

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

Методические рекомендации для занятий

Дисциплина: «Паллиативная помощь и онкология»

Специальность: 0301000 «Лечебное дело»

Квалификация: 0301013 «Фельдшер»

Курс: 4

Семестр: 7

Форма контроля: Экзамен

Общая трудоемкость часов КЗ: 72/3

Аудиторные занятия: 12

Симуляционные занятия: 60

Шымкент, 2024 г.

ONȚÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ  SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»	
Кафедра «Сестринское дело-2»	80-11-2024 () 2 стр из 42
Методические рекомендации для занятий	

Методические рекомендации для занятий составлен на основе рабочей учебной программы (Силлабуса) по дисциплине «Паллиативная помощь и уход за больными онкологического профиля»

Преподаватель: Мәди Ә.Қ.

Специальность: 0301000 «Лечебное дело»

Квалификация: 0301013 «Фельдшер»

Методические рекомендации для занятий утвержден на заседании кафедры «Сестринское дело-2»

«27» 08. 2024 г.

Протокол № 1

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

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»	80-11-2024 ()	
Методические рекомендации для занятий	3 стр из 42	

1-занятие

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

5.2. Цель занятия:

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

5.3. Задачи занятия:

Облегчение физических болей для удобства пациента. Помимо лекарств, паллиативная помощь включает в себя широкий спектр терапевтических методов, включая физиотерапию, трудотерапию и кормление. 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, понимании роли и ответственности врача в обществе.

5.4. Основные вопросы темы.

1. Концепция паллиативной медицины.
3. Основные цели паллиативной помощи.
3. Задачи паллиативной помощи. Паллиативные процессы.

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 психологический 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

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Методические рекомендации для занятий		80-11-2024 () 4 стр из 42

оказывается на основе принципов соблюдения моральных и этических норм, уважительного и гуманного отношения к больному и его родственникам.

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

5. 5. Методы преподавания и обучения (малые группы, дискуссии, ситуационные задачи, работа в парах, презентации, тематические исследования и т. д.).

5. 6. Литература:

На последней странице

5. 7. Контрольные вопросы (вопросы, тесты, задания и т.б.)

Тесты:

1. При уходе за больными в паллиативной медицине медсестра уделяет большее внимание фактору:

- a) контроль приема лекарств
- b) контроль симптомов
- c) духовной помощи
- d) уборке палаты
- e) заполнению медкарт

2. Согласно Конституции к определению «ассоциации паллиативной помощи» относится:

- a) лечение до улучшения состояния пациента
- b) сдерживать наступление смерти пациента
- c) лечение пациента
- d) не ускорять смерть, но и не растягивать

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»	80-11-2024 ()	
Методические рекомендации для занятий	5 стр из 42	

- е) эвтаназия больного
- 3. Общение с пациентами-это
 - а) обмен квалификациями
 - б) коммуникационный социум
 - с) обмен настроениями
 - д) образование
 - е) обмен данными
- 4. Первая в мире школа по подготовке медицинских сестер открыл... (в Лондоне)
 - а) В. Хендерсон
 - б) Л. Мариллак
 - с) Д. Орем
 - д) Ф. Найтингейл
 - е) А. Дюнан
- 5. Первым признаком пролежней является:
 - а) некрозного участка кожи
 - б) через 1-2 минуты после осмотра кожа покраснела
 - с) бледность кожи, при которой может развиваться язва лопатки
 - д) стойкое несмываемое покраснение
 - е) базирующая (мацерационная) часть кожи
- 6. К фактору возможного развития пролежней относится:
 - а) сахарный диабет
 - б) ожирение
 - с) отсутствие сознания пациента
 - д) влажное покрытие кожи
 - е) прекращение лечения
- 8. В паллиативной медицине наиболее важной частью работы медсестры является:
 - а) контроль болевых симптомов и синдромов
 - б) наблюдение за пациентом
 - с) контроль профилактики
 - д) контроль после реабилитации
 - е) наблюдение за общим состоянием больного
- 9. При обучении пациента и его семьи уходу необходимо внимание медсестры:
 - а) получить разрешение от каждого
 - б) определить знания и умения пациента и его семьи
 - с) предупредить старшую медсестру
 - д) получить разрешение от старшей медицинской сестры
 - е) получить разрешение от семьи пациента
- 10. Сестринский процесс в паллиативной медицине – это:
 - а) метод проверки
 - б) научно доказанная технология
 - с) способ введения лекарств
 - д) метод здорового образа жизни
 - е) уход за больным

Ситуационные задачи:

Ситуационная задача №1

У подопечного, 70 лет, диагностирован рак предстательной железы с метастазами в кости. Беспокоит выраженный болевой синдром.

Вопрос 1: Показана ли госпитализация в хоспис;

Вопрос 2: В чем заключается паллиативная помощь больному;

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»		80-11-2024 ()
Методические рекомендации для занятий		6 стр из 42

Вопрос 3: Методы борьбы с болевым синдромом;

Вопрос 4: Кто выписывает наркотические препараты?

Ситуационная задача №2

У подопечного с терминальной стадией ВИЧ-инфекции упадок питания, кахексия. В течение дня отмечается спутанность сознания чередующаяся с истощаемостью и оглушенностью. Эпизодически у больного наблюдаются вспышки возбуждения, сопровождающиеся страхом и тревогой.

Вопрос 1: Какое осложнение присоединилось у больного;

Вопрос 2: Ваша тактика;

Вопрос 3: Возможно ли возникновение пролежней?;

Вопрос 4: Показано ли данному пациенту плановое лечение в хосписе?

2-занятие

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

5.2. Цель занятия:

Возможность оказать помощь любому, кто нуждается в паллиативной помощи. Знание правил сестринского ухода.

5.3. Задачи занятия:

Облегчение физических болей для удобства пациента. Помимо лекарств, паллиативная помощь включает в себя широкий спектр терапевтических методов, включая физиотерапию, трудотерапию и кормление. 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, понимании роли и ответственности врача в обществе.

5.4. Основные вопросы темы.

1. Порядок оказания паллиативной помощи и сестринского ухода.
2. Обязанности и роль медицинской сестры в оказании паллиативной помощи.
3. Перечень услуг паллиативной помощи и сестринского ухода.
4. Перечень заболеваний для оказания сестринского ухода.

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 удается 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.

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

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»	80-11-2024 ()	
Методические рекомендации для занятий	7 стр из 42	

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 относиться 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.

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»	80-11-2024 ()	
Методические рекомендации для занятий	8 стр из 42	

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

5. 5. Методы преподавания и обучения (малые группы, дискуссии, ситуационные задачи, работа в парах, презентации, тематические исследования и т. д.).

