



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

ЛЕКЦИОННЫЙ КОМПЛЕКС

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

Специальность: 09130100 «Сестринское дело»

Квалификация: 4S09130103 «Медицинская сестра общей практики»

Курс: 3

Семестр: 6

Форма контроля: Экзамен

Общая трудоемкость часов КЗ: 72/3

Аудиторные занятия: 20

Шымкент, 2024 г.

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

Преподаватель: Мэди Э.Қ.

Специальность: 09130100 - "Сестринское дело"

Квалификация: 4S09130103- "Медицинская сестра общей практики"

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

«27» 08 2024 г.

Протокол № 1

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

OŇTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс		80-11-2024 () 3 стр из 44

Лекция №1

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

4.2. Цель:

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

4.3. Тезисы лекции:

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

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

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

В них:

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

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

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

- последняя стадии хронической болезни, когда невозможно «ни есть, ни пить» без посторонней помощи;
- необратимые последствия инсультов, неврологических заболеваний и разнообразных деменций;

QONTUSTIK-KAZAKHSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс		80-11-2024 () 4 стр из 44

- снижение до полного прекращения функционирования органа или системы органов, как при тяжелой сердечной, почечной и печеночной недостаточности;
- с лишающими движений последствиями травм.

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

Принципы паллиативной помощи

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

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

Цели и задачи помощи

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

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

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

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

Поскольку главная задача паллиативной помощи в государственном аспекте — 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.

QNTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс		80-11-2024 () 5 стр из 44

Стандарты паллиативной помощи предусматривают следующие аспекты:

- Каждый пациент имеет право выбирать место и способ оказания ему паллиативной помощи;
- Постоянное взаимодействие как с больным, так и с близкими людьми, осуществляющими уход за ним. При этом следует избегать резкой смены лечения без согласования с пациентом;
- Необходимо постоянно осуществлять мониторинг состояния пациента и, если потребуется, корректировать схему лечения.

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

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

4. 4. Иллюстративный материал: 15-20 слайдов

4. 5. Литература:

На последней странице

4. 6. Контрольные вопросы (обратная связь)

1. Принципы паллиативной помощи;
2. Цели и задачи помощи.

2-лекция

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

4.2. Цель:

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

4.3. Тезисы лекции:

Основные принципы паллиативной помощи:

- любой человек, нуждающийся в паллиативной помощи, должен иметь возможность получить эту помощь;
- главный приоритет – не продолжительность, а качество жизни: уменьшение страданий и стремление к максимальному комфорту и самостоятельности пациента;
- индивидуальный подход к пациенту с учетом его потребностей и социального статуса;
- поддержка не только пациента, но и его близких как во время болезни, так и после смерти.

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

Паллиативная медицинская помощь представляет собой комплекс мероприятий, направленных на улучшения качества жизни тяжелобольных пациентов. Врачи и

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс		80-11-2024 () 6 стр из 44

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

Сестринское дело – обязанности при паллиативном уходе

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

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

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

Правила и принципы

В рамках оказания сестринской помощи каждый работник должен:

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

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

Правильно подобранный терапевтический комплекс, прекрасный уход, хорошее питание, нежное отношение, и болезнь словно дает человеку отпуск. Надолго ли? В паллиативной медицине говорят осторожно: скорее месяцы, чем годы, дни - чем недели. Иногда речь идет о часах. Цель общего ухода - создание максимально комфортных условий

QONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс		80-11-2024 () 7 стр из 44

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

4. 4. Иллюстративный материал: 15-20 слайдов

4. 5. Литература:

На последней странице

4. 6. Контрольные вопросы (обратная связь)

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

3-лекция

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

4.2. Цель:

QNTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс		80-11-2024 () 8 стр из 44

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

4.3. Тезисы лекции:

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

Стандарт организации оказания паллиативной медицинской помощи составлен из 8 глав:

Глава 1. Общие положения

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

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

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

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

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

Глава 2. Структура организаций, оказывающих паллиативную медицинскую помощь

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

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

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

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

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

QONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс		80-11-2024 () 9 стр из 44

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

3) обеспечение сестринского ухода за неизлечимо больным пациентом;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1) оценку физического и психологического состояния пациента;

2) составление и коррекцию индивидуального плана;

QONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс		80-11-2024 () 10 стр из 44

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

QONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс		80-11-2024 () 11 стр из 44

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

QNTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс		80-11-2024 () 12 стр из 44

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

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

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

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

Глава 6. Порядок организации оказания паллиативной медицинской помощи мобильными бригадами

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

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

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

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

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

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

26. МБ осуществляют:

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

QNTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс		80-11-2024 () 13 стр из 44

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

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

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

Глава 7. Порядок организации дистанционного оказания паллиативной медицинской помощи

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

29. На амбулаторном уровне дистанционно оказываются следующие услуги:

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

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

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

Глава 8. Порядок оказания паллиативной медицинской помощи детям

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

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

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

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

4) заболевания с развитием осложнений при неврологических расстройствах.

