Министерство здравоохранения Омской области

БЮДЖЕТНОЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ

УЧРЕЖДЕНИЕ ОМСКОЙ ОБЛАСТИ

«МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»

(БПОУ ОО «МК»)

ЦК СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО

**ПМ. 02 Участие в лечебно-диагностическом и реабилитационном процессах**

**МДК 02.01 Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях**

**Раздел 6 Паллиативная медицинская помощь**

**Тема 6.** **6. Паллиативная медицинская помощь при онкологических заболеваниях**

**Специальность** 34.02.01 Сестринское дело (базовая подготовка)

2 курс на базе среднего общего образования

3 курс на базе основного общего образования

3 курс очно-заочная форма обучения

Разработчик: Мельник О.Н.

Омск 2020

**Тема 6.6. Паллиативная медицинская помощь при онкологических заболеваниях**

|  |
| --- |
| **ПЛАН ЛЕКЦИИ** |
| **1. Цели паллиативной помощи в онкологии** |
| **2. Проблемы пациента** |
| **3. Принципы и стандарты оказания помощи** |
| **4. Задачи паллиативной терапии** |
| **5. Специфическая паллиативная помощь при онкологических заболеваниях** |
| **6. Паллиативный подход** |
| 7. Способы оказания помощи |

В случаях, когда вылечить раковое заболевание невозможно, применяется паллиативная терапия. Её целью является облегчение выраженности симптомов болезни и улучшение состояния пациента. Ещё одна цель – «прикрыть» ожидание надвигающейся смерти и связанные с этим эмоции и физические страдания, сделать последние дни менее тягостными, облегчить жизнь больному. На продолжительность жизни паллиативное лечение влияния не оказывает.

Помощь распространяется на больного и на ближайшее окружение – людей, которые нуждаются в психосоциальной поддержке не меньше, чем умирающий. Сопровождение родственников ведется как «до», так и в первое время «после» смерти пациента.

### Проблемы пациента

Для лучшего понимания необходимости и эффективности паллиативного сопровождения раковых больных рассмотрим следующие аспекты:

* постоянные нестерпимые боли;
* потеря контроля функций кишечника и мочевого пузыря;
* обездвиженность;
* дисфункция органов чувств, затруднение дыхания.
* дискомфорт, связанный с зависимостью от других людей, потерей самостоятельности, навыков самообслуживания;
* ощущение беспомощности;
* чувство вины перед близкими, что зависимость от них нарушает планы, привычный уклад жизни;
* страх надвигающейся смерти;
* отчаяние, что многие дела не завершены, невозможно увидеться с теми, кто дорог, но живет далеко;
* депрессивное состояние.

### Принципы и стандарты оказания помощи

Основное положение паллиативной помощи – как бы тяжело ни протекала болезнь, всегда найдется способ облегчить страдание пациента.

Различают следующие стандарты:

1. Повышение качества жизни больного и окружающих.
2. Рассмотрение смерти как закономерного процесса, завершающего жизненный путь.
3. Стремление создать пациенту и близким комфортное существование.
4. Поддержание активности до предельных возможностей организма.
5. Удовлетворение насущных потребностей больного.
6. Психологическая, медицинская, социальная и юридическая поддержка родственников больного после смерти.
7. Биопсихосоциальный подход, направленный на комплексную всестороннюю поддержку.

В задачи не входит намеренное сокращение или попытка продления жизни.

### ****Задачи**** паллиативной терапии

Паллиативная терапия:

* предназначена минимизировать болевые ощущения и другие беспокоящие симптомы;
* подразумевает психологическую помощь;
* предлагает систему помощи, благодаря которой пациент может вести максимально активную жизнь;
* повышает качество жизни;
* может применяться на ранних стадиях болезни в сочетании с иными методами, которые предназначены для облегчения состояния (химиотерапия, лучевая паллиативная терапия при раке и т.д.).

Она позволяет решить следующие вопросы:

* выбор обезболивание и купирования других тяжелых симптомов;
* психологическая поддержка пациента;
* переосмысление отношения к смерти;
* решение любых вопросов, которые связаны со смертью человека (в том числе юридических, социальных и т.д.).

### ****Специфическая паллиативная помощь при онкологических заболеваниях****

### Паллиативная хирургия, химио-, и лучевая терапия используются не с целью разрушить опухоль, а с целью просто сделать ее меньше, чтобы освободить сдавленные нервные узлы, вызывающие боль.

**Хирургические вмешательства**

В рамках паллиативной помощи проводится ряд хирургических вмешательств. Паллиативные операции – манипуляции, направленные на временное улучшение состояния пациента. Различают два вида паллиативных вмешательств при раке:

* неотложный – угроза жизни в ближайшие дни и часы (трахеостома при раке гортани, гастростома при опухоли пищевода). Опухоль не удаляют, уменьшают опасное воздействие.
* плановый – удаляют новообразование, на какое-то время отодвигая прогрессирование и влияние метастазов.

