

Министерство образования и науки Республики Казахстан
МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО
ОБРАЗОВАНИЯ

Жайбергенова Гулжан Палуановна

**Бакалавриат как форма практико-
ориентированной подготовки специалистов
сестринского дела в Республике Казахстан**

ДИПЛОМНАЯ РАБОТА

по специальности: 030200 0 «Сестринское дело»
квалификация: 03020054 «Прикладной бакалавр»

Алматы, 2022г

**Министерство здравоохранения Республики Казахстан
Медицинская академия последипломного образования**

«Допущена к защите»

заместитель директора МАПО

_____ Ибраева А.Ш

Специальность 0302000 «Сестринское дело»

Квалификация 0302054 «Прикладной бакалавр сестринского дела»

ДИПЛОМНАЯ РАБОТА

**На тему « Особенности сестринского ухода за онкологическими
больными в стационаре»**

Выполнил (а): Жайбергенова Гулжан Палуановна _____

/Ф.И.О./

/подпись/

Научный заведующая кафедрой

Руководитель: «Сестринское дело» Пасько Г.И _____

/Ф.И.О./

/подпись/

г. АЛМАТЫ, 2021г

Содержание

- Введение
- Глава 1: Общие сведения об онкологических заболеваниях
- 1.1. Анализ общей заболеваемости злокачественными
- Новообразованиями
- 1.2 Причины развития онкологических заболеваний
- 1.3 Общие клинические признаки онкологических заболеваний
- 1.4 Современные методы диагностики онкологических заболеваний
- 1.5 Лечение онкологических заболеваний
- 1.5.1 Хирургический метод лечения
- 1.5.2 Лучевые методы лечения
- 1.5.3 Лекарственные методы лечения
- Глава 2 Особенности организации ухода медицинской сестрой за онкологическими больными
- 2.1 Организация медицинской помощи населению по профилю «онкология»
- 2.1.1 Оказание первичной медико-санитарной помощи населению по профилю "онкология"
- 2.1.2 Оказание скорой, в том числе специализированной, медицинской помощи населению по профилю «онкология»

- **2.1.3 Оказание специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи населению по профилю «онкология»**
- **2.1.4 Оказание паллиативной медицинской помощи населению по профилю «онкология»**
- **2.1.5 Диспансерное наблюдение онкологических пациентов**
- **2.2 Особенности ухода медицинской сестрой за онкологическими больными**
- **2.3 Особенности работы медицинской сестры при проведении химиотерапии**
- **2.3.1 Особенности питания онкологического пациента**
- **2.3.2 Проведение обезболивания в онкологии**
- **2.3.3 Паллиативный уход за онкологическими пациентами**
- **Заключение**
- **Список литературы**
- **Приложения**

Введение

В настоящее время фиксируется тенденция роста больных, имеющих злокачественные заболевания. Несмотря на явные успехи медицины, связанные с диагностированием болезни и ее лечением, статистика все же показывает высокий процент заболеваемости и смертности, вызванные опухолевыми заболеваниями. По прогнозам ВОЗ заболеваемость и смертность от злокачественных новообразований до 2020 года во всем мире увеличилось в 1,5-2 раза. Рост онкологической заболеваемости в мире будет происходить в основном за счет рака легкого, колоректального рака у мужчин, а также рака молочной железы и рака шейки матки у женщин. Аналогичная тенденция роста заболеваемости раком характерна и для Республики Казахстан. Указанные раки занимают лидирующие позиции в структуре онкозаболеваемости в Казахстане. Смертность от онкологических заболеваний в Казахстане занимает второе место в структуре смертности населения. Ежегодно от рака умирает около 17000 человек, из которых 42% – лица трудоспособного возраста. Это обусловлено в значительной степени несовершенством первичной и вторичной профилактики, а также несвоевременной диагностикой и, как следствие, недостаточной эффективностью лечения. Существует ряд неопровержимых доказательств того, что рак является предотвратимым заболеванием. ВОЗ считает, что, по меньшей мере, одна треть всех случаев заболевания раком предотвратима. На основе многочисленных исследований предложены Европейские рекомендации по борьбе со злокачественными опухолями.

Ранняя диагностика злокачественных новообразований зависит главным образом от онкологической настороженности врачей ПМСП и их знаний, дальнейшей тактики в отношении больного. Основной задачей участкового

врача/врача общей практики в его работе по профилактике онкологической патологии является своевременное распознавание и лечение предопухолевых состояний, на фоне которых развивается рак (факультативный, облигатный предрак), а также ранняя диагностика злокачественных новообразований. Таким образом, медицинские работники ПМСП играют очень важную роль в профилактике и ранней диагностике рака. Совершенствование информационно-коммуникационной работы с населением, проведение скрининговых исследований, диспансерное обследование населения, своевременное обращение пациентов при подозрении на различную патологию, применение комплексного обследования населения улучшат своевременную диагностику злокачественных новообразований и результаты лечения.

Цель работы: исследование сестринской деятельности по уходу за онкобольными в условиях стационара на базе Задачи:

- 1 Проанализировать ситуацию с онкозаболеваемостью в РК.
- 2 Провести анкетирование пациентов с целью выявления удовлетворенности качеством медицинской помощи.
- 3 На базе полученных данных провести анализ сестринской деятельности по уходу за онкобольными в условиях стационара.

ГЛАВА 1 ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ ОБ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

1.1 АНАЛИЗ ОБЩЕЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ

Заболевания, связанные с возникновением злокачественных опухолей, стали очень распространены в настоящее время. Причем тенденция становится масштабнее с каждым годом. По мнению специалистов, столь негативный

процесс может быть обусловлен двумя факторами:

- 1 Научно-технический прогресс. Следствием его развития становится появление многочисленных причин (в том числе и ухудшение экологии), провоцирующих онкологию;
- 2 Новые диагностические методы. Благодаря им, выявляются неизведанные ранее формы рака, что, в свою очередь, отражается на увеличении статистики.

Статистические данные 2012 года свидетельствуют о том, что количество онкобольных в мировом масштабе превысило цифру в 3 млн. человек, т. е. среди каждых 100 есть 2 больных раком. При этом отмечается прямая зависимость между заболеванием и проживанием людей в регионах с развитой промышленностью. Заводы и фабрики ежедневно осуществляют выброс химических отходов, негативно воздействующих на состояние нашего здоровья.



Статистика по регионам РК

В Министерстве здравоохранения подвели статистику за 2020 год - в республике заболеваемость злокачественными новообразованиями составила 173,5 на 100 тыс. населения. В абсолютных цифрах выявлено 32 526 новых заболевших. Снижение заболеваемости составило 11,4 процента. Контингент онкологических больных в 2020 году составил 190 159 больных (2019 год – 186 326 пациент).

По данным электронного регистра онкологических больных, показатель смертности от злокачественных новообразований за 2020 год составил 75,5 на 100 тыс. населения, это 14 150 случаев. Снижение уровня смертности составило 0,7 процентов.

Пятерку лидеров по заболеваемости составляют области:

Павлодарская (316,9 на 100 тыс. населения)

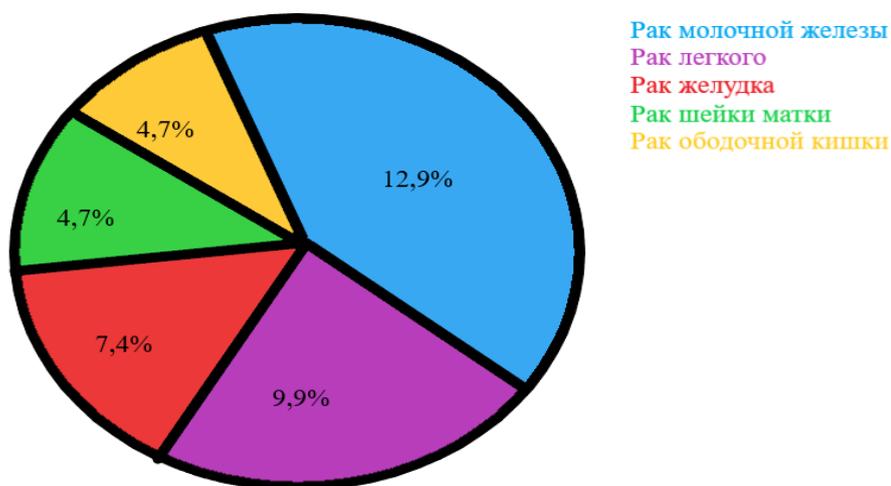
Северо-Казахстанская (311,7 на 100 тыс. населения)

Восточно-Казахстанская (306,3 на 100 тыс. населения)

Костанайская (290,7 на 100 тыс. населения)

Акмолинская области (244 на 100тыс. населения)

Статистика рака по органам в РК



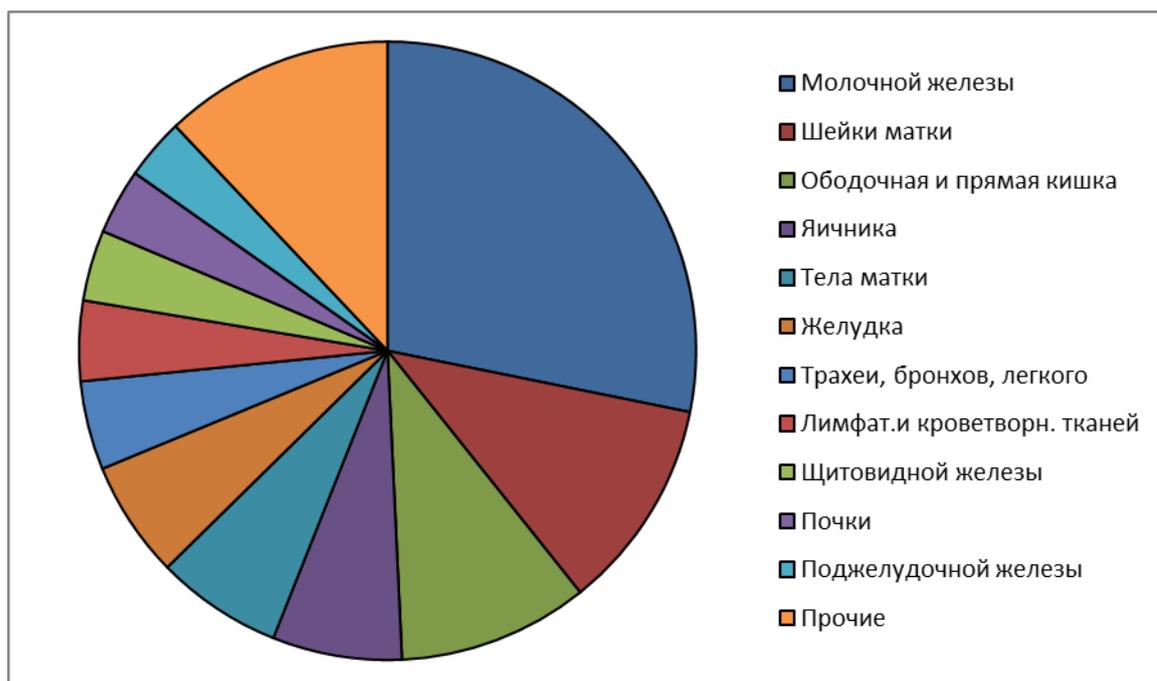
Название онкологии

Общий процент

рак молочной железы	(12,6%)
рак легкого	(9,9%)
рак желудка	(7,4%)
рак шейки матки	(4,7%)
рак ободочной кишки	(4,7%)

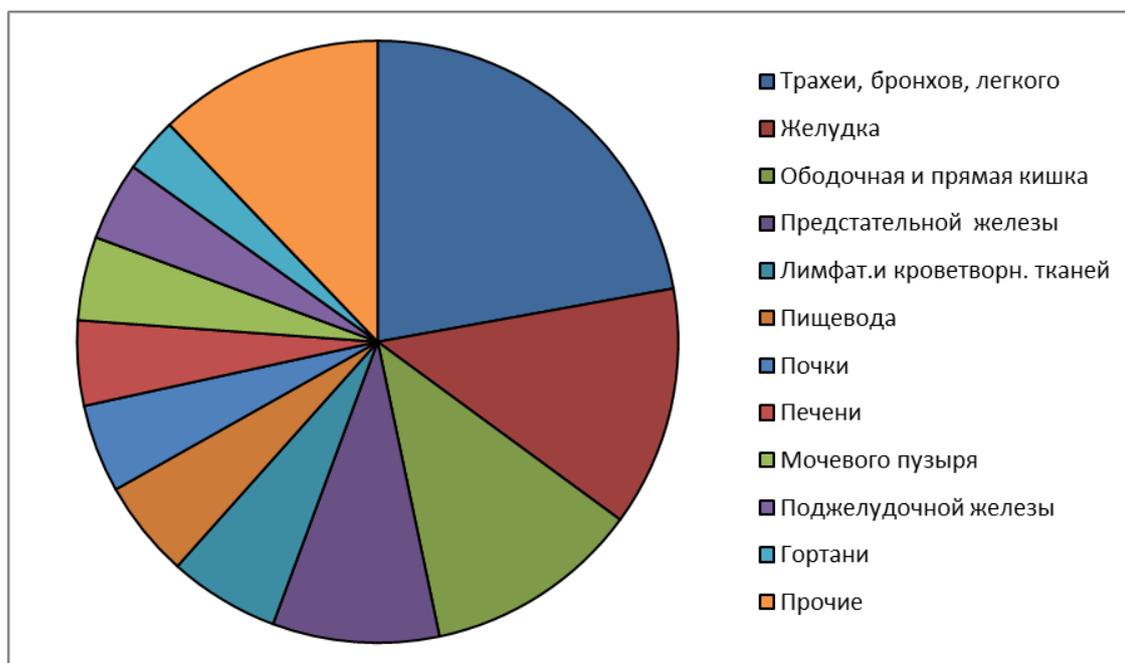
Из статистики по всем онкологическим заболеваниям в Казахстане можно заметить, что идет большой пласт саркомы молочных желез у женского населения. К сожалению, но врачи пока не могут объяснить, почему именно слабый пол так сильно страдает этой онкологией. В связи скрининговыми осмотрами за 2020 год: - на рак шейки матки (РШМ) обследовано 786 690 женщин (83,5% от плана), выявлено 264 случая рака, в том числе на I стадии - 59,1%; - на рак молочной железы (РМЖ) обследовано 744 972 женщины (75,5% от плана). Выявлено 1072 случая РМЖ. Удельный вес РМЖ 0-I стадии составил 48,6%; - на колоректальный рак (КРР) обследовано 971 450 человек (86,7% от плана). По итогам осмотров выявлено 19,0% предраковых заболеваний толстой кишки из числа прошедших колоноскопию. Выявлено 187 случаев КРР. Удельный вес КРР I стадии составил 33,7%.

