Квалификационная выпускная (дипломная) работа

Особенности организации ухода медицинской сестрой за онкологическими больными

по специальности 060501 Сестринское дело

Квалификация «Медицинская сестра/Медицинский брат»

ВВЕДЕНИЕ

Рост заболеваемости злокачественными новообразованиями в последнее время приобретает характер мировой эпидемии.

Современная медицина достигла больших успехов в диагностике и лечении рака на ранних стадиях, накоплен богатый клинический опыт, однако показатели заболеваемости и смертности от опухолевых заболеваний растут с каждым днем.

По данным Росстата, в 2012 году в Российской Федерации было впервые выявлено 480 тысяч онкологических больных, умерло от злокачественных новообразований 289 тысяч человек. Смертность от онкологических заболеваний по-прежнему занимает второе место после сердечно-сосудистых, при этом удельный вес этого показателя возрос - в 2009 году он составлял 13,7%, а в 2012 году 15% [5.9]

Более 40% впервые регистрируемых в России онкологических больных выявляются в III-IV стадии заболевания, что обусловливает высокие показатели одногодичной летальности (26,1%), смертности, инвалидизации больных (22% общего числа инвалидов). Ежегодно в России более 185 тыс. больных впервые признают инвалидами от онкологического заболевания. За 10-летний период прирост заболеваемости составил 18%.

На конец 2012 года на учете в онкологических учреждениях России состояло около трёх миллионов больных, то есть 2% населения России [5.8].

Приоритетность и актуальность решения этой проблемы стала особенно наглядной с выходом Президентского указа № 598 от 07.05.2012, где снижение смертности от онкологических заболеваний поставлено в ряд задач государственного масштаба. Среди комплекса мер, направленных на улучшение качества оказания онкологической помощи, сестринский уход является фактором, непосредственно влияющим на самочувствие и настроение пациента. Медицинская сестра - это жизненно важное звено в оказании всесторонней и эффективной помощи пациентам.

Цель исследования - выявление особенностей ухода медицинской сестрой за онкологическими больными.

Для достижения цели мы поставили следующие задачи:

. Провести анализ общей заболеваемости онкологическими новообразованиями.

. На основе литературных данных рассмотреть причины возникновения злокачественных новообразований.

. Выявить общие клинические признаки онкологических заболеваний.

. Ознакомиться с современными методами диагностики и лечения злокачественных новообразований.

. Рассмотреть структуру оказания онкологической помощи.

. Определить степень удовлетворенности онкологических пациентов качеством медицинской помощи.

Объектом исследования является сестринский уход за онкологическими пациентами. Предмет исследования - деятельность медицинской сестры в Бюджетном учреждении Ханты-Мансийского автономного округа - Югры «Нижневартовский онкологический диспансер».

Базой исследования для написания выпускной квалификационной работы послужило Бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа - Югры «Нижневартовский онкологический диспансер».

Краткое содержание работы. В первой главе представлены общие сведения об онкологических заболеваниях. Рассмотрены причины возникновения злокачественных новообразований по современным представлениям, общие клинические признаки онкологических заболеваний, а также современные методы диагностики и лечения данной патологии. Во второй главе проведен анализ организации оказания медицинской помощи онкологическим больным, выявлены особенности работы медицинской сестры БУ ХМАО - Югры «Нижневартовский онкологический диспансер при уходе за пациентами.

ГЛАВА 1. ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ ОБ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

.1 Анализ общей заболеваемости злокачественными новообразованиями

Общая заболеваемость злокачественными новообразованиями в Российской Федерации в 2012 г. составила 16,6 на 1000 человек, в Ханты - Мансийском Автономном Округе - Югре в 2012 г. составила 11,5 на 1000 человек, в городе Нижневартовске в 2012 г. составила случаев 13,6 на 1000 человек, что превышает показатель заболеваемости округа [4.1; 5.9].

В 2012 году в городе Нижневартовске впервые в жизни выявлено 717 случаев злокачественных новообразований (в том числе 326 и 397 у пациентов мужского и женского пола соответственно). В 2011 г. выявлено 683 случая [5.5].