5. 6. Литература:

На последней странице

5. 7. Контрольные вопросы (вопросы, тесты, задания и т.б.)

Тесты:

- Основной принцип сестринского ухода и управления является:
 - профилактика
 - лечение
 - реабилитация
 - психологическая поддержка
 - оздоровление.
- Сестринское вмешательство больным с онкологическими заболеваниями и выраженными болевыми симптомами:
 - показать профилактику
 - оказание специализированной медицинской помощи
 - выполнение технических манипуляций
 - оказание сестринского ухода посредством обезболивающих препаратов, назначенными лечащим врачом.
 - наука и искусство лечения больным
- Отделение паллиативной помощи организуется:
 - в поликлинике
 - в онкологическом диспансере
 - в детской больнице
 - в кардиоцентре
 - в частной клинике
- Показатель госпитализации больных в онкологическом отделении для оказания паллиативной помощи:
 - папиллома кожи
 - предраковые заболевания половых органов
 - миома матки
 - язвенная болезнь желудка
 - хронический болевой синдром пациента с раком
- Медицинская сестра при выявлении очага внутрибольничной инфекции в онкологическом отделении заполняет форму:

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SKMA -1979- MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»		80-11-2024 ()
Методические рекомендации для занятий		9 стр из 42

- a) 058y
- b) 001y
- c) 003y
- d) 004y
- e) 012y

6. Онкологические больные НЕ имеют права на:

- a) сохранение человеческих свойств
- b) лечение для облегчения боли
- c) самолечение
- d) медицинскую помощь
- e) получение данных

7. При воспалении или ухудшении состояния хронических заболеваний в хосписе своевременно перевод больных и престарелых в соответствующее лечебно-профилактическое учреждение допускается:

- a) по приказу глав. врача
- b) по приказу медсестры
- c) по просьбе родственников
- d) по желанию пациента
- e) по желанию лечащего врача

8. Причины пролежней:

- a) положение сидя
- b) общий порядок
- c) принужденное положение
- d) длительный постельный режим
- e) положение ортопноэ

9. К одному из числу компонентов паллиативной медицинской сестры по уходу за больными является:

- a) прием в хоспис
- b) состав гигиенического подразделения
- c) диагностика
- d) назначение лечения
- e) выписка пациента

10. Сестрогения - это:

- a) негативное влияние пациента на себя
- b) побочные эффекты пациентов друг от друга
- c) негативное воздействие медицинской сестры на пациента
- d) негативное влияние пациента на свою семью
- e) негативное воздействие врача на пациента

Ситуационные задачи:

Ситуационная задача №1

У подопечного 75 лет онкозаболевание в течение 3 лет. Последнее время диагностированы метастазы в кости

Вопрос 1: В чем заключается симптоматическая терапия больного;

Вопрос 2: Назовите обезболивающие средства, наиболее подходящие в этом случае;

Вопрос 3: Можно ли данному больному рекомендовать лечение в хосписе?;

Вопрос 4: Возможно ли возникновение пролежней, учитывая состояние больного?

Ситуационная задача №2

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»	80-11-2024 ()	
Методические рекомендации для занятий	10 стр из 42	

Больная 86 лет в течение 5 лет страдает хроническим лимфолейкозом. Последнее время у больной появились подозрительность, настороженность и бредовая трактовка окружающей ситуации

Вопрос 1: Какое психическое расстройство присоединилось у больной;

Вопрос 2: Ваша тактика;

Вопрос 3: Кто назначает сильнодействующие препараты, антидепрессанты?;

Вопрос 4: Может ли надомный социальный работник без медицинского образования делать инъекции?

3- занятие

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

5.2. Цель занятия:

Знание задач и направлений деятельности организаций, оказывающих паллиативную медицинскую помощь. Понимание порядка организации оказания паллиативной медицинской помощи мобильными бригадами. Знать порядок оказания паллиативной медицинской помощи детям.

5.3. Задачи занятия:

Облегчение физических болей для удобства пациента. Помимо лекарств, паллиативная помощь включает в себя широкий спектр терапевтических методов, включая физиотерапию, трудотерапию и кормление. 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, понимании роли и ответственности врача в обществе.

5.4. Основные вопросы темы.

1. Основные ресурсы здравоохранения в Республике Казахстан.
2. Основные направления деятельности и структура организации оказания паллиативной помощи.
3. Оказание паллиативной помощи больным хроническими обостренными заболеваниями в стадии декомпенсации.
4. Организация оказания паллиативной помощи детям.

В соответствии с пунктом 2 статьи 126 Кодекса Республики Казахстан от 27 ноября 2020 года № КР 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

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 детскому населению в соответствии с Законом Республики Казахстан от 16 мая 2014 года "О разрешениях и уведомлениях".

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»	80-11-2024 ()	
Методические рекомендации для занятий	11 стр из 42	

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

4. 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.

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

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

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.

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

6. 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.

7. 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.

8. 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.

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»	80-11-2024 ()	
Методические рекомендации для занятий	12 стр из 42	

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;
- 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.

9. 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.
10. В условиях хосписа (отделения) к пациенту предоставляется круглосуточный доступ членов семьи и ухаживающих лиц.

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

11. 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.

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

13. Пациенты, нуждающиеся в паллиативной медицинской помощи, обеспечиваются лекарственными препаратами, содержащие наркотические средства и психотропных

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»	80-11-2024 ()	
Методические рекомендации для занятий	13 стр из 42	

вещества для облегчения боли и тяжелых проявлений заболевания (состояния) неизлечимо больного пациента.

Глава 6. Порядок организации оказания паллиативной медицинской помощи мобильными бригадами

14. 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.

15. 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 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 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.

Глава 7. Порядок организации дистанционного оказания паллиативной медицинской помощи

16. На амбулаторном уровне дистанционно оказываются следующие услуги:

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

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

18. 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

19. 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.

20. Ребенок обеспечивается психосоциальной помощью соответствующей его возрасту. Психологическая поддержка семьи, братьев и сестер осуществляется при затянувшемся течение болезни.

ONTÜSTIK-KAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»	80-11-2024 ()	
Методические рекомендации для занятий	14 стр из 42	

5. 5. Методы преподавания и обучения (малые группы, дискуссии, ситуационные задачи, работа в парах, презентации, тематические исследования и т. д.).

5. 6. Литература:

На последней странице

5. 7. Контрольные вопросы (вопросы, тесты, задания и т.б.)