У женщин



В первую очередь заболеваемость раком в Казахстане у женского населения переходит на опухолевые новообразования в груди. Многие это отмечает с тем, что данные органы очень чувствительны к эстрогену, а при дополнительном воздействии клетки могут мутировать. Женщины в возрасте болеют чаще. Но при этом у девушек и женщин гораздо меньше возникает рак пищеварительной системы. Связано это с тем, что девушки чаще думают о своем питании и о диете, чем мужчины. Плюс, мужская половина больше склонна к распитию спиртных напитков, который также влияют на злокачественные новообразования. Но женщины гораздо чаще болеют раком кожи, из-за любви позагорать без солнцезащитного крема.

У мужчин



Мужское население больше преобладают бронхиальные онкологические заболевания. В первую очередь это связано с курением, а потом уже с экологией. Очень большой процент приходит на болезни ЖКТ, из-за плохого питания и алкоголя. Поэтому вредные привычки делают выше риск умереть не только от рака, но и от других заболеваний этих локализаций. Ежегодно в Казахстане умирает более 18 000 больных раком. Из них 46% женщины, а 54 % мужчины. Основными причинами смерти является именно поздняя диагностика из-за страха пациента обратиться к врачу чуть раньше за медицинской помощью. На первом месте по статистике смертности, это раковые новообразования в легких и бронхах — 26,9 %. Далее идут болезни, связанные с пищеварением — 12,3 %. Последующая статистика уже поражает мочеполовую систему. А вся причина в курении и алкоголе.

Младше 30 лет

Название	Процент
Онкология кроветворной системы	32,4%
Поражение нервной системы	9,8%
Цервикальная опухоль	7,2%
Образование в щитовидной железе	6,8%

Новообразование в яичниках	4,4%
Рак костей	4,2%

От 30 до 60 лет

Название	Процент
Онкология груди	15,8%
Раковое образование легких	10,2%
Образование на кожных покровах	10,1%
Опухоль в желудке	6,6%

Обычно онкология в большей степени поражает именно взрослых людей. Связано это с многими факторами. Но ученые выяснили, что в более позднем возрасте иммунная система не так хорошо начинает бороться с первыми признаками появления раковых клеток, из-за чего риск заболеть после 30 гораздо выше, чем в более молодом возрасте. Плюс к этому добавляется стресс, плохое питание и расшатанное здоровье другими болезнями.

У детей

В Казахстане растёт число детей, больных раком. Ежегодно в Казахстане в среднем выявляется около 600 новых случаев злокачественных новообразований у детей. Из них около 40% составляют лейкемии и 60% – солидные (то есть развившиеся не из клеток кроветворной системы. – *Авт.*) опухоли. В структуре злокачественных новообразований у детей 38,7% составляет лейкоз и 61,3% составляют солидные опухоли. Если говорить про возраст, то 36% детей с опухолями – это дети от 0 до 3 лет, 55% – от 3 до 15 лет и старше 15 лет – 9%.

Название	Процент
-----------------	----------------

острые лейкозы	34%
опухоли головного мозга	16%
нейробластомы	12%
лимфомы	7%
ретинобластомы	7%

Прогноз в лечении рака

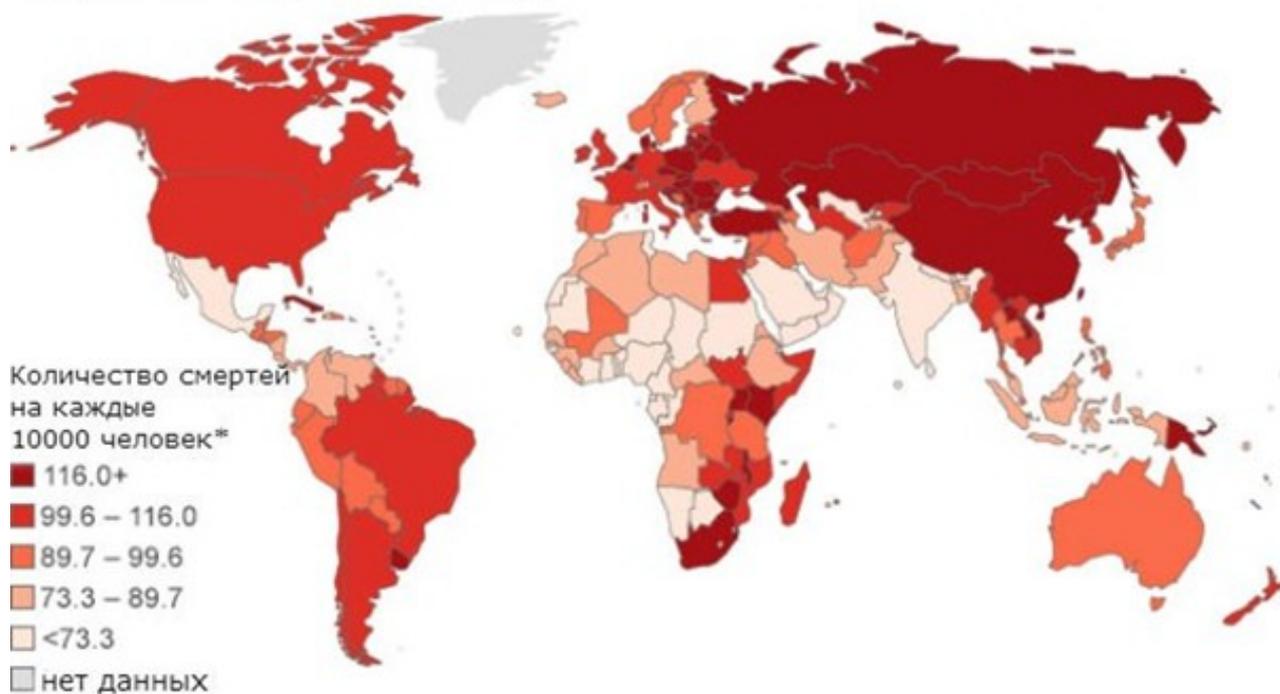
Врачи часто используют понятие 5-ти летней выживаемости при раке. То есть если он прожил в течение этого времени, то он входит в статистику. Зачастую, даже после полного выздоровления рак может вернуться или вообще образоваться в другом органе, так что такие больные сразу же попадают в группу риска. В Казахстане из-за уровня медицины и онкологической школы довольно низкий уровень выживаемости после терапии. Плюс у нас эта сфера в лечении развивается очень медленно, и зачастую мы просто перенимаем различные методы терапии у запада. Все-таки онкология у нас отстает от Германии, Америки, Израиля и Японии.

Процент смертности при раке у разных стран

- **Россия — 60 %**
- **Франция — 40%**
- **Америка — 34%**

Давайте посмотрим на статистику смертности от рака во всем мире и заметим, что чаще всего страдают этим неприятным заболеванием высокоразвитые страны с большим количеством технологий, автомобилей, электростанций, заводов и т.д.

Смертность от рака в 2012 году



**все виды рака за исключением немеланомного рака кожи

Обычно статистика выживаемости при раке по странам мира преобладает в крупных и богатых странах с высоким уровнем медицинского обслуживания и науки. К сожалению, но РК не входит даже в десятку лидеров и летальность от этого недуга у нас составляет 55 %. Все это связано с тем, что у нас могут быть разные методы лечения, уровень диагностики и оборудования.

Если брать страны средней Азии, то у них зафиксированы повышенные показатели из-за большого количества людей.

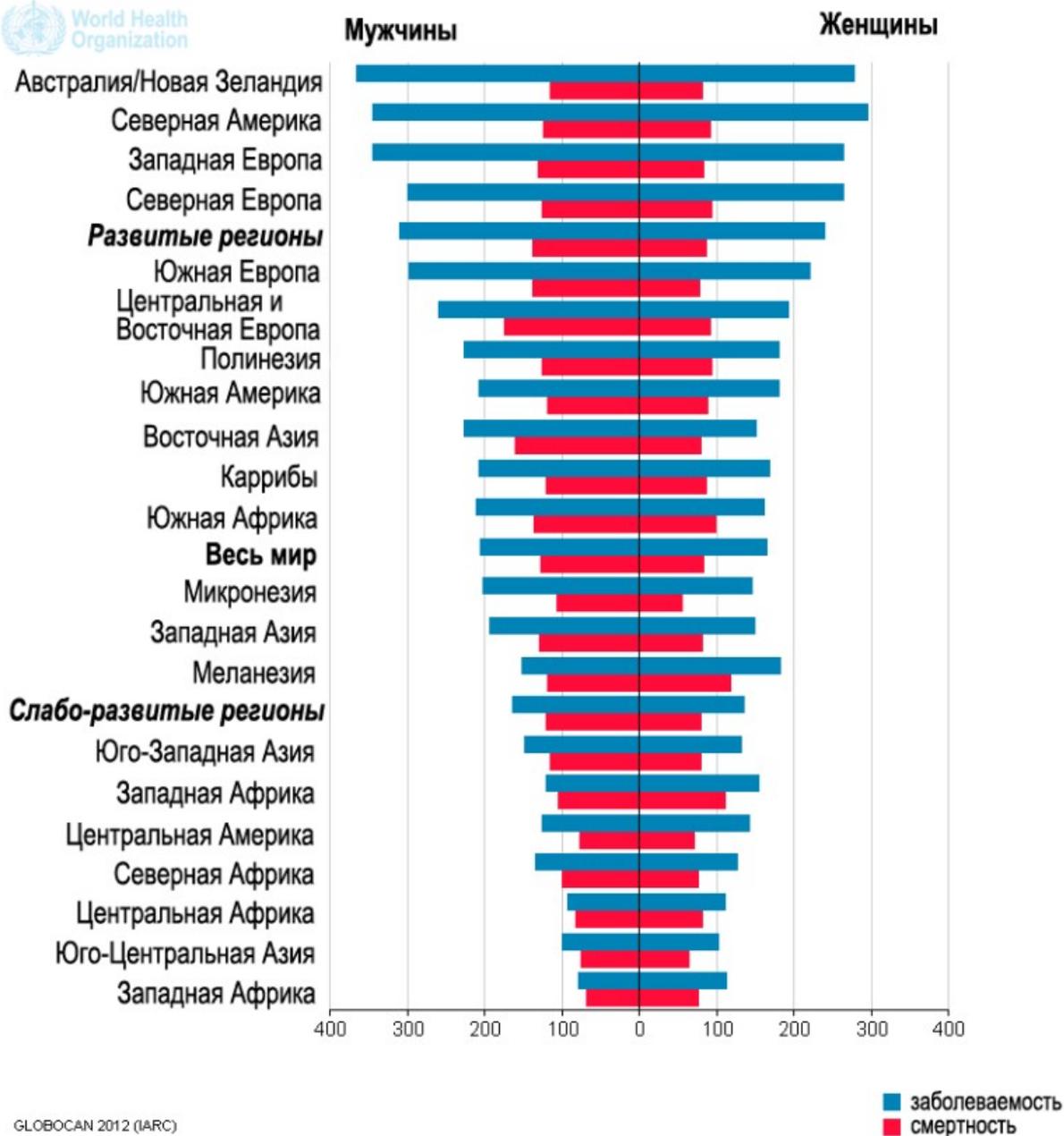
Процент 5-ти летней выживаемости по стадиям

- 1 Стадия рака — 85 %.
- 2 Стадия рака — 70%.
- 3 Стадия рака — 45%.
- 4 стадия рака — 5 %

Многие пациенты просто не могут прибегнуть к лечению, даже после полной диагностики, из-за нехватки средств. А большинство вообще боятся идти к врачу, даже после первых симптомов, из-за чего теряют драгоценное время, а после становится уже поздно.

Статистика по стадиям примерная, так как каждый рак обладает своей смертностью и пятилетней выживаемостью. Но зачастую на 3 и 4 стадии вылечить рак очень сложно.

International Agency for Research on Cancer



GLOBOCAN 2012 (IARC)

1.2 ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

При онкологии канцерогенные агенты действуют на генетический аппарат клетки. Возникает патология, которая длится достаточно долгое время. Риск развития заболевания зависит от многочисленных факторов, которые

действуют на наш организм в неодинаковой мере. Выделяют три вида агентов, которые вызывают рак: химические, физические или биологические. При этом каждый организм по-своему реагирует на их воздействие, ввиду индивидуальности иммунобиологии, генов, возраста. Рассмотрим каждый вид более подробно.

Химические канцерогены.

Данные вещества могут иметь как органическую, так и неорганическую структуру. Канцерогены данного вида обнаруживают себя в окружающей нас среде, являются продуктами жизнедеятельности организма, могут даже быть метаболитами живых клеток. Такие вещества действуют на организм по-разному: локально, поражая какой-то определенный участок или орган, либо поражают орган, наиболее чувствительный к его атаке (место введения при этом не имеет значения). Канцерогены являются составной частью табачного дыма. В газовой его составляющей содержатся бензол, винилхлорид, уретан, формальдегид и другие летучие вещества. Доказано, что курение – мощный фактор, вызывающий появление злокачественных опухолей в легких (85% случаев), на губах (80%), в пищеводе (75%), в мочевом пузыре (40%), в гортани (85%). Исследованиями доказано также негативное воздействие табачного дыма на, так называемых, пассивных курильщиков: людей, которые находятся рядом с человеком, злоупотребляющим курением. Даже вдыхание дыма в таком пассивном варианте увеличивает риск возникновения опухоли в легких, что подтверждается наличием у них биомаркеров канцерогенов. С пищей в организм попадает огромное количество соединений (более 700). Не все из них воздействуют положительно. Около 200 относятся к категории полициклических ароматических углеводородов – ПАУ (аминоазосоединения, нитрозамины, афлатоксины и др.) Важно учесть, что канцерогены невозможно уничтожить высокими температурами, сопровождающими процесс приготовления еды, обработкой в соляных растворах. Они так же не боятся длительного хранения. Синтезирование пестицидов и удобрений, содержащих в своем составе азот, стало прорывом в развитии сельскохозяйственных отраслей. Однако использовать их стали не только повсеместно, но и в неразумных количествах. В результате огромное количество этих вредных веществ попали в воду и почву, а, следовательно, и в животные и растительные продукты питания. ПАУ ведут себя неодинаково в разной среде. Процент их содержания свежих мясо-молочных продуктах небольшой.