Прирост данного показателя по сравнению с 2011 г. составил 4,9%. Показатель заболеваемости злокачественными новообразованиями на 100 000 населения г. Нижневартовска составил 280, 3 что на 2,3 % выше уровня 2011 г. и на 7,8 % выше уровня 2010 года (рис. 1).



Рисунок 1. Онкологическая заболеваемость в городе Нижневартовске 2011-2012 г.

На рисунке 2 отражена структура заболеваемости злокачественными новообразованиями в городе Нижневартовске в 2011 году [5.5]. На диаграмме представлено процентное соотношение рака лёгкого (9%), рака молочной железы (13,7%), рака кожи (6%), рака желудка (8,5%), ободочной кишки (5,7%), рака прямой кишки (5,3%), рака почки (5,1%), а также других опухолей (46,7%).



Рисунок 2. Структура заболеваемости в городе Нижневартовске 2011 г.

На рисунке 3 представлена структура заболеваемости в городе Нижневартовске в 2012 году [5.5]. На долю новообразований лёгкого приходится 11% всех опухолей, молочной железы 15,5%, рака кожи 9,4%, опухоли желудка 6,3%, рака ободочной кишки 9,4%, прямой кишки 6,8%, рака почки 4,5%, а также других опухолей 43,7%.



Рисунок 3. Структура заболеваемости в городе Нижневартовске 2012 г.

1.2 Причины развития онкологических заболеваний

По современным представлениям, опухоли - это болезнь генетического аппарата клетки, которая характеризуется длительными патологическими процессами, обусловленными действием каких-либо канцерогенных агентов. Из множества причин, повышающих риск развития злокачественной опухоли в организме, значимость их как возможного ведущего фактора неравнозначна.

В настоящее время установлено, что опухоли могут вызываться химическими, физическими или биологическими агентами. Реализация канцерогенного эффекта зависит от генетических, возрастных и иммунобиологических особенностей организма [5.2].

Химические канцерогены.

Химические канцерогены представляют собой различные по структуре органические и неорганические соединения. Они присутствуют в окружающей среде, являются продуктами жизнедеятельности организма или метаболитами живых клеток.

Некоторые канцерогены обладают местным действием, другие оказывают влияние на чувствительные к ним органы независимо от места введения.

Курение. Табачный дым состоит из газовой фракции и твердых частиц смолы. В газовой фракции содержатся бензол, винилхлорид, уретан, формальдегид и другие летучие вещества. С табакокурением связано примерно 85% случаев рака легкого, 80% рака губы, 75% рака пищевода, 40% рака мочевого пузыря, 85% рака гортани.

В последние годы появились данные, доказывающие, что даже пассивное вдыхание табачного дыма из окружающей среды некурящими может существенно увеличить у них риск развития рака легкого и других заболеваний. Биомаркеры канцерогенов обнаружены не только у активных курильщиков, но также у их близких.

Питание - важный фактор в этиологии опухолей. В пище содержится более 700 соединений, в том числе около 200 ПАУ (полициклические ароматические углеводороды), есть аминоазосоединения, нитрозамины, афлатоксины и др. Канцерогены попадают в пищу из внешней среды, а также в процессе приготовления, хранения и кулинарной обработки продуктов.

Неумеренное применение азотсодержащих удобрений и пестицидов загрязняет и приводит к накоплению этих канцерогенов в воде и почве, в растениях, в молоке, мясе животных птиц, которыми потом питается человек.

В свежих мясных и молочных продуктах содержание ПАУ невелико, так как в организме животных они быстро распадаются в результате обменных процессов. Представитель ПАУ - 3,4-бензпирен - обнаруживают при пережаривании и перегревании жиров, в мясных и рыбных консервах, в копченостях после обработки пищи коптильным дымом. Бензпирен считается одним их самых активных канцерогенов.

Нитрозамины (НА) содержится в копченом, вяленом и консервированном мясе и рыбе, тёмном пиве, сухой и соленой рыбе, некоторых сортах колбас, маринованных и соленых овощах, некоторых молочных продуктах. Засолка и консервирование, пережаривание жиров, копчение ускоряют образование НА.