Тесты:

1. Пациент имеет право на:

- a) самовосстановление принятие
- b) принятие помощи врача, профессионального медицинского и этического решения под влиянием посторонних лиц
- c) покидание и возвращение в больницу в любое время
- d) выбор назначенного лечения
- e) помощи профессионального медицинского и этического решения без воздействия врача и постороннего лица

2. Показания к госпитализации в отделение паллиативной помощи:

- a) заболевания в острой стадии развития
- b) онкологическое заболевание 4 клинической степени
- c) венерологические заболевания
- d) психические расстройства
- e) инфекционные заболевания

3. Оказание паллиативной помощи на первом месте требуется:

- a) больным с хроническим пиелонефритом
- b) пациентам, перенесшим инсульт
- c) достижение выздоровления пациента
- d) больным с хронической сердечной недостаточностью
- e) больным в терминальной стадии с опухолевыми заболеваниями

4. В «карту выездной службы» записывается полностью:

- a) наследственность
- b) социально-хозяйственный статус
- c) по желанию пациента и его родственников планирование следующего обследования
- d) объективное состояние пациента, диагностика, лечение
- e) аллергический статус

5) Меры, не включающие немедленную реанимацию пострадавшего:

- a) отсутствие реакции зрачка
- b) бледность кожи и выделение липкого, как лед, пота
- c) отсутствие пульса в сонной артерии
- d) отсутствие памяти
- e) анафилактический шок

6) Задачи отделения паллиативной медицинской помощи:

- a) проведение консультаций и обучения пациента уходу за собой
- b) проведение консультаций и обучения родственников уходу за больными ВИЧ-инфекцией со стойкими физическими и/или психическими нарушениями
- c) комплексная поддержка инкурабельных больных, подбор терапии, решение социальных вопросов и оказание духовной поддержки
- d) решения социальных вопросов родственников, ухаживающим за больным в домашних условиях
- e) проведение обучения среднего и младшего медицинского персонала по вопросам оказания помощи и уходу за инкурабельными больными ВИЧ-инфекцией

7) В паллиативную помощь входит:

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»	80-11-2024 ()	
Методические рекомендации для занятий	15 стр из 42	

- a) общий уход за больным в стадии обострения заболевания, наблюдение за болью и другим состоянием, психологическое состояние
- b) оказание больничной помощи больному
- c) оказание поликлинической помощи
- d) патронаж
- e) обслуживание вызовов
- 8) К медицинскому аспекту паллиативной помощи относится:
 - a) снижение уровня стресса и страха
 - b) показать больному необходимую поддержку
 - c) признание и уважение различий и особенностей этнокультур
 - d) облегчение болевого синдрома
 - e) хирургическое вмешательство
- 9) Первый основатель сестринского дела:
 - a) Ф. Найтингейл
 - b) Д.Севастопольская
 - c) Е. Бакунина
 - d) В. Щедрина
 - e) Н. Дробина
- 10) Лекарства группы А хранятся:
 - a) в холодильнике
 - b) в темном месте
 - c) на окне
 - d) в шкафу
 - e) в сейфе

Ситуационные задачи:

Ситуационная задача №1

Больной, 80 лет, выставлен диагноз Острый лейкоз, высокий риск. В клинике выраженный анемический, геморрагический синдром, признаки ОНМК.

Вопрос 1: Показано ли больной лечение курсами полихимиотерапии;

Вопрос 2: Ваша тактика;

Вопрос 3: В данном состоянии показано лечение в хосписе?;

Вопрос 4: Какой риск пролежней у данного пациента?

Ситуационная задача № 2

У подопечного с терминальной стадией ВИЧ-инфекции упадок питания, кахексия. В течение дня отмечается спутанность сознания чередующаяся с истощаемостью и оглушенностью. Эпизодически у больного наблюдаются вспышки возбуждения, сопровождающиеся страхом и тревогой.

Вопрос 1: Какое осложнение присоединилось у больного;

Вопрос 2: Ваша тактика;

Вопрос 3: Возможно ли возникновение пролежней?;

Вопрос 4: Показано ли данному пациенту плановое лечение в хосписе?

4- занятие

5.1. Тема : Методы используемые в паллиативной медицины.

5.2. Цель занятия:

Знание методов паллиативной медицины в онкологии. Стимуляция рака, уменьшение симптомов, увеличение продолжительности жизни с помощью этих методов.

5.3. Задачи занятия:

Облегчение физических болей для удобства пациента. Помимо лекарств, паллиативная помощь включает в себя широкий спектр терапевтических методов, включая физиотерапию,

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»	80-11-2024 ()	
Методические рекомендации для занятий	16 стр из 42	

трудотерапию и кормление. 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, понимании роли и ответственности врача в обществе.

5.4. Основные вопросы темы.

1. Молекулярно-генетическое тестирование.
2. Химиотерапия и хирургические методы.
3. Лучевая терапия.

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 заблокированном 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.

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

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»	80-11-2024 ()	
Методические рекомендации для занятий	17 стр из 42	

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.

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 дождаться 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.

Чтобы избежать этих проблем, применяются 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

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»	80-11-2024 ()	
Методические рекомендации для занятий	18 стр из 42	

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.

5. 5. Методы преподавания и обучения (малые группы, дискуссии, ситуационные задачи, работа в парах, презентации, тематические исследования и т. д.).

5. 6. Литература:

На последней странице

5. 67. Контрольные вопросы (вопросы, тесты, задания и т.б.)

Тесты:

1. Для оценки ночной и дневной функции почек используют метод:

- a) бактериологическое исследование мочи
- b) общий анализ мочи
- c) анализ мочи по Зимницкому
- d) анализ мочи по Нечипоренко
- e) определение сахара в моче

2. Функциональное исследование почек:

- a) УЗИ почек
- b) экскреторная урография
- c) объемная урография
- d) ретроградная пиелография
- e) пальпация почек

3. У больного через 40 минут после проведения мероприятия сердечно-легочной реанимации наблюдался постоянный мидриаз (расширение зрачка). Врач попросил остановить реанимацию. Оцените правильность заключения врача.