Операции при паллиативной терапии могут быть:

* Циторедуктивные – целью проведения вмешательства является уменьшение размеров опухоли либо удаление единичных метастатических очагов.
* Симптоматические – направлены на предупреждение жизненно важных осложнений, восстановление дыхательной функции, нормализации процессов мочевыделения, опорожнения кишечника, питания и т.д.

Может потребоваться проведение колостомии (выведение кишки), установка гастростомы, стентирование – восстановление проходимости полого органа, нарушенной вследствие сдавливания опухолью.

При кровотечениях, поражении онкологическим заболеванием красного костного мозга, анемии назначается переливание крови. Для очищения крови от токсинов применяется плазмаферез.

### ****Химимо- и лучевая терапия****

Кроме операций существует паллиативная химио- и лучевая терапия, посредством которой достигается временная приостановка роста новообразования. Благодаря проведению курса лучевой терапии можно добиться существенного снижения болей (радиочастотная абляция, нейролизис).

Химиотерапия в контексте паллиативной помощи призвана уменьшить размеры новообразования, замедлить прогрессирование болезни, уменьшить интоксикацию организма.

Паллиативная химиотерапия используется при многих онкологических заболеваниях 4 степени. Однако ее проведение связано с рядом сложностей. Необходимо установить баланс между эффективной дозировкой препарата и снижением токсического действия от него.

*Максимального обезболивающего действия можно добиться только при длительном применении лучевой терапии – облучение проводится в течение нескольких недель.*

Важнейшим этапом лечения онкологических больных является устранение болей, так как болевые ощущения при раке характеризуются высокой интенсивностью.

### Паллиативный подход

Паллиативный подход осуществляется в двух направлениях:

* психосоциальное сопровождение на протяжении заболевания;
* поддержка на последней стадии процесса.

В первом случае помощь оказывается совместно с врачом, проводящим симптоматическую терапию. Во втором случае проводится хосписная помощь, осуществляемая психотерапевтами, психологами, социальными работниками.

Положение ВОЗ говорит о том, что паллиативная терапия начинается с момента постановки диагноза некурабельности, когда летальный исход становится неизбежным. По статистике ВОЗ, чем раньше начинается поддержка, тем легче пациент и окружающие справляются с насущными проблемами.

Правильно проводимая паллиативная терапия сплачивает родных, делает их духовно ближе друг к другу. Важную роль играет религия, обращение к Богу. Беседы с духовным наставником помогают найти ответы на многие вопросы, стать сильнее перед лицом смерти.

### Способы оказания помощи

Согласно рекомендациям ВОЗ, паллиативная помощь больным, в частности, онкологическим, осуществляется тремя способами: на дому, в дневном и ночном стационаре.

**На дому** сопровождение проводится выездными бригадами онкологических диспансеров или частных учреждений соответствующего профиля. В бригаду входит врач — онколог, терапевт, психолог, психотерапевт, социальный работник, медсестры, санитары.

**Стационарная помощь** проводится в отделениях на базе онкодиспансеров, больниц общего профиля, стационарах социальной защиты, больницах при религиозных учреждениях, хосписах. В последних оказывают поддержку больным, жить которым остается 3-6 месяцев.

Основными показаниями для госпитализации служат:

* невозможность проведения терапии в домашних условиях;
* отсутствие родственников, способных ухаживать за пациентом.

В дневной стационар направляются пациенты, которые живут дома, но нуждаются в проведении процедур, осуществляемых только в условиях больницы.

В последние годы в мире наблюдается тенденция к деинституционализации – пребывание больных людей в домашних условиях, а не в учреждениях закрытого типа.

Но, к сожалению, в России большинство онкологических больных, по — прежнему, умирает в стационарах, из-за того, что домашние не способны обеспечить уход.

### Порядок сервиса в России

Первые шаги в России паллиативная медицина сделала в 1995 г., когда был организован фонд «Паллиативная медицина и реабилитация больных». В 2011 г. в России создана Ассоциация паллиативной медицины, охватывающая 44 региона страны. Основная цель Ассоциации – организация паллиативного сервиса в каждом субъекте Российской федерации.