В готовом виде из внешней среды человек поглощает небольшое количество нитрозаминов. Значительно выше содержание НА, синтезируемых в организме из нитритов и нитратов под влиянием ферментов микробной флоры в желудке, кишечнике, мочевом пузыре.

Нитриты токсичны, в больших дозах они приводят к образованию метгемоглобина. Содержатся в злаках, корнеплодах, безалкогольных напитках, добавляются консерванты в сыры, мясо и рыбу.

Нитраты не токсичны, но в организме около пяти процентов нитратов восстанавливаются до нитритов. Наибольшее количество нитратов содержится в овощах: редисе, шпинате, баклажанах, черной редьке, салате, ревене и др. [2.3].

Афлатоксины. Это токсические вещества, содержащиеся в плесени гриба Aspergillus flavus. Их обнаруживают в орехах, зерновых и зернобобовых культурах, фруктах, овощах, кормах для животных. Афлатоксины являются сильными канцерогенами и приводят к развитию первичного рак печени.

Избыточное потребление жира способствует возникновению рака молочной железы, тела матки, толстой кишки. Частое использование консервированных продуктов, солений и маринадов, копченостей ведут к росту заболеваемости раком желудка, также как и избыток поваренной соли, недостаточное потребление овощей и фруктов.

Алкоголь. По данным эпидемиологических исследований алкоголь является фактором риска в развитии рака верхних дыхательных путей, полости рта, языка, пищевода, глотки и гортани. В экспериментах на животных этиловый спирт канцерогенных свойств не проявляет, однако способствует или ускоряет развитие рака как хронический раздражитель тканей. Кроме того, он растворяет жиры и облегчает контакт канцерогена с клеткой. Сочетание алкоголя с курением многократно увеличивает риск развития рака.

Физические факторы.

К физическим канцерогенам относятся различные виды ионизирующей радиации (рентгеновские, гамма-лучи, элементарные частицы атома - протоны, нейтроны и др.), ультрафиолетовое облучение и травмы тканей.

Ультрафиолетовое облучение является причиной для развития рака кожи, меланомы, а также рака нижней губы. Новообразования возникают при длительном и интенсивном воздействии ультрафиолетовых лучей. Большей опасности подвержены люди со слабо пигментированной кожей.

Ионизирующая радиация чаще вызывает лейкозы, реже - рак молочной и щитовидной желез, легкого, кожи, опухоли костей и других органов. Наиболее чувствительны к радиации дети [2.2].

При внешнем воздействии облучения опухоли развиваются, как правило, в пределах облученных тканей, при действии радионуклидов - в очагах депонирования, что подтверждено эпидемиологическими исследованиями после взрыва на Чернобыльской АС. Частота и локализация опухолей, вызываемых введением различных радиоизотопов, зависит от характера и интенсивности облучения, а также от распределения его в организме. При введении изотопов стронция, кальция, бария происходит их накопление в костях, что способствует развитию опухоли костей - остеосарком. Радиоизотопы йода вызывают развитие рака щитовидной железы .

Как для химического, так и для лучевого канцерогенеза существует четкая зависимость эффекта от дозы. Важным различием является то, что дробление общей дозы при облучении снижает онкогенный эффект, а при действии химических канцерогенов повышает его.

Травмы. Роль травмы в этиологии рака до сих пор до конца не изучена. 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.

В результате систематического изучения роли вирусов в развитии злокачественных опухолей были открыты такие онкогенные вирусы, как вирус саркомы Рауса, вирус рака молочных желез Биттнера, вирус лейкоза кур, вирусы лейкозов и сарком у мышей, вирус папилломы Шоупа и др.

В результате исследований была установлена связь риска развития саркомы Капоши и неходжкинских лимфом с вирусом иммунодефицита человека[2.2].

Вирус Эйпштейн-Барра играет определенную роль в развитии неходжкинской лимфомы, лимфомы Беркитта, назофарингеальной карциномы. Вирус гепатита В увеличивает риск развития первичного рака печени.