К самым активным канцерогенам относится 3,4-бензпирен. Он является результатом обжаривания и копчения пищи. Исходя из этого, мы не можем говорить о безопасности употребления в пищу рыбных и мясных консервов. Копчености, темное пиво, соленья содержат в своем составе нитрозамины (НА). Причем скорость их образования увеличивают процедуры засолки, пережаривания, консервирования. НА могут проникнуть в наш организм извне в малом количестве. Опасность возрастает, когда их синтез происходит внутри нас (желудок, кишечник, мочевой пузырь) в процессе их синтезирования из нитритов или нитратов. Токсичность нитритов (особенно в больших дозах) не подлежит сомнению. Под их воздействием может возникнуть метгемоглобин. Содержатся в злаках, корнеплодах, безалкогольных напитках. Добавляют их в консерванты в сыры, мясо и рыбу. У нитратов (содержатся в редисе, шпинате, баклажанах, черной редьке, салате, ревене и др.) токсичность отсутствует. Однако они способны трансформироваться в нашем организме в нитриты. Следующая категория сильных канцерогенов, вызывающие первичную онкологию печени, – это афлатоксины. Если употреблять продукты, содержащие жир, в неумеренном количестве, то это приведет к раку молочных желез, тела матки, толстой кишки. Столь же негативным воздействием обладают соленья, маринады, копчености, которые способны спровоцировать рак желудка. Среди факторов риска, вызывающие появление опухолей в верхних дыхательных путях, ротовой полости, языка, пищевода, гортани, глотки, выделяется алкоголь. Ему не присущи канцерогенные свойства, но он является своеобразным катализатором, из-за которого болезнь развивается и прогрессирует более интенсивно. Это связано с тем, что вещество растворяет жиры. В результате, клетка в какой-то мере теряет защитные свойства, что упрощает ее взаимодействие с канцерогенным агентом. Сочетание алкоголя с курением многократно увеличивает риск развития рака.

Физические факторы.

Данную группу составляют:

- **ионизирующая радиация в различных ее проявлениях (рентгеновские, гамма-лучи, элементарные частицы атома – протоны, нейтроны и др.);**
- **ультрафиолетовое облучение;**
- **травмы, поражающие ткани.**
- **Чрезмерное (сильное либо длительное по времени влияния) воздействие УФ-лучей поражает кожу, вызывая появление на ней, а также нижней**

губе, злокачественных новообразований. Ввиду того, что в категорию риска входят люди, имеющие светлую кожу, им не стоит злоупотреблять долгим нахождением под солнечными лучами. Самым распространенным следствием ионизирующей радиации становятся онкозаболевания, поражающие кровеносную систему. Рак молочной и щитовидной желез, легкого, кожи, опухоли костей и других органов возникает в редких случаях. Самая слабая возрастная категория, которая не может противостоять данному фактору, – это дети. Внешнее воздействие облучения приводит к тому, что рак развивается локально, т. е. в тех местах, на которые оно было направлено, при действии радионуклидов – в очагах депонирования. Такие результаты были предоставлены в результате исследований, проведенных после взрыва на станции Байконур. Частота и локализация опухолей, вызываемых введением различных радиоизотопов, зависит от:

- вида изотопа;
- интенсивности облучения;
- распределения элемента в организме.

Изотопы стронция, кальция, бария концентрируются в костях (остеосаркомы), Радиоизотопы йода – в щитовидной железе. Дозировка лучевого воздействия имеет важное значение. Если доза раздроблена, то она обладает меньшим онкогенным эффектом. Что касается травм, то их роль в этиологии злокачественных новообразований до сих пор не изучена надлежащим образом. Важным фактором является пролиферация тканей в ответ на их повреждение. Имеет значение хроническая травма (например, слизистой оболочки рта кариозными зубами или зубными протезами).

Биологические факторы.

К данной категории относятся вирусы, обладающие онкогенным свойством. Например, вирус саркомы Рауса, вирус рака молочных желез Биттнера, вирус лейкоза кур, вирусы лейкозов и сарком у мышей, вирус папилломы Шоупа и др. Исследования показали, что имеется связь между риском развития саркомы Капоши, неходжкинских лимфомы и ВИЧ. Вирус Эйнштейн-Барра играет определенную роль в развитии неходжкинской лимфомы, лимфомы Беркитта, назофарингеальной карциномы. Вирус гепатита В увеличивает риск развития первичного рака печени.

Следующий биологический фактор – это наследственная предрасположенность. Ее генетическая природа нашла свое подтверждение в

научных исследованиях. В результате было выяснено, что передача по наследству проявила себя только в семи процентах случаев. Основное их проявление – соматические изменения, являющиеся предпосылками к появлению рака. Ученые выявили около 200 синдромов, которые предрасполагают к опухолям и передаются наследственно. Среди них: пигментная ксеродерма, семейный полипоз кишечника, нефробластома, ретинобластома и др. К факторам онкориска относятся социально-экономическое и психоэмоциональное состояние населения. Касательно ситуации, сложившейся в нашем государстве, можно обозначить следующие виды:

- 1. нахождение большинства населения за чертой бедности;
- 2. пребывание людей в состоянии психоэмоционального хронического стресса;
- 3. низкая информированность населения. Люди не осведомлены о том, из-за чего возникает болезнь, как распознать ее на ранних стадиях, что предпринимать в профилактических целях;
- 4. проживание в районах, неблагоприятных с экологической точки зрения.

Самыми весомыми являются первые два фактора. Качество нашего здоровья и вытекающая из этого способность противостоять болезням, напрямую зависит от качества продуктов питания. Ситуация в нашей стране оставляет желать лучшего. Потребление полезных продуктов далеко от принятых в мировом сообществе норм. Поэтому нам тяжело противостоять повреждающему агенту. На уровень социально-экономического благополучия влияют жилищные условия, гигиеническая грамотность населения, характер работы, особенности образа жизни и др. Многие ученые пришли к выводу, что провоцирующими факторами являются:

- постоянные стрессовые ситуации;
- чрезмерный стресс, который является следствием конфликтов и безвыходных ситуаций;
- депрессии;
- отчаяние и безнадежность.

В настоящее время к описанным выше причинам добавились преступность, безработица, бедность, терроризм, крупные аварии, стихийные бедствия, в которые вовлекаются тысячи казахстанцев.

1.3 ОБЩИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Симптомы онкологии проявляют себя по-разному. Это зависит от того как и где расположено новообразование, к какому типу и форме роста оно относится, как она растет и развивается. Не менее важно, в каком возрасте болезнь настигла больного, имеются ли у него какие-либо еще заболевания. Таким образом, все симптомы можно выделить в две большие группы. Первую из них составляют общие, вторую – местные симптомы. Рассмотрим каждую группу более подробно.

Общие симптомы могут быть сходны и с другими заболеваниями, не относящимися к онкологии. Самый распространенный из них – это чувство общего недомогания и слабости. Даже небольшая физическая нагрузка выматывает организм. Усталость и разбитость приводит к тому, что настроение ухудшается, становится подавленным. Человек, часто раздражается по любому поводу. Все это происходит от того, что раковые клетки отравляют организм своими продуктами жизнедеятельности. Больной начинает терять аппетит и с течением времени ситуация только усугубляется. На первых стадиях еда кажется невкусной, далее больной отказывается от пищи, содержащей белок, не ест мясные продукты. Находясь в крайне тяжелой форме, человек вообще ест очень мало, с трудом. Из-за этого теряется вес тела.

Нарушения затрагивают различные обменные процессы: белковый, углеводный, водно-солевой. Организм пребывает в дисбалансе, в том числе гормональном. Если болезнь поражает пищеварительную систему, то сопутствующим явлением становится нарушение процессов поступления пищеварительных ферментов, всасывания, продвижения пищевой массы. При онкоинтоксикации повышается температура тела. Самые распространенные ее показатели: 37,2-37,4 градуса. Ситуация дает о себе знать обычно в вечернее время. Достижение ее 38° уже говорит о том, что организм сильно отравлен болезнью, опухоль начала распадаться, что сопровождается воспалениями.

Еще одним негативным симптомом являются депрессивные состояния. Отсутствие позитивного восприятия, настроения приводят к тому, что больной утрачивает интерес ко многим интересующим его в здоровом состоянии вещам. Он уходит в себя, перестают общаться с друзьями и близкими, что сопровождается повышенной раздражительностью. Значимость этого симптома с точки зрения его самостоятельности, невелика. Характерная особенность общих симптомов рака – их постепенное усиление. Местные симптомы

проявляют себя также по-разному, причем проявляют они себя, в основном, раньше общих.

Если на теле появляются несвойственные организму уплотнения, меняется обычный вид кожных покровов, то это – уже тревожный сигнал.

Незаживающие долгое время раны или язвы, поражающие слизистые или кожу также свидетельствуют о том, что в организме присутствует онкология.

К местным симптомам относятся следующие:

- - выделения неестественной природы, сопровождающие мочеиспускание, дефекацию, а также вагинальные у женщин;
- - новообразования (уплотнения, припухлости);
- - потеря телом асимметричности, его деформированность;
- - трансформация образований на коже (цвет, размер), характеризующаяся быстротой процесса, нередко сопровождающимся кровоточивостью;
- - отсутствие регенерации ран и язв, возникающих на слизистых и кожных покровах.

Благодаря местным симптомам, врач при осмотре может диагностировать болезнь. Опухоль прощупывается, позволяя понять, в каком органе она сформирована. Своеобразным индикатором при этом является состояние лимфатических узлов.

Новообразование любой структуры (злокачественное, доброкачественное) может перекрыть просвет органа, вызвав, тем самым, летальный исход.

Например, непроходимость кишечника, нарушения работы мочевыделительной системы, удушье (если рак перекрыл гортань). Когда рак переходит на позднюю стадию своего развития, опухоль распадается, вызывая разрушения органов, что сопровождается появлением отверстий в их стенках, кровотечениями. Кости становятся хрупкими, ломаются.

Когда органы начинают выполнять свои функции недостаточно, мы также говорим о местных симптомах. Больной испытывает дискомфорт, болезненные ощущения именно в пораженном онкологией органе. Таким образом, выявить рак помогут данные анамнеза с учетом жалоб пациента.

1.4 СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Лучевая диагностика – один из самых распространенных методов, который повсеместно применяется во всех учреждениях здравоохранения в наши дни. Выделяют следующие технологии, позволяющие выявить злокачественное новообразование:

- рентгенология;
- диагностика ультразвуком (УЗИ);
- томография (компьютерная, магнитно-резонансная);
- ангиография.

Лучевая диагностика решает целый ряд задач. Первичный осмотр с ее применением не только находит новообразование, но и определяет принадлежность его к определенному виду, выявляя, тем самым, злокачественность либо ее отсутствие. Делаются выводы о том, насколько интенсивно развивается и распространяется процесс. Кроме того выявляются места, где локализованы метастазы (в случае их обнаружения). При выявлении опухоли обязательными являются ее пункция и биопсия. Данная процедура необходима, так как позволяет определить является ли пораженный болезнью очаг действительно раком. Полученный результат позволит спланировать комплекс лечебных мероприятий, их объем. Дальнейшая диагностика помогает понять, насколько терапия (хирургическое вмешательство, прием препаратов, лучевое лечение) была успешной, а также выявить возможные рецидивы.

Если болезнь поразила слизистые оболочки, то ранним диагностированием является метод эндоскопии. Он выявляет любые изменения, произошедшие в разных системах организма (дыхательной, пищеварительной, мочеполовой), что крайне важно на начальных стадиях развития заболевания. В результате данной диагностики можно обнаружить скрытые формы болезни и приступить к дальнейшему наблюдению за динамикой. Данные, полученные при эндоскопическом исследовании, необходимы для оценки состояния, в котором пребывает тот или иной орган. Информация помогает понять поведение опухоли: направленность, распространенность. Чтобы провести изучение новообразования на клеточном уровне, необходима биопсия. Данный метод поможет окончательно сформулировать диагноз и проконтролировать лечение: насколько оно эффективно борется с опухолью. Особенно важные морфологические данные перед операционным вмешательством.

Большое значение при прогнозировании ситуации имеют результаты онкомаркеров. Данные позволяют подобрать максимально адекватную терапию болезни. Онкомаркеры – незаменимое средство диагностики рецидива, ввиду

их чувствительности. Благодаря этому, рецидив выявляется во время нахождения его в предклинической стадии, когда основные симптомы еще не дали о себе знать. На сегодняшний день известно 20 опухолевых маркеров.

Достоверность и простота характерны для цитологического метода. К тому он недорогой, что делает его доступным. Его результаты незаменимы в предоперационный период, для дальнейшей интраоперационной диагностики. Данный метод позволяет прогнозировать ситуацию и держать под контролем терапию, выявляя степень ее эффективности.

1.5 ЛЕЧЕНИЕ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

В борьбе с новообразованиями, современной медициной используется несколько методов: операционное вмешательство, лучевая терапия и применение лекарственных препаратов. Выбор метода зависит от каждого конкретного случая. Может быть назначен один из них, в качестве самостоятельной терапии, либо он используется в комплексе с другими способами лечения.

На выбор конкретного метода влияют многочисленные факторы. Обращают внимание на место, в котором локализован первичный очаг опухоли, насколько сильно он распространен. Учитывается стадия онкологии. Важна оценка рака с точки зрения его клинико-анатомической формы роста, морфологии. Методы лечения подбираются в зависимости от того, как себя чувствует пациент, в каком состоянии пребывает его иммунитет. Важны такие показатели, как пол и возраст.

1.5.1 ХИРУРГИЧЕСКИЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ

В основном с онкологией медицина борется хирургически, поэтому данный метод, по праву, можно назвать главным.

Если в результате операции, злокачественное новообразование было полностью удалено из места его локализации, то мы говорим о радикальном вмешательстве. Бывают случаи, когда полностью очаг удалить не представляется возможным. Такую частичную ликвидацию называют

паллиативной. Часто требуется провести ряд корректирующих операционных мер (например, наложение энтеростомы или обходного анастомоза). В этом случае речь идет о симптоматическом операционном вмешательстве. Наиболее эффективен радикальный метод. Паллиативный и симптоматический не спасут больного.

Для того чтобы вмешательство хирургов было максимально успешным, необходим комплексный подход, сочетающий в себе лучевую терапию, иммунотерапию, химиотерапию, гормонотерапию. Перечисленные методы также нередко применяются самостоятельно.

