

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»		044-80/11 ()
Лекционный комплекс		1 стр из 56

**Медицинский колледж при АО «Южно-Казахстанская
медицинская академия»**

ЛЕКЦИОННЫЙ КОМПЛЕКС

Дисциплина: «Паллиативная помощь и уход за больными онкологического
профиля»

Специальность: 09130100 «Сестринское дело»

Квалификация: 4S09130103 «Медицинская сестра общей практики»

Курс: 3

Семестр: 6

Форма контроля: Экзамен

Общая трудоемкость часов КЗ: 72/3

Аудиторные занятия: 20

Симуляционные занятия: 52

Шымкент, 2023 г.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс		044-80/11 () 2 стр из 56

Лекционный комплекс составлен на основе рабочей учебной программы по дисциплине «Паллиативная помощь и уход за больными онкологического профиля»

Преподаватель: Мәди Ә.Қ.

Специальность: 09130100 - "Сестринское дело"

Квалификация: 4S09130103- "Медицинская сестра общей практики"

Лекционный комплекс составлен на заседании кафедры «Сестринское дело-2»

« 1 » 09 2023 г.

Протокол № 1

Заведующая кафедрой «Сестринское дело-2»  Айбекова Г.Н.

QNTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ			SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»			044-80/11 ()
Лекционный комплекс			3 стр из 56

Лекция №1

4.1. Тема: Введение. Понятие паллиативной медицины. Основные цели и задачи паллиативной помощи.

4.2. Цель:

Применение основных задач медицинской помощи при организации ухода за онкологическими больными, этапов сестринского процесса и факторов лечения, а также основ паллиативной помощи онкологическим больным на сегодняшний день в Республики Казахстан. Освоение минимума клинического обследования и принципов их устранения для выявления синдромов снижения качества жизни у больных раком. Формирование навыков эффективного общения с больными раком, основанных на принципах медицинской этики и понимании роли и ответственности врача в обществе.

4.3. Тезисы лекции:

Паллиативная медицина (ПМ) занимается неизлечимыми больными, помогая жить максимально активно и чувствуя себя удовлетворительно. Главная задача паллиативной помощи — облегчение проявлений болезни для улучшения жизни пациента и его близких. В онкологии паллиативная помощь имеет более широкое наполнение, фактически это весь спектр медицинских мероприятий при неоперабельных новообразованиях.

Суть паллиативной медицины — в защите пациента от боли, физических и психологических страданий, а в онкологии это ещё и максимально возможное восстановление с продлением жизни и позитивным её качеством. При невозможности радикальной операции лекарственная терапия решает сугубо паллиативную задачу — избавление от неприятных симптомов болезни, что зачастую выливается в существенное продление жизни и возвращение пациента к активной деятельности.

Паллиативная помощь оказывается амбулаторно, в режиме круглосуточного или дневного стационара. Ответственность за ее своевременное оказание находится на государстве, органах здравоохранения, общественных институтах. Кабинеты, направленные на оказание помощи пациентам с неизлечимыми диагнозами, создаются при многих хосписах и больницах.

В них:

- производят наблюдение за общим здоровьем пациента;
- выписывают лекарства;
- выдают направления в стационарные медицинские учреждения;
- направляют пациентов на консультацию к врачам;
- консультируют;
- проводят меры, направленные на улучшение эмоционального состояния пациента.

При работе с детьми во внимание принимается и состояние родителей. Главной задачей выступает предоставление возможностей для полноценного общения, обеспечения малышу хорошего настроения. Поскольку малыши чувствуют боль в несколько раз острее, чем взрослые, главным принципом является использование любых законных методов, направленных на облегчение общего состояния пациента. Паллиатив для взрослых и детей оказывается на основе принципов соблюдения моральных и этических норм, уважительного и гуманного отношения к больному и его родственникам.

В паллиативной помощи нуждаются не только онкологические больные в терминальной стадии рака, но и тяжелые пациенты с заболеванием любого профиля:

- последняя стадии хронической болезни, когда невозможно «ни есть, ни пить» без посторонней помощи;

- необратимые последствия инсультов, неврологических заболеваний и разнообразных деменций;
- снижение до полного прекращения функционирования органа или системы органов, как при тяжелой сердечной, почечной и печеночной недостаточности;
- с лишающими движений последствиями травм.

Медицина должна возвращать здоровье и приостанавливать развитие болезни, паллиативная — всемерно с помощью медицинских манипуляций и лекарственных средств облегчает жизнь и уменьшает страдания.

Принципы паллиативной помощи

Паллиативная медицина руководствуется принципами общечеловеческой и религиозной морали. Три десятилетия назад Всемирная организация здравоохранения закрепила принципы паллиативной помощи:

- *признание смерти таким же естественным процессом, как и жизнь, что должно нести душевное успокоение смертельно больному;
- *не стараться ускорить или отдалить смерть, просто помогать достойно жить;
- *сохранение и поддержание активности пациента сколь возможно долго, отдалая момент физической и психической немощи;
- *эффективная помощь невозможна без участия специалистов разных медицинских профилей;
- *семья больного нуждается в поддержке и требует психологической подготовки к неизбежной утрате.

Цели и задачи помощи

Цель паллиативной помощи — дать каждому смертельно больному достойную жизнь на конечном её отрезке.

В мире развитость паллиативной медицины на уровне государства определяется процентом обеспечения наркотическими анальгетиками нуждающихся в обезболивании. Отсюда и задача государства — обеспечение полной доступности наркотических анальгетиков. Не спасающая от смерти химиотерапия нарушает один из принципов ВОЗ — нельзя отдалить смерть, поскольку цель клинического исследования противоопухолевого лекарства — увеличение продолжительности жизни в сравнении со стандартом, к примеру, с наиболее эффективной при заболевании комбинацией цитостатиков.

При метастазах химиотерапия уменьшает негативные симптомы болезни и добивается регрессии новообразований с долгой ремиссией без проявлений или с минимальными признаками рака. Тем не менее, химиотерапия и другие нелекарственные — малоинвазивные способы уменьшения опухолевого поражения всё-таки нерадикальны, потому что не возвращают здоровья и не избавляют от смерти в результате прогрессирования злокачественного процесса.

Задача паллиативной помощи — эффективно и профессионально помогать каждому пациенту жить активно и без страданий, при возможности продлить его жизнь, соблюдая его интересы и даря ему необходимое внимание.

Поскольку главная задача паллиативной помощи в государственном аспекте — обезболивание, все медицинские структуры нацелены именно на медикаментозное купирование болевого синдрома. Основной спектр паллиативных операций и малоинвазивных вмешательств возлагается на обычные онкологические отделения, где нет реальной возможности оказания такого рода медицинских услуг.

Паллиативная медицина помогает жить и продляет жизнь онкологическим пациентам, она должна быть полноценной и может быть полноформатной, без урезания по «финансовым соображениям». Любое заболевание может привести к смерти, но подготовка

OŇTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»		044-80/11 ()
Лекционный комплекс		5 стр из 56

к смерти — не главное в паллиативной медицине, главное — активная и качественная жизнь как можно дольше.

Стандарты паллиативной помощи предусматривают следующие аспекты:

- Каждый пациент имеет право выбирать место и способ оказания ему паллиативной помощи;

- Постоянное взаимодействие как с больным, так и с близкими людьми, осуществляющими уход за ним. При этом следует избегать резкой смены лечения без согласования с пациентом;

- Необходимо постоянно осуществлять мониторинг состояния пациента и, если потребуется, корректировать схему лечения.

Многие неизлечимые больные «уходят в себя», социально изолируются, избегают контактов. Но доброжелательное, корректное общение улучшает качество оказания медпомощи.

Для оказания полноценной психологической и духовной поддержки задействуются психологи, социальные работники, волонтеры, религиозные служители.

4. 4. Иллюстративный материал: 15-20 слайдов

4. 5. Литература:

На последней странице

4. 6. Контрольные вопросы (обратная связь)

1. Принципы паллиативной помощи;

2. Цели и задачи помощи.

2-лекция

4.1. Тема: Принципы оказания паллиативной помощи и сестринского ухода.

4.2. Цель:

Применение основных задач медицинской помощи при организации ухода за онкологическими больными, этапов сестринского процесса и факторов лечения, а также основ паллиативной помощи онкологическим больным на сегодняшний день в Республики Казахстан. Освоение минимума клинического обследования и принципов их устранения для выявления синдромов снижения качества жизни у больных раком. Формирование навыков эффективного общения с больными раком, основанных на принципах медицинской этики и понимании роли и ответственности врача в обществе.

4.3. Тезисы лекции:

Основные принципы паллиативной помощи:

- любой человек, нуждающийся в паллиативной помощи, должен иметь возможность получить эту помощь;

- главный приоритет – не продолжительность, а качество жизни: уменьшение страданий и стремление к максимальному комфорту и самостоятельности пациента;

- индивидуальный подход к пациенту с учетом его потребностей и социального статуса;

- поддержка не только пациента, но и его близких как во время болезни, так и после смерти.

Люди, сталкивающиеся с тяжелыми заболеваниями, которые не удастся излечить, часто замыкаются в себе, теряются. Понимание того, что жизнь стремительно уходит иногда причиняет вреда и страданий больше, чем опухолевые или другие заболевания, поэтому больной нуждается не только в квалифицированной медицинской помощи, но и участии, а также организации быта, решении социальных проблем.

QONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс		044-80/11 () 6 стр из 56

Паллиативная медицинская помощь представляет собой комплекс мероприятий, направленных на улучшения качества жизни тяжелобольных пациентов. Врачи и медсестры, психологи и священнослужители, волонтеры и социальные работники стараются облегчить участь обреченного человека – уменьшить как физические страдания, за счет применения наркотических обезболивающих, так и душевные; максимально улучшить качество жизни больного. Паллиативная сестринская помощь играет особую роль. Довольно часто пациенту сложно довериться родным, так как он переживает, что разговорами о своей боли только огорчает их, расстраивает. С врачом больной общается редко – и во время приема много не расскажешь, особенно о душевном состоянии. Сестринский уход предполагает ежедневные визиты и частое общение, поэтому именно медсестры могут и выслушать пациента, и заметить изменения в состоянии пациентов.

Сестринское дело – обязанности при паллиативном уходе

В обязанности медицинской сестры при работе с тяжелобольными пациентами входит не только своевременное введение лекарственных препаратов, но и:

- постоянный мониторинг состояния подопечного, в том числе и отслеживание болевого синдрома;
- отслеживание основных симптомов – тошноты и других расстройств в работе ЖКТ, головокружения, помутнения ясности сознания и других;
- профилактика осложнений, вызванных малоподвижным образом жизни;
- психологическая и эмоциональная поддержка родственников и близких;
- общий уход за подопечным;
- обучение пациента, а также его близких способам помощи.

Длительное время при изучении сестринского дела не включались в программу вопросы, связанные с предоставлением именно паллиативной помощи. Такие медицинские услуги значительно отличаются от обязанностей медсестры. В частности, сестринский персонал должен уметь наблюдать, выявлять более важные аспекты для пациентов, при этом учитывать особенности характера больного, степень тяжести заболевания, наличие осложнений и сопутствующих недугов.

Правила и принципы

В рамках оказания сестринской помощи каждый работник должен:

- уважать жизнь;
 - понимать неизбежность смерти;
 - разумно использовать имеющиеся средства;
 - добродушно относится ко всем пациентам;
 - уважать мнение и решение больного, в том числе касающееся лечения и питания.
- Паллиативные больные, несмотря на оказание поддержки, имеют целый ряд психотерапевтических проблем: они испытывают собственную беспомощность, вину и беспокойство. Однако самое неприятное чувство – это страх. Страх боли, приближающейся смерти, наркотической зависимости.

Потому медсестры, которые предоставляют паллиативную помощь, должны знать основы психотерапевтического общения, а также уметь обучить методам присмотра родственников больного. Их задача своевременно информировать, предоставлять рекомендации и обучать близких пациента. В сестринском деле очень много аспектов, поэтому в оказании паллиативной поддержки должны принимать участие не просто сотрудники имеющие соответствующее образование, но и хорошо владеющие навыками психотерапевтического общения, то есть это далеко не те медработники, которые являются помощниками врача и имеют ограниченную профессиональную самостоятельность.

Правильно подобранный терапевтический комплекс, прекрасный уход, хорошее питание, нежное отношение, и болезнь словно дает человеку отпуск. Надолго ли? В

QNTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс		044-80/11 () 7 стр из 56

паллиативной медицине говорят осторожно: скорее месяцы, чем годы, дни - чем недели. Иногда речь идет о часах. Цель общего ухода - создание максимально комфортных условий для пациента. Медицинская сестра составляет план ухода, в котором учитываются привычки и пожелания больного. Хороший уход в паллиативной помощи является важным психологическим фактором, влияющим на настроение больного, желание жить, облегчает общение и взаимопонимание. Основными целями постоянного ухода являются: облегчение страданий больного от болей и других мучающих симптомов; психологическая помощь больному; создание системы поддержки больного, помогающей ему жить насколько возможно деятельно перед лицом надвигающейся смерти; психологическая помощь членам семьи больного во время болезни и после тяжелой утраты. При поступлении пациента в отделение паллиативной помощи или в стационар (хоспис) медицинская сестра составляет карту «предпочтений пациента». В карте отражено, что и в какое время пациент выполняет: просыпается, умывается, бреется, когда принимает душ, какое время дня любит, любимое занятие, любимая еда и напитки, в какое время ложится спать, курение и др. В карте отмечается, нужна ли больному помощь в проведении гигиенических процедур и в приеме пищи. Медицинская сестра объясняет и показывает ему, как пользоваться предметами ухода, кнопкой вызова, совместно с пациентом вырабатывает распорядок дня. Составление такой карты облегчает планирование ухода, позволяет избежать дублирования в сборе информации, обеспечивает преемственность в проведении ухода. Задачи медицинской сестры при оказании паллиативной помощи. общий уход; контроль над синдромами и симптомами; психологическая поддержка пациента и семьи; обучение пациента и семьи приемам само- и взаимопомощи. Этого можно достичь, если будет обращено внимание на решение следующих основных потребностей и проблем больного: облегчение боли и смягчение других тягостных симптомов; психологическая и духовная поддержка пациента; поддержание у пациента способности вести активную жизнь перед лицом надвигающейся смерти; создание системы поддержки в семье больного во время болезни и после кончины пациента; ощущение принадлежности семье (больной не должен чувствовать себя обузой); любви (проявления внимания к пациенту и общение с ним); понимание (идущее от объяснения симптомов и течения болезни и возможности поговорить о процессе умирания); принятие больного в обществе других людей (независимо от его настроения, общительности и внешнего вида); самооценка (обусловленная участием больного в принятии решений, особенно если возрастает его физическая зависимость от окружающих, когда надо найти возможность для больного не только получать, но и давать). Таким образом, качество и эффективность организации, применения и управления паллиативной помощью зависит от оптимального подбора кадров для работы в междисциплинарном коллективе, а также от его специализированного обучения и квалификации; от мобильности и полноценности межведомственного сотрудничества и партнерства, от оптимального выделения и перераспределения ресурсов (финансовых, материальных, кадровых и др.). А самое главное – желание людей обеспечить терминальных больных и умирающих медицинской помощью и уходом, реализовав на деле тем самым принцип гуманности нашей медицины и основной принцип общечеловеческой этики.

4. 4. Иллюстративный материал: 15-20 слайдов

4. 5. Литература:

На последней странице

4. 6. Контрольные вопросы (обратная связь)

1. Правила и принципы оказания паллиативной помощи;
2. Основные цели постоянного сестринского ухода.

OŇTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс		044-80/11 () 8 стр из 56

4.1. Тема : Стандарт организации паллиативной помощи населению Республики Казахстан.

4.2. Цель:

Применение основных задач медицинской помощи при организации ухода за онкологическими больными, этапов сестринского процесса и факторов лечения, а также основ паллиативной помощи онкологическим больным на сегодняшний день в Республики Казахстан. Освоение минимума клинического обследования и принципов их устранения для выявления синдромов снижения качества жизни у больных раком. Формирование навыков эффективного общения с больными раком, основанных на принципах медицинской этики и понимании роли и ответственности врача в обществе.

4.3. Тезисы лекции:

В соответствии с [пунктом 2](#) статьи 126 Кодекса Республики Казахстан от 27 ноября 2020 года № ҚР ДСМ-209/2020 "О здоровье народа и системе здравоохранения" Министром здравоохранения Республики Казахстан утвержден стандарт организации оказания паллиативной медицинской помощи

Стандарт организации оказания паллиативной медицинской помощи составлен из 8 глав:

Глава 1. Общие положения

Стандарт организации оказания паллиативной медицинской помощи разработан в соответствии с [пунктом 2](#) статьи 126 Кодекса Республики Казахстан от 7 июля 2020 года "О здоровье народа и системе здравоохранения" и устанавливает требования и правила к процессам организации оказания паллиативной медицинской помощи.

1. Паллиативная медицинская помощь оказывается в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (ГОВМП) по перечню заболеваний, определяемому уполномоченным органом согласно подпункту 7) [пункта 3](#) статьи 196 Кодекса, добровольного медицинского страхования, на платной основе, за счет средств благотворительных организаций.

2. Паллиативная медицинская помощь в амбулаторных, стационарозамещающих, стационарных условиях, а также на дому оказывается медицинскими, а также неправительственными организациями, имеющими лицензию на медицинскую деятельность на амбулаторно-поликлиническую, либо стационарную помощь и (или) стационарозамещающую помощь взрослому и (или) детскому населению в соответствии с [Законом](#) Республики Казахстан от 16 мая 2014 года "О разрешениях и уведомлениях".

3. Штаты медицинских организаций, оказывающих паллиативную медицинскую помощь, устанавливаются в соответствии с нормативами обеспеченности регионов медицинскими работниками, утвержденными согласно подпункту 39) статьи 7 Кодекса.

4. Обеспеченность койками для оказания паллиативной медицинской помощи предусматривается не менее 10 коек на 100 000 населения.

Глава 2. Структура организаций, оказывающих паллиативную медицинскую помощь

5. Паллиативная медицинская помощь осуществляется в специализированных структурных подразделениях (отделениях, палатах, койках) организаций здравоохранения, самостоятельных специализированных медицинских организациях (больницах сестринского ухода, хосписах) в стационарных, стационарозамещающих условиях и на дому, в том числе с использованием мобильных бригад.

6. Организации паллиативной медицинской помощи создаются в районных и областных центрах, городах республиканского значения и столице.

Глава 3. Задачи и направления деятельности организаций, оказывающих паллиативную медицинскую помощь

7. Основными задачами и направлениями деятельности организаций, оказывающих паллиативную медицинскую помощь, являются:

QNTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс		044-80/11 () 9 стр из 56

1) организация мероприятий, направленных на улучшение качества жизни пациентов с тяжелыми и неизлечимыми заболеваниями (состояниями);

2) облегчение боли и тяжелых проявлений заболевания (состояния) неизлечимо больного пациента при отсутствии показаний к проведению радикального лечения (инкурабельные пациенты);

3) обеспечение сестринского ухода за неизлечимо больным пациентом;

4) обучение членов семей и ухаживающих лиц основам сестринского ухода за неизлечимо больными пациентами на дому;

5) оказание персоналом медицинской организации психологического и социально-правового консультирования членов семьи пациента.

8. При оказании паллиативной медицинской помощи для поддержки пациентов и членов их семей в хосписе (отделении) и на дому предусматриваются должности социального работника и психолога.

Социальный работник осуществляет содействие в госпитализации, сопровождение пациентов в медицинские организации, обучение членов семьи пациента основам ухода, организацию и проведение медико-социального обследования, консультирование по социальным вопросам.

Психолог осуществляет социально-психологический патронаж, психологическую поддержку пациентов и совместно проживающих членов их семьи, поддержку в период смерти близкого человека, экстренную психологическую помощь.