Наследственность.

Несмотря на генетическую природу всех онкологических заболеваний, лишь около 7% их передаются по наследству. Генетические нарушения в большинстве случаев проявляются соматическими заболеваниями, на почве которых злокачественные опухоли возникают значительно чаще и в более молодом возрасте, чем у остального населения [2.3].

Насчитывают около 200 синдромов, передающихся по наследству и предрасполагающих к злокачественным новообразованиям (пигментная ксеродерма, семейный полипоз кишечника, нефробластома, ретинобластома и др.).

Значение социально-экономического и психоэмоционального состояния населения как факторов онкологического риска.

В современной России ведущими для населения факторами онкологического риска являются:

бедность подавляющей части населения;

хронический психоэмоциональный стресс;

низкая информированность населения о причинах возникновения рака и ранних его признаков, а также о мерах его профилактики;

неблагоприятные экологические условия.

Бедность и выраженный хронический стресс - вот два важнейших фактора онкологического риска для населения России.

Фактическое потребление продуктов питания в нашей стране значительно ниже рекомендуемых норм, что влияет на качество здоровья и устойчивость организма к воздействию повреждающего агента [2.3].

С уровнем социально-экономического благополучия связаны также жилищные условия, гигиеническая грамотность населения, характер работы, особенности образа жизни и др.

Большинство исследователей сходится во мнении, что чрезмерный стресс, возникающий в конфликтных или безвыходных ситуациях и сопровождающийся депрессией, чувством безнадежности или отчаяния, предшествует и обусловливает с высокой степенью достоверности возникновение многих злокачественных новообразований, особенно таких как рак молочной железы и рак матки (К. Балицкий, Ю. Шмалько).

В настоящее время преступность, безработица, бедность, терроризм, крупные аварии, стихийные бедствия - вот те многочисленные стрессовые факторы, которые действуют на десятки миллионов жителей России [5.7].

1.3 Общие клинические признаки онкологических заболеваний

Симптомы рака характеризуются большим многообразием, и зависят от разных факторов - расположения опухоли, ее типа, формы роста, характера роста, распространенности опухоли, возраста больного, сопутствующих заболеваний. Симптомы онкологических заболеваний подразделяются на общие и местные.

Общие симптомы злокачественных новообразований. Общая слабость распространённый симптом злокачественного новообразования. Возникает утомляемость при выполнении незначительной физической нагрузки, постепенно нарастает. Привычная работа вызывает чувство усталости, разбитости. Нередко сопровождается ухудшением настроения, подавленностью или раздражительностью. Общая слабость вызывается опухолевой интоксикацией - постепенным отравлением организма продуктами жизнедеятельности раковых клеток.

Потеря аппетита при злокачественных опухолях также связана с интоксикацией и постепенно прогрессирует. Начинается она нередко с потери удовольствия от принимаемой пищи. Затем появляется избирательность в выборе блюд - чаще всего отказ от белковой, особенно мясной пищи. В тяжелых случаях пациенты отказываются от любого вида пищи, едят понемногу, через силу [2.4].

Снижение массы тела связано не только с вызванной интоксикацией, потерей аппетита, но и с нарушением белкового, углеводного и водно-солевого обмена, нарушением баланса в гормональном статусе организма. При опухолях желудочно-кишечного тракта и органов пищеварительной системы потеря в весе усугубляется нарушением поступления пищеварительных ферментов, всасывания или продвижения пищевых масс.

Повышение температуры тела также может быть проявлением опухолевой интоксикации. Чаще всего температура составляет 37,2-37,4 градуса и возникает ближе к вечеру. Повышение температуры до 38 градусов и выше свидетельствует о выраженной интоксикации, распадающейся опухоли или присоединении воспалительного процесса.

Депрессия - угнетение состояния с резко пониженным настроением. Человек в таком состоянии теряет интерес ко всему, даже к своему любимому занятию (хобби), становится замкнутым и раздражительным. Как самостоятельный симптом рака депрессия имеет наименьшее значение [2.4].