Перед операциями нередко назначается ионизирующее излучение либо химиотерапия. В результате опухоль уменьшается в объеме, снимается инфильтрация и хроническое воспаление. Несмотря на выраженную эффективность данных методов, они вызывают многочисленные осложнения. Такие побочные явления негативно воздействуют на организм, поэтому длительность применения этих предоперационных мер недопустима. Их основной объем приходится на послеоперационное время.

1.5.2 ЛУЧЕВЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

Все составляющие человеческого организма, без исключения, реагируют на ионизирующее излучение. Поэтому оно широко применяется при лечении рака. Максимальная чувствительность присуща тканям, которые делятся с относительно высокой скоростью. В зависимости от характера воздействия, выделяется несколько видов лучевой терапии:

1) **Радикальная.** Обладает максимальным уровнем дозы облучения, в результате чего опухолевый очаг и регионарные метастазы полностью разрушаются. Больной излечивается. Метод применим при поражении злокачественными новообразованиями глаз (сетчатка, сосудистая оболочка), головного мозга, мозжечка, ЦНС, кожи, ротовой полости, языка, глотки, гортани, пищевода, шейки матки и влагалища, предстательной железы. Используют его также на ранних стадиях лимфомы Ходжкина.

2) **Паллиативная.** Под воздействием ионизации, опухоль прекращает интенсивно расти, уменьшается в объеме. Такое снижение ее активности отражается на состоянии больного: он чувствует себя лучше, боли становятся не такими сильными, снижается риск возникновения переломов, носящих

патологический характер (если метастазы поразили кости). В результате паллиативной лучевой терапии ликвидируются симптомы невралгии в случаях, когда метастазы проникли в головной мозг; устраняется непроходимость бронхов и пищевода. Данный метод эффективен при поражении метастазами глаз и глазниц. Он позволяет сохранить человеку зрение. Также продлевается жизнь пациента.

3) **Симптоматическая.** Данный вид назначается больным, у которых симптомы проявляют себя в тяжелой степени и сопровождаются сильными и продолжительными болями, например при поражении метастазами костей, головного мозга.

4) **Противовоспалительная и функциональная.** Назначается для устранения осложнений, которые возникли после операционного вмешательства.

5) **Предоперационная.** Процедура позволяет ощутимо снизить жизнедеятельность клеток рака. В результате опухолевый очаг уменьшается в размерах, подавляется активность метастазов

6) **Послеоперационная.** Назначается тем пациентам, у которых данные гистологического анализа подтвердили наличие метастазов.

7) **Интраоперационная.** Является однократной процедурой, сопутствующей лапаротомии. Часто назначается в тех случаях, когда опухоль неоперабельная.

1.5.3 ЛЕКАРСТВЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

Медицинские препараты действуют на опухоль целенаправленно. В результате замедляется скорость деления раковых клеток, они повреждаются, очаг прекращает интенсивно разрастаться. Химиотерапия злокачественных опухолей. Цитостатики доказали свою высокую эффективность в терапии рака. Для данной группы лекарственных средств характерна высокая биологическая активность, что препятствует делению онкоклеток. Если за основу классификации взять механизм их действия, то выделяют следующие препараты:

1) **Алкилирующие.** Данная группа лекарств направлена на нейтрализацию процесса разрастания ткани. При этом клеточный цикл, в котором пребывает опухоль, не имеет значения. Группа образована препаратами, являющимися

производными хлорэтиламинов (мелфалан, циклофосфамид, ифосфамид), этилениминов (тиотепа, альтретамин, имифос), нитрозометилмочевины (кармустин, ломустин, стрептозоцин). К ним также относят эфиры дисульфоновых кислот (бусульфан), комплексные соединения платины (цисплатин, карбоплатин, оксалиплатин), триазины (дакарбазин, прокарбазин, темозоломид).

2) **Антиметаболиты.** Являясь по структуре аналогичными веществам, необходимым клетке для ее синтеза, они вливаются в макромолекулу ДНК опухоли. В результате нарушается синтезирование нуклеотидов и раковая клетка погибает. Данная группа представлена следующими препаратами: аналогами пиримидина (5-фторурацил, тегафур, капецитабин, цитарабин, гемцитабин), пурина (флударабин, меркаптопурин, тиогуанин), аденозина (кладрибин, пентостатин); лекарствами, обладающими противоположным фолиевой кислоте действием (метотрексат, эдатрексат, триметрексат). Лекарства назначаются больным, у которых рак поразил пищеварительную систему (пищевод, желудок, толстую кишку), молочные железы, кости.

3) **Противораковые антибиотики.** К ним относятся: доксорубин, блеомицин, дактиномицин, митомицин, идарубин. Препараты назначаются больным, у которых опухоль разрастается медленными темпами. Лекарственные средства подавляют образование нуклеиновых кислот, тормозят, тем самым, развитие заболевания.

4) **Антимитогены.** К ним относятся: винкаалкалоиды (винкристин, винбластин, виндезин, винорельбин) и таксаны (доцетаксел, паклитаксел). Препараты негативно воздействуют на деление онкоклеток, повреждая их скелет, что приводит к гибели клетки.

5) **Ингибиторы ДНК-топоизомераз I и II.** Производные камптотецина (иринотекан, топотекан) ингибируют активность топоизомеразы I, эпиподофиллотоксины (этопозид, тенипозид) - топоизомеразы II, обеспечивающих процессы транскрипции, репликации и деления клеток. В результате повреждается ДНК и раковая клетка погибает. Несмотря на ярко выраженный лечебный эффект, химиотерапия негативно воздействует на здоровые органы и системы, вызывая массу побочных явлений. Со стороны кровеносной системы возникает анемия, нейтропения, тромбоцитопения.

Страдает пищеварительная система: человек худеет, не чувствует вкуса пищи. Возникает рвота, тошнота, расстройство желудка, кишечная непроходимость. Воспалется слизистая пищевода. Химиотерапия приводит к стоматиту. Также

нарушаются химические процессы, происходящие в печени, следствием чего является желтуха.

Отмечается негативное воздействие химиотерапии на дыхательную систему, что приводит к воспалению и отеку легких, пневмофиброзу и плевриту. Появляется кашель (может быть с кровью), затрудненное дыхание. Не исключена мутация голоса.

Со стороны сердечно-сосудистой системы отмечается нарушение ритма сердцебиения, повышение артериального давления, перикардит, ИБС. Касательно мочеполовой системы, отмечаются нарушения при мочеиспускании, воспаление мочевого пузыря, появление кровяных выделений в моче. Повышается уровень креатинина. У женщин после химиотерапии нарушается менструальный цикл.

Сопутствующими явлениями становятся нарушения нервной системы, что сопровождается головными болями, головокружениями, бессонницей. На этом фоне возникают депрессивные состояния. Нарушения затрагивают слуховой и зрительный аппарат, чувствительность (жжение, покалывание, онемение), теряются глубокие рефлексy.

Кожа становится сухой, появляются пигментные пятна, высыпания, зуд. Негативные изменения затрагивают ногтевые пластины.

Имеют место быть нарушения процессов метаболизма:

гипергликемия, гипогликемия, гиперкальциемия, гиперкалиемия и др.

Гормонотерапия в онкологии

Гормональные воздействия подразделяют на три вида:

- 1) Аддитивные. Доза введения веществ превышает физиологическую норму. При этом могут использоваться гормоны противоположного больному пола;
- 2) Аблативные. Подавляют процесс, при котором образуются гормоны. Может при этом применяться хирургическое вмешательство;
- 3) Антагонистические. Блокируют функционирование гормонов на клеточном уровне рака.

Андрогены (мужские половые гормоны) назначаются больным, у которых злокачественное новообразование поразило молочные железы. При этом для женского организма характерно сохранение менструального цикла. Женщины

пребывает в состоянии менопаузы. К ним относятся: тестостерона пропионат, медротестостерон, тетрастерон.

Антиандрогены: флутамид (флуцином), андрокур (ципротерона ацетат), анандрон (нилютамид). Показанием к их назначению являются: злокачественная опухоль в предстательной железе, молочных железах (если у женщины были удалены яичники).

Эстрогены: диэтилстильбэстрол (DES), фосфэстрол (хонван), этинилэстрадиол (микрофоллин). Назначаются при агрессивных формах рака (диссеминированный), который поражает предстательную железу, молочные железы у обеих полов.

Антиэстрогены: тамоксифен (биллем, тамофен, нолвадекс), торемифен (фарестон). Женщинам назначаются, если опухоль поразила молочные железы (естественная либо искусственная менопауза), мужчинам – яичники, почки. Применяют препараты также при лечении меланомы.

Прогестины: оксипрогестеронакапронат, провера (фарлутал), депо-провера, мегестрола ацетат (мегейс). Показания к применению – онкология в теле матки, молочной железе, предстательной железе.

Ингибиторы ароматазы: аминоглутетимид (оримерен, мамомит), аримидекс (анастрозол), летрозол (фемара), ворозол. Применяют при раке молочной железы у женщин в естественной или искусственной менопаузе. Если лечение тамоксифеном не было эффективным при терапевтических мероприятиях, направленных на борьбу с раком молочной и предстательной желез у мужчин, а также раке, поразившем кору надпочечников.

Кортикостероиды: преднизолон, дексаметазон, метилпреднизалон. Препараты данной группы необходимы при: острых лейкозах, неходжкинских лимфомах, злокачественной тимоме, раке молочной железы, раке почки. Используют их также для симптоматической терапии при опухолевой гипертермии и рвоте, при пульмонитах, вызванных цитостатиками, для снижения внутричерепного давления при опухолях головного мозга (в том числе метастатических).

Подведем итог. Проанализировав информацию, содержащуюся в литературных источниках, мы систематизировали факторы риска, вызывающие появление злокачественных новообразований. Также нами были рассмотрены общие клинические симптомы онкозаболеваний. Было уделено внимание диагностическим методам и терапии, которые широко используются современной медициной в настоящие дни.

ГЛАВА 2. ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ УХОДА МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРОЙ ЗА ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ БОЛЬНЫМИ

2.1 ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ ПО ПРОФИЛЮ «ОНКОЛОГИЯ»

Основным документом, регламентирующим оказание медпомощи онкобольным является статья 7 Кодекса Республики Казахстан "О здоровье народа и системе здравоохранения". Выделяется несколько видов данной медицинской помощи: первичная медико-санитарная; скорая (в том числе и специализированная); специализированная (включает в себя высокотехнологичную); паллиативная. Условия ее оказания различны: от амбулаторного до помещения в стационар (в том числе дневной).

Медпомощь состоит из целого ряда мероприятий. Это – профилактические меры, диагностирование, непосредственное лечение, реабилитационный период. При этом обязательно применяются различные технологии отрасли, сложные и специфичные. При оказании помощи, медицинские работники руководствуются соответствующими стандартами.

2.1.1 ОКАЗАНИЕ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ ПО ПРОФИЛЮ "ОНКОЛОГИЯ"

В первичную медико-санитарную помощь входит ряд мероприятий: профилактические, диагностические, терапия, реабилитация.

Выделяется три вида первичной медико-санитарной помощи:

- 1. Доврачебная. Осуществлять ее имеют право медработники, имеющие среднее медицинское образование. Условия – амбулаторные.

- 2. Врачебная. Ее имеют право оказывать терапевты, врачи общей практики. В основе оказания лежит территориально-участковый принцип. Условия – дневной стационар, амбулатория.
- 3. Специализированная. Оказывает врач-онколог. Условия – первичный онкокабинет или первичное онкоотделение.

Как только у больного врачи-терапевты, врачи-терапевты участковые, врачи общей практики (семейные врачи), врачи-специалисты, средние медицинские работники выявляют признаки поражения злокачественной опухолью, в установленном порядке он направляется на консультацию в первичный онкологический кабинет или первичное онкологическое отделение медицинской организации для оказания ему первичной специализированной медико-санитарной помощи.

На врача-онколога первичного онкологического кабинета или первичного онкологического отделения возложена обязанность направить пациента в онкодиспансер или в медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь раковым больным. Там специалисты проведет комплекс мер, позволяющих уточнить диагноз. При его подтверждении оказывается специализированная помощь, с использованием высоких технологий (при необходимости).

2.1.2 ОКАЗАНИЕ СКОРОЙ, В ТОМ ЧИСЛЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ, МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ ПО ПРОФИЛЮ «ОНКОЛОГИЯ»

Скорая медицинская помощь оказывается в соответствии со статьей 7 Кодекса Республики Казахстан "О здоровье народа и системе здравоохранения". Скорую медпомощь оказывают выездные бригады фельдшеров, а также врачебные выездные бригады скорой медицинской помощи в экстренной или неотложной форме вне медицинской организации, а также в амбулаторных и стационарных условиях при состояниях, когда требуется срочное вмешательство медиков. Если возникло подозрение на онкологию либо болезнь уже подтверждена, такой больной нуждается в том, чтобы его в медицинские организации, специализирующиеся на оказании помощи именно данной категории больных. Там врачи определяются с тактикой ведения, а если возникнет необходимость подберут дополнительные методы и способы терапии, в том числе специализированные.

2.1.3 ОКАЗАНИЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ, В ТОМ ЧИСЛЕ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ, МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ ПО ПРОФИЛЮ «ОНКОЛОГИЯ»

Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь, оказывается врачами-онкологами, врачами-радиотерапевтами в онкологическом диспансере или в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь больным с онкологическими заболеваниями.

Документом, подтверждающим ведение данного рода деятельности этими организациями, является лицензия. Учреждения оснащены всей необходимой материально-технической базой. В них работают сертифицированные специалисты. Лечение проводится в стационаре либо дневном стационаре. Осуществляется ряд профилактических мероприятий. Проводится диагностика, назначается терапия. При этом используются особые техники и методики, нередко уникальные и сложные. Обязателен реабилитационный этап.

Во время оказания скорой медпомощи, если возникает подозрение на рак либо диагноз уже был подтвержден ранее, врач-онколог первичного онкокабинета или онкоотделения направляет больного в онкодиспансер или медорганизацию, осуществляющую оказание помощи раковым больным. Там ему оказывают специализированную поддержку, в том числе высокотехнологичную.

Прежде чем определиться с тактикой обследования и особенностями терапии, необходимо проведение консилиума с участием врачей-онкологов и радиотерапевтов. Возникают ситуации, когда необходимо присутствие других врачей-специалистов. Обязательно ведется протокол заседания, в который заносятся все принятые в отношении больного решения. Эти данные затем заносятся в его медицинские документы.