Глава 4. Порядок организации оказания паллиативной медицинской помощи в стационарных и стационарозамещающих условиях

9. Паллиативная медицинская помощь оказывается на районном, городском, областном уровнях, а также в городах республиканского значения и столице с соблюдением принципов преемственности на всех этапах ее оказания и непрерывности наблюдения: на приеме врача, в дневном или круглосуточном стационаре, при вызове медицинского работника, МБ, активном патронаже медицинскими работниками, организации лечения на дому.

10. Врач, оказывающий паллиативную медицинскую помощь в амбулаторных, стационарозамещающих, стационарных условиях и на дому, осуществляют: прием, осмотр, составление плана паллиативной медицинской помощи, ее оказание, назначение выписки лекарственных средств, выполнение процедур и манипуляций, ведение учетной и отчетной документации в области здравоохранения, утвержденной согласно подпункту 31) статьи 7 Кодекса.

11. Для оказания паллиативной медицинской помощи пациенту в медицинских организациях областного уровня, а также в городах республиканского значения и столице создается МДГ.

В состав МДГ входят: врачи (врачи), профильные специалисты (онколог, фтизиатр, инфекционист, педиатр), средний (средние) медицинский (медицинские) работник (работники), психолог, специалист по социальной работе медицинской организации (социальный работник). Состав МДГ утверждается внутренним приказом медицинской организации.

МДГ проводит комиссионное обсуждение оказания паллиативной медицинской помощи пациенту после изучения его медицинских документов, результатов клинико-диагностических обследований и консультирование пациентов и специалистов медицинской организации по вопросам оказания паллиативной медицинской помощи, включая:

1) оценку физического и психологического состояния пациента;

2) составление и коррекцию индивидуального плана;

QONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	SKMA 1979	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»	044-80/11 ()	
Лекционный комплекс	10 стр из 56	

3) оказание паллиативной медицинской помощи, в том числе симптоматическое лечение тяжелых проявлений заболевания (состояния) и проведение медицинских вмешательств;

4) расчет дозировки лекарственных препаратов с определением плана их введения, в том числе назначение и применение ненаркотических, а также лекарственных препаратов, содержащих наркотические средства и психотропные вещества пациентам, согласно клиническим протоколам;

5) ведение учетной и отчетной документации, внесение данных в медицинские информационные системы организации.

Врач МДГ при выписке оформляет статистическую карту выбывшего из стационара по форме, утвержденной согласно подпункту 31) статьи 7 Кодекса, где указываются проведенный объем диагностических исследований, лечебных мероприятий и рекомендации по дальнейшему наблюдению и лечению, а также основам ухода на дому. Электронная версия выписки высылается в организацию ПМСП по месту прикрепления (фактического проживания).

При выписке из стационара, а также первичном установлении показаний для паллиативной медицинской помощи информация о больных, нуждающихся либо получающих паллиативную медицинскую помощь, вносится в медицинскую информационную систему медицинской организации профильным специалистом или врачом ПМСП.

В случаях, если пациент проходил лечение в медицинской организации, оказывающей специализированную или паллиативную медицинскую помощь в стационарных или стационарозамещающих условиях, за пределами административно-территориальной единицы, где он прикреплен, при выписке пациенту, получающему лекарственные препараты, содержащие наркотические средства и психотропные вещества, и нуждающемуся в продолжении лечения на дому, выдаются одновременно с выпиской из истории болезни лекарственные препараты, содержащие наркотические средства и психотропные вещества в соответствии с Правилами использования в медицинских целях наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Республике Казахстан, утвержденными приказом Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 26 января 2015 года № 32.

12. Показаниями для госпитализации неизлечимо больных пациентов в организации, оказывающие паллиативную медицинскую помощь в стационарных условиях, являются:

1) необходимость подбора или коррекция поддерживающей, противоболевой терапии в условиях круглосуточного наблюдения для последующего перевода больного на лечение в амбулаторных условиях;

2) необходимость симптоматического лечения тяжелых проявлений заболевания (состояния) в условиях круглосуточного наблюдения;

3) необходимость проведения медицинских вмешательств, осуществление которых невозможно в амбулаторных, стационарозамещающих условиях, в том числе на дому.

13. В условиях хосписа (отделения) к пациенту предоставляется круглосуточный доступ членов семьи и ухаживающих лиц.

14. Госпитализация больных в стационарозамещающие и стационарные условия, в том числе для оказания паллиативной медицинской помощи осуществляется через Портал бюро госпитализации.

Глава 5. Порядок организации оказания паллиативной медицинской помощи в амбулаторных условиях и на дому

QNTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс		044-80/11 () 11 стр из 56

15. Врач ПМСП после получения информации о пациенте, нуждающемся или получающем паллиативную медицинскую помощь из числа прикрепленного населения, осуществляет:

- 1) плановое посещение (актив на дому 1 раз в месяц);
- 2) своевременный вызов мобильной бригады для оказания паллиативной медицинской помощи;
- 3) организацию своевременного получения паллиативной медицинской помощи в стационарных, стационарозамещающих условиях и на дому при наличии показаний;
- 4) оформление документов для проведения медико-социального обследования с целью первичного или вторичного освидетельствования при стойких нарушениях функций организма для дальнейшего установления инвалидности;
- 5) ведение учетной и отчетной документации, внесение данных в медицинские информационные системы организации.

При необходимости получения помощи на дому от пациента, прикрепленного к медицинской организации ПМСП и нуждающегося в паллиативной помощи, регистрируется заявка в медицинской информационной системе организации. После получения заявки врач ПМСП оценивает критичность срочности выезда.

При плановом осмотре врач ПМСП осуществляет активное посещение пациента на дому. Плановое посещение пациента на дому осуществляется врачом не менее 1 раза и не менее 4 раз средним медицинским работником в месяц.

16. Для лечения пациентов при наличии медицинских показаний используются как медикаментозные, так и немедикаментозные методы купирования боли и других тяжелых проявлений заболевания (состояния).

17. Пациенты, нуждающиеся в паллиативной медицинской помощи, обеспечиваются лекарственными препаратами, содержащие наркотические средства и психотропных вещества для облегчения боли и тяжелых проявлений заболевания (состояния) неизлечимо больного пациента.

Деятельность медицинских организаций в сфере оборота наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров, которая осуществляется на основании соответствующих лицензий и (или) приложений к лицензиям, в соответствии с Законом Республики Казахстан "О разрешениях и уведомлениях".

18. В случае приема пациентом лекарственных препаратов, содержащих наркотические средства свыше трех месяцев, врач ПМСП выносит на рассмотрение врачебно-консультативной комиссии медицинской организации с участием МБ вопрос по дальнейшей противоболевой терапии.

19. Медицинские работники информируют пациента или его законных представителей о проводимом лечении, включая название медикаментов, показаний для назначения, дозировки, условий хранения, действий при обнаружении побочных эффектов, по соблюдению порядка и режима приема препаратов, условий продолжения лечения данным препаратом, позволяя ему участвовать в процессе принятия решения.

20. Направление больных злокачественными новообразованиями в медицинские организации, оказывающие паллиативную медицинскую помощь при гистологически неподтвержденном диагнозе, осуществляется по совместному решению МБ и ВКК медицинской организации, в которой проводится наблюдение и лечение пациента.

21. При наличии показаний и возможности самостоятельного посещения пациентом медицинской организации больному, на амбулаторном уровне паллиативная медицинская помощь оказывается на приеме или в стационарозамещающих условиях.

QNTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс		044-80/11 () 12 стр из 56

22. При отсутствии возможности самостоятельного посещения пациентом медицинской организации больному оказывают паллиативную медицинскую помощь на дому.

Показаниями для оказания паллиативной медицинской помощи в стационарозамещающих условиях на амбулаторном уровне и на дому являются:

- 1) подбор или коррекция поддерживающей, противоболевой терапии;
- 2) симптоматическое лечение тяжелых проявлений заболевания (состояния);
- 3) проведение врачебных манипуляций и сестринских процедур;
- 4) отсутствие хосписов, отделений (коек) для паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях.

23. При ухудшении состояния пациента, возникновении осложнений, оказание паллиативной медицинской помощи передается МБ.

Глава 6. Порядок организации оказания паллиативной медицинской помощи мобильными бригадами

24. МБ предназначены для оказания паллиативной медицинской помощи (в том числе дистанционно) в амбулаторных условиях и на дому, формируются на базе любых медицинских организаций и утверждаются внутренним приказом медицинской организации.

25. Выезд МБ осуществляется врачебными бригадами или фельдшерскими (сестринскими) с использованием специализированного или неспециализированного автомобиля, обеспечивающего своевременную доставку бригады к месту обслуживания пациента с соблюдением санитарно-эпидемиологических требований, в часы работы организации ПМСП.

В состав МБ входят: врач (врачи), средний (средние) медицинский (медицинские) работник (работники), психолог, специалист по социальной работе медицинской организации (социальный работник).

Первый выезд МБ осуществляет врач и (или) фельдшер в сопровождении медицинской сестры в течение суток после приема заявки. Последующие вызовы для оказания паллиативной медицинской помощи, связанные с данной заявкой, в зависимости от тяжести состояния и потребности пациента, осуществляются отдельными членами МБ.

Работа МБ осуществляется под руководством врача. В условиях ограниченных ресурсов, минимальный состав МБ включает врача (фельдшера) и медицинскую сестру, прошедших соответствующую подготовку по паллиативной помощи.

В целях повышения эффективности паллиативной помощи в МБ привлекаются другие медицинские специалисты, волонтеры.

26. МБ осуществляют:

- 1) оказание паллиативной медицинской помощи, в том числе симптоматическое лечение тяжелых проявлений заболевания (состояния) и проведение медицинских вмешательств на дому;
- 2) составление индивидуального плана ведения пациента и мониторинг за состоянием больного, в том числе с применением дистанционных медицинских услуг;
- 3) назначение лекарственных препаратов, в том числе содержащих наркотические средства, психотропные вещества и их прекурсоры (в медицинской организации и на дому);
- 4) подбор или коррекцию поддерживающей, противоболевой терапии на дому;
- 5) проведение врачебных вмешательств и процедур сестринского ухода;
- 6) обучение членов семей и ухаживающих лиц основам сестринского ухода за неизлечимо больными пациентами на дому;

QNTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс		044-80/11 () 13 стр из 56

7) направление пациента при наличии показаний в медицинскую организацию, оказывающую паллиативную медицинскую помощь в стационарных условиях.

27. В организации, оказывающей услуги МБ, предусматриваются в соответствии с назначением следующие помещения (зоны):

- 1) зона приема звонков бригадами (call-центр) и связи с выездными МБ;
- 2) помещение (зона) для хранения медицинского оснащения бригад, комплектации медицинских упаковок и текущего запаса медикаментов;
- помещение (зона), оборудованное мойкой, для проведения санитарной обработки медицинских сумок, использованных инструментов и материалов; помещение для хранения запаса лекарственных препаратов.

Глава 7. Порядок организации дистанционного оказания паллиативной медицинской помощи

28. Дистанционные услуги для оказания паллиативной медицинской помощи оказываются согласно статье 129 Кодекса.

29. На амбулаторном уровне дистанционно оказываются следующие услуги:

- 1) мониторинг за состоянием больного;
- 2) консультирование пациентов членами МДГ;
- 3) выписка рецептов.

30. Работниками МБ дистанционно проводится консультирование членов семей и ухаживающих лиц по основам сестринского ухода за неизлечимо больными пациентами на дому.

31. Неизлечимо больным пациентам и членам их семей в дистанционной форме оказывается индивидуальное психологическое консультирование, а также консультирование социальным работником медицинской организации.

Глава 8. Порядок оказания паллиативной медицинской помощи детям

32. Для обеспечения качества и непрерывности оказания паллиативной медицинской помощи детям соблюдается постоянное взаимодействие участников МДГ, МБ и специалистов ПМСП.

33. Заболевания, при которых детям оказывается паллиативная медицинская помощь:

- 1) заболевания, при которых радикальное лечение неэффективное;
- 2) заболевания, ограничивающие срок жизни, при которых интенсивное лечение улучшает качество жизни;

3) прогрессирующие заболевания, при которых паллиативная медицинская помощь оказывается с самого начала;

4) заболевания с развитием осложнений при неврологических расстройствах.

34. Ребенок обеспечивается психосоциальной помощью соответствующей его возрасту.

Психологическая поддержка семьи, братьев и сестер осуществляется при затянувшемся течение болезни.

35. Медицинский работник проходит соответствующее обучение оказанию паллиативной медицинской помощи в педиатрии.

4. 4. Иллюстративный материал: 15-20 слайдов

4. 5. Литература:

На последней странице

4. 6. Контрольные вопросы (обратная связь)

1. Структура организаций, оказывающих паллиативную медицинскую помощь;
2. Задачи и направления деятельности организаций, оказывающих паллиативную медицинскую помощь;
3. Порядок организации дистанционного оказания паллиативной медицинской помощи;

QNTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»	044-80/11 ()	
Лекционный комплекс	14 стр из 56	

4. Порядок оказания паллиативной медицинской помощи детям.

4-лекция

4.1. Тема : Методы используемые в паллиативной медицины.

4.2. Цель:

Применение основных задач медицинской помощи при организации ухода за онкологическими больными, этапов сестринского процесса и факторов лечения, а также основ паллиативной помощи онкологическим больным на сегодняшний день в Республики Казахстан. Освоение минимума клинического обследования и принципов их устранения для выявления синдромов снижения качества жизни у больных раком. Формирование навыков эффективного общения с больными раком, основанных на принципах медицинской этики и понимании роли и ответственности врача в обществе.

4.3. Тезисы лекции:

Методы паллиативной медицины в онкологии

Паллиативная хирургия

Паллиативные хирургические вмешательства проводят при неоперабельных опухолях, чтобы улучшить состояние пациента. Например, хирург может удалить злокачественную опухоль, если она вызывает боль, кровотечение, перекрывает просвет полого органа. При этом рак не удаляют полностью: злокачественные клетки остаются в организме, человек по-прежнему болен, но его состояние улучшается.

В последнее время становятся всё более распространены паллиативные малоинвазивные операции. Например, при опухолевой обструкции в клинике часто прибегают к стентированию. Стент – это полая трубка с сетчатой стенкой из металла или полимерного материала. Ее устанавливают в заблокированной опухолью участке органа, чтобы восстановить его проходимость. Стентирование проводят во время эндоскопических процедур, без разрезов на коже. Стенты можно устанавливать в разные органы: кишечник, пищевод, мочеточники, желчевыводящие, дыхательные пути.

Паллиативная противоопухолевая терапия

При поздних стадиях рака, когда имеется неоперабельная опухоль, метастазы, противоопухолевая терапия зачастую становится основным методом лечения. Как правило, она не может излечить пациента и привести к ремиссии, но помогает продлить жизнь, уменьшить симптомы, улучшить состояние. Революция в онкологии произошла с появлением таких современных противоопухолевых средств, как таргетные препараты, иммунопрепараты из группы ингибиторов контрольных точек. Если в опухолевых клетках есть определенные молекулы-мишени, то эти препараты действуют намного эффективнее классических химиопрепаратов, вызывают меньше побочных эффектов, пациенты лучше их переносят.

Молекулярно-генетическое тестирование

В настоящее время большое значение в онкологии приобретают молекулярно-генетические характеристики злокачественных опухолей. Зная об активирующих мутациях и присутствии в раковых клетках определенных белков-мишеней, врач может назначить пациенту более эффективную терапию, которая существенно продлит жизнь и повысит ее качество:

Например, при меланоме на поздних стадиях химиопрепараты практически неэффективны, при этом часто вызывают выраженные побочные эффекты. А таргетные препараты и иммунопрепараты зачастую приводят к уменьшению злокачественного новообразования, симптомов, увеличивают продолжительность жизни.

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс		044-80/11 () 15 стр из 56

При определенных молекулярных типах рака легкого и почки таргетные препараты эффективно уменьшают боль. Иногда на фоне терапии опухоль уменьшается настолько, что ее получается удалить хирургическим путем.

При раке молочной железы определение молекулярно-генетических характеристик опухоли всегда имеет важное значение. Правильно подобранное лечение на поздних стадиях нередко позволяет продлить жизнь на годы, и при этом женщина живет обычной жизнью, не испытывает симптомов.

При поздних стадиях рака паллиативную противоопухолевую терапию назначают на неограниченно долгий срок. Пациент периодически проходит курсы лечения. Но со временем всегда развивается резистентность: опухоль становится устойчивой к препаратам и начинает снова прогрессировать. Однажды может возникнуть ситуация, когда уже не помогает ни одна стандартная схема лечения из протоколов. И в таких случаях молекулярно-генетическое тестирование тоже может помочь. Современный метод секвенирования нового поколения (NGS) позволяет «прочитать» ДНК опухолевых клеток, найти их уязвимые места и подобрать для пациента персональную терапию.

В клинике выполняются все виды генетических анализов при онкозаболеваниях.

Химиоэмболизация опухолей

При некоторых типах злокачественных опухолей проведение системной химиотерапии затруднено. Чтобы достичь нужной концентрации препарата в опухолевой ткани, нужно применять высокие дозы, а это грозит серьезными побочными эффектами. Например, это распространенная проблема при раке печени.

К счастью, есть методики, которые помогают доставить химиопрепарат непосредственно в опухоль и минимизировать его попадание в кровоток. К ним относится внутриартериальная химиотерапия – когда препарат вводят в кровеносный сосуд, питающий опухоль. Усовершенствованным видом этой методики является химиоэмболизация – когда вместе с химиопрепаратом в питающий опухоль сосуд вводят специальные эмболизирующие частицы. Они перекрывают просвет сосуда, нарушают приток крови и тем самым вызывают гибель опухолевых клеток.

В частности, при раке печени химиоэмболизация помогает: продлить жизнь больного на месяцы, а иногда и на годы; подарить больному, которому показана трансплантация печени, время, чтобы он мог дожидаться донорского материала.

Радиочастотная абляция метастазов под контролем КТ (РЧА)

В некоторых случаях пациенту противопоказана операция и лучевая терапия, возможности противоопухолевой терапии исчерпаны, но с заболеванием нужно бороться. При небольших опухолевых очагах оптимальным решением зачастую становится радиочастотная абляция, сокращенно РЧА. Во время процедуры в опухолевый узел под контролем компьютерной томографии вводят иглу-электрод и подают на нее электрический ток. Он буквально «сжигает» раковые клетки, не затрагивая окружающую здоровую ткань. Преимущества РЧА перед операцией в том, что это малоинвазивное вмешательство. Во время него вместо разреза делают всего один прокол иглой. Восстановительный период существенно короче, а эффект постепенно развивается в течение нескольких месяцев. РЧА применяют в определенных случаях при различных онкопатологиях: раке печени, почек, легкого, надпочечников, простаты, костей.

Имплантация венозных инфузионных порт-систем

При поздних стадиях рака химиотерапию обычно приходится проводить длительно, причем зачастую препарат нужно вводить внутривенно. Частые инъекции причиняют пациентам сильный дискомфорт. Химиопрепараты при повторных введениях повреждают эндотелий (внутреннюю выстилку) вен, приводят к воспалению (флебиту), образованию тромбов.

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс		044-80/11 () 16 стр из 56

Чтобы избежать этих проблем, в клинике применяют инфузионные порт-системы (венозные порты). Такой порт представляет собой небольшой резервуар, напоминающий по форме монету. Его подшивают под кожу, обычно в верхней части груди, и соединяют тонкой трубкой – катетером – с венозным сосудом. Одна из стенок порта представлена мембраной и после имплантации находится прямо под кожей. В дальнейшем, чтобы ввести препарат, нужно просто проколоть кожу и мембрану специальной иглой. Порт полностью находится под кожей, не заметен внешне, не требует специального ухода и не мешает носить одежду, мыться. Это позволяет пациенту комфортно переносить курсы длительного лечения и снижает риск развития осложнений из-за внутривенного введения препаратов.