- a) вывод неверный, трупного обледенения не было
- b) заключительный порядок в связи с истечением времени реанимации
- c) вывод правильный, так как был замечен признак биологической смерти
- d) законное заключение, так как действия врача не обсуждаются
- e) вывод неверный, трупных пятен не появилось

4. Пролежни в области лопатки обрабатываются:

- a) 1% раствором перманганата калия
- b) 5% раствором борной кислоты
- c) 2% раствором гидрокарбоната натрия
- d) концентрированным раствором перманганата калия
- e) со слабой настойкой календулы

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Методические рекомендации для занятий		80-11-2024 () 19 стр из 42

5. Для умывания больного используют:

- a) хлорный дезинфектант
- b) 5% спиртовой раствор
- c) мыльный раствор
- d) изотонический раствор хлорида натрия
- e) слабо концентрированный раствор перманганата калия

6. Диета №5 назначается больным с тяжелыми заболеваниями:

- a) сахарного диабета
- b) почек
- c) ожирения
- d) желчного пузыря
- e) артериальной гипертензии

7. Побочными эффектами действия опиоидных анальгетиков являются:

- a) кашель
- b) слабость
- c) упорные запоры
- d) угнетение дыхательного центра
- e) сердечные боли

8. Пациент потерял сознание через две минуты после внутривенного введения лекарственного средства, АД не определяется. Возможные осложнения:

- a) жировая эмболия
- b) анафилактический шок
- c) потеря сознания
- d) ортостатический коллапс
- e) истероидная реакция

9. Перевозка больных в тяжелом состоянии проводится с помощью:

- a) санитаря
- b) родственника больного
- c) 2-3 человек, под руководством медицинской сестры
- d) врача приемного отделения
- e) старшей медицинской сестры профильного отделения

10. Нелекарственными методами паллиативной помощи при одышке является:

- a) оптимизация физической активности и расхода энергии
- b) иммобилизация больного
- c) коррекция водного режима
- d) психологическое консультирование
- e) направление потока прохладного воздуха на больного/фен

Ситуационная задача

У больного 75 лет онкозаболевание в течение 3 лет. Последнее время диагностированы метастазы в кости

Вопрос 1: В чем заключается симптоматическая терапия больного;

Вопрос 2: Назовите обезболивающие средства, наиболее подходящие в этом случае;

Вопрос 3: Какой вид лечения показан этому больному?;

Вопрос 4: У кого должен наблюдаться такой больной?;

Вопрос 5: Какая основная проблема больного с метастазами?;

5- занятие

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

5.2. Цель занятия:

* Знание принципов паллиативной помощи на дому

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»	80-11-2024 ()	
Методические рекомендации для занятий	20 стр из 42	

* Уметь выполнять меры по уходу, осуществляемые совместно с сестринскими родственниками

* Постоянное взаимодействие с пациентом и его родственниками в процессе планирования и осуществления помощи.

5.3. Задачи занятия:

Облегчение физических болей для удобства пациента. Помимо лекарств, паллиативная помощь включает в себя широкий спектр терапевтических методов, включая физиотерапию, трудотерапию и кормление. 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, понимании роли и ответственности врача в обществе.

5.4. Основные вопросы темы.

1. Принципы паллиативной помощи на дому.

2. Постоянное взаимодействие с пациентом и его родственниками в процессе планирования и осуществления помощи.

«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 лежачих 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 лежачими 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;

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»	80-11-2024 ()	
Методические рекомендации для занятий	21 стр из 42	

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.
- 5. 5. Методы преподавания и обучения** (малые группы, дискуссии, ситуационные задачи, работа в парах, презентации, тематические исследования и т. д.).

5. 6. Литература:

На последней странице

5. 7. Контрольные вопросы (вопросы, тесты, задания и т.б.)

Тесты:

1. Медицинские показания для госпитализации в отделение паллиативной помощи:
 - a) ликвидация очага инфекции
 - b) выраженный болевой синдром
 - c) психологический дискомфорт родственников больного в тяжелом состоянии
 - d) невозможность ухода за больным в домашних условиях
 - e) снижение дистресс синдрома
2. Пятый этап сестринского процесса:
 - a) оценка результатов
 - b) планирование необходимой помощи
 - c) сестринский осмотр
 - d) сестринская диагностика
 - e) определение цели
3. В обязанности медсестры входит:
 - a) научить пациента правильно принимать лекарственные средства
 - b) научить больного и его родственников правильному уходу
 - c) обучение уходу за пациентами
 - d) обучение уходу за кожными покровами
 - e) обучение лечебной физкультуре
4. Показания госпитализации в отделение хосписа-больницы:
 - a) миокардит
 - b) артериальная гипертензия
 - c) хронический обструктивный бронхит
 - d) кахексия, анорексия
 - e) выраженный болевой синдром в терминальной стадии заболевания, преимущественно у пациентов с онкологическими заболеваниями, не поддающийся лечению в амбулаторных условиях, в том числе на дому

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»		80-11-2024 ()
Методические рекомендации для занятий		22 стр из 42

5. Показания для госпитализации больного:

- a) артериальная гипертония
- b) хронический бронхит
- c) язвенная болезнь желудка
- d) пациент, который не может подавить боль или другие синдромы в домашних условиях
- e) гипертонический криз

6. Основной задачей домашнего хосписа является:

- a) уход за больным только медицинского персонала
- b) противопоказания к выполнению внутривенных и внутримышечных инъекций
- c) обезболивание, выполнение внутривенных и внутримышечных инъекций, корректирующий график динамического контроля состояния пациента
- d) противопоказание к госпитализации при смерти больного
- e) уход за больным осуществляют только родственники

7. Основная работа бригады медицинских работников хосписа на дому проводится по следующим направлениям:

- a) наблюдение за больным, находящимся на домашнем лечении, в крайне тяжелом состоянии
- b) проведение различных обезболивающих (эпидуральная, субарахноидальная анестезия, фармакотерапия болевого синдрома), детоксикационной терапии, лечебной и паллиативной химиотерапии
- c) наблюдение на дому за нетранспортабельными и одиночными больными, страдающими хроническими заболеваниями в виде обострений
- d) наблюдение за больными, находящимися на дому, находящимися в крайне тяжелом состоянии и выписанными из хосписа на амбулаторное наблюдение
- e) гипертонический криз

8. Регистрация больных, выписанных по уходу во внебольничных отделениях, активный патронаж, оказание социально-психологической помощи на дому осуществляется:

- a) по приказу директора
- b) по желанию врача
- c) по желанию медсестры
- d) по желанию родственников
- e) по желанию пациента

9. Основная задача и деятельность хосписа:

- a) формирование медицинского и социального обслуживания инкурабельных больных нового типа
- b) высокий доступ к больничной медицинской помощи пациентам терминальной стадии и улучшение медицинской помощи на дому
- c) проведение симптоматического лечения больных терминальной стадии, организация квалифицированного ухода с применением психотерапевтических и традиционных методов
- d) проведение и подбор необходимого обезболивающего средства
- e) оказание реанимационной помощи

10. К одному из числу компонентов паллиативной медицинской сестры по уходу за больными является:

- a) состав гигиенического подразделения
- b) прием в хоспис
- c) диагностика
- d) назначение лечения
- e) выписка пациента

Ситуационные задачи:

Ситуационная задача № 1

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»	80-11-2024 ()	
Методические рекомендации для занятий	23 стр из 42	

У больного, 42 лет, диагностирован СПИД. Беспокоит выраженный болевой синдром.