2.1.4 ОКАЗАНИЕ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ ПО ПРОФИЛЮ «ОНКОЛОГИЯ»

Паллиативную медпомощь могут оказывать только те медработники, которые прошли соответствующее обучение. Оказывается она в амбулаторно, стационарно, в том числе в условиях дневного стационара. Это – целый

комплекс мер, которые призваны облегчить тяжелое состояние больного. Обязательным является снятие болевого синдрома. При необходимости применяются средства наркотического действия.

Данный вид помощи предоставляется онкодиспансерами, медицинскими учреждениями, в составе которых имеется отделение паллиативной помощи. Больной направляется в данный вид учреждений здравоохранения участковым терапевтом, врачом общей практики, онкологом первичного онкологического кабинета или первичного онкологического отделения.

2.1.5 ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

Онкобольной в течение всей жизни находится под наблюдением следующих учреждений здравоохранения: первичный онкологический кабинет, первичное онкологическое отделение, онкодиспансер и т. п. Запланированность осмотра пациента определяется его состоянием. Когда тактика его ведения постоянна и не требует коррекции и изменения, то в первый год болезни пациент проходит осмотр раз в квартал. На следующий год посетить специализированные медицинские учреждения ему необходимо раз в полгода. В последующие годы осмотр проводится раз в год.

Если диагноз онкобольному поставлен впервые, врач, поставивший его, направляет соответствующую информацию в организационно-методический отдел онкологического диспансера. Данная мера является необходимой, так как только в этом случае больного поставят на диспансерный учет.

Организационно-методический отдел, после окончательного подтверждения диагноза, отправляет информацию в первичный онкологический кабинет или первичное онкологическое отделение медицинского учреждения, которое оказывает соответствующую медпомощь, где больной будет наблюдаться, находясь на диспансеризации.

2.2 ОСОБЕННОСТИ УХОДА МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРОЙ ЗА ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ БОЛЬНЫМИ

Несмотря на то, что наука развивается быстрыми темпами, лечение рака все еще остается проблемным и сложным процессом, требующим дальнейшего изучения проблемы, в которую вовлечены самые разные специалисты: хирурги, лучевые специалисты, химиотерапевты, психологи.

Медицинская сестра является важным звеном медучреждения, так как реализует целый перечень важнейших задач. Выделим основные направления ее деятельности:

1. Вводит лекарственные препараты, которые назначил врач в ходе обследования пациента, осуществляя, тем самым химиотерапию, гормонотерапию, биотерапию. Ей также вводятся обезболивающие средства.
2. Принимает непосредственное участие в мероприятиях диагностического и лечебного характера, которые возникли у больного в результате осложнений.
3. Оказывает больному психологическую поддержку и психосоциальную помощь.
4. Проводит комплекс мер образовательного характера не только с больными, но и с членами их семьи.
5. Наряду с другими специалистами, участвует в проводимых исследованиях.

2.3 ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ХИМИОТЕРАПИИ

На сегодняшний день все онкобольные, находящиеся в МСЧ 22, доставляются на для прохождения лечебных процедур в Алтайский Краевой Онкологический Диспансер «Надежда».

Все противораковые препараты обладают негативным воздействием на организм, что сопровождается многочисленными побочными эффектами. Объясняется это природой веществ: показатель их терапевтического индекса достаточно низкий. Если у пациента имеется острая или отсроченная

гиперчувствительность к подобным лекарственным средствам, он нуждается в особом уходе, реализация которого становится первостепенной задачей, которую выполняют медицинские сестры.

При острой реакции на препараты у больного затрудняется дыхание, что сопровождается одышкой, хрипами. Может резко упасть артериальное давление. На фоне этого появляется учащенное сердцебиение. Больной ощущает жар, возникает гиперемия кожных покровов. Организм начинает реагировать на введение лекарства практически моментально, как только препарат попадает в кровь. От медсестры требуется максимальная концентрация внимания. Необходимо периодически измерять артериальное давление больного, следить за частотой ударов пульса, дыханием, состоянием кожных покровов. Данные действия медсестра осуществляет каждый раз, когда вводит противораковый препарат. При возникновении тревожных симптомов, вызванных его действием, введение сразу же прекращается.

Медсестра в срочном порядке уведомляет об этом врача.

Если имеет место быть отсроченная реакция, то падает АД. При этом процесс характеризуется устойчивым состоянием. Сопутствующим явлением становится сыпь, появляющаяся на коже. В таких случаях медицинская сестра уменьшает скорость введения лекарства, о чем незамедлительно сообщает врачу.

Организм каждого больного индивидуален и реагирует на препараты поразному. Самой частой побочной реакцией является нейтропения. При этом содержание лейкоцитов, тромбоцитов и нейтрофилов становится ниже физиологически допустимой нормы. Возникает гипертермия. Появляется какое-либо инфекционное заболевание. Данные побочные явления дают о себе знать, спустя 7-10 дней после прохождения сеанса химиотерапии. Их продолжительность максимум – неделя, минимум – 5 дней. С целью контроля ситуации с пациентом, измеряется его температура тела (дважды в день), проводится ОАК (раз в неделю). Чтобы минимизировать риск заражения, больному не следует вести себя активно. Ему предписано состояние покоя. Кроме того противопоказано контактировать с людьми, которые больны респираторными заболеваниями. В этой связи посещение мест с большим скоплением людей также нежелательны.

Еще одно побочное явление – это лейкопения. Развиваются инфекционные заболевания, тяжесть которых определяется состоянием онкобольного. При такой реакции врач назначает гемостимулирующие средства, антибиотики,

обладающие широким спектром воздействия. Пациента необходимо поместить в условия стационарного лечения.

Негативным побочным явлением становится понижение количества тромбоцитов (тромбоцитопения), что проявляется разного рода кровотечениями (нос, желудок, матка). При возникновении данной побочной реакции требуются следующие мероприятия: переливание крови, тромбоцитарной массы. Назначаются препараты, обладающие кровоостанавливающим свойством.

Еще одной побочной реакцией на онкопрепараты является суставная или мышечная боль. Она дает о себе знать, спустя 2-3 дня, как было введено лекарство. Максимальный срок ее проявления – 5 дней, минимальный – 3 дня. Каких-либо дополнительных мер не требуется. Если боль характеризуется яркой выраженностью, назначаются нестероидные противовоспалительные препараты или ненаркотические анальгетики.

Спустя неделю, после инфузии противоракового препарата, побочным явлением могут быть воспалительные поражения слизистой рта, глотки (мукозит, стоматит). Для них характерны следующие симптомы: сухость и покраснение в ротовой полости, жжение (особенно, когда принимается пища), язвы на слизистой. Продолжительность побочной реакции составляет от 7 до 10 дней. При данном виде побочного эффекта медицинская сестра 42 проводит разъяснительную работу, поясняя больному его действия, связанные с ежедневным систематическим осмотром полости рта и его слизистой. Если развился стоматит, рекомендовано обильное питье, полоскание рта (процедура обязательно проводится после еды) раствором фурацилина. Необходимо соблюдать личную гигиену. Для чистки зубов использовать щетку с мягкой щетиной, во избежание дополнительной травмированности полости рта. Кислая, острая, твердая и горячая пища становится дополнительным источником раздражения, поэтому она исключена.

Препараты, используемые при химиотерапии, оказывают свое токсичное действие на желудочно-кишечный тракт. Возникает тошнота, рвота, расстройство желудка, что сопровождается потерей веса. Данная побочная реакция начинает себя проявлять в 1-3 сутки, после введения лекарства, продолжительность составляет минимум 3 дня, максимум – 5. Больного тошнит и рвет от практически всех цитостатических препаратов, используемых при химиотерапии. Негативное воздействие настолько сильное, что эти симптомы возникают даже, если пациент подумает о лечении, увидит таблетку или белый

халат. Ситуация проблематична и требует индивидуального решения. Врач назначает противорвотные средства, родные и близкие оказывают моральную поддержку, медицинский персонал также должен проявлять эмпатию.

Пациент нуждается в спокойной обстановке, отсутствии факторов (по возможности), которые могут вызвать рвотный рефлекс. Все это обеспечивается медсестрой. Если какая-либо пища неприятна больному, его тошнит и рвет, медсестра исключает из рациона такие продукты. Кормление осуществляет порционно, понемногу. Медсестра не должна заставлять пациента есть при его отказе. В таких случаях она должна проявлять максимум терпения. На ней также лежит разъяснительная работа, рекомендации по приему пищи: есть медленно, не переедать, уделять время отдыху до и после еды. Онкобольному нельзя находиться в положении лежа 43 на животе после того, как он поел. Изменить положение тела можно только по прошествии 2-х часов.

Обязательно нахождение емкости для рвотных масс рядом с больным. Медсестра должна держать под контролем эту сторону ухода, приходить на помощь, когда больной попросил об этом. Если его вырвало, медсестра дает пациенту воду для полоскания рта. Она обязательно информирует больного о том, как и для чего необходимо ухаживать за ротовой полостью. Такие показатели, как частота и характер рвотных масс, сообщаются медсестрой врачу.

Если у онкобольного болит голова, кожа становится сухой, теряет свою эластичность, отмечается сухость слизистых, снижается объем выделенной мочи, то эти симптомы свидетельствуют об обезвоживании организма, о чем следует незамедлительно сообщить лечащему врачу. Если у пациента возникает головокружение и головная боль; онемение и слабость мышц; появляются запоры и нарушается двигательная активность, то мы говорим о такой побочной реакции, как периферическая нефропатия. Она дает о себе знать после того, как было проведено несколько курсов химиотерапии: от трех до шести. Данное побочное явление характеризуется длительностью: 1-2 месяца. От медсестры требуется проведение информативной работы: ознакомление с сопровождающей побочку симптоматикой, рекомендации. Она также информирует пациента о возможностях появления вышеуказанных симптомов и рекомендует срочное обращение за помощью к врачу, если возник ряд данных симптомов.

После того, как была проведена химиотерапия, больные начинают лысеть. Данный процесс носит название аллопеция. Проявляет он себя на второй или

третьей неделе, после введения лекарства. Когда терапия будет завершена, наступает восстановление волосяного покрова, которое длится от трех месяцев до полугода. Потеря волос оказывает мощное негативное воздействие на психику. От медсестры требуется подготовка онкобольного к данным неприятным последствиям лечения. При этом она должна настроить его на приобретение парика, удобного головного убора, в котором больному будет максимально комфортно. Женщинам можно предложить варианты красивого завязывания платков и косынок. Если больной проходит несколько курсов химиотерапии, у него может возникнуть такое побочное явление, как флебит. В результате этой реакции воспаляются венозные стенки. Процент появления флебита достаточно высок. Для процесса характерно появление припухлости, венозной гиперемии. Венозные стенки становятся плотными по структуре, на них появляются узелки, что сопровождается болезненными ощущениями. Продолжительность побочной реакции – несколько месяцев. От медсестры требуется постоянный контроль за состоянием пациента: его осмотр, оценка состояния вен. Важным моментом является подбор медицинских инструментов для проведения химиотерапии: иглы типа «бабочка», катетеры (периферические, венозные). Чтобы кровоток в венах был хорошим, рекомендовано вводить препарат в вену, диаметр которой достаточно широкий. При этом не нужно каждый раз использовать одну и ту же вену, а вводить лекарство поочередно в вены разных конечностей. Исключением являются случаи, когда для такой процедуры имеются противопоказания.

Во время введения лекарства, препарат может попасть под кожу (экстравазация). Это может произойти в двух случаях:

1. Медперсонал допустил техническую ошибку.
2. Сосуды пациента ломкие. Вену разрывает само лекарство, так как скорость его введения высока.

В результате вокруг инъекционного места возникает некроз ткани. Такую реакцию вызывают адриамицид, фарморубин, митомицин, винкристин. Как только медсестра обнаружила, что препарат вводится не внутривенно, а подкожно, она должна моментально прекратить поступление лекарственного вещества. Игла при этом не вынимается. Далее необходимо провести аспирацию лекарства, которое оказалось под кожей. Для обкалывания пораженного участка используется антидот. Накладывается лед.

При проведении профилактики, связанной с периферическим венозным доступом, медсестре необходимо руководствоваться следующими общими принципами:

1. Соблюдать комплекс мер, предупреждающих попадание микроорганизмов в рану во время инъекций. Установка и уход за катетером в их числе
2. Обрабатывать руки специальными растворами до введения препарата, после процедуры, прежде чем надеть перчатки и после того, как они были сняты.
3. Прежде чем приступить к инъекции, проконтролировать срок годности лекарств и устройств. Если у каких-либо он истек, их использование категорически запрещено.
4. Прежде чем установить ПВК, кожа больного обрабатывается антисептическим средством.
5. Чтобы проходимость катетера была хорошей, а также не произошло смешивание несовместимых друг с другом лекарственных средств, требуется его регулярная промывка. Данная процедура проводится до и после введения препаратов. При этом в одноразовый шприц (10 мл) набирается 0,9%-ый раствор NaCl 0,9%, содержащийся ампуле, объемом 5 или 10 мл. Если дезинфицирующее средство находится во флаконах большего объема, то весь раствор применим только к одному больному.
6. Для фиксации катетера используется повязка. Если ее целостность нарушается, быстро заменить на новую.
8. Катетер помещенного в стационар больного, осматривается каждые 8 часов, в амбулаторию – раз в 24 часа. Если назначены лекарственные средства, обладающие раздражающим действием, больного необходимо осматривать чаще. Шкалы флебитов и инфильтрации (приложения 2 и 3) служат оценочными параметрами. Данные заносятся в специальный наблюдательный лист.