Нейролизис

Медикаментозные препараты, в том числе наркотические анальгетики, не всегда помогают справиться с упорным мучительным болевым синдромом. В таком случае показано хирургическое вмешательство. Проводят нейролизис (невролиз) – разрушение нервных структур, ответственных за болевую импульсацию. Разрушить болевой нервный путь можно разными способами:

Химический нейролизис предусматривает использование различных веществ, обычно этанола.

Криодеструкция – разрушение нерва холодом.

Радиочастотная абляция – этот метод был описан выше. Как и опухолевые очаги, нерв, ответственный за болевые импульсы, можно разрушить током высокой частоты.

Обычно во время нейролизиса не нужно делать разрезов. На нервные структуры воздействуют с помощью иглы, введенной под контролем УЗИ или КТ через кожу (транскутанный нейролизис) или стенку внутренних полых органов, например, желудка (трансгастральный нейролизис). Например, в онкологии часто прибегают к нейролизису чревного сплетения, в частности, при болях, вызванных злокачественными опухолями поджелудочной железы. Это позволяет добиться стойкого обезболивающего эффекта и не принимать постоянно наркотические анальгетики.

4. 4. Иллюстративный материал: 15-20 слайдов

4. 5. Литература:

На последней странице

4. 6. Контрольные вопросы (обратная связь)

1. Паллиативная хирургия. Паллиативная противоопухолевая терапия;
2. Химиоэмболизация опухолей;
3. Молекулярно-генетическое тестирование;
4. Радиочастотная абляция метастазов под контролем КТ (РЧА).

5-лекция

4.1. Тема: Удовлетворение потребностей в оказании помощи на дому.

4.2. Цель:

Применение основных задач медицинской помощи при организации ухода за онкологическими больными, этапов сестринского процесса и факторов лечения, а также основ паллиативной помощи онкологическим больным на сегодняшний день в Республики Казахстан. Освоение минимума клинического обследования и принципов их устранения для выявления синдромов снижения качества жизни у больных раком. Формирование навыков эффективного общения с больными раком, основанных на принципах медицинской этики и понимании роли и ответственности врача в обществе.

4.3. Тезисы лекции:

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс		044-80/11 () 17 стр из 56

«Медицинской сестре часто приходится в стационаре и на дому осуществлять уход за маломобильным пациентом. Она должна обеспечить выполнение пациентом назначенного режима двигательной активности, объяснить его значение и роль». У маломобильного пациента нарушено удовлетворение следующих потребностей: - двигаться; - дышать; - питаться; - выделять; - спать; - отдыхать; - работать; - учиться; - общаться; - избегать опасность; - быть здоровым. «Основными проблемами лежащих пациентов является: развитие пролежней, нарушение дыхания (застойные явления в лёгких), нарушение мочевыделения, нарушение аппетита и запоров, гипотрофия мышц и образование контрактур, нарушение сна. На первом этапе сестринского процесса медицинская сестра собирает всю информацию по выявлению его проблем». «Осуществляя уход, медицинская сестра должна благожелательно и внимательно расспросить пациента о том, что его беспокоит, чего бы он хотел и что ему мешает. Во время общения с пациентом важно внимательно следить за ним: часто мимика, интонация, телодвижение скажут больше, чем слова». «Важное значение в эффективности ухода имеет не только умение медицинской сестры, но и её моральные и нравственные качества. У больного человека меняется характер мышления, глубина переживаний, сила психоэмоционального напряжения по отношению к самому себе и окружающим. Длительное, хроническое заболевание является тяжёлой психической и физической травмой, что ухудшает физическое состояние и самочувствие может привести к серьёзным сдвигам в психоэмоциональной сфере. Медицинская сестра должна прилагать все усилия, чтобы помочь пациенту преодолеть тягостные ощущения, отвлечь от чрезмерного внимания к заболеванию».

Организация сестринского ухода на дому для решения проблем пациентов.

«Сестринский уход за лежащими пациентами включает:

1. обеспечение физического и психического покоя для создания комфорта, уменьшения действия раздражителей;
2. контроль соблюдения постельного режима для создания физического покоя, профилактики осложнений;
3. изменение положения больного через 2 ч для профилактики пролежней;
4. проветривание комнаты для обогащения воздуха кислородом;
5. контроль состояния пациента (измерение температуры, АД, подсчет пульса, частоты дыхания) для ранней диагностики осложнений и своевременного оказания неотложной помощи;
6. контроль физиологических отпавлений (стул, мочеиспускание) для профилактики запоров, отеков, образования конкрементов в почках;
7. мероприятия по соблюдению личной гигиены для создания комфорта;
8. уход за кожей для профилактики пролежней, опрелостей;
9. смена нательного и постельного белья для создания комфорта, профилактики осложнений;
10. кормление пациента, помощь при кормлении для обеспечения жизненно важных функций организма;
11. обучение родственников мероприятиям по уходу для обеспечения комфорта пациенту;
12. создание атмосферы оптимизма для обеспечения максимально возможного комфорта;
13. организация досуга пациента для создания максимально возможного комфорта и благополучия;
14. обучение приемам самоухода для поощрения, мотивации к действию;
15. проведение реабилитационных мероприятий (лечебной физкультуры, массажа и др.) для восстановления нарушенных функций организма».

«Уход на дому является продолжением ухода за пациентом в стационаре. Работая в домашних условиях с пациентами, медсестра обязана хорошо владеть всеми практическими

QONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс		044-80/11 () 18 стр из 56

навыками ухода за больными и обучить родственников необходимым навыкам по уходу за маломобильным пациентом. Задачей медицинской сестры, при работе с пациентами на дому необходимо владеть практическими навыками ухода и обучать родственников необходимым навыкам по уходу за лежачими пациентами. Обучить пациента дыхательной гимнастики». «Важное значение имеет контроль качества ухода на всех этапах. Руководит организацией ухода на дому обычно участковый терапевт или семейный врач, который назначает пациенту режим, диету, лекарственные средства. Медицинская сестра выполняет все манипуляции по уходу за больными на дому. Основными помощниками медицинской сестры по уходу являются родственники пациента, работу которых организует медицинская сестра. Мероприятия по уходу: - выполнение назначений и манипуляций; - обучение пациента и родственников манипуляционной технике при уходе на дому. Мероприятия по уходу, которые осуществляет медперсонал вместе с родственниками: - применение лекарственных средств по назначению лечащего врача, четкое и своевременное выполнение всех медицинских процедур и назначений - проведение с пациентом реабилитационных мероприятий: гимнастику, дыхательные упражнения, массаж и др. - создание для пациента удобства и комфорт. - создание благоприятного психологического климата в процессе ухода. Мероприятия по уходу, которые осуществляют родственники (после обучения): - после обучения медперсоналом и с коррективкой на всех этапах, родственники осуществляют непрерывное наблюдение за динамикой самочувствия пациента и за его состоянием; - кормление пациента, с соблюдением установленной лечащим врачом индивидуальной диеты; - личную гигиену пациента: ежедневный утренний и вечерний туалет пациента, уход за кожей и влажные обтирания пациента, смену нательного и постельного белья, подмывание тяжелобольного, уход за полостью рта, за глазами, за носом, за ушами. Уход за волосами, мытье ног в постели, профилактику пролежней и др.; - по показаниям - простейшие физиотерапевтические процедуры (постановка банок и горчичников, постановка согревающего компресса, применение грелки, подача пузыря со льдом, ножные ванны и др.); - организация досуга пациента». «Целями ухода за маломобильными пациентом являются:

- 1) создание физического, социального, психологического комфорта;
 - 2) уменьшение выраженности клинических проявлений заболеваний;
 - 3) профилактика возможных осложнений;
 - 4) установление психологического контакта, выявление нарушенных потребностей».
- «Режим физической активности зависит от тяжести заболевания. Положение пациента в постели может быть: активным (если он способен самостоятельно поворачиваться, вставать, сидеть, ходить), пассивным (если пациент не может сам двигаться, и сохраняет то положение, которое ему придали); вынужденное (когда пациент занимает положение, облегчающее его страдания). Пассивное положение наблюдается при нарушениях мозгового кровообращения. Вынужденное положение, может быть сидячее или полусидячее при одышке. При некоторых заболеваниях пациенты нуждаются в длительном постельном режиме. Такой режим обеспечивает не только более экономное использование жизненных сил пациента, так как снижаются резервные возможности жизненно важных органов (кровообращения, дыхания), но и равномерное и постоянное тепло, что важно при воспалительных заболеваниях. Длительное соблюдение физического покоя, замедляется кровотоков, что может привести к тромбозу сосудов и вызвать инфаркт внутренних органов или инсульт. Постельный режим и неподвижность даже в течение суток, например, после операции, способны вызвать застой в легких и развитие воспаления». «Физическая реабилитация пациентов является частью комплекса поэтапных мероприятий, направленных на восстановление здоровья. Движение или мышечная активность, обладает

QONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс		044-80/11 () 19 стр из 56

очень мощным раздражающим фактором на весь организм, на все системы и органы. В настоящее время врачи сокращают сроки строгого постельного режима даже при таком заболевании как инфаркт миокарда.

Удовлетворение потребностей в оказании помощи в домашних условиях

Другой немаловажный вопрос: возможно ли путем улучшения координации помощи создать необходимые условия для того, чтобы умирающий человек мог провести последние часы и минуты жизни у себя дома, если таково его желание. Проведенные испытания различных подходов к координации больничных и коммунальных служб показывают, что имеется возможность оказать помощь в большем проценте случаев, когда люди выражают желание умереть у себя дома. Имеются фактические данные, свидетельствующие о том, что обеспечение хорошо скоординированной поддержки позволяет также облегчить положение родственников, осуществляющих уход за больным. «Нарушение потребности пациентов в движении – это болезнь, но каждый человек должен стремиться быть здоровым. Миссия медицинской сестры заключается в оказании помощи конкретным людям, семьям и группам людей в достижении ими физического, умственного и социального здоровья в условиях окружающей их среды». «Такие качества как чуткость, отзывчивость, доброта, сердечность, забота, внимание, требуется от медицинских работников, ежечасно в повседневной работе и при осуществлении ухода за тяжелыми больными. Такие пациенты бывают в тягость окружающим, а нередко самим себе. Уход за ними требует огромного терпения, такта и сострадания». «Уход за пациентами являются обязательной составной частью всего процесса лечения, влияющего в немалой степени на его эффективность.

Обучение уходу на дому за маломобильными пациентами является одной из важных задач оздоровления нашего общества, так как основная причина длительной болезни маломобильных пациентов – неправильный уход. Нередко маломобильным пациентам, выписанным из стационара на долечивание домой, помощь по уходу в нужном объеме не оказывается или оказывается «неграмотный» уход, что приводит к тяжелым вторичным заболеваниям и даже к смерти пациентов». «Необходимо грамотно и доходчиво обучать родственников, оказывающих уход за маломобильным пациентом на дому. Эта задача возложена на медперсонал поликлиники/ амбулатории, к которой прикреплен пациент. Необходимо так же повышать и профессиональный уровень медперсонала. Цель медицинской сестры при уходе за пациентом на дому – грамотно организовать уход за маломобильным пациентом, что бы помочь восстановить, насколько позволяет состояние пациента, нарушенную потребность. Если невозможно восстановить нарушенную потребность полностью, то необходимо помочь человеку восстановить нарушенную потребность хотя бы частично и вернуть его к полноценной жизни».

- Необходимо обучение пациента (гигиена кашля).
- Образцы мокроты следует собирать в хорошо проветриваемых помещениях или на свежем воздухе; если у пациента много мокроты, ее собирают в емкость с крышкой, которая регулярно меняется.
- Осуществляются симптоматическое лечение и целостная поддержка пациента.
- Больные туберкулезом, находящиеся на паллиативной медицинской помощи, не посещают общественные места, не пользуются общественным транспортом.

прежде всего сахарного диабета, болезней сердечно-сосудистой системы, психоневрологических расстройств, а также оказание ургентной помощи при различных терапевтических и хирургических заболеваниях, осложнениях течения туберкулеза (легочное кровотечение и спонтанный пневмоторакс, формирование хронического легочного сердца).

Забота об умирающем на дому может представлять значительные трудности для членов его семьи. Если семья решит, что больной должен умереть у себя дома, следует обеспечить

QONTUSTIK-KAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SKMA — 1979 —	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»			044-80/11 ()
Лекционный комплекс			20 стр из 56

услуги сиделки. Если уход на дому невозможен, необходимо обеспечить уход за умирающим в больнице.

Основные мероприятия:

- инфекционный контроль;
- устранение дыхательной и легочно-сердечной недостаточности;
- устранение болей;
- дополнительное питание;
- продолжение применения вспомогательных препаратов;
- санация ротовой полости;
- профилактика неподвижности, болей и контрактур в суставах и мышцах у лежащих больных;
- профилактика пролежней.

Оказание паллиативной помощи больным туберкулезом

При терминальном состоянии пациента персонал должен:

- разговаривать спокойно и быть сострадательным;
- наблюдать за пациентом;
- слушать его и разговаривать с ним;
- перемещаться медленно.

Очень важным компонентом паллиативной медицинской помощи является умение сообщить о смерти родственникам. Однако большая часть медицинского персонала не имеет в этом специальной подготовки. Для этого случая нужны особые навыки, которые требуют практики.

Смерть человека, как и его рождение, — уникальный процесс. Это большая честь, что мы приглашены принять участие в нем. Это является обязанностью каждого из нас, сделать так, чтобы этот процесс был хорошим и уникальным.

4. 4. Иллюстративный материал: 15-20 слайдов

4. 5. Литература:

На последней странице

4. 6. Контрольные вопросы (обратная связь)

1. Организация сестринского ухода на дому для решения проблем пациентов;
2. Удовлетворение потребностей в оказании помощи в домашних условиях.

6-лекция

4.1. Тема : Организация работы мобильных бригад и многопрофильных групп специалистов по оказанию паллиативной помощи.

4.2. Цель:

Применение основных задач медицинской помощи при организации ухода за онкологическими больными, этапов сестринского процесса и факторов лечения, а также основ паллиативной помощи онкологическим больным на сегодняшний день в Республики Казахстан. Освоение минимума клинического обследования и принципов их устранения для выявления синдромов снижения качества жизни у больных раком. Формирование навыков эффективного общения с больными раком, основанных на принципах медицинской этики и понимании роли и ответственности врача в обществе.

4.3. Тезисы лекции:

Мобильные бригады паллиативной медицинской помощи — выездные группы по оказанию паллиативной медицинской помощи. Мобильные бригады предназначены для оказания паллиативной медицинской помощи (в том числе дистанционно) в амбулаторных условиях и на дому, формируются на базе любых медицинских

QONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс		044-80/11 () 21 стр из 56

организаций и утверждаются внутренним приказом медицинской организации. Выезд мобильных бригад осуществляется врачебными бригадами или фельдшерскими (сестринскими) с использованием специализированного или неспециализированного автомобиля, обеспечивающего своевременную доставку бригады к месту обслуживания пациента с соблюдением санитарно-эпидемиологических требований, в часы работы организации ПМСП (Первичная медико-санитарная помощь).

В состав мобильных бригад входят: врач (врачи), средний (средние) медицинский (медицинские) работник (работники), психолог, специалист по социальной работе медицинской организации (социальный работник).

Первый выезд мобильных бригад осуществляет врач и (или) фельдшер в сопровождении медицинской сестры в течении суток после приема заявки. Последующие вызовы для оказания паллиативной медицинской помощи, связанные с данной заявкой, в зависимости от тяжести состояния и потребности пациента, осуществляются отдельными членами мобильных бригад.

Работа мобильных бригад осуществляется под руководством врача. В условиях ограниченных ресурсов, минимальный состав мобильных бригад включает врача (фельдшера) и медицинскую сестру, прошедших соответствующую подготовку по паллиативной помощи.

В целях повышения эффективности паллиативной помощи в мобильные бригады привлекаются другие медицинские специалисты, волонтеры.

Мобильные бригады осуществляют:

1) оказание паллиативной медицинской помощи, в том числе симптоматическое лечение тяжелых проявлений заболевания (состояния) и проведение медицинских вмешательств на дому.

2) составление индивидуального плана ведения пациента и мониторинг за состоянием больного, в том числе с применением дистанционных медицинских услуг;

3) назначение лекарственных препаратов, в том числе содержащих наркотические средства, психотропные вещества и их прекурсоры (в медицинской организации и на дому);

4) подбор или коррекцию поддерживающей, противоболевой терапии на дому;

5) проведение врачебных вмешательств и процедур сестринского ухода;

6) обучение членов семей и ухаживающих лиц основам сестринского ухода за неизлечимо больными пациентами на дому;

7) направление пациента при наличии показаний в медицинскую организацию, оказывающую паллиативную медицинскую помощь в стационарных условиях.

В организации, оказывающей услуги мобильных бригад, предусматриваются в соответствии с назначением следующие помещения (зоны):

1) зона приема звонков бригадами (call-центр) и связи с выездными мобильными бригад;

2) помещение (зона) для хранения медицинского оснащения бригад, комплектации медицинских упаковок и текущего запаса медикаментов;

3) помещение (зона), оборудованное мойкой, для проведения санитарной обработки медицинских сумок, использованных инструментов и материалов; помещение для хранения запаса лекарственных препаратов.

Профессиональная паллиативная помощь осуществляется комплексно и включает работу специалистов из разных областей: медицинских сотрудников, психологов, юристов, социальных работников, педагогов и многих других. Этот подход позволяет оказывать всестороннюю помощь как ребенку, так и его семье, охватывая совокупность основных процессов, связанных с изменениями в их жизни, произошедшими в связи с болезнью

QNTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	SKMA 1979	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс		044-80/11 () 22 стр из 56

ребенка. Невозможно говорить о качественной паллиативной помощи, если реализуется только одно направление поддержки — социальное или психологическое. Представим, что семья болеющего ребенка регулярно получает все предназначенные для нее льготы, пособия, расходные материалы и т. п. Это не решает вопроса психологических трудностей и страданий семьи, связанных, к примеру, с отрицанием паллиативного статуса ребенка родителями или стадией психологического торга, на которой все ресурсы семьи направлены на поиск всевозможных альтернативных вариантов лечения. Точно так же помощь нельзя считать полноценной, если с семьей работает только психолог. Несмотря на то, что психологическая помощь и поддержка позволяют существенно снизить психоэмоциональное напряжение в период горевания, а также способна влиять на повышение уровня адаптации семьи к новым жизненным условиям в связи с болезнью ребенка, психолог не сможет компетентно ответить на вопросы, связанные с профессиональной деятельностью других специалистов: о течении заболевания, о способах медицинского ухода, о предоставляемых социальных льготах или юридических правах. Именно поэтому оказание паллиативной помощи и поддержки носит комплексный, мультидисциплинарный характер. При реализации такого подхода близкие родственники болеющего ребенка смогут больше времени и внимания уделять качеству его жизни, а не поиску средств к существованию или выживанию.

Вспомним пирамиду потребностей А. Маслоу: базовая потребность — в удовлетворении физических потребностей (сон, еда, воздух и т. д.), затем - в защищенности, затем - любовь, уважение, достоинство и самоактуализация. До того времени, пока не удовлетворены базовые потребности в безопасности и защите, а также в физическом комфорте, говорить о личностном развитии и социализации крайне сложно, так как основная психологическая задача в данном контексте - выжить. Тот же самый принцип действует и в паллиативной помощи. Оказание мультидисциплинарной помощи является для ребенка и его семьи опорой и поддержкой, помогающими шаг за шагом адаптироваться к жизни с учетом неизлечимого заболевания ребенка. При оказании паллиативной помощи осуществляется не только информирование семьи и ребенка о том, что происходит в текущем периоде, но и как может произойти в будущем и как с этим справляться; предоставляется право осознанного выбора пути и поддержка решения семьи и пациента в отношении объема помощи.