Вопрос 1: В чем заключается паллиативная помощь больному;

Вопрос 2: Методы борьбы с болевым синдромом.;

Вопрос 3: Кто выписывает наркотические препараты для обезболивания?;

Вопрос 4: Может ли социальный работник выписать лекарство?

Ситуационная задача № 2

При посещении социальным работником пациента, выявлены проявления немотивированной злости у больного с распространенным раком.

Вопрос 1: Что Вы должны предпринять?;

Вопрос 2: Показано ли посещение волонтером?;

Вопрос 3: Волонтерство -это добровольческая деятельность?;

Вопрос 4: Волонтер, это проявление гражданской позиции?;

6- занятие

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

5.2. Цель занятия:

Знание состава мобильных бригад. Уметь оказывать паллиативную помощь и поддержку. Знакомство с обезболиванием и симптоматической терапией.

5.3. Задачи занятия:

Облегчение физических болей для удобства пациента. Помимо лекарств, паллиативная помощь включает в себя широкий спектр терапевтических методов, включая физиотерапию, трудотерапию и кормление. 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, понимании роли и ответственности врача в обществе.

5.4. Основные вопросы темы.

1. Состав мобильных бригад.
2. Многопрофильная команда специалистов.
3. Обезболивание и симптоматическая терапия.
4. Порядок оказания паллиативной помощи в Казахстане.

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 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 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 мобильных бригад.

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»	80-11-2024 ()	
Методические рекомендации для занятий	24 стр из 42	

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 бригадами;

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 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

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»	80-11-2024 ()	
Методические рекомендации для занятий	25 стр из 42	

близкие родственники больного ребенка смогут больше времени и внимания уделять качеству его жизни, а не поиску средств к существованию или выживанию.

5. 5. Методы преподавания и обучения (малые группы, дискуссии, ситуационные задачи, работа в парах, презентации, тематические исследования и т. д.).

5. 6. Литература:

На последней странице

5. 7. Контрольные вопросы (вопросы, тесты, задания и т.б.)

Тесты:

1. Перевозить больного с переломом позвоночно-грудного отдела необходимо:

- a) на мягких носилках в горизонтальном положении на спине
- b) на жестких носилках в горизонтальном положении на спине
- c) в положении сидя
- d) в положении тренделенбург
- e) в положении Симс

2. Удушье - это:

- a) потеря дыхания
- b) нарушение ритма дыхания
- c) замедление дыхания
- d) учащенное дыхание
- e) внезапное ощущение нехватки воздуха

3. Положение пациента, которое способствует отхождению мокроты:

- a) полусидя
- b) лежа
- c) сидя
- d) горизонтальное
- e) вынужденное

4. Концентрационный состав кислорода при длительной оксигенотерапии должен быть:

- a) 50 – 60 %
- b) 10 – 30 %
- c) 90 – 100 %
- d) 20 – 40 %
- e) 5 – 10 %

5. Ятрогения-это:

- a) заболевание, возникающее после приема лекарства
- b) осложнения после болезни
- c) послеоперационный период
- d) болезнь, возникающая из-за ошибок, допущенных медицинским работником и неосторожной речью
- e) заболевание, возникающее при нарушении лечебно-охранительного режима

6. Задачи отделения паллиативной медицинской помощи:

- a) проведение консультаций и обучения пациента уходу за собой
- b) проведение консультаций и обучения родственников уходу за больными ВИЧ-инфекцией со стойкими физическими и/или психическими нарушениями
- c) комплексная поддержка инкурабельных больных, подбор терапии, решение социальных вопросов и оказание духовной поддержки
- d) решения социальных вопросов родственников, ухаживающим за больным в домашних условиях
- e) проведение обучения среднего и младшего медицинского персонала по вопросам оказания помощи и уходу за инкурабельными больными ВИЧ-инфекцией

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SKMA -1979- MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»		80-11-2024 ()
Методические рекомендации для занятий		26 стр из 42

7. К психогигиене медицинского работника характерно:

- a) рациональная ситуация, возникающая при общении с больным
- b) подавление своего непримиримого внутреннего чувства
- c) научить пациента быть ответственным за часть своего здоровья
- d) контроль профилактики
- e) обучение лечебной физкультуре

8. С хронической болью занимается:

- a) физиотерапевт
- b) хирург
- c) терапевт
- d) травматолог
- e) невропатолог

9. Желание общаться с родственниками пациентов должно исходить от:

- a) союза специализированных врачей
- b) родственников
- c) администрации
- d) самих родственников
- e) медицинских работников

10. Для адаптации в обществе при реабилитации инвалидам важна ... помощь.

- a) социальная
- b) психологическая
- c) профилактика
- d) специализированная
- e) политическая

Ситуационные задачи

Ситуационная задача №1

При посещении социальным работником пациента, выявлены проявления немотивированной злости у больного с распространенным раком

Вопрос 1: Что Вы должны предпринять?;

Вопрос 2: Что случилось с больным?;

Вопрос 3: Каковы действия социального работника?;

Вопрос 4: Тактика социального работника;

Ситуационная задача № 2

При отказе пациента от лечения, если он не в состоянии глубокой депрессии, не болен психически, не представляет угрозу для окружающих.

Вопрос 1: Как Вы будете действовать в данной ситуации?;

Вопрос 2: У какого врача проконсультировать больного в плане депрессии?;

Вопрос 3: Глубокая депрессия действует на близких родственников?;

Вопрос 4: Родственникам следует обращаться за психологической помощью?

7- занятие

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

5.2. Цель занятия:

Оказание помощи при различных симптомах онкологических заболеваний. Знать особенности общего ухода за пожилыми и пожилыми пациентами.

5.3. Задачи занятия:

Облегчение физических болей для удобства пациента. Помимо лекарств, паллиативная помощь включает в себя широкий спектр терапевтических методов, включая физиотерапию,

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Методические рекомендации для занятий		80-11-2024 () 27 стр из 42

трудотерапию и кормление. 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, понимании роли и ответственности врача в обществе.

5.4. Основные вопросы темы.

1. Принципы лечения онкологических больных.
2. Оказание помощи при различных симптомах онкологических заболеваний.
3. Особенности ухода за больными с тяжелым состоянием.
4. Эффективность общения с ними. Общий уход.

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.

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.