Порядок оказания помощи в домашних условиях следующий:

1. Выездная мультидисциплинарная бригада обследует больного.
2. После первого визита разрабатывается индивидуальный план ведения в соответствии со степенью тяжести, потребностями пациента. В план входят необходимые анальгетики с подробным описанием дозы и длительности приема, при необходимости, сопутствующая симптоматическая терапия. Также представляется схема психологической коррекции, виды психотерапии. Подробно описывается план занятий с родственниками больного.
3. Выписка с рекомендациями и планом направляется к участковому онкологу по месту жительства или в онкодиспансер.
4. Повторные визиты совершаются согласно выработанному плану или в экстренном порядке по вызову.
5. Если возникает потребность в госпитализации, решение принимает участковый врач-онколог совместно с заведующим отделения онкодиспансера или главврачом хосписа.
6. По желанию пациента организуется психологическая поддержка по телефону доверия.

В стационаре помощь оказывается теми же специалистами по заранее составленному графику. Направление больного в стационар выдается участковым терапевтом, онкологом, семейным врачом.

Кадры, связанные с паллиативной службой, проходят специальное обучение, совершенствуют навыки и знания. В хосписах наряду с медицинскими работниками присутствуют волонтеры.

**Задания по изученному материалу:**

**1.Изучи теоретический материал, используя конспект лекции и учебник** В.А.Лапотников., В.Н.Петров, А.Г.Захарчук Паллиативная медицина. Сестринский уход. Пособие для медицинских сестёр. - СПб: «Издательство ДИЛЯ», 2007. - 384 с.: с ил.

**Познакомьтесь с Российскими рекомендациями по УХОДУ**

**2. Подготовьте устно ответы на контрольные вопросы:**

1. Назовите цели паллиативной помощи.
2. Перечислите проблемы пациента.
3. Перечислите стандарты оказания помощи
4. Перечислите задачи паллиативной помощи
5. Объясните цель паллиативных хирургических вмешательств, назовите их виды.
6. Объясните цель паллиативной химио- и лучевой терапии
7. Назовите способы оказания паллиативной помощи
8. Перечислите основные показания для госпитализации
9. Расскажите о прорядке оказания помощи в домашних условиях

**3. Выполни письменно задания в тестовой форме, ответы представь виде таблицы**

***Образец таблицы для ответов***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.** |  | **3.** |  | **5.** |  | **7.** |  | **9.** |  |
| **2.** |  | **4.** |  | **6.** |  | **8.** |  | **10.** |  |

***Выберите правильные ответы***

**1.Законодательством закреплены права пациентов в конце жизни на:**

а) получение информации

б) отказ от лечения

в) эвтаназию

г) выбор лекарственного препарата

д) выбор метода лечени

**2.К видам паллиативной помощи относится:**

а) диспансеризация

б) скорая помощь

в) консультативная помощь

г) радикальная операция

**3.Психологической потребностью пациента в терминальной стадии заболевания является:**

а) ощущение эмоционального подъема

б) беседы с духовником

в) решение юридических вопросов

г) ощущение эмоционального покоя

д) ограничение физической активности

**4.Согласно определению ВОЗ паллиативная помощь должна начинаться:**

а) с момента возникновения болевого синдрома

б) с момента установления диагноза неизлечимого заболевания, которое неизбежно

приводит к смерти больных в обозримом будущем

в) по требованию больного или его родственников

г) при невозможности пациента к самообслуживанию

**5.Критериями отбора пациентов для оказания паллиативной помощи являются:**

а) ожидаемая продолжительность жизни не более 3-6 месяцев

б) ожидаемая продолжительность жизни не более года

в) наличие у больного жалоб и симптомов (дискомфорта), которые требуют специальных знаний и умений для проведения симптоматической терапии и ухода

г) очевидность того факта, что последующие попытки лечения нецелесообразны

**6.Страх смерти является проблемой:**

а) психологической

б) физической

в) социальной

г) духовной

**7.Принцип уважения автономии пациента включает в себя:**

а) право пациента на получение высокого стандарта помощи

б) обсуждение вариантов лечения

в) удовлетворение интересов пациента

г) доступность и бесплатность помощи

**8.Цели и задачи паллиативной помощи:**

а) адекватное обезболивание и купирование других физических симптомов

б) психологическая поддержка пациентов и членов его семьи и удовлетворение духовных потребностей

в) решение социальных и юридических вопросов

г) выбор метода лечения

д) помощь в прекращении жизни пациента

**9.Паллиативная помощь взрослым и детям закреплена законодательно в Российской Федерации в следующих документах:**

а) Приказ № 323-ФЗ от 21.11.11.

б) Приказ МЗ РФ № 1343 от 21.12.12

в) Приказ № 15-ФЗ от 23.02.13

г) Приказ № 162-ФЗ-РФ от 12.05.2008

д) Постановление правительства РФ № 398 от 03.06.2010

**10.К структуре организации паллиативной помощи относятся:**

а) хоспис

б) дневная помощь

в) помощь на дому

г) скорая помощь

д) диспансеризация