4. 4. Иллюстративный материал: 15-20 слайдов

4. 5. Литература:

На последней странице

4. 6. Контрольные вопросы (обратная связь)

1. Осуществление работы мобильных бригад;
2. Оказание паллиативной помощи специалистов из разных областей.

7-лекция

4.1. Тема: Организация паллиативной помощи тяжелобольным с онкологическими заболеваниями.

4.2. Цель:

Применение основных задач медицинской помощи при организации ухода за онкологическими больными, этапов сестринского процесса и факторов лечения, а также основ паллиативной помощи онкологическим больным на сегодняшний день в Республики Казахстан. Освоение минимума клинического обследования и принципов их устранения для выявления синдромов снижения качества жизни у больных раком. Формирование

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс		044-80/11 () 23 стр из 56

навыков эффективного общения с больными раком, основанных на принципах медицинской этики и понимании роли и ответственности врача в обществе.

4.3. Тезисы лекции:

Особенности оказания паллиативной медицинской помощи в онкологии

Одним из наиболее распространенных симптомов у онкологических больных является боль. Она беспокоит 20–50% пациентов с онкологическими заболеваниями и требует адекватного обезболивания. Другая распространенная проблема у онкопациентов, особенно при поздних стадиях рака – кахексия, или сильное истощение. Для борьбы с этим состоянием требуется адекватная оценка нутритивного статуса и нутритивная поддержка. При различных типах злокачественных опухолей развиваются такие осложнения, как кишечная непроходимость, механическая желтуха, асцит, экссудативный плеврит, анемия, лейкопения, нарушения в системе свертываемости крови и образование тромбов, кровотечения. Важно, чтобы лечением этих состояний занимались врачи в специализированной онкологической клинике. Наконец, еще одной большой группой состояний, требующих поддерживающей и паллиативной терапии, являются побочные эффекты лечения рака. Если оставить их без внимания, то они могут сильно снижать качество жизни.

Пациентам гарантированы только те виды помощи, на которые есть финансы у государства. По сути это только обезболивание, амбулаторное наблюдение и психологическая поддержка. А, например, если пациенту нужно выполнить паллиативную операцию, то эта нагрузка ложится на обычные онкологические клиники, ресурсы которых тоже ограничены. В целом система паллиативной помощи в нашей стране движется в правильном направлении, но пока еще находится на этапе становления. Ресурсов не хватает. К счастью, данное направление в последние годы активно развивают и частные клиники. За счет этого доступность качественной, комплексной паллиативной помощи для пациентов повышается.

Лечение онкологических заболеваний — это один из наиболее сложных аспектов медицинской помощи. В лечении принимают участие врачи разной специализации (например, терапевты, гинекологи или другие специалисты, химиотерапевты, онкологи-радиологи, хирурги и патоморфологи), а также многие другие работники здравоохранения (например, медсестры, рентгенологи, физиотерапевты, социальные работники и фармацевты). В планах лечения учитывается тип онкологического заболевания, включая место нахождения, стадию (насколько злокачественная опухоль крупная и как широко она распространилась), генетические характеристики, а также специфические характеристики человека, получающего лечение.

При принятии решений о лечении также учитывают другие факторы, включая:

- вероятность излечения или продления жизни, когда излечение невозможно;
- влияние лечения на симптомы;
- побочные эффекты лечения;
- пожелания человека.

Онкологические больные, получающие лечение, надеются на наилучший результат и на то, что они проживут как можно дольше с самым высоким уровнем качества жизни. Тем не менее, больным следует знать о рисках, связанных с лечением. Им следует обсуждать свои пожелания относительно медицинской помощи со всеми врачами, а также участвовать в принятии решений о лечении (и составлять письменные предварительные медицинские указания).

Как только у человека диагностируют онкологическое заболевание, основной целью лечения является полное удаление опухоли, если это возможно (при помощи одного метода лечения или сочетания хирургического вмешательства с лучевой

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс		044-80/11 () 24 стр из 56

терапией, химиотерапией и иногда другими методами лечения рака). Кроме того, лечение иногда направлено на уничтожение онкологических клеток в других частях тела, даже когда нет признаков этих клеток. Даже если излечение невозможно, симптомы, возникающие при онкологических заболеваниях, зачастую можно облегчить при помощи лечения, что позволяет улучшить качество жизни пациента (паллиативная терапия). Например, если невозможно удалить опухоль хирургическим путем, облучение опухоли может уменьшить ее, временно облегчив боль и симптомы в непосредственной близости от опухоли (местные симптомы). Поскольку методы лечения сложны, были разработаны специфические подходы к лечению, называемые протоколами лечения, чтобы больные могли получать наиболее безопасную и эффективную помощь. Протоколы лечения применяются для того, чтобы больные получали стандартное лечение, разработанное на основе тщательных научных экспериментов. Протоколы, как правило, разрабатываются и совершенствуются в ходе клинических исследований. Клинические исследования позволяют врачам сравнивать новые препараты и комбинации методов лечения со стандартными процедурами лечения, чтобы определить, являются ли новые методы лечения более эффективными. Часто онкологическим больным предоставляется возможность участвовать в таких исследованиях, но не все онкологические больные соответствуют критериям участия в клиническом исследовании.

В повседневной жизни уходом в медицинском смысле понимается удовлетворение базовых потребностей больного человека и оказание ему помощи. Основные потребности – это еда и питье, чистота, доступная двигательная активность, опорожнение мочевого пузыря и кишечника. Уход предполагает создание комфортных условий для больного дома или в стационаре, которые бы включали в себя спокойную психологическую обстановку, чистую удобную кровать, регулярную смену белья. Помимо общего выделяют уход специальный, который может отличаться в зависимости от типа заболевания. Свои особенности имеются при уходе за послеоперационными больными, за тяжелооблегченными, онкологическими, с сердечно-сосудистыми и другими заболеваниями.

Основные принципы общего ухода за больными

Организация ухода во многом зависит от того, где больной проходит лечение или реабилитацию – на дому или в условиях больничного стационара. Но и в том, и в другом случае действует ряд общих принципов:

- Организует и контролирует уход врач, который дает подробные указания, касающиеся приема лекарств, диеты, физической активности.
 - Обеспечивают уход за больным медицинские сестры, сиделки, родственники пациента.
 - Соблюдение лечебно-охранительного режима, являющегося залогом спокойствия и комфорта больного. Здесь подразумевается бережное отношение к личности больного, неукоснительное выполнение рекомендаций врача относительно режима, физической активности, питания.
 - Поддержание санитарно-гигиенического режима, включающего комплекс мероприятий, нацеленных на предупреждение возникновения и распространения инфекций.
- Важно обеспечить больному возможность самостоятельных действий. Это оказывает благоприятное влияние на самочувствие пациента и его настроение, придает больному уверенность и силы. Простейшие задачи – включить-выключить свет настольной лампы, взять книгу с тумбочки – способны заметно улучшить ситуацию и настроение больного.

КАКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ВКЛЮЧАЕТ ОБЩИЙ УХОД?

В рамках общего ухода выполняются мероприятия, которые необходимы больным всех категорий, независимо от характера заболевания:

- Прием медицинских препаратов по рецептам, выданным лечащим врачом.

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ  SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»	
Кафедра «Сестринское дело-2»	044-80/11 ()
Лекционный комплекс	25 стр из 56

- Организация правильного и своевременного питания. При необходимости – оказание больному помощи в приеме пищи.
- Контроль за соблюдением режима дня: продолжительность сна, время подъема, бодрствования и отхода ко сну. Режим больного может быть строгим, предполагающим постоянное пребывание в кровати в горизонтальном положении, либо полупостельным, а также общим, ни в чем не ограничивающим передвижения больного.
- Регулярная влажная уборка помещения, в котором находится больной.
- Устройство удобной постели.
- Помощь в выполнении гигиенических процедур – умываний, чистки зубов, мытья головы. Руки следует мыть перед каждым приемом пищи, ноги – 2-3 раза в неделю. Полноценный прием ванны или душа – раз в неделю.
- Облегчение страданий больного, вселение в него желания бороться с болезнью.
- Наблюдение за функционированием организма, измерение показателей температуры, давления, пульса и т.п.
- Профилактика осложнений, таких как пролежни, пневмония, контрактуры.

ОСОБЕННОСТИ ОБЩЕГО УХОДА ЗА ПОЖИЛЫМИ И ПРЕСТАРЕЛЫМИ БОЛЬНЫМИ

Возрастные изменения в организме ухудшают работу всех систем и органов: снижается острота слуха и зрения, кожа становится менее эластичной. Да и сами заболевания в целом переносятся тяжелее, часто диагностируется не одна болезнь, а целый «букет», велика вероятность осложнений. При этом симптомы носят смазанный характер, трудно поддаются диагностике.

○ Лекарственная терапия

Действие лекарств на пожилых пациентов более слабое и менее эффективное. Выдача лекарственных препаратов требует от ухаживающих лиц большой осторожности. Нельзя выдавать лекарства на весь день, использовать сложные объяснения для разъяснения их принципа действия. Пожилые пациенты зачастую дезориентированы во времени и пространстве и могут легко перепутать или забыть полученную информацию.

○ Важность лечебно-охранительного режима

Для пациентов, которые находятся в пожилом и престарелом возрасте, чрезвычайно важно соблюдать режим сна и бодрствования. Своевременный отдых имеет принципиальное значение и его отсутствие может сделать бесполезной всю лекарственную терапию. Нередко «возрастные» пациенты страдают от бессонницы, спровоцированной частыми мочеиспусканиями. В этом случае следует позаботиться о том, чтобы ночью рядом с кроватью располагалось судно.

○ Уход за кожными покровами

Принципиальное значение этот пункт имеет не только при организации ухода за пожилыми людьми, но и лежачими пациентами. Нарушения микроциркуляции крови могут повлечь за собой паталогические процессы – образование экзем, пролежней, диабетической стопы и т.п. Следует использовать для одежды и белья мягкие натуральные ткани, смягчать сухие участки кожи кремами и маслами, не пропускать подмывания больного.

○ Отправление естественных надобностей

Один из самых деликатных моментов – помощь пожилому пациенту в отпращивании естественных нужд организма. Часто болезни пожилых пациентов влекут за собой частые мочеиспускания, нарушения функций кишечника, ведущие к запорам. Ставить клизмы в таких случаях не рекомендуется. Предпочтительней регулировать стул при помощи питания: включать в пищу продукты, обладающие слабительным эффектом – черносливы, свеклу, яблоки. Хорошо помогают слабительные сборы лекарственных трав.

QNTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	SKMA 1979	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»	044-80/11 ()	
Лекционный комплекс	26 стр из 56	

○ **Борьба с гиподинамией**

Отрицательно воздействует на здоровье и общее самочувствие малоподвижный образ жизни, который ведут многие пожилые пациенты. Телевизор для некоторых заслоняет весь мир. Поэтому важно организовать режим дня таким образом, чтобы в нем обязательно нашлось место для выполнения комплекса лечебных упражнений, и, если позволяет состояние здоровья, прогулки на свежем воздухе.

○ **Организация правильного питания**

Рацион пожилого человека, даже проходящего лечение, должен быть на 20-30% меньше рациона молодых людей. Снижение калорийности пищи достигается за счет уменьшения в ней содержания быстрых углеводов, которые содержатся в хлебе, конфетах, сладкой выпечке, картошке, рисе. Также рекомендуется снизить потребление животных жиров и соли. А вот ограничивать пациента в питье следует только при сильных отеках.

Домашние условия или специализированное учреждение?

Важный вопрос, который приходится решать родственникам тяжелобольных лежачих пациентов, – смогут ли они организовать достойный уровень ухода в домашних условиях?

При ответе на этот вопрос следует учитывать:

- тяжесть состояния пациента;
- требуется ли только общий уход или нужен еще и специализированный;
- обладаете ли вы необходимыми умениями и навыками;
- имеется ли возможность круглосуточного наблюдения, установления посменного дежурства силами родственников;

Достойной альтернативой уходу силами семьи является решение нанять сиделку, имеющую опыт по уходу за лежачими больными или людьми с ограниченными возможностями.

4. 4. Иллюстративный материал: 15-20 слайдов

4. 5. Литература:

На последней странице

4. 6. Контрольные вопросы (обратная связь)

1. Особенности оказания паллиативной медицинской помощи в онкологии;
2. Принципы лечения онкологических больных;
3. Основные принципы общего ухода за больными;
4. Какие мероприятия включает общий уход?

8-лекция

4.1. Тема: Хосписы. Проблемы в оказании хосписной паллиативной помощи.

4.2. Цель:

Применение основных задач медицинской помощи при организации ухода за онкологическими больными, этапов сестринского процесса и факторов лечения, а также основ паллиативной помощи онкологическим больным на сегодняшний день в Республики Казахстан. Освоение минимума клинического обследования и принципов их устранения для выявления синдромов снижения качества жизни у больных раком. Формирование навыков эффективного общения с больными раком, основанных на принципах медицинской этики и понимании роли и ответственности врача в обществе.

4.3. Тезисы лекции:

Хоспис - медико-социальное учреждение паллиативной для оказания помощи неизлечимым больным (преимущественно онкологическим) в последней стадии заболевания. Слово «Хоспис» пришло в английский язык из старофранцузского

QNTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс		044-80/11 () 27 стр из 56

(«Hospice»). Там оно, в свою очередь, образовалось от латинских слов Hospes и Hospitium (гостеприимство).

Одним из принципиальных положений концепции хосписа является ликвидация (уменьшение) боли при полном сохранении сознания. Боль никогда не носит чисто физического характера, не сводится к чисто физическим страданиям. Она связана и с душевыми страданиями. Психика человека изменяется, он начинает иначе воспринимать себя и окружающий мир. Его отношения с окружающими людьми ухудшаются. И, что самое главное, боль изменяет его восприятие смысла жизни. Важным аспектом проблемы обезболивания является передача среднему медицинскому персоналу хосписа широких полномочий по назначению анальгетиков. Такое сочетание систематического и свободного назначения анальгетиков позволяет уменьшить количество больных с болями.

Это достигается, прежде всего, атмосферой уважения его личности, удовлетворением его желаний, сохранением его связей с внешним миром, поддержанием в нем интереса к жизни.

Содружество психотерапевта с медицинским психологом, социальным работником, юристом совместно с лечащим врачом позволяют обеспечить психологический комфорт больному.

Исходя из выше написанного, основные положения концепции хосписов можно представить следующим образом:

- Хоспис оказывает помощь преимущественно онкологическим больным с выраженным болевым синдромом в терминальной стадии заболевания, подтвержденного медицинскими документами.
- Первичным объектом медико-социальной и психологической помощи в хосписе являются больной и его семья. Уход за больными осуществляет специально подготовленный медицинский и обслуживающий персонал, а также родственники больных и добровольные помощники, прошедшие предварительное обучение в хосписе.
- Хоспис обеспечивает амбулаторную и стационарную помощь больным. Амбулаторная помощь оказывается на дому бригадами выездной службы хосписа («хоспис на дому»). Стационарная помощь в зависимости от нужд больного и его семьи оказывается в условиях круглосуточного, дневного или ночного пребывания больных в стационаре.
- В хосписе может быть реализован принцип «открытости диагноза». Вопрос о сообщении больным их диагноза решается индивидуально и только в случаях, когда на этом настаивает больной.
- Вся совокупность медико-социальной и психологической помощи больному должна быть направлена на ликвидацию или уменьшение болевого синдрома и страха смерти при максимально возможном сохранении его сознания и интеллектуальных способностей.
- Каждому больному в хосписе должен быть обеспечен физический и психологический комфорт. Физический комфорт достигается созданием в стационаре условий, максимально приближенных к домашним. Обеспечение психологического комфорта осуществляется на основе принципа индивидуального подхода к каждому больному с учетом его состояния, духовных, религиозных и социальных нужд.
- Источниками финансирования хосписов являются бюджетные средства, средства благотворительных обществ и добровольные пожертвования граждан и организаций».

Особенности деятельности современных хосписных служб

Существует несколько форм организации хосписов: хоспис-больница, домашний хоспис, мобильный хоспис или хоспис-амбуланс и смешанный тип хосписа. **Хоспис-больница** – это специально построенное здание, больница, в котором пациенту оказывают необходимую медицинскую помощь, и в котором он может находиться достаточно долго, как правило, до конца отведенного болезнью срока. Положительной стороной

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс		044-80/11 () 28 стр из 56

стационарных хосписов-больниц является то, что пациент находится под постоянным контролем медицинского персонала, а также пребывание больного в стационаре дает близким людям, на время, отдых. Минусы этого вида хосписов в том, что в последний период жизни человек остается вне своего дома, без привычного окружения и постоянной заботы близких людей.

Домашний хоспис. В условиях домашнего хосписа пациента на дому курирует паллиативная команда, состоящая из врача, медсестры, социального работника-психолога, волонтера.

В работе с каждым пациентом и его семьей разрабатывается индивидуальный план паллиативного ухода, который включает протоколы обезболивания, карты медицинских и социально-психологических наблюдений за динамикой заболевания и состоянием больного и его семьи.

Наиболее благоприятным для пациента, гуманным типом хосписа, признан домашний хоспис, поскольку человек имеет возможность оставаться в своем доме до конца дней, получая при этом профессиональную помощь и человеческую поддержку со стороны сотрудников хосписа и близких ему людей.

Мобильный хоспис – организация при онкоотделениях больниц либо онкоцентрах. Это выездные бригады, состоящие из врача и медсестры, выезжающие к онкобольному при острых болевых симптомах. Обслуживаются больные, которые лечились в этих больницах и состоят на учетах. Наряду с непосредственно вовлеченными, то есть пациентами, в хосписном движении участвуют также различные сотрудники (врачи, медсестры, добровольцы), при помощи которых достигается «хосписность». Различают следующие группы терапевтического персонала, которые имеют отношение к жизни обреченного пациента:

- Медико-санитарный персонал, без различий, так как совместная работа должна быть организована системно полно и непрерывно. Уровни профессиональной компетенции и лимиты времени для работы в коллективе должны дополнять и уравнивать друг друга.
- Немедицинский персонал (социальные работники, психологи, духовные лица, люди художественных и культурных профессий) профессиональный успех которых основывается не на результатах проведенного лечения, а оценивается при помощи так называемого «насыщения жизнью», полной реализации личности, достижения зрелости у пациента в этот сложный период ухода из жизни. Очень много важных вещей происходит в хосписах при содействии и участии немедицинского персонала. Клоун с красным носом, музыкант с арфой или поэт со смешными стихами одинаково нужны и уместны здесь.
- Запланированные добровольцы.
Кроме сотрудников, перечисленных выше, хосписам нужны добровольцы, которые в первую очередь располагают временем, которых можно включить в распорядок дня как сопровождающий персонал, которые документируют события и происшествя, располагают компетентностью, не испорченной профессиональным обучением. То есть люди, которые не заменяют штатный персонал, а дополняют его. Их особая компетентность состоит из свободного времени. Однако родственники пациента, его друзья, соседи, коллеги по работе составляют неотделимую часть коллектива. Они все равно являются «участниками», хотя и не выбирали по своей воле эту роль из профессиональных побуждений и не оканчивали курсы подготовки и квалификации. Но коллектив был бы не полным без их содействия и участия.
- Естественные добровольцы. Сюда относится естественное окружение обреченного больного, например домашнее животное. Все эти категории людей вместе представляют собой паллиативную, хосписную команду, которая оказывает комплексную помощь каждому пациенту и его семье.

QNTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»	044-80/11 ()	
Лекционный комплекс	29 стр из 56	

Исходя из выше написанного, можно сделать вывод, что хоспис это не только больница, а система помощи, включающая медицинский уход и сопровождающаяся психологической, социальной и духовной поддержкой. Хоспис может иметь отдельно стоящее здание, но также может быть организован и по принципу мобильных бригад, выезжающих и оказывающих помощь пациенту на дому. Хоспис имеет собственные основные положения концепции. Исходя из которых, его пациентами являются люди, чьи заболевания признаны неизлечимыми, в первую очередь это пациенты с онкологической патологией, находящиеся в терминальной стадии. Также пациенты хосписа – это люди с тяжелыми врожденными и приобретенными хроническими заболеваниями, чье состояние предполагает медленное угасание. Помощь со стороны хосписа предоставляется не только самому пациенту, но и его семье, включая особую психологическую поддержку после утраты.