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 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

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»	80-11-2024 ()	
Методические рекомендации для занятий	28 стр из 42	

онкологическим больным предоставляется возможность участвовать в таких исследованиях, но не все онкологические больные соответствуют критериям участия в клиническом исследовании.

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.

○ 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.

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»	80-11-2024 ()	
Методические рекомендации для занятий	29 стр из 42	

5. 5. Методы преподавания и обучения (малые группы, дискуссии, ситуационные задачи, работа в парах, презентации, тематические исследования и т. д.).

5. 6. Литература:

На последней странице

5. 7. Контрольные вопросы (вопросы, тесты, задания и т.б.)

Тесты:

1. К деятельности сестринского дела по оказанию помощи онкологически больным входит:

- a) развитие сестринской практики
- b) обучение пациента, его семьи и работников здравоохранения
- c) различные виды медицинской деятельности лечебно-профилактической организации
- d) сестринский уход
- e) решение актуальной проблемы пациента

2. При общении с онкобольными ...

- a) нельзя сообщать пациенту вторичный диагноз
- b) нельзя сообщать родственникам пациента результаты по телефону
- c) нельзя отдавать пациенту на руки результаты лабораторных обследований, а также его историю болезни
- d) нужно сообщить результаты обследования и анализов с информацией о диагнозе
- e) нужно ознакомить больного с историей болезни

3. К страху смерти относится ...

- a) физическая проблема
- b) психологическая проблема
- c) социальная проблема
- d) духовная проблема
- e) этическая проблема

4. Сестринское вмешательство больным с онкологическими заболеваниями и выраженными болевыми симптомами:

- a) показать профилактику
- b) оказание специализированной медицинской помощи
- c) выполнение технических манипуляций
- d) оказание сестринского ухода посредством обезболивающих препаратов, назначенными лечащим врачом
- e) наука и искусство лечения больным

5. Отделение паллиативной помощи организуется:

- a) в детской больнице
- b) в поликлинике
- c) в онкологическом диспансере
- d) в кардиоцентре
- e) в частной клинике

6. В отделении онкологии больным в соответствии с основными задачами оказывается ...

- a) лечение больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями
- b) реабилитация больных с инсультом
- c) консультативная помощь
- d) лечение больных венерическими заболеваниями
- e) паллиативная и симптоматическая помощь онкологически больному

7. Показатель госпитализации больных в онкологическом отделении для оказания паллиативной помощи:

- a) предраковые заболевания половых органов
- b) хронический болевой синдром пациента с раком

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»	80-11-2024 ()	
Методические рекомендации для занятий	30 стр из 42	

- с) миома матки
- д) язвенная болезнь желудка
- е) папиллома кожи
- 8. Хроническая боль-это:
 - а) тип боли, сохраняющийся в течении длительного времени
 - б) тип боли, сохраняющийся короткое время
 - с) боль возникающая при повреждении ткани
 - д) боль при недомогании
 - е) боль, возникающая при длительном повреждении ткани
- 9. Причины болевых синдромов больного раком связаны с:
 - а) нарушением функций организма
 - б) уменьшением опухоли
 - с) длительным лечением
 - д) ростом и распространением опухоли
 - е) психическим состоянием больного
- 10. Моральную боль вызывает:
 - а) беспокойство
 - б) слабость
 - с) страдание и стресс
 - д) аппетит
 - е) возбудимость

Ситуационные задачи:

Ситуационная задача №1

Мужчине, 60 лет, перенесшему пять лет назад операцию по поводу рака желудка, три года назад - легочного метастаза и имеющему в настоящий момент церебральный метастаз, предлагается хирургическое вмешательство.

Вопрос 1: Целесообразна ли в данном случае интенсивная терапия?;

Вопрос 2: Какова граница между интенсивной терапией и "пассивной" эвтаназией?;

Вопрос 3: Разрешена ли эвтаназия в Казахстане?;

Вопрос 4: Разрешена ли эвтаназия в мире?

Ситуационная задача № 2

У 35-летней больной с доброкачественной опухолью шейного отдела спинного мозга во время операции произошел полный перерыв спинного мозга. У больной действуют только черепно-мозговые нервы и полностью сохранено сознание. В течение 2 лет продолжается искусственная вентиляция лёгких (ИВЛ), и больная категорически настаивает на её прекращении. Врач принимает решение не продолжать ИВЛ.

Вопрос 1: Какими этическими представлениями определялось решение врача?;

Вопрос 2: Есть ли сторонники эвтаназии в мировом сообществе?;

Вопрос 3: В Казахстане больше сторонников или противников эвтаназии?;

Вопрос 4: В Казахстане эвтаназия не разрешена законом?

8- занятие

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

5.2. Цель занятия:

Понять особенности услуг хосписа. Работа с родственниками пациентов. Знание основную цель пребывания в хосписе.

5.3. Задачи занятия:

Облегчение физических болей для удобства пациента. Помимо лекарств, паллиативная помощь включает в себя широкий спектр терапевтических методов, включая физиотерапию, трудотерапию и кормление. Освоение минимума клинического обследования и принципов их

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»	80-11-2024 ()	
Методические рекомендации для занятий	31 стр из 42	

устранения для выявления синдромов снижения качества жизни у больных раком. Формирование навыков эффективного общения с больными раком, основанных на принципах медицинской этики, понимании роли и ответственности врача в обществе.

5.4. Основные вопросы темы.

1. Задачи и функции хосписа.
2. Основные принципы деятельности хосписа.
3. Проведение анализа эффективности деятельности хосписа.

Хоспис - медико-социальное учреждение паллиативной для оказания помощи неизлечимым больным (преимущественно онкологическим) в последней стадии заболевания.

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.
- 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

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Методические рекомендации для занятий		80-11-2024 () 32 стр из 42

конца отведенного болезнью срока. Положительной стороной 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 происшествия, 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.

Целью многих хосписов является вовлечение в процесс ухода родственников больного. При этом многие бригады по организации ухода на дому обучают родственников методам

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»		80-11-2024 ()
Методические рекомендации для занятий		33 стр из 42

ухода за умирающими. Такой подход позволяет снизить нагрузку медицинского персонала бригад, а родственников включить в активную фазу поддержки уходящего из жизни.

5. 5. Методы преподавания и обучения (малые группы, дискуссии, ситуационные задачи, работа в парах, презентации, тематические исследования и т. д.).

5. 6. Литература:

На последней странице

5. 7. Контрольные вопросы (вопросы, тесты, задания и т.б.)

Тесты:

1. Тип оказания услуг для хосписа по международному регламенту ВОЗ:

- a) некоторые препараты платные
- b) платный
- c) условно бесплатный
- d) бесплатный
- e) лекарства бесплатные, а уход за пациентами платный

2. В хосписе оказывается ... помощь.