34. Ребенок обеспечивается психосоциальной помощью соответствующей его возрасту.

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

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

4. 4. Иллюстративный материал: 15-20 слайдов

4. 5. Литература:

На последней странице

4. 6. Контрольные вопросы (обратная связь)

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

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс		80-11-2024 () 14 стр из 44

4. Порядок оказания паллиативной медицинской помощи детям.

4-лекция

4.1. Тема : Методы используемые в паллиативной медицины.

4.2. Цель:

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

4.3. Тезисы лекции:

Методы паллиативной медицины в онкологии

Паллиативная хирургия

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

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

Паллиативная противоопухолевая терапия

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

Молекулярно-генетическое тестирование

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

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

QONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс		80-11-2024 () 15 стр из 44

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

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

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

В клинике выполняются все виды генетических анализов при онкозаболеваниях.

Химиоэмболизация опухолей

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

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

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

Радиочастотная абляция метастазов под контролем КТ (РЧА)

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

Имплантация венозных инфузионных порт-систем

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

QNTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс		80-11-2024 () 16 стр из 44

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

Нейролизис

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

Химический нейролизис предусматривает использование различных веществ, обычно этанола.

Криодеструкция – разрушение нерва холодом.

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

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

4. 4. Иллюстративный материал: 15-20 слайдов

4. 5. Литература:

На последней странице

4. 6. Контрольные вопросы (обратная связь)

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

5-лекция

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

4.2. Цель:

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

4.3. Тезисы лекции:

QONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс		80-11-2024 () 17 стр из 44

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

Организация сестринского ухода на дому для решения проблем пациентов.

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

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

QONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс		
		80-11-2024 () 18 стр из 44

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

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

QONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс		80-11-2024 () 19 стр из 44

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

Удовлетворение потребностей в оказании помощи в домашних условиях

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

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

- Необходимо обучение пациента (гигиена кашля).
 - Образцы мокроты следует собирать в хорошо проветриваемых помещениях или на свежем воздухе; если у пациента много мокроты, ее собирают в емкость с крышкой, которая регулярно меняется.
 - Осуществляются симптоматическое лечение и целостная поддержка пациента.
 - Больные туберкулезом, находящиеся на паллиативной медицинской помощи, не посещают общественные места, не пользуются общественным транспортом.
- прежде всего сахарного диабета, болезней сердечно-сосудистой системы, психоневрологических расстройств, а также оказание ургентной помощи при различных терапевтических и хирургических заболеваниях, осложнениях течения туберкулеза (легочное кровотечение и спонтанный пневмоторакс, формирование хронического легочного сердца).

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

ОНТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ			SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»			80-11-2024 ()
Лекционный комплекс			20 стр из 44

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

Основные мероприятия:

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

Оказание паллиативной помощи больным туберкулезом

При терминальном состоянии пациента персонал должен:

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

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

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

4. 4. Иллюстративный материал: 15-20 слайдов

4. 5. Литература:

На последней странице

4. 6. Контрольные вопросы (обратная связь)

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

6-лекция

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

4.2. Цель:

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

4.3. Тезисы лекции:

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

QONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс		80-11-2024 () 21 стр из 44

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

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

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

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

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

Мобильные бригады осуществляют:

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

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

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

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

5) проведение врачебных вмешательств и процедур сестринского ухода;

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

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

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

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

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

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

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

QONTUSTIK-KAZAKHSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс		80-11-2024 () 22 стр из 44

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

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

4. 4. Иллюстративный материал: 15-20 слайдов

4. 5. Литература:

На последней странице

4. 6. Контрольные вопросы (обратная связь)

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

7-лекция

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

4.2. Цель:

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

QONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс		80-11-2024 () 23 стр из 44

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

4.3. Тезисы лекции:

Особенности оказания паллиативной медицинской помощи в онкологии

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

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

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

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

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

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

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

QNTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс		80-11-2024 () 24 стр из 44

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

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

Основные принципы общего ухода за больными

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

- Организует и контролирует уход врач, который дает подробные указания, касающиеся приема лекарств, диеты, физической активности.
- Обеспечивают уход за больным медицинские сестры, сиделки, родственники пациента.
- Соблюдение лечебно-охранительного режима, являющегося залогом спокойствия и комфорта больного. Здесь подразумевается бережное отношение к личности больного, неукоснительное выполнение рекомендаций врача относительно режима, физической активности, питания.
- Поддержание санитарно-гигиенического режима, включающего комплекс мероприятий, нацеленных на предупреждение возникновения и распространения инфекций.

Важно обеспечить больному возможность самостоятельных действий. Это оказывает благоприятное влияние на самочувствие пациента и его настроение, придает больному уверенность и силы. Простейшие задачи – включить-выключить свет настольной лампы, взять книгу с тумбочки – способны заметно улучшить ситуацию и настроение больного.

КАКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ВКЛЮЧАЕТ ОБЩИЙ УХОД?

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

- Прием медицинских препаратов по рецептам, выданным лечащим врачом.

QONTUSTIK-KAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс		80-11-2024 () 25 стр из 44

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

ОСОБЕННОСТИ ОБЩЕГО УХОДА ЗА ПОЖИЛЫМИ И ПРЕСТАРЕЛЫМИ БОЛЬНЫМИ

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

○ Лекарственная терапия

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

○ Важность лечебно-охранительного режима

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

○ Уход за кожными покровами

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

○ Отправление естественных надобностей

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

QNTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс		80-11-2024 () 26 стр из 44

○ **Борьба с гиподинамией**

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

○ **Организация правильного питания**

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

Домашние условия или специализированное учреждение?

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

При ответе на этот вопрос следует учитывать:

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

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

4. 4. Иллюстративный материал: 15-20 слайдов

4. 5. Литература:

На последней странице

4. 6. Контрольные вопросы (обратная связь)

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

8-лекция

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

4.2. Цель:

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

4.3. Тезисы лекции:

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

QNTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс		80-11-2024 () 27 стр из 44

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

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

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

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

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

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

Особенности деятельности современных хосписных служб

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

QNTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс		80-11-2024 () 28 стр из 44

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

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

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

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

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

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

QNTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс		
		80-11-2024 () 29 стр из 44

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

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

Формы и методы работы с детьми в условиях хосписа

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

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

Медицинская;

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

Юридическая

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

Волонтерскую (добровольческую)

- визиты к пациентам на дом;

QONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»	80-11-2024 ()	
Лекционный комплекс	30 стр из 44	

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

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

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

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

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

Цель исследования: изучить современное хосписное движение и его сущность.

QNTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс		
		80-11-2024 () 31 стр из 44

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

Однако хосписы не отказывали в помощи и окрестным жителям.

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

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

Основные положения концепции хосписов

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

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

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

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

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

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

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

4. 4. Иллюстративный материал: 15-20 слайдов

4. 5. Литература:

На последней странице

4. 6. Контрольные вопросы (обратная связь)

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

QONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс		80-11-2024 () 32 стр из 44

3. Основные положения концепции хосписов.

9-лекция

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

4.2. Цель:

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

4.3. Тезисы лекции:

Инкурабельный больной

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

Что такое инкурабельность?

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

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

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

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

QNTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»	80-11-2024 ()	
Лекционный комплекс	33 стр из 44	

Возможные заболевания:

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

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

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

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

Принципы оказания помощи

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

QNTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»		80-11-2024 ()
Лекционный комплекс		34 стр из 44

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

Другие принципы и задачи помощи:

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

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

Медикаментозные и хирургические процедуры

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

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

Основные обезболивающие назначения:

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

Возможные хирургические и терапевтические назначения:

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

QONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс		80-11-2024 () 35 стр из 44

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

Перевод в хоспис

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

4. 4. Иллюстративный материал: 15-20 слайдов

4. 5. Литература:

На последней странице

4. 6. Контрольные вопросы (обратная связь)

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

10 -лекция

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

4.2. Цель:

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

4.3. Тезисы лекции:

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

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

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

QNTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс		80-11-2024 () 36 стр из 44

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

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

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

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

QONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс		80-11-2024 () 37 стр из 44

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

Паллиативная медицинская помощь при туберкулезе оказывается пациентам:

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

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

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

QONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс		80-11-2024 () 38 стр из 44

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

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

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

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

QONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс		80-11-2024 () 39 стр из 44

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

Паллиативная медицинская помощь может оказываться в следующих условиях:

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

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

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

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

Оказание паллиативной помощи больным туберкулезом

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

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

QONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс		80-11-2024 () 40 стр из 44

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

4. 4. Иллюстративный материал: 15-20 слайдов

4. 5. Литература:

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

Дополнительная литература

1. Приложение к журналу «Сестринское дело» «Паллиативная помощь. Медико-социальные принципы и основы сестринского ухода». Выпуск №3 (11) 2018 г.
2. Кюблер-Росс Э. О смерти и умирании. Перевод с англ. - Киев: «София», 2016.
3. Липтуга М.Е., Поляков И.В., Зеленская Т.М. Паллиативная помощь. Краткое руководство ГИПП, «Искусство России» Санкт-Петербург, 2018.
4. Проблема прав тяжелобольных и умирающих в отечественном и зарубежном законодательствах. Под ред. Академика РАМН Ю.Л.Шевченко. - М.: Изд.дом «ГЭОТАР - МЕД», 2018.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»		80-11-2024 ()
Лекционный комплекс		41 стр из 44

5. Российско-французская конференция по паллиативной медицине. «Тяжелобольной ребенок: психология, этика, контроль боли, реабилитация». Москва, 2019.

6. Сондерс С. Помощь умирающим. Здоровье мира, №11, 2012.

4. 6. Контрольные вопросы (обратная связь)

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