Сотрудниками хосписа являются квалифицированные специалисты: врачи, медицинские сестры, психологи, социальные работники, духовник и волонтеры, прошедшие специальную подготовку и имеющие опыт работы с неизлечимо больными людьми. Все вместе они представляют хосписную команду, оказывающую комплексную помощь, содержание которой зависит от поставленной цели и типа хосписа, под опекой которого находится пациент.

Формы и методы работы с детьми в условиях хосписа

Пациентами хосписа дети от 0 до 24 лет с ограниченным сроком жизни с онкологическими заболеваниями, а так же с тяжелыми хроническими заболеваниями.

Также хоспис располагает и мини–стационаром на несколько мест, для тех случаев, когда по разным причинам невозможно пребывание больного ребенка в собственном доме, или по желанию ребенка и его родителей, семья остается на некоторое время в мини–стационаре. Во время пребывания пациента в мини–стационаре проводятся наблюдения за динамикой болезни и разрабатывается индивидуальный план паллиативного лечения. Также мини–стационар необходим в случаях, когда родители нуждаются в социальном отдыхе, и ребенок остается под наблюдением персонала хосписа на некоторое время. Основная помощь, оказываемая хосписом, выступает в форме следующих видов деятельности:

Медицинская;

- контроль за течением заболевания, проведение специально разработанных протоколов обезболивания;
- симптоматическое лечение (противопролежневая терапия, снятие неприятных ощущений);
- медицинский осмотр не реже 2-х раз в неделю;
- выезды в сельскую местность к пациентам;
- психологическая и социальная;
- работа с больным ребенком: работа со страхами, тревожностью, негативными эмоциями, связанными с болезнью;
- работа с братьями, сестрами больного ребенка;
- работа с родителями и близкими родственниками;
- оказание материальной помощи в случае тяжелого положения семьи;
- психологическая поддержка после утраты.

Юридическая

- разъяснение законов, гарантирующих права детей-инвалидов, права семей, имеющих неизлечимо больных детей.

Волонтерскую (добровольческую)

- визиты к пациентам на дом;

QONTUSTIK-KAZAKHSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»	044-80/11 ()	
Лекционный комплекс	30 стр из 56	

- организация праздников для детей;
Фандрейзинг – (работа со спонсорами).
Развитие и расширение направлений деятельности хосписа привело к созданию новых программ:
- Программа дневного Центра. На базе здания детского хосписа несколько раз в неделю работает «Центр дневного пребывания» для пациентов с хроническими и онкологическими недугами, чье состояние позволяет участвовать в специально подготовленных психологических и реабилитационных программах, при условии постоянного медицинского контроля.
- Родительский клуб. Программа психологической и психотерапевтической помощи для родителей больных детей, имеющая целью адаптацию в условиях длительной болезни ребенка, коррекцию эмоциональных расстройств в кризисных и тяжелых внутрисемейных ситуациях.
- Программа «Летний домик». Программа реабилитационного отдыха в живописном уголке для семей с больными детьми, для пациентов детского хосписа, а также для сиблингов – «вторых» детей в семье, имеющих тяжело больных братьев и сестер, или находящихся на программе «Год после утраты».
- Программа «Горевание». Группы психотерапевтической помощи и поддержки для родителей, потерявших детей.

Все виды предлагаемой помощи открыты для каждой семьи, но не все являются необходимыми в каждом конкретном случае. Профессиональная помощь ребенку и его близким оказывается с учетом потребностей. Под опекой детского хосписа находятся дети с различными тяжелыми, неизлечимыми заболеваниями, для которых характерны определенные физические трудности (физические страдания, как из-за самого заболевания, так и из-за некоторых процедур; некоторые методы лечения являются очень токсичными; дети остаются малоподвижными; возрастает зависимость от посторонней помощи).

Хосписы нацелены исключительно на помощь безнадежным больным, тем, кто часто становится ненужным «балластом» в обычных учреждениях здравоохранения. Так уж устроена система медицинской помощи не только у нас, но и в других странах: основные ресурсы, естественно, направляются на излечение и выздоровление пациента. Если излечить не удастся, то человек оказывается, фактически, вне интересов системы медицинской помощи. Хоспис же обеспечивает смертельно больного человека не только профессиональной помощью в лечении симптомов болезни, квалифицированной сестринской помощью, но и оказывает психологическую, социальную и духовную поддержку больным, их родственникам и близким. Это учреждение медицинского типа, в котором безнадежно больные пациенты получают достойный уход.

Такие пациенты окружены обычными «домашними» вещами, к ним открыт свободный доступ родственникам и друзьям. Медицинский персонал оказывает так называемую «паллиативную» медицинскую помощь: больные могут получать кислород, обезболивающие, зондовое питание и т. п. Минимум врачей и максимум среднего и младшего медицинского персонала.

Основная цель пребывания в хосписе — скрасить последние дни жизни, облегчить страдания, т.е. улучшить качество жизни тяжело больного пациента. Это гуманно с любой точки зрения, кроме того, экономически выгоднее, чем лечить терминальных пациентов в условиях отделения интенсивной терапии. На постсоветском пространстве эта проблема актуальна и сегодня, так как всё равно требует значительных вложений, получения лицензии на работу с наркотиками и тому подобное.

Цель исследования: изучить современное хосписное движение и его сущность.

QNTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»		
Лекционный комплекс		044-80/11 () 31 стр из 56

- изучить историю возникновения хосписов и формирование современного хосписного движения;
- проанализировать основные положения концепции хосписов;
- рассмотреть типы хосписов, а также группы людей, осуществляющих работу хосписов.

Однако хосписы не отказывали в помощи и окрестным жителям.

Конечно, первые хосписы не были созданы специально для ухода за умирающими, однако, без сомнения, их заболевшие гости были окружены заботой и вниманием до конца. Они много беседовали о том, что могло бы помочь ему прожить остаток жизни достойно, о том, как, освободив умирающего от боли, дать ему возможность примириться с собой и найти смысл своей жизни и смерти.

Больной направляется в хоспис не умирать, а для проведения мероприятий, направленных на купирование боли, уменьшение одышки или других симптомов, с которыми он и его лечащий врач не могут справиться в домашних условиях.

Основные положения концепции хосписов

Работа хосписов предполагает изучение вопросов, связанных с содержанием основных теоретических положений концепции их функционирования. Это предполагает изучение круга вопросов, который непосредственно связан с пациентами хосписа:

- характер заболевания поступающих больных;
- формы медицинской помощи;
- характеристика первичного объекта обслуживания;
- вопросы сообщения больным их диагноза и прогноза;
- особенности лечения болевого синдрома;
- формы обеспечения психологического комфорта.

Чаще всего речь идет все же о больных раком IV стадии, подтвержденным клиническим и гистологическим исследованиями. Важным концептуальным положением является оказание помощи умирающим больным не только в стационаре, но и на дому, а также в условиях пребывания больных в хосписе в дневное или ночное время – дневной (ночной) стационар. Семья пациента, как объект обслуживания хосписа, рассматривается большинством авторов в двух аспектах.

Целью многих хосписов является вовлечение в процесс ухода родственников больного. При этом многие бригады по организации ухода на дому обучают родственников методам ухода за умирающими. Такой подход позволяет снизить нагрузку медицинского персонала бригад, а родственников включить в активную фазу поддержки уходящего из жизни.

Вторым аспектом работы с родственниками пациентов является проведение с ними психологической подготовки к потере близкого человека, а также соответствующей поддержки семьи после смерти близкого человека.

Одним из концептуальных положений в работе хосписа является «принцип открытости диагноза».

Во-вторых, обречённые больные очень чувствительны к фальши, вот почему Р. Поллетти считает, что «на их вопросы нужно отвечать честно и не отгораживать их от мира стеной молчания». В-третьих, большинство больных в терминальном состоянии и так знают или догадываются о серьезности болезни и прогноза. Но все же считается, что к этой проблеме нужно подходить индивидуально.

4. 4. Иллюстративный материал: 15-20 слайдов

4. 5. Литература:

На последней странице

4. 6. Контрольные вопросы (обратная связь)

1. Особенности деятельности современных хосписных служб;
2. Формы и методы работы с детьми в условиях хосписа;

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс		044-80/11 () 32 стр из 56

3. Основные положения концепции хосписов.

9-лекция

4.1. Тема : Оказание паллиативной помощи хронически прогрессирующим инкурабельным больным с болевым синдромом.

4.2. Цель:

Применение основных задач медицинской помощи при организации ухода за онкологическими больными, этапов сестринского процесса и факторов лечения, а также основ паллиативной помощи онкологическим больным на сегодняшний день в Республики Казахстан. Освоение минимума клинического обследования и принципов их устранения для выявления синдромов снижения качества жизни у больных раком. Формирование навыков эффективного общения с больными раком, основанных на принципах медицинской этики и понимании роли и ответственности врача в обществе.

4.3. Тезисы лекции:

Инкурабельный больной

Определенным категориям пациентов нужен особый уход, направленный на облегчение состояния. Как правило, речь идет о людях с тяжелыми заболеваниями. Также, в частности, это инкурабельные пациенты, которых уже невозможно вылечить. Таким людям назначают обезболивающие препараты и симптоматическую терапию. Также существуют инкурабельные онкологические больные. Это категория неизлечимых больных с поздними стадиями злокачественных новообразований. Паллиативная помощь инкурабельным больным оказывается в специальных медицинских учреждениях или на дому.

Что такое инкурабельность?

Многие тяжелые заболевания имеют прогрессирующее течение. По мере развития болезни ухудшается симптоматика и клиническая картина, а также уменьшаются шансы на выздоровление. К таким заболеваниям относят онкологию, острые инфекции, органную недостаточность и другие состояния. Терминальную стадию тяжелой болезни, как правило, имеют инкурабельные больные. Это категория неизлечимых пациентов, которым можно помочь только смягчением симптомов и психологической поддержкой. Инкурабельный статус является страшным прогнозом. Врачи не всегда самостоятельно сообщают пациенту о неизбежной кончине из деонтологических соображений, поэтому зачастую требуется помощь родственников. Кроме того, для полного принятия своего состояния таким больным требуется консультация психолога или психотерапевта. Паллиативная помощь, направленная на улучшение качества жизни пациента, значительно облегчает перечисленные задачи.

Для оказания профессиональной паллиативной помощи пациентам с терминальным заболеванием зачастую переводят в госпиталь инкурабельных больных (хоспис). В таких медицинских учреждениях пациенты проводят последние месяцы жизни в случае, если родственники не могут оказать необходимую помощь на дому. В хосписах работает обученный медицинский персонал, состоящий из медсестер, санитаров, врачей и сиделок.

Связь с родственниками играет немаловажную роль при ведении инкурабельных больных. Если пациент признан недееспособным в силу потери интеллектуальных функций, родственники определяют тактику дальнейшего ухода.

Инкурабельные заболевания – это такие патологические состояния, при которых у больного возникают необратимые нарушения жизненно важных функций. Также это прогрессирующие состояния, которые невозможно оставить. В итоге такие заболевания неизбежно приводят к летальному исходу. Паллиативная помощь больным заменяет медицинские процедуры, направленные на устранение причины болезни. Основной задачей является улучшение состояния пациента.

QNTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»	044-80/11 ()	
Лекционный комплекс	33 стр из 56	

Возможные заболевания:

- Онкология — патологическое состояние, характеризующееся ростом злокачественных клеток в различных тканях. Опухоль образуется в пределах определенного органа и быстро растет, распространяясь на другие здоровые ткани. Терминальные стадии онкологических заболеваний проявляются множественными вторичными опухолями (метастазами) жизненно важных органов и общим угнетением функций организма.
- Неизлечимые патологии крови и костного мозга. На ранних стадиях таких заболеваний часто помогает трансплантация донорских клеток костного мозга, однако терминальная стадия не поддается лечению.
- Тяжелые функциональные и структурные заболевания сердца в стадии декомпенсации.
- Неизлечимые инфекционные заболевания. Это обширная группа, включающая как истинно неизлечимые болезни (например, бешенство), так и состояния, при которых инфекция не поддается лечению (СПИД, терминальная онкология).
- Прогрессирующие врожденные синдромы.
- Другие смертельно опасные патологии, развитие которых врачи не способны предотвратить.

По мере развития таких болезней инкурабельный пациент может страдать от тяжелого болевого синдрома, нарушения функций органов, психологического дискомфорта и других симптомов. Так, при оказании паллиативной помощи врачи сталкиваются со следующими состояниями:

- Невыносимая боль.
- Тошнота и рвота.
- Тревога и панические атаки.
- Депрессия и апатия.
- Нарушение дыхания.
- Запор, диарея, непереносимость пищи и другие нарушения функций органов пищеварения.
- Анорексия.
- Постоянная усталость и слабость.
- Суицидальное поведение.
- Проблемы со сном.

В зависимости от состояния пациента, возможностей медицины и других факторов помощь инкурабельным больным может включать медикаментозные и хирургические манипуляции.

Принципы оказания помощи

Инкурабельный пациент, как правило, находится в состоянии тяжелого психологического и физического стресса. Помощь медицинского или иного характера должна быть полностью ориентирована на волю больного или пожелания родственников в случае недееспособности пациента. Как показывает практика, инкурабельный статус по-разному влияет на человека. Одни пациенты до последнего ищут способы продлить свою жизнь с помощью медицинских процедур и нетрадиционных методов, а другие отказываются от изнурительного лечения из-за побочных эффектов и тяжелого состояния. Именно поэтому врачи и родственники не всегда уверены, когда необходимо сообщать больному о неизбежном летальном исходе.

QONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»	044-80/11 ()	
Лекционный комплекс	34 стр из 56	

Паллиативная помощь обычно оказывается пациентам независимо от их настроения и тяжести состояния. Так, например, если инкурабельные онкобольные желают продолжить борьбу с болезнью с помощью химиотерапии или лучевой терапии, врачи все равно назначают обезболивающие препараты. Тем не менее инкурабельный пациент имеет право отказаться как от симптоматической помощи, так и от дополнительных методов лечения, результативность которых остается под вопросом.

Другие принципы и задачи помощи:

- Невмешательство в естественный процесс. Врач не имеет права ускорять наступление летального исхода.
- Обсуждение любого решения с пациентом или родственниками пациента.
- Контроль состояния жизненно важных органов.
- Оказание психологической помощи.
- Помощь в решении юридических вопросов.

Если инкурабельный больной переводится в хоспис или выписывается на домашний уход, врач должен убедиться в возможностях паллиативного ухода в других условиях. Кроме того, врач может предложить специальное медицинское оборудование и медикаменты.

Медикаментозные и хирургические процедуры

Неизлечимому пациенту требуются различные медицинские процедуры для облегчения состояния. К главным задачам относят устранение тяжелой симптоматики и восстановление функций поврежденных органов. Важным принципом является избежание нанесения вреда, поэтому та или иная паллиативная процедура должна быть легко переносимой.

Обезболивающие препараты являются главным назначением. Всемирная организация здравоохранения выделяет три основные степени болевого синдрома: слабую, среднюю и умеренную. Так, если при слабой степени может быть достаточно общедоступных лекарств, то при тяжелых болевых ощущениях пациентам часто требуются наркотические препараты, оборот которых строго контролируется государством. Врач должен быть убежден в необходимости такой терапии и в том, что наркотические средства будет принимать только пациент.

Основные обезболивающие назначения:

- Нестероидные противовоспалительные препараты – лекарства, воздействующие на периферические болевые рецепторы. Это ибупрофен, анальгин и другие средства. Возможны побочные эффекты со стороны ЖКТ и почек.
- Стероидные препараты. Обладают обезболивающими, противовоспалительными и противоотечными свойствами.
- Антидепрессанты и транквилизаторы для облегчения психогенной боли и улучшения общего состояния.
- Опиоидные препараты – наркотические анальгетики, обладающие мощным эффектом. Пациентам с тяжелой болью обычно назначают трамадол и производные морфина.

Возможные хирургические и терапевтические назначения:

- Колостомия и нефростомия – оперативные вмешательства, необходимые для облегчения выведения каловых масс и мочи у пациентов с тяжелым поражением кишечника и почек.

QNTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	SKMA 1979	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»	044-80/11 ()	
Лекционный комплекс	35 стр из 56	

- Трахеостомия – хирургическая манипуляция, производимая для облегчения дыхания в случае непроходимости верхних дыхательных путей.
- Установка кардиостимулятора, дефибриллятора или других устройств для поддержания сердечно-сосудистой деятельности.
- Использование аппарата жизнеобеспечения в случае декомпенсированных нарушений функций жизненно важных органов. Это может быть аппарат искусственного кровообращения, искусственная вентиляция легких или другой вид специализированной помощи.

Перевод в хоспис

Как уже было сказано, хоспис – это госпиталь инкурабельных пациентов, где оказывается профессиональный уход в последние месяцы жизни. Больного могут направить в такое медицинское учреждение в случае отсутствия родственников или невозможности оказывать должный уход в другом месте. Хоспис оказывает амбулаторную и стационарную помощь. Так, например, родственники могут привозить больного в такое учреждение только в определенные дни для диализа, введения препаратов или других необходимых процедур.

4. 4. Иллюстративный материал: 15-20 слайдов

4. 5. Литература:

На последней странице

4. 6. Контрольные вопросы (обратная связь)

1. Что такое инкурабельность?
2. Принципы оказания помощи;
3. Медикаментозные и хирургические процедуры.

10 -лекция

4. 1. Тема: Оказание паллиативной помощи больным туберкулезом.

4.2. Цель:

Применение основных задач медицинской помощи при организации ухода за онкологическими больными, этапов сестринского процесса и факторов лечения, а также основ паллиативной помощи онкологическим больным на сегодняшний день в Республики Казахстан. Освоение минимума клинического обследования и принципов их устранения для выявления синдромов снижения качества жизни у больных раком. Формирование навыков эффективного общения с больными раком, основанных на принципах медицинской этики и понимании роли и ответственности врача в обществе.

4.3. Тезисы лекции:

Паллиативная помощь больным туберкулезом – это комплекс мер по отношению к больным, страдающим неизлечимой формой туберкулеза и ТБ/ВИЧ/СПИД, а также членам их семей, с целью облегчения физических, психических, душевных и социальных страданий у больных туберкулезом.

Туберкулез в некотором роде уникален в отношении паллиативной медицинской помощи, так как при этой инфекции имеет место сочетание социальной стигматизации и заразного заболевания, требующего изоляции пациента. При туберкулезе особое значение приобретают проблемы, связанные с социальным статусом пациентов, такие как:

- асоциальное поведение;
- бедность, плохие жилищные условия, плохое питание;
- проблемы в семье (одиночество, неполные семьи);
- алкоголизм, наркомания;
- отдаленность места пребывания пациента от фтизиатрического учреждения;
- другие приоритеты: дети, работа, семейные проблемы и прочие.

QONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс		044-80/11 () 36 стр из 56

Длительное лечение больных туберкулезом создает трудности с формированием приверженности к лечению и осложняет решение двух наиболее важных задач — излечить пациента и прекратить трансмиссию. Лекарственно-чувствительный туберкулез (ЛЧТБ), как правило, излечивается. Этому, наряду с другими факторами, способствуют относительно высокая приверженность пациентов к лечению вследствие короткого курса (6–8 мес.), малая токсичность препаратов. Однако сегодняшняя реальность такова, что даже при ЛЧ-ТБ часть пациентов прерывают лечение, что приводит к формированию лекарственной устойчивости и развитию неизлечимых форм заболевания. Определенная часть пациентов выявляется в запущенных стадиях заболевания, когда клиническое излечение невозможно ввиду формирования терапевтически некурабельных форм туберкулеза: фиброзно-кавернозного и цирротического — даже при идентификации у них лекарственно-чувствительных МБТ (микобактерии туберкулеза). Тогда основным методом излечения пациента становится хирургическая операция, на которую больной не всегда соглашается. В некоторых случаях и хирургическое вмешательство невозможно по целому ряду причин. Формирование хронических форм туберкулеза влечет за собой значительное бремя страданий для пациентов и их близких. Эти страдания могут быть эффективно решены современными методами оказания паллиативной медицинской помощи.