- a) оздоровительная
- b) медицинская
- c) психологическая
- d) финансовая
- e) медицинская, психологическая, социальная

3. Слово «Хоспис» мы понимаем как:

- a) дом для пожилых людей
- b) дом для пациентов в тяжелом состоянии
- c) дом для бездомных
- d) детский дом
- e) дом для инвалидов

4. Первый хоспис открылся:

- a) в США
- b) в России
- c) в Англии
- d) в Германии
- e) во Франции

5. К принципу хосписа не относится:

- a) хоспис дом для пожилых людей
- b) хоспис-не дом смерти
- c) облегчение боли и стресса
- d) смерть не может быть ускорена и остановлена
- e) пациент и его близкие-одно целое

6. Целью хосписа является:

- a) помощь и дальнейшая реабилитация
- b) радикальная терапия
- c) улучшение общего состояния больного
- d) улучшение последних дней жизни, облегчение страдания
- e) психиатрическая помощь

6. Первый хоспис в Казахстане открылся в:

- a) В Астане
- b) В Шымкенте
- c) В Алматы
- d) В Көкшетау

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»	80-11-2024 ()	
Методические рекомендации для занятий	34 стр из 42	

е) В Караганде

7. Значение латинского слова "hospes":

- а) сестринский уход
- б) больница
- с) гостеприимство
- д) уход за пациентом
- е) смерть пациента

8. Основная задача и деятельность хосписа:

- а) высокий доступ к больничной медицинской помощи пациентам терминальной стадии и улучшение медицинской помощи на дому
- б) формирование медицинского и социального обслуживания incurable больных нового типа
- с) проведение симптоматического лечения больных терминальной стадии, организация квалифицированного ухода с применением психотерапевтических и традиционных методов
- д) проведение и подбор необходимого обезболивающего средства
- е) оказание реанимационной помощи

10. Хосписная помощь - это:

- а) скорая помощь
- б) философское учение
- с) форма социальной помощи населению
- д) одна из форм организации паллиативной медицинской помощи
- е) вариант эвтаназии

Ситуационная задача.

Дети, рожденные в состоянии клинической смерти, после проведенных реанимационных мероприятий в большинстве случаев переводятся на искусственную вентиляцию легких и требуют наблюдения и лечения в палате интенсивной терапии родильного дома. В большом проценте случаев такие дети находятся в состоянии глубокой комы и имеют крайне неблагоприятный прогноз заболевания. Несмотря на наличие палаты интенсивной терапии, длительное лечение этих детей в условиях родильного дома не представляется возможным в результате недостатка лекарственных средств, специализированной аппаратуры, высококвалифицированных врачей-реаниматологов. Данные больные должны наблюдаться в специализированных отделениях реанимации новорожденных. Однако часто врачи реанимации отказываются переводить этих больных к себе в отделение, объясняя это их «бесперспективностью» и нецелесообразностью использования специальной аппаратуры для поддержания жизнеобеспечения данного ребенка, в то время как данная аппаратура может быть использована для спасения жизни другого ребенка, имеющего большие шансы выжить и не остаться при этом глубоким инвалидом.

Вопрос 1: Аргументацию какого типа этических теорий используют врачи при отказе?;

Вопрос 2: В Казахстане разрешена детская эвтаназия?;

Вопрос 3: Назовите виды эвтаназии;

Вопрос 4: В Казахстане выхаживают ли недоношенных детей, весом 700-800 гр?

9- занятие

5.1. Тема : Оказание паллиативной помощи хронически прогрессирующим incurable больным с болевым синдромом.

5.2. Цель занятия:

Оказание паллиативной помощи incurable больным. Знание медицинских и хирургических процедур. Изучение принципов оказания помощи.

5.3. Задачи занятия:

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»	80-11-2024 ()	
Методические рекомендации для занятий	35 стр из 42	

Облегчение физических болей для удобства пациента. Помимо лекарств, паллиативная помощь включает в себя широкий спектр терапевтических методов, включая физиотерапию, трудотерапию и кормление. 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, понимании роли и ответственности врача в обществе.

5.4. Основные вопросы темы.

1. План паллиативной помощи хронически прогрессирующим инкурабельным больным.
2. Контроль болевого синдрома, оказание паллиативной помощи пациентам с анорексией, кахексией, тошнотой, рвотой, головокружением, запорами, диареей, бессонницей, спутанностью сознания и другими проявлениями болезни и ее осложнениями, а так же осложнениями гиподинамии.

Для оказания профессиональной паллиативной помощи пациентов 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.

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-

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»	80-11-2024 ()	
Методические рекомендации для занятий	36 стр из 42	

за побочных эффектов и тяжелого состояния. Именно поэтому врачи и родственники не всегда уверены, когда необходимо сообщать больному о неизбежном летальном исходе.

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.

5. 5. Методы преподавания и обучения (малые группы, дискуссии, ситуационные задачи, работа в парах, презентации, тематические исследования и т. д.).

5. 6. Литература:

На последней странице

5. 7. Контрольные вопросы (вопросы, тесты, задания и т.б.)

Тесты:

1. Задачи отделения паллиативной медицинской помощи:

- а) проведение обучения среднего и младшего медицинского персонала по вопросам оказания помощи и уходу за инкурабельными больными ВИЧ-инфекцией
- б) проведение консультаций и обучения родственников уходу за больными ВИЧ-инфекцией со стойкими физическими и/или психическими нарушениями
- в) проведение консультаций и обучения пациента уходу за собой
- г) решения социальных вопросов родственников, ухаживающим за больным в домашних условиях
- д) комплексная поддержка инкурабельных больных, подбор терапии, решение социальных вопросов и оказание духовной поддержки

2. К медицинскому аспекту паллиативной помощи относится:

- а) показать больному необходимую поддержку
- б) облегчение болевого синдрома
- в) признание и уважение различий и особенностей этнокультур
- г) снижение уровня стресса и страха
- д) хирургическое вмешательство

3 Проблемы инкурабельных пациентов:

- а) культурные
- б) инвалидизация

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»		80-11-2024 ()
Методические рекомендации для занятий		37 стр из 42