2.3.1 ОСОБЕННОСТИ ПИТАНИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ПАЦИЕНТА

Питание играет огромную роль во время терапии онкобольного. Оно должно быть, в первую очередь, диетическим, правильным и сбалансированным. Только при таких условиях в организм не попадут вещества-канцерогены, усугубляющие негативную сторону раковой болезни, и он получит все необходимые питательные вещества, обладающие антиканцерогенными свойствами. Медсестрой даются соответствующие рекомендации онкобольным, чтобы они соблюдали принципы противоопухолевой диеты (Приложение 6):

1. Избегать жирной пищи. Допустимо употреблять одну столовую ложку растительного масла в день. При этом предпочтение отдается оливковому маслу. Особо негативно воздействуют на организм онкобольного жиры животного происхождения.
2. Для приготовления пищи применяются жиры, которые обладают устойчивостью к нагреванию (оливковое масло). Желательно добавлять их в последнюю очередь, т. е. в готовое блюдо. В уже используемом жире готовить второй раз пищу нельзя.
3. Употреблять минимум соли, сахара, рафинированных углеводов.
4. Мясо (кроличье, куриное, говядина) употреблять в минимальном количестве. Рекомендовано нежирное белое. Лучше заменить мясо продуктами, содержащими растительные белки, рыбой (мелкие глубоководные сорта). Яйца можно употреблять в пищу максимум 3 раза в неделю. Категорически противопоказаны колбасные изделия и копчености, а также приготовленная на углях пища.
5. Молочные продукты можно употреблять, но их процент жирности должен быть низким.
6. Оптимальные способы приготовления еды: на пару, запекание, тушение. Воды при этом используется по минимуму. Подгоревшая пища противопоказана.
7. Рекомендованы цельнозерновые крупы. Хлебобулочная продукция должна быть обогащенной пищевыми волокнами.
8. Для питья используется только очищенная вода. Чай заменяется травяными отварами и фруктовыми соками. Потребление газированных напитков, содержащих химические ненатуральные добавки, ограничено.
9. Больному нельзя переедать. Есть необходимо при появлении чувства голода.
10. Алкоголь недопустим к потреблению

2.3.2 ПРОВЕДЕНИЕ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ В ОНКОЛОГИИ

Боли могут появиться у любого, страдающего от онкологии, больного. На то, насколько они будут сильны, влияет место расположения ракового очага, стадия его развития, наличие и расположение метастазов. Важно учесть, что организм люди чувствуют боль неодинаково. Это зависит от пола и возраста, порога болевой чувствительности, наличие болей, вызванных другими болезнями. Огромна роль психологических факторов. Усугубить болевой синдром могут состояние страха и тревоги, а также уверенности в неэффективности лечения и ожидание, в связи с этим, своей смерти. Описанные выше факторы понижают болевой порог, к понижающим факторам относятся отдых, сон, отвлечение от заболевания. Болевой синдром лечится не только с помощью лекарств. Применим также нелекарственный метод. Лекарственное лечение. Основными препаратами, используемыми в данном методе, являются анальгетики. Применяются они в соответствии с трехступенчатостью, предложенной Всемирной Организацией Здравоохранения (1987 г.):

- Первая ступень. Назначаются анальгетики, в составе которых отсутствуют наркотические вещества. Также добавляются дополнительные препараты;
- Вторая ступень. К ней специалисты приступают, когда первый метод оказался неэффективным либо боль стала сильнее. Препарат, который назначается врачом, относится к группе слабых наркотических. Нередко, чтобы усилить эффект, он комбинируется с, так называемым, адьювантом;
- Третья ступень. Применяется, если вторая ступень не справляется с болью, которую испытывает пациент. Применяется препарат, обладающий сильным наркотическим воздействием. При необходимости к лечению добавляют ненаркотическое средство, а также адьювант. Испытывающему умеренные боли онкопациенту назначают анальгетики ненаркотической или НПВП группы. К ним относятся: аспирин, ацетаминофен, кеторолак. Если боль характеризуется как средняя или сильная, то необходимы анальгетики наркотической группы. Ее составляют средства двух типов: антагонисты и агонисты-антагонисты. Первые из них имитируют эффект воздействия наркотиков полностью, вторые – частично, то есть снимают боль, но не воздействуют на психику больного (морадол, налбуфин, пентазоцин). Чтобы анальгетик действительно работал эффективно, пациенту необходимо принимать его, соблюдая режим, т. е. в определенные часы. Данный способ эффективен, в сравнении его с вариантом «по необходимости». К тому же он требует более низкой дозировки. Нелекарственное лечение. Реализуя данный терапевтический метод, медицинская сестра с целью снятия боли,

сопровождающей онкологию, действует физически и психологически для борьбы с болевыми ощущениями может использовать физические методы и психологические (релаксация, поведенческая терапия). По возможности пациент должен постараться исключить движения, которые вызывают боль. Для этого можно применить специальные средства: поддерживающий ворот, хирургический корсет, шины, ходунки, инвалидное кресло, подъёмник. Медсестра во время ухода за онкобольным, должна иметь в виду, что боль воспринимается острее, если пациент чувствует себя никому не нужным, плохо спит, раздражается, испытывает страх и тревожность. Обязательно проявлять в отношении его эмпатию. Необходимо создать условия, в которых он будет чувствовать себя более расслабленно. Не исключаем позитивное воздействие деятельности, связанной с каким-либо видом творчества. Все это положительно воздействует на состояние пациента. У него повышается настроение и, соответственно формируется устойчивость к болевому восприятию. Ухаживая за онкобольным, испытывающим болевой синдром, медицинская сестра должна моментально реагировать на ситуацию, если он просит ввести обезболивающее средство. Обязательно проявление сочувствия и сострадания. Ей нужно быть очень внимательной за состоянием больного, когда он проявляет его невербально: мимикой, жестами либо отсутствием движения. Она проводит разъяснительную и обучающую работу с больным и его родными и близкими, рассказывая о том, как правильно принимать препараты, какие могут возникнуть реакции организма на их употребление. При оказании помощи по обезболиванию медсестра учитывает ситуацию, проявляя гибкость в выборе метода (лекарственный, нелекарственный). Чтобы пациент не страдал от запоров, она должна оказать консультативную помощь, касающуюся правильного питания, двигательной активности. Пациенты и их родственники нуждаются в психологической поддержке. Об этом всегда должна помнить медицинская сестра. Она должна регулярно анализировать ситуацию, насколько обезболивание эффективно. Врач должен быть уведомлен, если произошли какие-либо изменения. Чтобы лечение было успешным, больному желательно вести специальный дневник, в котором он фиксирует свое состояние. Медсестра должна поощрять больного в этом. Избавление онкологических пациентов от боли — первооснова программы их лечения. Успешность ее напрямую зависит от того, насколько слаженной является деятельность всех участников процесса: пациента, его родных и близких, врачей и медицинских сестер.

2.3.4 ПАЛЛИАТИВНЫЙ УХОД ЗА ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ПАЦИЕНТАМИ

Говоря о паллиативном уходе за тяжелобольным пациентом, мы подразумеваем уход, для которого характерен максимальный уровень качества. В ходе его реализации, медсестра не только использует знания и опыт. Пациент должен чувствовать исходящую от нее заботу, так как это целиком и полностью влияет на создание вокруг благоприятной обстановки. Деликатность, тактичность – это то, о чем всегда должна помнить медсестра.

В настоящее время сестринский уход должен придерживаться следующих принципов:

1. **Безопасность.** Медсестра следит за пациентом, чтобы не возникла травмоопасная ситуация, в которую он может быть вовлечен.
2. **Конфиденциальность.** Вся личная информация о больном, в том числе подробности диагноза, ни в коей мере не должны разглашаться и становиться достоянием общественности.
3. **Уважение чувства достоинства.** Все процедуры должны выполняться только после того, как пациент согласился в них участвовать. Если при этом ему требуется уединение, медсестра создает такие условия.
4. **Независимость.** Медсестра поощряет больного, проявившего самостоятельность.
5. **Инфекционная безопасность.**

Онкобольные испытывают огромные трудности в повседневной жизни. Им тяжело передвигаться, их дыхание затруднено. Проблемы касаются употребления воды и еды, а также выделения продуктов жизнедеятельности. Даже отдых и сон не приносят облегчения. В результате постоянного болевого синдрома, появляется раздражительность, что негативно сказывается на их общении с окружающими. Больные раком не способны поддерживать личную безопасность.

Сопутствующими явлениями перечисленных выше проблем становятся различного рода осложнения здоровья: появляются пролежни, застой в легких, нарушается процесс выведения организмом мочи, в почках могут образоваться камни, возникают запоры. Касательно суставов, нарушается их подвижность. Развивается дистрофия мышц. Больному становится тяжело ухаживать за собой и осуществлять гигиенические процедуры. Также нарушается сон. Возникает дефицит общения.

При уходе за тяжелобольным онкологическим пациентом, медицинская сестра выполняет целый ряд обязанностей:

1. Создает условия, максимально комфортные для больного с физической и психологической сторон. Ликвидирует при этом, по возможности, все раздражающие пациента факторы.
2. Контролирует, чтобы пациент соблюдал постельный режим. Данная мера необходима, с целью предотвращения возникновения осложнений.
3. Чтобы не образовались пролежни, переворачивает пациента переворачивать каждые два часа. Дополнительно необходим уход за кожей. Это предотвратит образование опрелостей.
4. Проветривает палату, в которой находится больной.
5. Контролирует физиологические отправления. Это необходимо чтобы своевременно оказать профилактическую помощь. Тогда не возникнут запоры, отеки, в почках не образуются конкременты.
6. Измеряет АД пациента, его температуру тела, ЧДД, подсчитывает количество ударов пульса. Это позволит выявить осложнения на их ранней стадии, что позволит оказать помощь своевременно.
7. Чтобы больной чувствовал себя достаточно комфортно, осуществляет ряд гигиенических процедур, что важно в профилактических целях по предотвращению осложнений.
8. Как только возникает необходимость, меняет постельное и нательное белье у пациента.
9. Если пациент не может самостоятельно есть, оказывает ему помощь.
10. Консультирует родственников в отношении ухода за больным.

11. Создает оптимистичную, благоприятную атмосферу, позволяющую больному комфортно себя чувствовать.

12. Организует пациенту досуг.

13. Обучает больного способам ухода за собой, изучена общая заболеваемость злокачественными новообразованиями в мире и в Республике Казахстан. Проанализирована деятельность медицинской сестры онкологического диспансера, выявлены особенности ухода за онкологическими пациентами.

Анкетирование

В “ АРМК” было проведено исследование путем анкетирования больных. Группа исследуемых составила 25 человек.

1. Как часто во время пребывания в данной больнице медсестры относились к Вам вежливо с уважением?

- А) Никогда -10%;
- Б) Иногда-15%;
- В) В большинстве случаев- 50%;
- Г) Всегда-25%



Рис. Отношение пациентов к медицинским сестрам

2. Как часто во время пребывания в данной больнице медсестры все понятно Вам объясняли?

- А) Никогда -20%
- Б) Иногда- 10%
- В) В большинстве случаев 30%
- Г) Всегда-40%

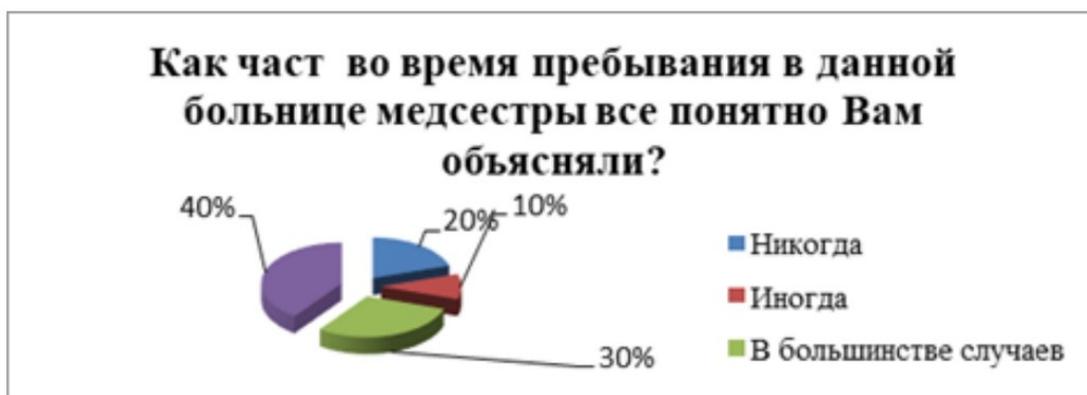


Рис. Разъяснение медицинских процедур пациентам

3. Проводились ли вам санитарно-просветительные работы средним медицинским персоналом?

- А) Да, проводились -20%
- Б) Иногда- 10%
- В) В большинство случаев -30%
- Г) Всегда -40%

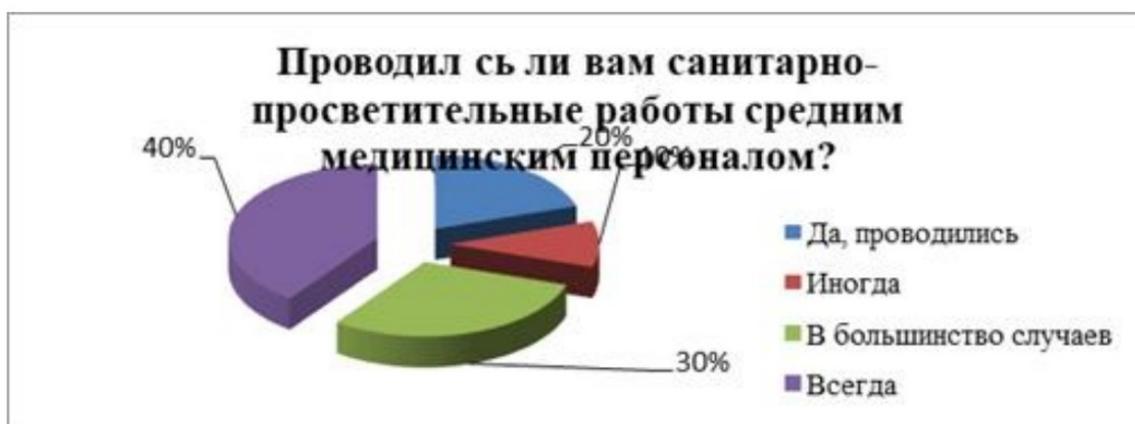


Рис. Проведение санитарно-просветительной работы

4. Контролировала ли медицинская сестра соблюдение диеты?

- А) Контролировала- 40%
- Б) Всегда контролировала -20%
- В) Никогда не контролировала -25%
- Г) Иногда только контролировала -15%



Рис. Контроль медицинской сестрой диеты

5) Если Вам во время данного пребывания в больнице проводилась процедуры, требующие обезболивания, то оцените действия врачей и медицинских сестер при их выполнении?

- А) Отлично -30%
- Б) Хорошо- 35%
- В) Удовлетворительно- 15%
- Г) Плохо -10%



Рис. Оценка действия врачей и медицинских сестер при выполнении различных процедур

б) Проводила ли медицинская сестра с врачом исследования?

- А) Да, Проводила- 50%
- Б) Нет,- не проводили -30%
- В) Нет,- иногда проводила - 15%
- Г) Никогда не проводила-5%



Рис.Проведение исследования совместно с врачом

7. Удовлетворены ли Вы условиями оказания медицинской помощи?