Формирование программы паллиативной медицинской помощи во фтизиатрии. Паллиативная медицинская помощь оказывается неизлечимым больным, имеющим существенно ограниченные физические или психические возможности и нуждающимся в интенсивной симптоматической терапии, психосоциальной помощи, длительном постороннем уходе. Программа паллиативной медицинской помощи при туберкулезе должна быть интегрирована в общую программу борьбы с туберкулезом и способствовать повышению приверженности к лечению, снижать нежелательные исходы (неудача, прерывание лечения, смерть) и активно поддерживать пациента в конце жизни. Каждая противотуберкулезная программа в территории должна включать вопросы паллиативной медицинской помощи, при этом следует решать следующие задачи:

- создание условий оказания паллиативной медицинской помощи (амбулаторно, в стационаре);
- прием пациентов в остром состоянии;
- динамическое наблюдение за пациентами, находящимися в программе паллиативной медицинской помощи;
- инфекционный контроль в стационарных отделениях паллиативной медицинской помощи;
- ограничение контактов с обществом;
- обучение пациентов и их родственников;
- привлечение, обучение и сохранение персонала и др.

Все пациенты с подтвержденным диагнозом «туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью» подлежат госпитализации в специализированные государственные учреждения для лечения лекарственно-устойчивого туберкулеза. Организации, обеспечивающие паллиативную медицинскую помощь, в таких государственных учреждениях могут проводить обучение персонала основам паллиативной медицинской помощи. Паллиативная медицинская помощь оказывается больным туберкулезом, когда излечение пациентов, то есть прекращение бактериовыделения и закрытие деструктивных образований, в том числе хирургическим методом, невозможно. Кроме того, говоря об отказе от лечения, имеют в виду только этиотропное лечение — химиотерапия или лечение противотуберкулезными препаратами, так как ни патогенетическое, ни симптоматическое лечение не прекращается. Если у пациента идентифицирована лекарственная устойчивость МБТ или непереносимость

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс		044-80/11 () 37 стр из 56

абсолютного большинства известных противотуберкулезных препаратов (тотальная/субтотальная лекарственная устойчивость), то он должен получать курс химиотерапии с использованием лекарственных препаратов 3-го ряда (антибиотики, обладающие противотуберкулезной активностью) и ему показано хирургическое лечение. Международные эксперты акцентируют внимание на МЛУ/ШЛУ-ТБ и предлагают в список подлежащих паллиативной помощи включать пациентов с тотальной и субтотальной устойчивостью, которым по разным причинам невозможно подобрать схему лечения хотя бы четырьмя препаратами, обладающими противотуберкулезной активностью. Решение об отказе от лечения и назначении паллиативной медицинской помощи принимается в отношении пациентов с МЛУ/ШЛУ-ТБ в случае неудачи лечения в результате проведения двух курсов полноценной контролируемой химиотерапии. Оказание паллиативной помощи больным туберкулезом устойчивости МБТ, при которой возможно составление схемы лечения хотя бы из четырех противотуберкулезных препаратов, может быть принято только после проведения полноценного курса этиотропной терапии с неэффективным исходом.

Паллиативная медицинская помощь при туберкулезе оказывается пациентам:

- 1) с МЛУ/ШЛУ-ТБ после двукратной неудачи полноценных контролируемых курсов химиотерапии;
- 2) с МЛУ/ШЛУ-ТБ после двукратного прерывания лечения при сохранении бактериовыделения, определяемого методом посева или двукратной микроскопией мокроты;
- 3) с диагнозами «фиброзно-кавернозный туберкулез легких», «цирротический туберкулез легких» независимо от лекарственной чувствительности МБТ при отсутствии эффективности терапевтического лечения и невозможности выполнить хирургическое вмешательство:
 - по тяжести состояния основного заболевания, в том числе осложнений туберкулеза (сердечно-сосудистая недостаточность, амилоидоз внутренних органов);
 - при наличии тяжелых сопутствующих поражений.

Медицинские работники всегда должны проверить, действительно ли пациент принимал все назначенные препараты, включая опрос непосредственно контролировавших лечение сотрудников. Если медицинский персонал уверен в том, что больной принимал все препараты надлежащим образом, и при этом исчерпаны возможности введения новых препаратов и невозможно хирургическое вмешательство, то лечение следует прекратить. Результаты лечения больных ТБ, исключая больных ТБ, получавших лечение по поводу ЛУ-ТБ или МЛУ-ТБ Неэффективное лечение Больной ТБ, у которого результаты мазка мокроты или посева были положительными в течение 5-го месяца лечения или на более поздних сроках химиотерапии.

Члены медицинской бригады, занимающейся лечением данного больного, включая всех врачей, медсестер и непосредственно контролировавших лечение работников, должны обсудить возможность прекращения химиотерапии. Приняв решение о прекращении лечения, следует решить, в какой форме сообщить об этом больному и членам его семьи. В некоторых случаях предпочтительнее предварительно переговорить с родственниками больного, чтобы заручиться их поддержкой и пониманием. При других обстоятельствах лучше сначала сообщить о прекращении химиотерапии самому больному, а только потом его семье. Обычно для этого требуется несколько посещений в течение нескольких недель. При посещении больного на дому появляется возможность переговорить с членами его семьи в привычной для них обстановке. Следует объяснить пациенту и членам его семьи, что отказ от химиотерапии не означает прекращение лечения и заботы. Решение о прекращении химиотерапии пациенту с туберкулезом принимает ЦВК областного/краевого/республиканского противотуберкулезного учреждения субъекта с

QNTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс		044-80/11 () 38 стр из 56

обязательным включением в состав комиссии не только фтизиатра, но и хирурга, пульмонолога (оценивает функциональные возможности организма), социального работника, юриста, психолога, о чем пациент письменно уведомляется. Для этого лечащий врач фтизиатр оформляет письменное представление в ЦВК, в котором отражает историю развития заболевания, клинико-рентгенологическую и бактериологическую характеристику больного на момент направления на ЦВК, анализирует причины неудач предшествующей терапии, прилагает письменный отказ больного от продолжения химиотерапии (если она возможна) или письменный отказ от хирургического вмешательства и/или коллапсотерапии.

После принятия решения о прекращении химиотерапии можно использовать различные мероприятия с целью поддержки больного. Очень важно продолжать посещать больного, который не должен чувствовать себя покинутым. Посещения должны проводиться не реже раза в месяц участковым фтизиатром. Во фтизиатрии основной возраст пациентов 18–44 года, поэтому пациенты имеют достаточные резервы организма, они могут долго жить, туберкулез протекает волнообразно, будут периоды ремиссии. Такие периоды могут быть достаточно длительными, поэтому для пациентов ПБ группы предусматривается систематическое обследование, при необходимости — назначение амбулаторной симптоматической и патогенетической терапии, направленной на восстановление/улучшение состояния (поливитамины, гепатопротекторы). Если пациент уже переведен на паллиативную медицинскую помощь и у него появилось/возобновилось бактериовыделение, то по решению ЦВК этиотропное лечение назначается только при выделении лекарственно-чувствительных МБТ — для предотвращения прогрессирования туберкулезного процесса и прерывания эпидемической цепочки распространения инфекции. Пациентам, получающим паллиативную медицинскую помощь, инвазивные процедуры не выполняются. Лечение рекомендуется осуществлять в стационарных условиях, амбулаторные виды лечения возможны только при наличии соответствующих условий. В этом случае химиотерапия назначается противотуберкулезными препаратами 1-го ряда до прекращения бактериовыделения, определяемого методами микроскопии и двух последовательных посевов на плотные/жидкие питательные среды мокроты, выполненных с интервалом в 1 мес. При назначении подобного лечения нет деления на интенсивную фазу и фазу продолжения. Курсы назначаются по схеме, включающей четыре противотуберкулезных препарата. При невозможности составления такого курса, обусловленной тяжелыми побочными реакциями и/или сопутствующими заболеваниями, может быть назначен курс двумя или тремя противотуберкулезными препаратами (но не менее чем двумя). В период реактивации туберкулезного процесса рекомендуется выполнить тест на лекарственную чувствительность к препаратам, к которым она не была установлена при предыдущих исследованиях. Это позволит разграничить рецидивы и суперинфекцию и вовремя диагностировать амплификацию лекарственной устойчивости МБТ.

Основными задачами медицинских учреждений при оказании паллиативной медицинской помощи больным туберкулезом являются:

- проведение терапии для купирования или смягчения симптомов заболевания, а также побочных эффектов назначаемых лекарственных средств;
- оказание медико-социальной помощи пациентам с ограниченными функциональными возможностями;
- оказание медико-психологической помощи больному на стадии прогрессирования заболевания, включая период его ухода из жизни;
- обеспечение ухода за больными туберкулезом, способность к самообслуживанию которых значительно снижена или утрачена. Система паллиативной помощи в области туберкулеза

QONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс		044-80/11 () 39 стр из 56

предусматривает оказание помощи больным в палатах/отделениях паллиативной помощи и на дому.

Паллиативная медицинская помощь может оказываться в следующих условиях:

- амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение);
- в дневном стационаре (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения);
- стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение).

Если у больного туберкулезом, получающего паллиативную медицинскую помощь, отмечаются нарастание симптомов и бактериовыделение, предпочтительно оказывать паллиативную помощь в стационарных условиях. При отсутствии бактериовыделения, но ухудшении самочувствия возможно лечение в режиме стационара на дому. Палаты/отделения паллиативной медицинской помощи организуются в областных/краевых/республиканских противотуберкулезных диспансерах, в исключительных случаях на территориях с большой удаленностью пациентов от областного/краевого/ республиканского противотуберкулезного диспансера — в других противотуберкулезных стационарах.

Показаниями для размещения больных туберкулезом, получающих паллиативную медицинскую помощь, в палатах/отделениях паллиативной медицинской помощи являются:

- появление бактериовыделения у больного с МЛУ/ШЛУ-ТБ;
- дыхательная недостаточность II–III степени, легочно-сердечная недостаточность II–III степени;
- развитие осложнений, таких как легочное кровотечение, спонтанный пневмоторакс;
- интенсивный болевой синдром;
- тяжелая степень амилоидоза;
- терминальная стадия туберкулеза (при невозможности оказания паллиативной медицинской помощи на дому);
- прогрессирование туберкулезного процесса;
- наличие в очаге туберкулезной инфекции лиц с ВИЧ-инфекцией;
- прогрессирование сопутствующих заболеваний (сахарного диабета, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, почечной недостаточности и др.).

Оказание паллиативной помощи больным туберкулезом

- глубокие трофические расстройства (трофические язвы, пролежни);
- двигательные неврологические расстройства, возникшие в результате перенесенных инсульта, черепно-мозговой травмы, злоупотребления психоактивными веществами;
- другие клинические состояния, приводящие к стойкому хроническому снижению или утрате физических или психических функций и требующие постоянной медицинской помощи и сестринского ухода за больным.

Палаты паллиативной медицинской помощи организуются по типу боксов или полубоксов, оснащают системой подачи кислорода, обеспечивают оборудованием для проведения интенсивного ухода и терапии (функциональные кровати, противопролежневые матрасы). Помимо лечащего врача-фтизиатра к оказанию помощи больным туберкулезом привлекается пульмонолог, терапевт, в случае необходимости — врач-психотерапевт, врач-реабилитолог, волонтеры. Задачи отделения паллиативной медицинской помощи состоят не только в комплексной поддержке умирающих больных для обеспечения им достойного ухода из жизни, но и в диагностике, подборе терапии при

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс		044-80/11 () 40 стр из 56

дыхательной недостаточности и других синдромах у больных туберкулезом, курации пациентов с резвившимися глубокими трофическими расстройствами, а также во временном размещении инкурабельных больных для предоставления отдыха и возможности решения социальных вопросов родственникам, ухаживающим за больным в домашних условиях; проведении обучения среднего и младшего медицинского персонала по вопросам оказания помощи и ухода за инкурабельными больными туберкулезом; проведении консультаций и обучения родственников уходу за больными. В настоящее время организация оказания паллиативной медицинской помощи на дому приобретает особое значение как экономически эффективный вид помощи, наиболее полно отвечающий потребностям пациентов. Решение о возможности оказания паллиативной медицинской помощи на дому принимает ЦВК, что фиксируется в журнале ЦВК. Паллиативная медицинская помощь в амбулаторных условиях оказывается в кабинетах паллиативной медицинской помощи..., а также бригадами отделения выездной патронажной службы паллиативной медицинской помощи. В областных/краевых/республиканских противотуберкулезных диспансерах рекомендуется создание кабинета паллиативной медицинской помощи в амбулаторном отделении для координации фтизиатрической деятельности по этому направлению. Больные должны обеспечиваться паллиативной медицинской помощью на дому силами врачей всех специальностей противотуберкулезных учреждений муниципального и регионального уровня, включенных в выездные бригады, которые могут формироваться как отдельные патронажные бригады паллиативной медицинской помощи или входить в состав бригад, осуществляющих наблюдение за пациентами в условиях стационара на дому. При оказании паллиативной медицинской помощи в амбулаторных условиях следует помнить о значительных трудностях обеспечения инфекционного контроля.

4. 4. Иллюстративный материал: 15-20 слайдов

4. 5. Литература:

На последней странице

4. 6. Контрольные вопросы (обратная связь)

1. В каких условиях может оказываться паллиативная медицинская помощь?
2. Основные задачи медицинских учреждений при оказании паллиативной медицинской помощи больным туберкулезом;
3. Показания являющиеся для размещения больных туберкулезом, получающих паллиативную медицинскую помощь.

11 -лекция

4.1.Тема: Паллиативная помощь больным со СПИДом.

4.2. Цель:

Применение основных задач медицинской помощи при организации ухода за онкологическими больными, этапов сестринского процесса и факторов лечения, а также основ паллиативной помощи онкологическим больным на сегодняшний день в Республики Казахстан. Освоение минимума клинического обследования и принципов их устранения для выявления синдромов снижения качества жизни у больных раком. Формирование навыков эффективного общения с больными раком, основанных на принципах медицинской этики и понимании роли и ответственности врача в обществе.

4.3. Тезисы лекции:

Паллиативная помощь получила значительное развитие со времени своего возникновения, когда большинство пациентов, получающих такую помощь, находились в терминальном состоянии в преддверии смерти. Вместе с тем многие люди, живущие с ВИЧ/СПИДом, избегают даже упоминания о паллиативной помощи, поскольку связывают

QONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс		044-80/11 () 41 стр из 56

ее со смертью и не хотят признать, что их вскоре ожидает смерть. Все организаторы, политики и медицинские работники должны стремиться изменить это неправильное представление и убедить ВИЧ-инфицированных не отвергать предлагаемую им помощь.

1. Уход на дому. Разработано много эффективных моделей ухода на дому, отвечающих разнообразным условиям. Из них экономически более рентабельными и с более широким охватом населения оказываются модели ухода, опирающиеся на поддержку общин, по сравнению с программами, проводимыми медицинскими работниками вне лечебных учреждений. Привлечение добровольцев не только привело к снижению затрат на уход, но создало условия для совместной работы общин, способствовало росту осведомлённости, терпимости и понимания среди населения.

2. Паллиативная помощь в хосписах. Хосписы, как места постоянного пребывания неизлечимых больных, были учреждены во многих развитых странах мира для оказания помощи ВИЧ-инфицированным, находящимся в терминальной стадии заболевания. Здесь осуществляют уход за людьми, которые одиноки или имеют симптомы болезни, плохо поддающиеся контролю, например, больными с поражением головного мозга. Деятельность хосписа также нужна для предоставления отдыха лицам, осуществляющим уход за больными, или когда состояние больных стабилизируется при переходе на новую схему лечения. В развивающихся странах число хосписов значительно ниже, они часто содержатся религиозными группами. В развивающихся странах с высоким уровнем распространённости ВИЧ, стационарный уход в хосписе слишком дорог для того, чтобы обеспечить им большое количество людей, нуждающихся в паллиативном или предсмертном уходе.

3. Центры дневного пребывания. В некоторых странах существуют центры дневного пребывания людей, живущих с ВИЧ/СПИДом. Это позволяет больным оставаться в домашних условиях, а люди, осуществляющие основной уход, получают свободное время в течение дня. В центрах дневного пребывания больные могут получить паллиативную помощь, консультирование и эмоциональную поддержку, питание, занятия для детей, а в некоторых из них – возможность заработать.

4. Доступ к анальгетикам и другим препаратам для паллиативной помощи. Очень часто использование таких анальгетиков, как кодеин и другие опиаты, строго регламентируется законом. Во многих странах вследствие опасения, что эта группа препаратов может быть использована не по назначению, они могут быть предписаны только врачом. В условиях, когда большая часть паллиативного ухода осуществляется средним медицинским персоналом и общественными работниками и лишь небольшая врачами, доступ к болеутоляющим препаратам может быть затруднён. В этих условиях следует соблюдать баланс между увеличением доступности препаратов, способных купировать боль ВИЧ-инфицированных пациентов, и тщательным контролем за назначением опиоидных анальгетиков. В ряде обстоятельств было обнаружено, что лекарственные формы, содержащие каннабис, помогают купировать некоторые патологические симптомы у людей с ВИЧ (в частности для снятия тошноты и улучшения аппетита). Однако их применение часто ограничено строгим законодательством. Некоторые группы людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, лоббируют большую доступность этих препаратов.

5. Предоставление поддержки медицинским работникам, консультантам и лицам, осуществляющим уход. Организации здравоохранения сталкиваются с необходимостью заниматься специфическими причинами стресса у сотрудников, осуществляющих уход за больными ВИЧ/СПИДом. Группы поддержки создают необходимые условия для обсуждения вопросов, вызывающих у сотрудников тревогу и озабоченность, таких, например, как переживания, связанные с многочисленными смертями, или принятие человека с иной сексуальной ориентацией. Сам процесс ухода за людьми с ВИЧ в конце их

QONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс		044-80/11 () 42 стр из 56

жизни эмоционально истощает и может приводить к развитию депрессии. Для того, чтобы предотвратить психоземotionalное истощение (синдром “выгорания”), необходимо оказывать соответствующую поддержку всем людям, осуществляющим уход за больными, консультантам и медицинским работникам. Во многих странах родителям может быть тяжело обсуждать болезненные вопросы со своими детьми. В результате дети оказываются не подготовленными к смерти своих родителей, неспособными в будущем защитить себя от ВИЧ-инфекции, а зачастую и верить взрослым. Детям, живущим с ВИЧ, или тем, чьи родители, братья или сестры инфицированы ВИЧ, может потребоваться консультирование с учетом их культурных и возрастных особенностей, а их родителям или тем, кто заботится о них, — поддержка и помощь при разговорах с детьми на деликатные и болезненные темы.

6. Особые потребности ВИЧ-инфицированных детей. Большинство ВИЧ-инфицированных детей в развивающихся странах имеют ограниченный доступ к медицинскому обслуживанию, паллиативной помощи и реабилитации. В настоящее время ставятся под сомнение такие послышки, как “раз ребёнок не выражает словами свои проблемы, значит у него их нет” или “обсуждение вопросов, касающихся смерти и процесса умирания, принесет больше вреда, чем пользы”. Родители и медицинские работники уже осознали необходимость общения с детьми и вовлечения их в процесс принятия решений. Эта стратегия не ограничивалась медицинским лечением и сестринским уходом, а представляла собой комплексный подход к потребностям личности, семьи и общины.

