гигиенических процедур, проверять состояние кожи, проводить профилактику пролежней. Что касается уже имеющихся повреждений кожи, то за этими ранами надо осуществлять уход с помощью регенерирующих или антибактериальных мазей или гелей.

**Слайд № 17**

Регулярный уход за полостью рта помогает предотвратить появление стоматита и способствует развитию или улучшению аппетита, уменьшению явлений тошноты и рвоты.

**Слайд № 18**

Анализ проблем пациентов показывает, что большая их часть (до 80%) находится в зоне ответственности сестринского персонала и требует осуществления мероприятий сестринского ухода. Наблюдается прямая зависимость между качеством сестринского ухода и качеством жизни пациента. В отделении паллиативной помощи за два года пролечено 1060 пациентов с различной локализацией.

Представляет интерес качественный подход, основанный на улучшении взаимодействия пациента, его семьи и медицинского персонала.

Несомненно, что медицинские сестры играют большую роль в организации паллиативной помощи. Они несут особую ответственность за распространение информации, за дачу рекомендаций и просвещения пациента и его семьи, а также за то, чтобы дома пациент продолжал получать ту же помощь, что и в лечебном учреждении.

**Слайд № 19**

Для этого медицинские сестры нашего отделения проводят обучение родственников, осуществляющих уход:

* методам контроля изменений состояния здоровья пациента;
* принципам общего ухода;
* профилактике осложнений;
* основным принципам питания;
* рациональному подбору индивидуальных средств гигиены;
* применению средств малой механизации в домашних условиях;
* обеспечению домашней безопасной среды.

Таким образом, улучшение качества жизни пациентов и членов их семей в процессе оказания паллиативной помощи возможно при повышении роли сестринского персонала в решении проблем пациентов, следовательно, особое значение приобретает подготовка в этой области сестринского персонала.

**Слайд № 20**

Спасибо за внимание!