- А) Да, полностью -40%
- Б) больше да, чем нет- 20%

- В) больше нет, чем да -10%
- Г) не удовлетворен-30%

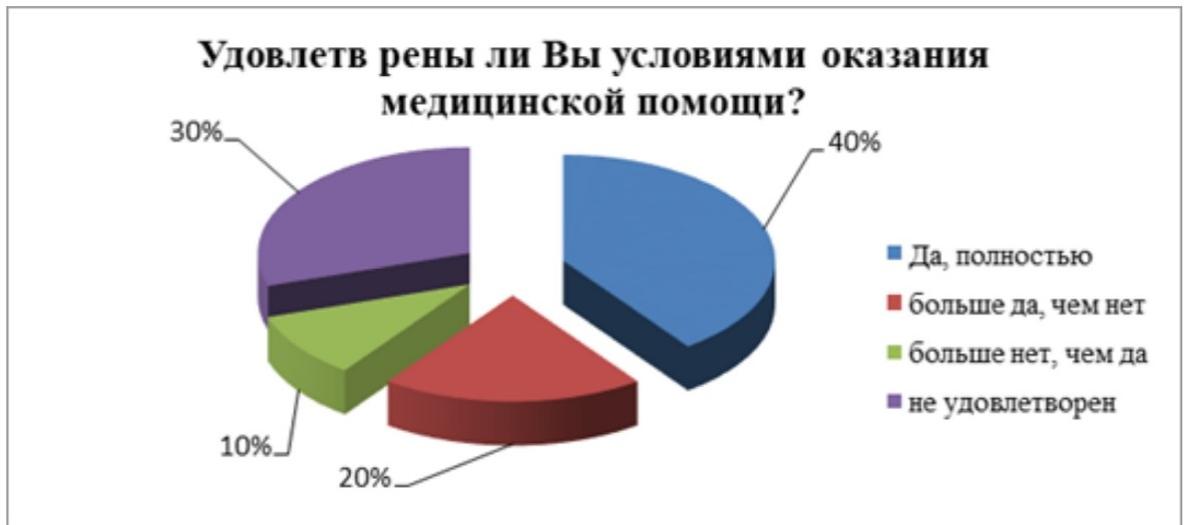


Рис. Удовлетворение пациентов оказанной медицинской помощью

8. Была ли Вам оказана психологическая поддержка со стороны сестринского персонала?

- А) Да-40%
- Б) Нет -25%
- В) Иногда- 35%



Рис. Психологическая поддержка медицинской сестрой

9. Проводила ли медсестра контроль за полноценным и своевременным приемом назначенных врачом лекарственных препаратов?

- А) Да, контролировала- 30%
- Б) Нет - не контролировала -40%
- В) Иногда только контролировала -15%
- Г) Вообще не контролировала-15%

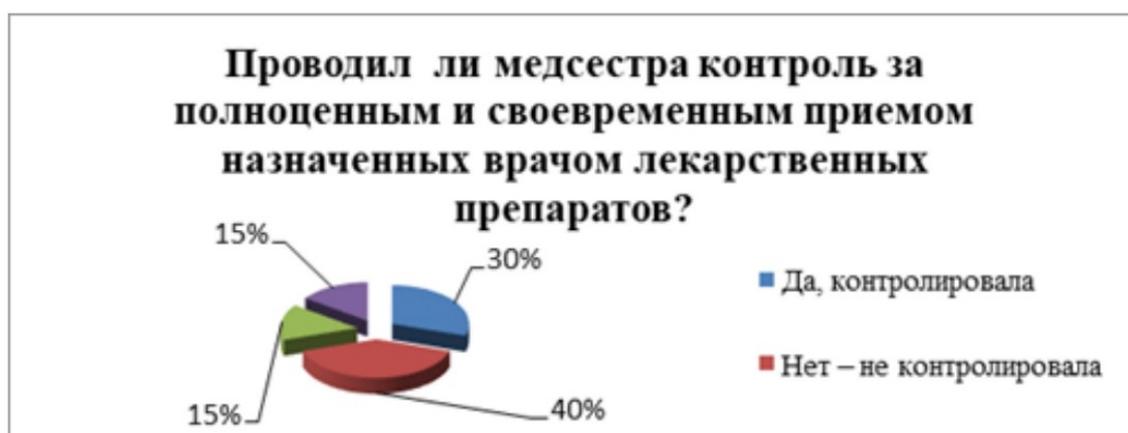


Рис. Контроль медицинской сестрой за своевременным приемом лекарственных препаратов

10. Довольны ли вы качеством сестринского ухода?

А) Да – 80%

Б) Нет – 10%

В) В целом да – 10%

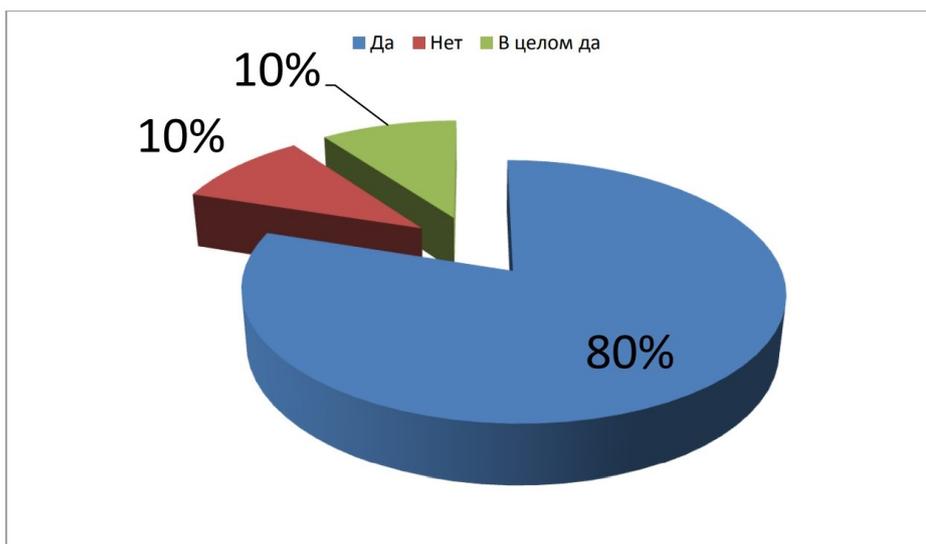


Рис. Качество сестринского ухода

Оценка качества сестринского процесса ухода складывается из мнения пациента и его реакции на качество предоставляемой помощи и наличия осложнений, после проведенных вмешательств, а также удовлетворенности сестринского персонала оказанной помощи.

Изучая уровень удовлетворенности пациентов качеством сестринской помощи необходимо отметить большинство пациентов удовлетворены оказанием сестринской помощи и считают сестринскую помощь эффективной.

По мнению пациентов, медицинские сестры:

- - обладают высокой медицинской квалификацией
- - осуществление процедур является безопасным
- - внимательно относятся к проблемам пациента
- - удовлетворительное санитарное состояние отделения

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В данной работе были изучены особенности ухода медицинской сестры за онкологическими пациентами. Актуальность рассматриваемой проблемы чрезвычайно велика и заключается в том, что, в связи с увеличением заболеваемости злокачественными новообразованиями растет потребность в

оказании онкологическим больным специализированной помощи, особое внимание уделяется сестринскому уходу, так как медицинская сестра — это не просто помощник врача, а грамотно, самостоятельно работающий специалист.

Подводя итог проделанной работы, можно сделать следующие выводы:

- 1) Нами был проведен анализ факторов риска возникновения онкологических заболеваний. Выявлены общие клинические признаки, изучены современные методы диагностики и лечения злокачественных новообразований.
- 2) В ходе работы был проведен анализ сестринской деятельности по уходу за онкобольными в условиях стационара на “АРМК”. Медицинская помощь онкологическим пациентам включает: профилактику, диагностику онкологических заболеваний, лечение и реабилитацию пациентов данного профиля с использованием современных специальных методов и сложных, в том числе уникальных, медицинских технологий.
- 3) Изучены статистические данные о заболеваемости злокачественными новообразованиями в Республики Казахстан. Статистика заболеваемости раком по всей нашей родине, имеет перевес в сторону опухолей на кожных покровах. Далее из статистики по всем онкологическим заболеваниям в Казахстане можно заметить, что идет большой рост рака молочных желез у женского населения.
- 4) Проанализирована деятельность медицинской сестры, выявлены особенности сестринского ухода медицинской сестрой за онкологическими больными. Целью сестринского процесса является поддержание и восстановление независимости пациента, удовлетворение основных потребностей организма.
- 5) Проведено анкетирование пациентов с целью выявления удовлетворенности качеством медицинской помощи. Из этого следует, что медицинские сестры имеют высокий профессиональный уровень, добросовестны, соблюдают принципы этики и деонтологии, что способствует поведенческой установке пациента. Считаю, что полученные данные являются одним из индикаторов качества работы сестринского персонала, так как удовлетворенность пациентов во многом поднимает престиж сестринского персонала.
- 6) Изучение психологических особенностей пациентов с онкопатологией позволяет сделать вывод, что пациенты, относящиеся к данной категории, нуждаются в психологической помощи и психокоррекционных мероприятиях, служащих улучшению качества их жизни и оптимизации лечебного процесса на всех его этапах.

7) Медицинские сестры в "АРМК" должны хорошо владеть искусством слова, в общении с пациентами и их родственниками, проявляя чувство меры и границы дозволенного. Весьма важным навыком медицинской сестры является умение установить контакт с родственниками пациентов, поддержать их, включить их в обсуждение плана лечения, психологической реабилитации и ухода, что значительно может улучшить качество жизни пациентов.

В ходе исследования были использованы статистический и библиографический методы. Проведен анализ тридцати литературных источников по теме исследования, который показал актуальность темы и возможные пути решения проблем по уходу за онкологическими пациентами.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Нормативная документация:

1.1. Статья 7 Кодекса Республики Казахстан "О здоровье народа и системе здравоохранения"

1.2. Должностная инструкция медицинской сестры хирургического отделения ФКУЗ МСЧ 22. 2. Книги:

1) М. И. Давыдов, Ш. Х. Ганцев., Онкология: учебник, М., 2010 г., - 920 с.

2) Давыдов М.И., Ведышер Л.З., Поляков Б.И., Ганцев Ж.Х., Петерсон С.Б., Онкология: модульный практикум. Учебное пособие. / - 2008.-320 с.

3) С. И. Двойников, Основы сестринского дела: учебник, М., 2007г., стр. 298.

4) Зарянская В. Г., Онкология для медицинских колледжей - Ростов н/Д: Феникс / 2006.

5) Онкология: модульный практикум. Учебное пособие. / Давыдов М.И., Ведышер Л.З., Поляков Б.И., Ганцев Ж.Х., Петерсон С.Б. - 2008.-320 с.

6) Напольских, В.М. Рак легкого: учебное пособие [текст] / сост. В.М. Напольских и др. – Ижевск, 2005.-52

7) Кудрин, А. В. Микроэлементы в иммунологии и онкологии / А.В. Кудрин, О.А. Громова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 548 с.

8) Клинические рекомендации. Онкология. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 960 с.

- 9) Клинические рекомендации. Онкология. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 734 с
- 10) Медицинский уход. Полный справочник медицинской сестры / ред. Н.Р. Паолеев. - М.: Эксмо, 2009. - 544 с.
- 11) Медицинский уход. Полный справочник медицинской сестры / ред. Н.Р. 62 Палеев. - М.: Эксмо, 2009. - 544 с.
- 12) Онкология: учеб. / под ред. В.И. Чиссова, С.Л. Дарьяловой. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 560 с. (39 экз)
- 13) Клинические рекомендации. Онкология: научное издание / гл. ред. В.И. Чиссов, С.Л. Дарьялова. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР- Медиа, 2009. - 928 с.(4 Экз.)
- 14) Руководство к практическим занятиям по онкологии: учеб.пособие для вузов / Ш. Х. Ганцев. - М. : МИА, 2007. - 416 с. (8 экз.)
- 15) Клиническая онкология. Избранные лекции [Текст] : учеб.пособие для вузов / Л. З. Вельшер, Б. И. Поляков, С. Б. Петерсон. - М. : ГЭОТАР- Медиа, 2009. - 496 с. (3 экз.)
- 16) Атлас по онкологии: учеб.пособие / М.И. Давыдов, Ш. Х. Ганцев. - М. : Медицинское информационное агентство, 2008. - 416 с. (2 экз.)
- 17) Клиническая фармакология в онкологии: науч. изд. / Д. Д. Сакаева, Д. Н. Лазарева. - М. : МИА, 2007. - 336 с. (5 экз.)
- 18) Паллиативная помощь в онкологии: учеб.пособие / К. Г. Утин, С.В. Яйцев, С.А.Нагуло ; под ред. С.В.Яйцева. - Челябинск :ЧелГМА, 2008. - 116 с. (74 экз.)
- 19) Общие принципы основных методов лечения злокачественных новообразований: учеб.пособие / А.Н.Косолапов ; под ред. Е.В.Котлярова. - Челябинск : Изд-во "Челябинская государственная медицинская академия", 2003. - 52 с. (6 экз.)
- 20) Клиника и ранняя диагностика злокачественных новообразований: учеб. пособие / А.В.Важенин, А.А.Фокин, А.В.Жаров и др. . - Челябинск : [б. и.], 2006. - 112 с. (3 экз.)
- 21) Онкология : учебник / под общей ред. С. Б. Петерсона. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 288 с. : ил.
- 22) [Статистика - КазНИИОиР \(onco.kz\)](http://onco.kz)

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

ГЛОССАРИЙ

Абсолютные противопоказания - состояния, когда по какой-то причине применение метода категорически не рекомендуется из-за возможных последствий.

Анорексия — отсутствие аппетита.

Биопсия - (от латинского "био" - жизнь и "опсия" - смотрю) - это прижизненное взятие тканей из организма и последующее их микроскопическое исследование после окраски специальными красителями.

Деструкция (destructio; лат.Разрушение) — в патоморфологии разрушение тканевых, клеточных и субклеточных структур.

Дифференциация - в онкологии - степень сходства опухолевых клеток с клетками того органа, из которого эта опухоль происходит. Опухоли классифицируются как хорошо, умеренно и плохо дифференцируемые.

Доброкачественный — используется для описания незлокачественных опухолей, т.е. таких, которые не разрушают ткань, в которой образуются, и не образуют метастаз.

Доклинический период - длительный этап бессимптомного течения новообразования.