Сестринский процесс включает следующие этапы:

- оценка состояния больного;
- 12 интерпретация полученных при оценке данных;
- сестринский диагноз;
- планирование предоставления соответствующей помощи;
- выполнение поставленного плана;
- оценка эффективности предоставляемой помощи.

Оценка состояния больного. Для проведения оценки необходим сбор информации, относящейся как к физическим, так и психосоциальным аспектам здоровья пациента. Эта информация должна быть фактической и конкретной. Среди мероприятий по оценке можно назвать:

Медицинское обследование: регистрация наиболее важных показателей жизнедеятельности организма и выслушивание дыхания пациента с помощью стетоскопа.

Расспрос: сбор анамнеза и регистрация имеющихся симптомов и опасных для здоровья стереотипов поведения.

Наблюдение: с помощью органов чувств (зрение, обоняние, осязание, слух) следует собрать всевозможную информацию, а затем проанализировать значение собранных наблюдений. Так, например, если медсестра отметила, что дыхание пациента неглубокое и затрудненное, это можно объяснить тем, что пациент испытывает боль или респираторные проблемы. Очень важно, чтобы при определении причины тех или иных признаков медсестра в полной мере опиралась на свои профессиональные знания. Интерпретация данных. После сбора и анализа информации необходимо определить действительные и потенциальные проблемы больного, на решение или предупреждение которых должна быть направлена деятельность медсестры. Сестринский диагноз (определение проблемы). Главная задача сестринского диагноза – фиксация внешних проявлений болезни и указание вероятной причины таких проявлений. Сестринский диагноз может выглядеть, например, так: «нарушение подвижности, связанное с болью» или «характер питания, который не удовлетворяет потребности организма, что обусловлено социальной изоляцией пациента». Планирование соответствующей сестринской помощи. После постановки сестринского диагноза, выявленные проблемы следует классифицировать в соответствии с их важностью

QNTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс		044-80/11 () 43 стр из 56

и актуальностью. Для каждой проблемы записываются цели, которые планируется достичь. Необходимо, чтобы эти цели можно было достичь на практике. Нужно также установить период времени для достижения поставленной цели. Это позволит в дальнейшем проводить оценку достигнутых успехов. В качестве следующего шага составляется план предоставления сестринской помощи, в котором указываются имеющиеся проблемы, характер сестринского вмешательства и ожидаемые результаты.

Характерные проблемы у больных СПИДом и соответствующие сестринские вмешательства. Большинство проблем, наблюдаемых у больных с ВИЧ-инфекцией, хорошо известны медицинским сестрам, хотя лежащие в их основе причины могут быть различными. Ниже приводится перечень проблем и их причин, примеров сестринского диагноза и соответствующих сестринских вмешательств.

Уход за кожей перианальной области: после каждого испражнения промойте эту область теплой водой с мылом. Прикладывая мягкую ткань, осторожно просушите ее, с тем чтобы предупредить разрыв ослабленных кожных покровов. При наличии вазелина нанесите его на перианальную область для защиты кожных покровов. Обследуйте области, вызывающие у пациента дискомфорт, а также области, на которых наблюдаются ссадины или признаки воспаления. Посоветуйте пациенту принимать жидкости, например бульоны и соки, с тем, чтобы восполнить потерянную организмом жидкость и электролиты (калий; натрий). Предложите пациенту принимать каждые два часа небольшое количество пищи с низким содержанием волокон. Проследите за приемом антидиарейных препаратов согласно назначению врача. Одной из обычных характеристик ВИЧ-инфекции и СПИДа является нарушение питания. В основе анорексии могут лежать такие факторы, как тошнота и рвота, а диарея часто осложняет проблему потери веса. Сестринский диагноз: Изменения в характере питания – потребности организма в питании не удовлетворяются из-за тошноты и рвоты. Возможные причины характер сестринского вмешательства Cryptosporidium Криптококковый менингит Цитомегаловирус Mycobacterium avium intracellulare Пневмоцистная пневмония неясной этиологии. В случае рвоты после голодания в течение 2 часов предложите пациенту ледяные кубики и прозрачные жидкости. После этого следует постепенно (по мере переносимости) переходить к щадящей диете. Обеспечить самую тщательную гигиену полости рта, так как это позволяет предупредить болезненные восприятия и потерю аппетита. Сухость во рту можно предупредить, если у постели больного всегда будет стоять питьевая вода. В соответствии с назначением врача за 30 минут до приема пищи пациенту следует давать противорвотные средства. Сестринский диагноз: Изменения температуры тела – гипертермия, обусловленная ВИЧ или оппортунистическими инфекциями (лихорадка). Возможные причины Характер сестринского вмешательства ВИЧ-инфекция Реакция на прием лекарственных средств Криптококковый менингит Цитомегаловирус Cryptosporidiosis Mycobacterium avium intercellulare Туберкулез Пневмоцистная пневмония неясной этиологии. Измеряйте температуру тела каждые четыре часа. В соответствии с назначением врача пациенту следует давать жаропонижающие средства. Рекомендуйте пациенту прием как можно большего количества жидкостей (с учетом их переносимости). Помогите пациенту принять теплую ванну, или приложите ему ледяной пузырь, или накройте его одеялом. Сестринский диагноз: Изменения в характере дыхательных функций – обусловленные гипоксемией нарушения газообмена (одышка). Возможные причины Характер сестринского вмешательства Пневмоцистная пневмония Саркома Калоши Туберкулез Пневмонит, вызванный цитомегаловирусом Каждые два часа оценивайте состояние дыхания пациента, при этом необходимо обратить внимание на такие параметры как частота и качество дыхания, наличие кашля, цвет кожных покровов. Научите пациента приведенным ниже способам облегчения дыхания: о Поднятие изголовья кровати или проведения большего

QONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс		044-80/11 () 44 стр из 56

времени в полусидячем положении в постели (по мере переносимости). о Специальная методика дыхания со сложенными в трубочку губами, что позволяет снизить частоту дыхания. Научите пациента складывать губы в трубочку, как если бы он хотел посвистеть, медленно выдыхать, издавая при этом медленный свистящий звук, стараясь не раздуть щеки и почувствовать, как опускается живот. Научите пациента использовать (по мере необходимости) кислород и другие лекарственные средства. Определите, понимает ли пациент и его семья план действий в случае ухудшения симптомов, например, перевод больного в стационар или предоставление паллиативной помощи на дому. Сестринский диагноз: Обусловленная неподвижностью миалгия. Возможные причины: Характер сестринского вмешательства Отек Кандидоз Неподвижность. Определите локализацию, тип и интенсивность боли. Оцените восприятие боли самим пациентом. Обеспечьте круглосуточный прием болеутоляющих средств, в соответствии с назначением врача. Измените положение пациента таким образом, чтобы дать отдых тем частям тела, на которые приходилось давление. Сестринский диагноз: Изменения в характере мыслительного процесса – спутанность сознания, связанная с неврологическими изменениями или стрессом. Возможные причины: Характер сестринского вмешательства Депрессия ВИЧ-инфекция Другие инфекционные болезни Действие лекарственных средств Злоупотребление какими-либо веществами. Оцените исходный уровень умственных способностей. Если пациент находится в смятенном умственном состоянии, говорите с ним спокойно, давайте ему не более одной инструкции одновременно и в случае необходимости повторите сообщаемую информацию. Постарайтесь избежать разногласий с пациентом, так как это может привести к развитию у больного чувства беспокойства. Постарайтесь предупредить возможные травмы путем удаления из окружающей пациента среды опасных факторов. Используйте приемы, облегчающие запоминание, например ассоциативные связи со знакомыми предметами, записи в календаре. Постарайтесь обеспечить поддержку со стороны семьи и проинструктируйте лицо, предоставляющее соответствующий уход, или семью о вышеуказанных вмешательствах. Сестринский диагноз: Изменения в характере самообслуживания – неспособность осуществлять уход за собой, обусловленная усталостью и слабостью. Возможные причины Характер сестринского вмешательства ВИЧ-инфекция. Изменения в характере питания. Совместно с пациентом разработайте план удовлетворения его потребностей. Предложите пациенту часто устраивать периоды отдыха и чередовать различные виды деятельности. Определите вспомогательные средства, а также средства, помогающие сохранять энергию, – специальные приспособления для ходьбы, трость. Проинструктируйте членов семьи и/или предоставляющих уход лиц относительно помощи больному в отношении его гигиены, передвижения, приема пищи и психологической поддержки, а также обеспечьте соответствующий надзор. При возможности направьте пациента на курс физиотерапии, с тем, чтобы оказать ему соответствующую помощь. Сестринский диагноз: Нарушения физической целостности – повреждения кожных покровов, связанные с неподвижностью пациента. Возможные причины Характер сестринского вмешательства Простой или Изменения положения пациента в постели каждые два часа. Опоясывающий герпес Саркома Капоши Волосная лейкоплакия Кандидоз Гигиенический уход за кожей, с тем, чтобы она была чистой и сухой. Обеспечьте возможность того, чтобы пораженные места подвергались действию открытого воздуха. Увлажните кожу жидкими косметическими средствами, чтобы предупредить ее сухость. Проведите массаж с целью улучшения кровообращения в участках кожных покровов над костными выступами. Проводите оценку состояние кожных покровов с целью выявления покрасневших участков, на которые приходилось давление тела. Покраснение является признаком, свидетельствующим о возможном повреждении кожных покровов. Гигиену полости рта следует проводить три раза в день, а также перед применением

QNTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»	044-80/11 ()	
Лекционный комплекс	45 стр из 56	

местных противогрибковых лекарственных средств. Проинструктируйте оказывающих помощь лиц, на руках которых имеются открытые влажные раны или повреждения, о необходимости надевать перчатки при оказании помощи больному. Сестринский диагноз: Изменения, относящиеся к смыслу жизни человека – чувство безнадежности, связанное с приближением смерти (депрессия). Возможные причины Характер сестринского вмешательства Слабоумие Состояние серопозитивности к ВИЧ Выделите для разговора с пациентом достаточное количество времени, чтобы он/она смог выразить свои чувства страха и беспокойства. Проинформируйте пациента по тем вопросам, относительно которых он выразил озабоченность. Привлеките пациента к процессу планирования необходимого ухода в той мере, в которой он/она на это способен. Постарайтесь выявить круг интересов пациента и изучите его возможности в плане самообеспечения. Постарайтесь выяснить, какими способами пациент решал возникающие перед ним проблемы в прошлом, с тем, чтобы определить его сильные и слабые стороны.

Особенности оказания сестринской помощи на дому. Поскольку количество больных с ВИЧ-инфекцией увеличивается, больницы могут оказаться неспособными удовлетворить спрос на лечение. Поэтому многим больным будет оказываться помощь на дому. Преимуществом такой помощи является меньшая стоимость, и, кроме того, больные предпочитают этот вид лечения из-за возможности нахождения в семейном кругу. В домашних условиях медицинская сестра может оценить ту роль, которую каждый член семьи будет играть в уходе за больным, а также условия проживания больного. Еще одним достоинством создания или расширения служб патронажной помощи на дому является предоставление необходимой медицинской помощи лицам с хроническими болезнями. Поскольку именно медицинские сестры обеспечивают большинство услуг таким пациентам, необходимость сестринского руководства в этой области не вызывает сомнения. Во многих мира внедряются и расширяются службы сестринской помощи на дому с целью облегчения нагрузки на местные стационары и повышение качества медицинской помощи, предоставляемой больным. На медицинской сестре лежит ответственность за обучение больных, членов семьи и ухаживающего персонала по вопросам, связанным с ВИЧ-инфекцией. Лица, инфицированные ВИЧ, могут принимать посетителей и лечиться, не создавая опасности для других. Члены семьи должны быть проинформированы о том, как передается ВИЧ, как защитить себя и больного и обеспечить за ним уход.

4. 4. Иллюстративный материал: 15-20 слайдов

4. 5. Литература:

На последней странице

4. 6. Контрольные вопросы (обратная связь)

1. Этапы сестринского процесса;
2. Характерные проблемы у больных СПИДом;
3. Особенности оказания сестринской помощи на дому.

12 -лекция

4.1. Тема: Паллиативная помощь при раке желудка.

4.2. Цель:

Применение основных задач медицинской помощи при организации ухода за онкологическими больными, этапов сестринского процесса и факторов лечения, а также основ паллиативной помощи онкологическим больным на сегодняшний день в Республики Казахстан. Освоение минимума клинического обследования и принципов их устранения для выявления синдромов снижения качества жизни у больных раком. Формирование

QONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс		044-80/11 () 46 стр из 56

навыков эффективного общения с больными раком, основанных на принципах медицинской этики и понимании роли и ответственности врача в обществе.

4.3. Тезисы лекции:

Рак желудка по показателям смертности занимает одно из лидирующих позиций среди всех злокачественных образований. К сожалению, на поздних стадиях уже не важна причина заболевания.

Паллиативная помощь важна при любой стадии рака, но чаще всего к ней прибегают на последних стадиях. Иногда под словосочетанием «рак желудка терминальной стадии» понимают не просто злокачественные новообразование желудка IV стадии, при которых никакие виды противоопухолевого лечения уже не помогают. Возможна только борьба с симптомами. Так и получается, что при запущенных злокачественных опухолях желудка и метастазировании она становится основным методом лечения.

Главная цель и задача паллиативной помощи при раке желудка IV стадии — облегчение проявлений болезни для улучшения жизни пациента.

Для решения огромного количества проблем на последних стадиях рака желудка в условиях хосписа есть много способов:

1. Коррекция болевого синдрома.

Боли долгие, сильные и мучительные. Облегчить их анальгетиками или нестероидными препаратами уже трудно. Для этого требуются более сильнодействующие препараты, включая седацию пропофолом и адыювантную терапию. Только с их помощью удастся улучшить самочувствие и поддержать качество жизни больного. Наркотические анальгетики в хосписе не используются.

2. Угнетенное состояние духа и сильный стресс. Назначаются антидепрессанты, оказывается квалифицированная психотерапевтическая и психологическая помощь.

3. Третья проблема - непроходимость желудочно-кишечного тракта. Проще говоря, поступление пищи невозможно. Показано искусственное кормление. Способов несколько: пока возможно поступление жидкости используют зонд, либо парентеральное питание.

4. Если пассаж по желудку и кишечнику еще возможен, но прием заболевания вызывает рвоту и тошноту – применяются противорвотные, антигистаминные, антихолинергические, дофаминергические и другие препараты, которые назначаются индивидуально.

5. Четвертая проблема – истощение жизненных сил. Для улучшения состояния больного применяется катетеризация центральной вены, и поддерживающая инфузионная терапия и парентеральное питание. Вводят высококалорийные питательные смеси, коллоидные и кристаллоидные растворы внутривенно.

6. Симптоматическая терапия позволяет уменьшить признаки не только истощения, но и различных сопутствующих заболеваний, тягостно переносимых больным.

7. Метастазирование и поражение других органов. При раке желудка это, в первую очередь, лимфатические узлы, печень, поджелудочная железа и легкие. Для улучшения состояния больного применяются препараты, поддерживающие эти органы. В частности, при поражении печени комплекс гепатопротекторов, противогистаминных препаратов, почек - диуретиков, при сопутствующих инфекционных заболеваниях антибиотиков.

8. Асцит. Для его лечения используется эвакуация асцитической жидкости, чаще всего асцит развивается в метастатической стадии рака. В хосписе имеется возможность щадящего постепенного выведения большого количества жидкости, что физиологично – жидкость выводится медленными темпами, а смещенные органы постепенно встают на определенное природой место.

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс		044-80/11 () 47 стр из 56

9. Нарушения дыхания различной этиологии, это метастатическое поражение легких, вторичная пневмония. Используется для лечения кислородотерапия. В борьбе с дыхательной недостаточностью в условиях онкологической клиники эвакуируется выпот из плевральных полостей (торакоцентез). С помощью кислородных концентраторов различной мощности корректируется снижение насыщения кислородом крови и достигается значения $SaO_2 > 90\%$ по данным пульсоксиметрии.

Прогноз выживаемости зависит от типа рака, скорости развития, а также степени злокачественности, способности к метастазированию и своевременно назначенному лечению. К сожалению, действие рака желудка не ограничивается только легкими.

Перспективы

Несмотря на сложность паллиативной терапии на последних стадиях рака, ее применение позволяет в значительной степени поддерживать организм и улучшить качество жизни. Паллиативная помощь нужна больному, но и окружающим его людям. Родные и близкие часто не осознают всю тяжесть заболевания и прогноза. Очень тонкий момент это адекватное балансирование между попытками продлить жизнь и теми методами, которые помогают больному и улучшают качество жизни.

Эффективность паллиативной химиотерапии подтверждена многочисленными клиническими испытаниями, включая рандомизированные исследования. Так, например, доказано, что **паллиативная химиотерапия при раке легкого 4 стадии** дает улучшение общей выживаемости по сравнению с симптоматической терапией:

- одолетняя выживаемость после паллиативной химиотерапии — 30% больных,
- при симптоматическом лечении – только 10%.

Паллиативная химиотерапия при раке легкого может проводиться самостоятельно или в комбинации с лучевой терапией. Выбор тактики лечения зависит от биологического типа опухоли, состояния пациента, а также количества и расположения метастазов. **Паллиативная химиотерапия при раке желудка** достоверно продлевает жизнь пациента на 12-14 месяцев. Выбор режима паллиативной химиотерапии рака желудка будет зависеть от предыдущего лечения от общего состояния пациента. Как правило, это полихимиотерапия, включающая 2-3-4 цитостатика. Также при метастатическом раке желудка можно провести генетическое тестирование для выявления маркеров опухоли (HER2neu, PD-L1, MSI), чтобы назначить иммунотерапию или присоединить таргетную терапию.

Паллиативная химиотерапия является главным методом лечения пациентов с **метастатическим раком толстой кишки**. Существует много активных химиопрепаратов, которые можно использовать в различных комбинациях. Паллиативная химиотерапия проводится непрерывно. Первая линия назначается до прогрессирования заболевания, то есть до тех пор, пока опухоль кишечника реагирует на лечение, дальше подбирается следующая линия терапии.

При метастатическом раке толстой кишки так же можно провести молекулярно-генетическое тестирование, по результатам которого **возможно присоединить таргетные или иммунопрепараты**. Это позволяет увеличить выживаемость и снизить токсичность от лечения. Например, добавление препарата Цетуксимаб (Эрбитукс) в качестве первой линии терапии обеспечивает медиану общей выживаемости в 33,1 месяца, что является беспрецедентным результатом. Без противоопухолевого лечения такие больные живут в среднем 5-6 месяцев.

4. 4. Иллюстративный материал: 15-20 слайдов

4. 5. Литература:

На последней странице

ONTUSTIK-KAZAKHSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс		044-80/11 () 48 стр из 56

4. 6. Контрольные вопросы (обратная связь)

1. Главная цель и задача паллиативной помощи при раке желудка;
2. Эффективность паллиативной химиотерапии.

13 –лекция

4.1. Тема: Паллиативная помощь при раке щитовидной железы

4.2. Цель:

Применение основных задач медицинской помощи при организации ухода за онкологическими больными, этапов сестринского процесса и факторов лечения, а также основ паллиативной помощи онкологическим больным на сегодняшний день в Республики Казахстан. Освоение минимума клинического обследования и принципов их устранения для выявления синдромов снижения качества жизни у больных раком. Формирование навыков эффективного общения с больными раком, основанных на принципах медицинской этики и понимании роли и ответственности врача в обществе.

4.3. Тезисы лекции:

Тяжелая и неизлечимая болезнь всегда является большим стрессом как для самих больных, так и для их близких. Чаще всего они абсолютно неподготовлены к подобному удару, не понимают происходящее, не могут дать трезвую оценку существующим возможностям лечения и не в состоянии смириться с предстоящей неминуемой смертью – собственной или близкого человека.