- с) духовные, психологические культурные
- d) одышка
- e) транспортные
- 4. Мера целенаправленного воздействия парафином (озакеритом) на предплечье и лодыжку:
 - a) укутывание
 - b) салфетка-аппликационная
 - c) кювет-аппликационная
 - d) ванна
 - e) распыление парафино-масляной смеси
- 5. Когда возбуждение и беспокойное поведение больного сопровождаются стоном и гримасами, это называют:
 - a) душевная боль
 - b) психологические проблемы
 - c) постепенная потеря сознания
 - d) физическая боль
 - e) признак депрессии
- 6. Врач, увидев изменения в коже 57-летнего парализованного пациента, диагностировал пролежни 2 степени. Изменения на коже будут проявляться в виде:
 - a) глубокие пролежни
 - b) появление ран
 - c) покраснение
 - d) мацерация
 - e) как отморожение
- 7. К числу больных, нуждающихся в паллиативной помощи, хроническими болезнями с прогрессирующим заболеванием относятся:
 - a) пациенты с хронической почечной недостаточностью терминальной степени
 - b) инкурабельные онкологические больные
 - c) пациенты с хронической недостаточностью системы кровообращения терминальной степени
 - d) пациенты с дыхательной недостаточностью терминальной степени
 - e) пациенты с сердечной недостаточностью терминальной степени
- 8. К первичному признаку инсульта относится:
 - a) болевой шок
 - b) сосудистая аневризма головного мозга
 - c) гипертонический криз
 - d) нарушение сознания
 - e) нарушение речи
- 9. Терминальная стадия-это:
 - a) ситуация после внезапной остановки дыхания
 - b) нестабильное состояние гемодинамики
 - c) снижение артериального давления
 - d) пограничная ситуация между смертью и жизнью
 - e) тонические и клонические попытки
- 10. Положение больного в ситуации, когда он не может передвигаться самостоятельно, называют:
 - a) дренажное
 - b) активное
 - c) вынужденное

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»	80-11-2024 ()	
Методические рекомендации для занятий		38 стр из 42

d) неактивное

e) постельный режим

Ситуационная задача

Вы хотите оказать помощь подопечному поправить подушку, расправить одежду, при смене белья.

Вопрос 1: Перечислите этапы действий при поднимании головы и плеч подопечного, выполняемых одним лицом;

Вопрос 2: Может ли перестелить бельё волонтер?;

Вопрос 3: Должен ли он при этом пользоваться перчатками?;

Вопрос 4: Зачем менять постельное бельё?

10 - занятие

5.1. Тема: Оказание паллиативной помощи больным туберкулезом.

5.2. Цель занятия:

Знание задач паллиативной помощи при туберкулезе. Оказание паллиативной терапии пациентам с неизлечимой формой туберкулеза.

5.3. Задачи занятия:

Облегчение физических болей для удобства пациента. Помимо лекарств, паллиативная помощь включает в себя широкий спектр терапевтических методов, включая физиотерапию, трудотерапию и кормление. 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, понимании роли и ответственности врача в обществе.

5.4. Основные вопросы темы.

1. Цели и задачи паллиативной помощи при туберкулезе.

2. Критерии выбора для оказания паллиативной помощи.

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. 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;

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»	80-11-2024 ()	
Методические рекомендации для занятий	39 стр из 42	

- 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 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.

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 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);

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»	80-11-2024 ()	
Методические рекомендации для занятий	40 стр из 42	

- стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение).

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, оснащаются системой подачи кислорода, обеспечиваются 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 дыхательной недостаточности и других синдромах у больных туберкулезом, курации пациентов с развившимися 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.

5. 5. Методы преподавания и обучения (малые группы, дискуссии, ситуационные задачи, работа в парах, презентации, тематические исследования и т. д.).

5. 6. 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 лечебно-профилактической 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.

ONTÜSTIK-KAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SKMA -1979- MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»		80-11-2024 ()
Методические рекомендации для занятий		41 стр из 42

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.

5. 7. Контрольные вопросы (вопросы, тесты, задания и т.б.)

Тесты:

1. Причина лучевого поражения легких:

- a) парафинотерапия
- b) эмфизема легких
- c) резекция легких
- d) применение лучевой терапии
- e) дыхательная гимнастика

2. Внутрибольничная инфекция часто приводит к поражению:

- a) сосудов, нерв
- b) кости, паренхиматозного органа
- c) брюшной и плевральной полости
- d) мышц и суставов
- e) кожи, полости рта

3. К симптомам легочного кровотечения относятся:

- a) мелена
- b) рвотные массы в виде кофейной гущи
- c) выделение мокроты с примесью крови при кашле
- d) стул с примесью слизи
- e) кровь смешанная со слюной

4. При обработке полости рта у тяжелобольного не применяется:

- a) раствор борной кислоты
- b) раствор гидрокарбоната натрия
- c) раствор фурациллина
- d) раствор йода
- e) раствор марганцовки

5. При назначении лечебной физкультуры необходимо учитывать:

- a) уровень ферментов печени
- b) порядок активности пациента
- c) желание пациента
- d) показатель общего анализа мочи
- e) показатели лейкоцитов в крови

6. Уничтожение патогенных и условно-патогенных микроорганизмов в палате из внешней среды функциональных помещений больницы, медицинскими средствами, называется:

- a) стерилизация
- b) дезинфекция
- c) асептика
- d) антисептика
- e) кварцевание

7. Барьер, обеспечивающий безопасность личности медицинской сестры при проведении инъекции, является:

- a) ношение противочумной одежды
- b) перчатки

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»		80-11-2024 ()
Методические рекомендации для занятий		42 стр из 42

- с) противогаз
- д) лицевая маска, перчатки
- е) ношение специальной одежды
- 8. Фактором, влияющим на развитие внутрибольничной инфекции, является:
 - а) множественность диагностических процедур
 - б) подушка пациента
 - с) соблюдение лечебно-охранительного режима
 - д) выполнение контроля за инфекционными мероприятиями
 - е) сохранение правильности питания в больнице
- 9. Физиотерапия не проводится за один день до исследования:
 - а) клинический анализ крови
 - б) электрокардиография
 - с) рентген
 - д) гастроскопия
 - е) анализ мочи
- 10. Главная особенность небулайзера:
 - а) положительное давление снижает циркуляцию крови
 - б) низкодисперсная аэрозольная обработка
 - с) высокодиспансерная аэрозольная обработка
 - д) приятное давление улучшает кровообращение
 - е) оказывает положительное давление на дыхание в дыхательных путях

Ситуационная задача

При отказе пациента от лечения, если он не в состоянии глубокой депрессии, не болен психически, не представляет угрозу для окружающих.

Вопрос 1: Как Вы будете действовать в данной ситуации?;

Вопрос 2: Показана ли госпитализация в Хоспис?;

Вопрос 3: Может ли навещать пациента волонтер?;

Вопрос 4: Может ли волонтер проводить гигиеническую обработку тела больного ?