Заболеваемость - развитие у человека какого-либо заболевания. Коэффициент заболеваемости характеризуется числом случаев возникновения какого-либо заболевания, которое приходится на некоторую определенную численность населения (обычно он выражается числом случаев возникновения заболевания, приходящимся на 100.000 или на миллион человек, но для некоторых заболеваний последнее число может быть и меньше).

Злокачественный - данный термин используется для описания опухолей, которые быстро распространяются и разрушают окружающие их ткани, а 65

также могут метастазировать, т.е. поражать другие участки организма, попадая в них через кровеносную и лимфатическую системы. При отсутствии необходимого лечения такие опухоли приводят к быстро прогрессирующему ухудшению состояния здоровья человека и его смерти.

Инвазия - распространение рака на соседние нормальные ткани; инвазия является одной из главных характеристик злокачественности опухоли.

Инициация - (в онкологии) первая стадия развития раковой опухоли.

Ирригоскопия - рентгенологическое исследование толстой кишки при ретроградном заполнении ее рентгеноконтрастной взвесью.

Карциногенез - возникновение и развитие злокачественной опухоли из нормальной клетки. Промежуточные стадии карциногенеза иногда называют предраковой (premalignant) или неинвазивной (preinvasive или noninvasive) формой.

Кахексия - резко выраженное похудание, вызванное, например, недостаточным питанием, туберкулезом, злокачественной опухолью или паразитирующими в организме человека гельминтами.

Лейкоз - своеобразные злокачественные поражения кроветворных органов, среди которых выделяют различные варианты (лимфаденоз, миелоз и др.), иногда объединяя их термином «гемобластозы».

Лейкопения - снижение уровня лейкоцитов в крови. В онкологии наиболее часто наблюдается при проведении химиотерапии, являясь следствием воздействия химиопрепаратов на костный мозг (где происходит кроветворение). При критическом снижении лейкоцитов могут развиваться инфекционные поражения, которые могут стать причиной значительного ухудшения состояния и в ряде случаев приводят к смерти.

Магнитно-резонансная томография — нерентгенологический метод исследования внутренних органов и тканей человека. При этом не используются х-лучи, что делает данный метод безопасным для большинства людей.

Маммография - рентгенография молочной железы или получение ее бб изображения с помощью инфракрасных лучей. Применяется для раннего обнаружения опухолей молочной железы.

Маркер опухолевый - вырабатываемое опухолевыми клетками вещество, по которому можно судить о размерах опухоли и эффективности проводимого лечения. Примером такого вещества является альфафетопротеин, по которому оценивается эффективность проводимого лечения при тератоме яичка.

Метастаз (от греч . metastasis – перемещение) - вторичный патологический очаг, возникающий вследствие переноса с током крови или лимфы болезнетворных частиц (опухолевых клеток, микроорганизмов) из первичного очага болезни. В современном понимании метастаз обычно характеризует диссеминацию клеток злокачественной опухоли.

Неинвазивный -

1. Термин используется для характеристики методов исследования или лечения, во время которых на кожу не оказывается никакого воздействия с помощью игл или различных хирургических инструментов.

2. Термин используется для описания опухолей, которые не распространяются на окружающие ткани

Обструкция (обтурация) - закрытие просвета полого органа, в том числе бронхов, кровеносного или лимфатического сосуда, обуславливающее нарушение его проходимости. Обтурация бронхов может быть инородными телами, слизью. -ома - суффикс, обозначающий опухоль.

Онко- приставка, обозначающая:

1. Опухоль.

2. Емкость, объем.

Онкоген - ген некоторых вирусов и клеток млекопитающих, который может вызывать развитие злокачественных опухолей. Возможно, он экспрессирует специальные белки (факторы роста), которые регулируют деление клеток; однако при определенных условиях этот процесс может выйти из-под контроля, в результате чего нормальные клетки начинают перерождаться в злокачественные.

Онкогенез - развитие новообразований (доброкачественной или злокачественной опухоли).

Онкогенный - данный термин применяется для описания веществ, организмов или факторов окружающей среды, которые могут явиться причиной развития у человека опухоли.

Онколизис - разрушение опухолей и опухолевых клеток. Этот процесс может проходить самостоятельно или, чаще, в ответ на применение различных лекарственных веществ или лучевой терапии.

Онкологический диспансер - основное звено в системе противораковой борьбы, обеспечения квалифицированной, специализированной стационарной и поликлинической медицинской помощи населению, осуществляет организационно-методическое руководство и координирование деятельности всех онкологических учреждений, находящихся в его подчинении.

Онкология - наука, изучающая происхождение различных опухолей и методы их лечения. Часто она подразделяется на терапевтическую, хирургическую и радиационную онкологию.

Опухоль - любое новообразование. Данный термин обычно применяется по отношению к аномальному разрастанию ткани, которое может быть как доброкачественным, так и злокачественным.

Опухоль ложная - возникающая в животе или в какой-либо иной части организма человека припухлость, вызванная локальным сокращением мышц или скоплением газов, которая по своему внешнему виду напоминает опухоль или какое-либо иное структурное изменение тканей.

Пальпация - обследование какой-либо части тела с помощью пальцев рук. Благодаря пальпации во многих случаях можно различить консистенцию имеющейся у человека опухоли (твердая она или кистозная).

Пальцевое ректальное исследование — обязательный метод диагностики заболеваний прямой кишки, малого таза и органов брюшной полости.

Папиллома - доброкачественная опухоль на поверхности кожи или слизистых оболочек, по своему внешнему виду напоминающая небольшой сосочек

Предраковый - данный термин применяется по отношению к любой 68 незлокачественной опухоли, которая может переродиться в злокачественную без соответствующего лечения.

Предрасположенность - склонность к развитию у человека какого-либо заболевания. Радиочувствительные опухоли - новообразования, которые после облучения полностью исчезают, не сопровождаясь некрозом окружающих тканей.

Рак (cancer) - любая злокачественная опухоль, в том числе карцинома и саркома. Рак - это злокачественная опухоль из эпителиальной ткани. В зарубежной литературе термин "рак" нередко используется для обозначения всех злокачественных опухолей, независимо от их тканевого состава и происхождения.

Ремиссия -

1. Ослабление проявлений симптомов заболевания или их полное временное исчезновение во время болезни.
2. Уменьшение размеров злокачественной опухоли и ослабление симптомов, связанных с ее развитием.

Саркома - злокачественная опухоль соединительной ткани. Такие опухоли могут развиваться на любом участке человеческого тела и не ограничиваются каким-либо отдельным органом.

Синдром Паранеопластический - признаки или симптомы, которые могут развиваться у больного злокачественной опухолью, хотя непосредственно они не связаны с воздействием на организм злокачественных клеток. Удаление опухоли обычно приводит к их исчезновению. Так, тяжелая псевдопаралитическая миастения является вторичным признаком наличия у человека опухоли вилочковой железы.

Стадия - (stage) - (в онкологии) определение наличия и места возникновения метастаз первичной опухоли для планирования предстоящего курса лечения.

Терапия Лучевая, радиотерапия - терапевтическая радиология: лечение заболеваний с помощью проникающего излучения (такого как рентгеновское, бета- или гамма-излучение), которое может быть получено в специальных установках или в процессе распада радиоактивных изотопов.

Химиотерапия неoadьювантная - курс химиотерапии, проводимый непосредственно перед хирургическим удалением первичной опухоли для улучшения результатов операции или лучевой терапии и для предотвращения образования метастазов.

Цистоскопия - исследование мочевого пузыря с помощью специального инструмента цистоскопа, вводимого в него через мочеиспускательный канал.

Цитология аспирационная - аспирация клеток из опухоли или кисты с помощью шприца и полрой иглы и их дальнейшее микроскопическое изучение после специальной подготовки.

Энуклеация - хирургическая операция, во время которой производится полное удаление какого-либо органа, опухоли или кисты.

Ятрогенные заболевания - заболевание, обусловленное неосторожными высказываниями или поступками врача (или другого лица из числа медицинского персонала), неблагоприятно воздействующими на психику больного. Ятрогенные заболевания проявляются главным образом невротическими реакциями в форме фобий (канцерофобии, кардиофобии) и различных вариантов вегетативной дисфункции

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

Шкала оценки флебитов

Признаки	Степень	Рекомендуемые действия
Место катетеризации выглядит нормально	0	Признаки флебита отсутствуют. Продолжать наблюдение за катетером.
Боль/покраснение вокруг места катетера.	1	Удалить катетер и установить новый в другой области. Продолжать наблюдение за обеими областями.
Боль, покраснение, отечность вокруг места катетера. Вена пальпируется в виде плотного тяжа.	2	Удалить катетер и установить новый в другой области. Продолжать наблюдение за обеими областями. При необходимости начать лечение по назначению врача.
Боль, покраснение, отечность, уплотнение вокруг места катетера. Вена пальпируется в виде плотного тяжа более 3 см. Нагноение.	3	Удалить катетер и установить новый в другой области. Отправить канюлю катетера на бактериологическое исследование. Провести бактериологический анализ образца крови, взятого из вены здоровой руки.
Боль, покраснение, отечность, уплотнение вокруг места катетера. Вена пальпируется в виде плотного тяжа более 3 см. Нагноение. Повреждение тканей.	4	Удалить катетер и установить новый в другой области. Отправить канюлю катетера на бактериологическое исследование. Провести бактериологический анализ образца крови, взятого из вены здоровой руки. Зарегистрировать случай в соответствии с правилами ЛПУ.

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

Шкала оценки инфильтрации

Степень	Признаки
0	Симптомы инфильтрации отсутствуют
1	Бледная, холодная на ощупь кожа. Отек до 2,5 см в любом направлении от места установки катетера. Возможна болезненность.
2	Бледная, холодная на ощупь кожа. Отек от 2,5 до 15 см в любом направлении от места установки катетера. Возможна болезненность.
3	Бледная, полупрозрачная, холодная на ощупь кожа. Обширный отек более 15 см в любом направлении от места установки катетера. Жалобы на лёгкую или умеренную болезненность. Возможно снижение чувствительности.
4	Бледная, синюшная, отёчная кожа. Обширный отек более 15 см в любом направлении от места установки катетера; после нажатия пальцем на место отека остается вдавление. Нарушения кровообращения, жалобы на умеренную или сильную боль.

Действия медицинской сестры при инфильтрации:

- При появлении признаков инфильтрации перекрыть инфузионную систему и удалить катетер
- Сообщить лечащему врачу о возникновении осложнения при проведении инфузионной терапии.
- Зафиксировать осложнение в лист наблюдения за ПВК.
- Выполнить все назначения врача

ПРИЛОЖЕНИЕ 5

АНКЕТА по оценке сестринского ухода за пациентами

1. Как часто во время пребывания в данной больнице медсестры относились к Вам вежливо с уважением?

Никогда

Иногда

В большинстве случаев

Всегда

2. Как часто во время пребывания в данной больнице медсестры все понятно Вам объясняли?

Никогда

Иногда

В большинстве случаев

Всегда

3. Проводились ли вам санитарно-просветительные работы средним медицинским персоналом?

Да, проводились

Иногда

В большинстве случаев

Всегда

4. Контролировала ли медицинская сестра соблюдение диеты

Контролировала

Всегда контролировала

Никогда не контролировала

Иногда только контролировала

5. Если Вам во время данного пребывания в больнице проводилась процедуры, требующие обезболивания, то оцените действия врачей и медицинских сестер при их выполнении?

Отлично

Хорошо

Удовлетворительно

Плохо

6. Проводила ли медицинская сестра с врачом исследования?

Да, проводила

Нет, не проводили

Нет, иногда проводила

Никогда не проводила

7. Удовлетворены ли Вы условиями оказания медицинской помощи?

Да, полностью

Больше да, чем нет

Больше нет, чем да

Не удовлетворен

8. Была ли Вам оказана психологическая поддержка со стороны сестринского персонала?

Да

Нет

Иногда

9. Проводила ли медсестра контроль за полноценным и своевременным приемом назначенных врачом лекарственных препаратов?

Да, контролировала

Нет, не контролировала

Иногда только контролировала

Вообще не контролировала

10. Довольны ли вы качеством сестринского ухода?

Да

Нет

В целом да

ПРИЛОЖЕНИЕ 6

Обязанности палатной медицинской сестры

Медицинская сестра палатная:

1. Осуществляет уход и наблюдение на основе принципов медицинской деонтологии.
2. Принимает и размещает в палате больных, проверяет качество санитарной обработки вновь поступивших больных.
3. Проверяет передачи больным с целью недопущения приема противопоказанной пищи и напитков.
4. Участвует в обходе врачей в закрепленных за нею палатах, докладывает о состоянии больных, фиксирует в журнале назначенное лечение и уход за больными, следит за выполнением больными назначений врача.
5. Осуществляет санитарно-гигиеническое обслуживание физически ослабленных и тяжелобольных.
6. Выполняет назначения лечащего врача.

7. Организует обследование больных в диагностических кабинетах, у врачей консультантов и в лаборатории.
8. Немедленно сообщает лечащему врачу, а в его отсутствие — заведующему отделением или дежурному врачу о внезапном ухудшении состояния больного
9. Изолирую больных в агональном состоянии, вызывает врача для проведения необходимых реанимационных мероприятий.
10. Подготавливает трупы умерших для направления их в патологоанатомическое отделение.
11. Принимая дежурство, осматривает закрепленные за нею помещения, проверяет состояние электроосвещения, наличие жесткого и мягкого инвентаря, медицинского оборудования и инструментария, медикаментов.
12. Расписывается за прием дежурства в дневнике отделения.
13. Контролирует выполнение больными и их родственниками режима посещений отделения.
14. Следит за санитарным содержанием закрепленных за нею палат, а также личной гигиеной больных, за своевременным приемом гигиенических ванн, сменой нательного и постельного белья.
15. Следит, чтобы больные получали пищу согласно назначенной диете.
16. Ведет медицинскую документацию.
17. Сдаёт дежурство по палатам у постели больных.
18. Обеспечивает строгий учет и хранение лекарств группы А и Б в специальных шкафах.
19. Осуществляет сбор и утилизацию медицинских отходов.
20. Осуществляет мероприятия по соблюдению санитарно-гигиенического режима в помещении, правил асептики и антисептики, условий стерилизации инструментов и материалов, предупреждению постинъекционных осложнений, гепатита, ВИЧ-инфекции.
21. Должна знать и принимать участие в выполнении положений Политики и обязательств в области качества по системе менеджмента качества.

22. Должна правильно и четко вести документацию в соответствии с требованиями системы менеджмента качества.