Несмотря на развитие современной диагностики, почти половина больных онкологическими заболеваниями обращаются за медицинской помощью на запущенных стадиях рака, когда шансы на полное выздоровление уже безнадежно утрачены. В таких ситуациях онкологи оказывают паллиативную помощь онкобольным, жить которым осталось немного.

Рак щитовидной железы — это злокачественная опухоль, которая возникает в клетках щитовидной железы. Железа имеет две доли, левую и правую, доли, иногда от перешейка вверх отходит дополнительная доля — пирамидальная. Расположена железа в нижней трети шеи, по передней поверхности, форма железы напоминает бабочку.

Рак щитовидной железы: симптомы и стадии

Первыми признаками проблемы являются увеличение шейных лимфоузлов и появление на щитовидке уплотнения или узелка — их легко обнаружить при пальпации и визуально. Образование безболезненно и перекатывается под кожей, со временем увеличивается и становится более плотным. Таким же образом могут проявляться доброкачественные процессы, однако при обнаружении подобного необходимо обратиться к врачу для диагностики. При размерах до 2 см и четких границах говорят о первой стадии заболевания. На второй новообразование может достигать 4 см в диаметре, шея отекает.

Конкретные методики определяются исходя из особенностей опухоли: размеров, расположения, вовлечения других органов и тканей — и состояния пациента, а также ранее проводившихся лечебных мероприятий. Основным вариантом является удаление щитовидной железы при раке путем проведения операции. Как правило, щитовидка удаляется целиком, гораздо реже — часть. Кроме того, иссекаются и соседние ткани, в которых могут находиться раковые клетки. Курс радиоактивного йода после оперативного вмешательства позволяет уничтожить оставшиеся метастазы.

Лучевая терапия и химиотерапия при раке щитовидной железы используются в качестве мер паллиативной помощи, если опухоль неоперабельна либо для пациента по возрасту и состоянию здоровья риски при операции выше потенциальной пользы. Прогнозы зависят не только от стадии, на которой проводилось лечение, но и от разновидности заболевания. Так, ранний рак щитовидной железы и папиллярная форма

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ  SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»	
Кафедра «Сестринское дело-2»	044-80/11 ()
Лекционный комплекс	49 стр из 56

излечиваются достаточно хорошо — пятилетняя выживаемость составляет около 90 %. Лимфома, медуллярная и анапластическая тиреоидная формы агрессивны, быстро метастазируют. В подавляющем большинстве случаев удается облегчить состояние больного, но не спасти его.

Как правило, такая помощь нужна больным с анапластической формой рака щитовидной железы, которые имеют плохой прогноз на благоприятный исход. Специалисты по паллиативной помощи работают с пациентом, его семьей и сотрудничают с другими врачами, чтобы обеспечить уровень поддержки, дополняющий текущий уход. Если паллиативный уход используется вместе с другими соответствующими видами лечения, больные чувствуют себя лучше и живут дольше. Паллиативное вмешательство является частью комбинированной терапии онкологических заболеваний. Оно обеспечивает не только приостановку роста опухоли, но часто и полное обратное развитие злокачественных очагов, восстановление трудоспособности и продление жизни больных на несколько лет.

«Кто учит умирать, тот учит жить», – сказал когда-то великий философ Мишель де Монтень. Общение – одна из насущных потребностей человека в любом состоянии. Именно на недостаток общения адресовано 90% всех жалоб больных. Современная медицинская сестра, ухаживающая за онкологическими больными, должна обладать умениями и навыками эффективного общения. Именно плодотворное общение становится основой для продуктивной совместной деятельности, направленной на общую цель – выздоровление больного.

К принципам терапевтического общения относятся поддержка, активное слушание, отражение чувств партнера, сопереживание. Важными компонентами общения считаются эмпатия и рефлексия. Чтобы достигнуть положительного эффекта при общении с больным рекомендуется:

- больше слушать и меньше говорить;
- не начинать разговор с личных интимных тем;
- реагировать на чувства и эмоциональное состояние пациента;
- задавать вопросы, проясняющие позицию больного, его планы и цели.

Не следует давать ложных обещаний, затрагивать болезненные темы, обсуждать диагноз, критиковать врача и лечащий персонал в стационаре.

Качественная сестринская помощь лежит в основе ухода за онкобольными, играя ключевую роль в решении медицинских, психологических и социальных проблем как самого пациента, так и его семьи.

4. 4. Иллюстративный материал: 15-20 слайдов

4. 5. Литература:

На последней странице

4. 6. Контрольные вопросы (обратная связь)

1. Лечение рака щитовидной железы и прогноз;
2. Паллиативное вмешательство.

14 -лекция

4.1. Тема: Паллиативная помощь при раке легких.

4.2. Цель:

Применение основных задач медицинской помощи при организации ухода за онкологическими больными, этапов сестринского процесса и факторов лечения, а также основ паллиативной помощи онкологическим больным на сегодняшний день в Республики Казахстан. Освоение минимума клинического обследования и принципов их устранения для выявления синдромов снижения качества жизни у больных раком. Формирование

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SKMA — 1979 —	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»			044-80/11 ()
Лекционный комплекс			50 стр из 56

навыков эффективного общения с больными раком, основанных на принципах медицинской этики и понимании роли и ответственности врача в обществе.

4.3. Тезисы лекции:

Рак легких (опухоль) – злокачественная опухоль, характеризующаяся неконтролируемым ростом клеток в легочной ткани. Этот рост может распространяться за пределы легких в сторону близлежащих областей или других частей тела в процессе метастазирования. Многие опухоли в легких, известные как первичный рак легких, являются канцерогенами. Рак легких - это опухоль, которая возникает из эпителиальных клеток. В структуре онкологических заболеваний рак легких занимает 4-е место. Рак легких характеризуется ранним и интенсивным метастазированием из-за хорошего снабжения легочной ткани кровеносными сосудами и лимфатическими капиллярами.

Факторы риска, способствующие развитию рака легких:

- 55-65 лет; - наследственная предрасположенность;
- курение (основной фактор риска), с которым связано более 90% всех случаев этого заболевания у мужчин и 78% у женщин;
- воздействие химических веществ: профессиональная связь с асбестом, цементной пылью, радоном, никелем, соединениями серы и т. д.;
- хроническая обструктивная болезнь легких, фиброз легких.

Выделяют следующие виды рака легких-центральный рак, периферический рак, атипичные формы.

Сестринская помощь. Важным клиническим симптомом рака легких является кашель-сложный дыхательный рефлекс защитного характера, целью которого является выведение инородных частиц и избыточной мокроты из бронхов. Продолжительные приступы кашля утомляют пациентов, а кашель, выраженный одышкой и выплевыванием крови, приводит к сильному страху. Начальная стадия заболевания характеризуется сухим мучительным кашлем. Постепенно появляется мокрота, сначала слизистая, вязкая, затем гнойная, иногда с прожилками крови (кровяное срыгивание), при этом она напоминает малиновое желе. При чрезмерной секреции мокроты и повышенной вязкости кашель становится неэффективным, при затрудненном выделении мокроты пациенту рекомендуется принимать большое количество жидкости, глубоко дышать, дренировать позу и дышать через закрытые губы. Для удаления мокроты из верхних дыхательных путей необходимо использовать кислородную подушку и электросчетчик. По назначению врача применяются бронходилататоры, препараты, разжижающие мокроту. Эти меры способствуют не только улучшению оттока мокроты, но и уменьшению выраженности одышки (дыхательной недостаточности), цианозу. При выплевывании крови необходимо успокоить и подбодрить пациента и его родственников, а также использовать нижнее белье и темные платки, например, зеленые. Их цвет скрывает кровь, тем самым уменьшая страх пациента. Одним из наиболее важных симптомов рака легких является одышка. Частота одышки будет более 18 в минуту, дыхание поверхностное, пациент будет находиться в положении ортопноэ.

Первое, что делает медсестра, прежде чем оказывать паллиативную помощь людям с раком легких, - это:

1. Теоретический, материальный обзор развития рака легких.
2. Изучение статистических данных о развитии онкологических заболеваний, в том числе рака легких.
3. Рассмотреть особенности сестринского вмешательства в оказании паллиативной помощи.
4. Описание мер профилактики рака легких.

Паллиативная помощь при раке легких.

QONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	SKMA 1979	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс		044-80/11 () 51 стр из 56

Сестринские действия:

- * Объяснить пациенту, каково его состояние, и попытаться уменьшить чувство страха и беспокойства.
 - Важно спокойно отвечать на вопросы пациента и его родственников о его проблемах, при этом говорить, что в медицинском учреждении есть все необходимое для оказания помощи.
- * Необходимо стараться быть рядом с пациентом. Большое значение имеет то, что медсестра, няня могут успокоить родственников. Нельзя оставлять больного одного. Создание комфортных условий для больного-обеспечение доступа свежего воздуха, включение кондиционера.
- * Стараться создать комфортные условия для больного: по возможности садить больного (бриться, купаться). Необходимо использовать Кресло-коляску. Правильно организовать распорядок дня, всегда планируя отдых после физической активности.
- * Убедиться, что ежедневные потребности пациента (туалет, питание) удовлетворены. Попытка организовать жизнь пациента, чтобы предотвратить возникновение (или усиление) одышки.
- * Сохранять спокойствие и уверенность при общении с тревожными пациентами.
- * Побуждать пациента выполнять дыхательные упражнения для улучшения выведения мокроты.
- * Если пациент курит, выделить для него безопасное место.

Важно знать о причинах одышки. При появлении инфекции верхних дыхательных путей (усиление кашля, появление гнойной мокроты, повышение температуры) необходимо сообщить об этом врачу. Он назначает антибактериальную терапию. В этом случае медицинская сестра направляет больного на сбор мокроты обеспечивает его плевательницей. Необходимо снизить риск распространения инфекции и создать для пациента условия, способствующие хорошей вентиляции легких. В этом случае используется постуральный дренаж.

Особенности сестринской деятельности в организации паллиативной помощи больным раком легких

- * общий уход (профилактика язв, смена постельного белья и т. д.);
- * контроль синдромов и симптомов;
- * оказание психологической поддержки больному и членам его семьи;
- * обучение пациента и семьи оказанию самопомощи и взаимопомощи;
- * измерение, определение артериального давления, частоты дыхания;
- * забор крови для биохимического анализа, забор мокроты для онкоцитологии;
- * обеспечение обильного питья воды;
- * помощь при легочном кровотечении;
- * подготовка к рентгенологическому исследованию, контроль работы всех органов.

Дополнительная помощь

1. Медицинская сестра должна внести свой вклад в профилактику онкологических заболеваний (пропаганда здорового образа жизни и поведения среди населения).
2. Медсестра должна консультировать и обучать пациентов навыкам снижения факторов риска различных заболеваний.
3. Организация мобильной группы "хоспис на дому". Эту деятельность сестра может взять на себя ответственность.

4. 4. Иллюстративный материал: 15-20 слайдов

4. 5. Литература:

На последней странице

4. 6. Контрольные вопросы (обратная связь)

1. Факторы риска, способствующие развитию рака легких;

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»		044-80/11 ()
Лекционный комплекс		52 стр из 56

2. Паллиативная помощь при раке легких. Сестринские действия.

15 -лекция

4.1.Тема: Паллиативная помощь при раке молочной железы.

4.2. Цель:

Применение основных задач медицинской помощи при организации ухода за онкологическими больными, этапов сестринского процесса и факторов лечения, а также основ паллиативной помощи онкологическим больным на сегодняшний день в Республики Казахстан. Освоение минимума клинического обследования и принципов их устранения для выявления синдромов снижения качества жизни у больных раком. Формирование навыков эффективного общения с больными раком, основанных на принципах медицинской этики и понимании роли и ответственности врача в обществе.

4.3. Тезисы лекции:

Злокачественная опухоль молочной железы - болезнь которая возникает в результате мутации клеток. Заболевание может начаться с молочных протоков или из долек железистой ткани. В течение нескольких лет рак молочной железы составляет каждый восьмой случай рака в мире. Это рак, который чаще встречается у женщин. В основном пациентов не лечат, способность к полному излечению невелика. Адекватная и своевременная паллиативная помощь позволяет больной женщине прожить еще несколько лет. Это даст значительный положительный эффект более чем у 60% пациентов, а у 25-30% может быть небольшое прогрессирующее развитие.

Первое, что делает медсестра перед оказанием паллиативной помощи людям с раком молочной железы, - это:

1. Рассмотреть теоретический материал о развитии молочной железы.
2. Изучение статистических данных о развитии онкологических заболеваний, в том числе рака молочной железы.
3. Изучение особенностей сестринского вмешательства в оказании паллиативной помощи.
4. Описание мер профилактики рака молочной железы.

Сестринская помощь.

Помимо обычных (повседневных) мероприятий, связанных со сбором анамнестических данных (выявление наличия факторов риска и т. д.), выявлением проблем и потребностей, клиническим обследованием, физической и психологической поддержкой пациента, сестринской помощью при раке молочной железы, включает ряд других компонентов.

Компоненты сестринской помощи:

1. Просветительская работа - информирование пациента в доступной форме о заболевании, его диагностике, методах профилактики и лечения;
2. Научить женщину приемам самостоятельного обследования молочных желез;
3. Регулярная обработка раны (язвы) на месте разлагающейся опухоли: наложение асептических повязок, местное применение порошка метронидазола с целью устранения запахов;
4. Уход за раной и дренажной системой после операции, обучение пациента проведению этих мероприятий;
5. Профилактика инфекционных осложнений язвенной, дыхательной, мочевыделительной и других систем;
6. Профилактика и лечение лимфатического отека с помощью массажа рук, обучение самомассажу и другие;
7. Подавление хронического болевого синдрома (внутреннее и парентеральное применение анальгетиков);

ONȚUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ  SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»	
Кафедра «Сестринское дело-2»	044-80/11 ()
Лекционный комплекс	53 стр из 56

8. Лечение депрессии, связанной с потерей внешней привлекательности, финансовой независимости, семейных трудностей (рассказы сестры, психотерапевта, родственников, священника);

9. Информировать о возможности выполнения пластических операций, ношения специального корсета;

10. Динамическое наблюдение за состоянием больного, выполнение назначений врача;

11. Стимулировать разумную физическую активность, помогать выполнять лечебные физкультурные упражнения.

Действия медицинской сестры в паллиативной помощи при раке молочной железы:

- * Объяснить пациенту, каково его состояние, и попытаться уменьшить чувство страха и беспокойства.
- Важно спокойно отвечать на вопросы пациента и его родственников о его проблемах, при этом говорить, что в медицинском учреждении есть все необходимое для оказания помощи.
- * Необходимо стараться быть рядом с пациентом. Большое значение имеет то, что медсестра, няня могут успокоить родственников. Нельзя оставлять больного одного. Создание комфортных условий для больного-обеспечение доступа свежего воздуха, включение кондиционера.
- * Стараться создать комфортные условия для больного: по возможности садить больного (бриться, купаться). Необходимо использовать Кресло-коляску. Правильно организовать распорядок дня, всегда планируя отдых после физической активности.

Паллиативные методы лечения включают: хирургическое лечение, химиотерапию, лучевую терапию, гормональную таргетную терапию и многое другое.

Паллиативное хирургическое лечение.

Паллиативные операции направлены на освобождение больных от язвенных и массивных гнилостных опухолей, уменьшение кровотечений, интоксикации и уменьшение размеров опухоли. Необходимость таких операций встречается у 30-40% женщин с III - IV стадий. Простое хирургическое лечение не может улучшить состояние больного. Удовлетворительное состояние здоровья, является задачей восстановления молочной железы для улучшения психоэмоционального настроения женщины.

Паллиативная химиотерапия.

Химиотерапия останавливает процесс деления раковых клеток и уничтожает. Его паллиативный эффект проявляется в уменьшении симптомов рака (включая боль) и уменьшении размера опухоли. Таким образом, лечение химиотерапией способствует облегчению, улучшению состояния больного, оздоровлению его жизни.

Лучевая терапия уничтожает опухолевые клетки, предотвращая их деление, тем самым подавляя развитие опухоли, а также уменьшая размер рака до того, как его можно будет резекционировать. Паллиативная лучевая терапия предназначена для массового вовлечения регионарных лимфатических узлов >(4 узла) в процесс рака, а также для локального используется в развитых формах. Это лечение может помочь уменьшить боль при метастазировании в губчатые кости (позвоночник и таз).

Паллиативная гормональная терапия.

Этот тип терапии помогает контролировать гормональную зависимость. Эстрогены и прогестерон стимулируют рост опухолей, задача гормональной терапии - подавить их действие. Используемые препараты блокируют гормональные рецепторы на поверхности раковых клеток в зависимости от их содержания. * нарушает синтез эстрогенов с помощью тамоксифена или торемифена, летрозоло, анастрозола и других веществ. Чаще всего этот вид лечения используется при запущенных формах рака или стадии метастазирования.

QONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»	044-80/11 ()	
Лекционный комплекс	54 стр из 56	

Целью паллиативной помощи является достижение наилучшего качества жизни для пациентов и их семей. Какой пациент независимо от того, страдаете ли вы этим заболеванием, каким бы серьезным оно ни было, вы всегда можете найти способ улучшить качество жизни пациента в оставшиеся дни. Паллиативная помощь включает в себя различные аспекты медицинской психологической, социальной, духовной природы и роль медицинской сестры, которая помогает пациенту. К деонтологическим принципам относятся только отвечать может только сотрудник, который работает с профессией и страстью, любит свою работу, предан своей работе и постоянно стремится улучшить свою профессию. Медицинская сестра должна спокойно выслушивать больного, говорить серьезно, не «откладывая» разговор. Потому что " после " может никогда не наступить.

4. 4. Иллюстративный материал: 15-20 слайдов

4. 5. Литература:

1. Липтуга М.Е. Паллиативная помощь: Краткое руководство. - Архангельск, 2016. - 192 с.
2. Модников О.П., Шарафутдинов М.Г., Емельянцева Н.Е. и соавт. Введение в паллиативную медицину // Учебно-методическое пособие. - Ульяновск. - УлГУ. - 2014. - 48 с.
3. Новиков Г.А., Осипова Н.А. Лечение хронической боли онкологического генеза // Учебное пособие - Москва, 2015. - 82 с.
4. Хетагурова А.К. Паллиативная помощь: медико-социальные, организационные и этические принципы. - 2-ое изд. - М., ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2013. - 240 с.
5. Чиссов В.И., Старинский В.В., Ковалев Б.Н., Ременник Л.В. Состояние онкологической помощи населению Российской Федерации // Российский онкологический журнал. - 2016. - N 1. - С. 5 - 12.
6. Эккерт Н.В. Паллиативная помощь // Организация и оценка качества лечебнопрофилактической помощи населению // Учебное пособие. - Москва, 2018. - С. 357-380.

Дополнительная литература

1. Приложение к журналу «Сестринское дело» «Паллиативная помощь. Медико-социальные принципы и основы сестринского ухода». Выпуск №3 (11) 2018 г.
2. Кюблер-Росс Э. О смерти и умирании. Перевод с англ. - Киев: «София», 2016.
3. Липтуга М.Е., Поляков И.В., Зеленская Т.М. Паллиативная помощь. Краткое руководство ГИПП, «Искусство России» Санкт-Петербург, 2018.
4. Проблема прав тяжелобольных и умирающих в отечественном и зарубежном законодательствах. Под ред. Академика РАМН Ю.Л.Шевченко. - М.: Изд.дом «ГЭОТАР - МЕД», 2018.
5. Российско-французская конференция по паллиативной медицине. «Тяжелобольной ребенок: психология, этика, контроль боли, реабилитация». Москва, 2019.
6. Сондерс С. Помощь умирающим. Здоровье мира, №11, 2012.

4. 6. Контрольные вопросы (обратная связь)

1. Действия медицинской сестры в паллиативной помощи при раке молочной железы;
2. Паллиативные методы лечения.

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ  SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»	
Кафедра «Сестринское дело-2»	044-80/11 ()
Лекционный комплекс	55 стр из 56