Данные симптомы не являются специфичными могут наблюдаться при множестве заболеваний не онкологического характера. Для злокачественной опухоли характерно длительное и неуклонно нарастающее течение данных с и сочетание с местными симптомами [3].

Локальные проявления новообразований не менее разнообразны, чем общие. Однако знание наиболее типичных из них является очень важным для каждого человека, так как часто местные симптомы появляются до общих изменений в организме [2.1].

Патологические выделения, неестественные уплотнения и припухлости, изменения кожных образований, незаживающие язвы на коже и слизистых оболочках являются наиболее распространенными местными проявлениями онкологических болезней.

Местные симптомы опухолевых заболеваний

неестественные выделения при мочеиспускании, дефекации, вагинальные выделения;

появление уплотнений и припухлостей, ассиметрия или деформация части тела;

быстрое увеличение, изменение цвета или формы кожных образований, а также их кровоточивость;

незаживающие язвы и раны на слизистых оболочках и коже;

Местные симптомы рака дают возможность диагностировать опухоль при осмотре, при этом выделяют четыре группы симптомов: прощупывание опухоли, перекрытие просвета органа, сжатие органа, разрушение органа.

Прощупывание опухоли дает возможность определить из какого органа она растет, одновременно можно обследовать и лимфатические узлы.

Перекрытие просвета органа, даже доброкачественной опухолью, может иметь смертельные последствия в случае развития непроходимости при раке кишечника, голодания при раке пищевода, нарушение выделения мочи при раке мочеточника, удушье при раке гортани, спадение легкого при раке бронха, желтуха при опухоли желчных протоков.

Разрушение органа возникает на поздних стадиях рака, когда происходит распад опухоли. В этом случае симптомами рака могут быть кровотечения, перфорации стенок органов, патологические переломы костей.

К местным симптомам также относятся стойкие нарушения функции органов, которые проявляются жалобами, связанными с пораженным органом.

Таким образом, для того, чтобы заподозрить наличие злокачественной опухоли, следует тщательно и направленно собирать анамнез, анализируя имеющиеся жалобы с онкологической точки зрения.

1.4 Современные методы диагностики онкологических заболеваний

В течение последних лет наблюдается интенсивное развитие всех технологий лучевой диагностики, традиционно применяемых в онкологии.

К таким технологиям можно отнести традиционное рентгенологическое исследование с различными его методиками (рентгеноскопия, рентгенография и др.), ультразвуковую диагностику, компьютерную и магнитно-резонансную томографии, традиционную ангиографию, а также различные методы и методики ядерной медицины.

В онкологии лучевую диагностику применяют для выявления новообразований и определение их принадлежности (первичная диагностика), уточнения типа патологических изменений (дифференциальная диагностика, то есть онкологическое поражение или нет), оценки местной распространенности процесса, выявления регионарных и отдаленных метастазов, пункции и биопсии патологических очагов для того, чтобы морфологически подтвердить или опровергнуть онкологический диагноз, разметки и планирования объема различных видов лечения, для оценки результатов лечения, выявление рецидивов заболевания, для проведения лечения под контролем лучевых методов исследования [5.3].

Эндоскопические исследования являются методом ранней диагностики злокачественных новообразований, которые поражают слизистую оболочку органов. Они позволяют:

обнаружить предраковые изменения слизистой оболочки органов (дыхательных путей, желудочно-кишечного тракта, мочеполовой системы);

сформировать группы риска для дальнейшего динамического наблюдения или эндоскопического лечения;

диагностировать скрытые и «малые» начальные формы рака;

проводить дифференциальную диагностику (между доброкачественными и злокачественными поражениями);

оценить состояние органа, который поражен опухолью, определить направление роста злокачественное новообразования и уточнить местную распространенность этой опухоли;

- оценить результаты и эффективность хирургического, лекарственного или лучевого лечения.

Морфологическое исследование, биопсия для дальнейшего клеточного исследования помогают в формулировке клинического диагноза, срочной диагностике во время операции, контроле эффективности лечения [5.1].

Опухолевые маркеры обладают прогностическими свойствами и способствуют выбору адекватной терапии ещё до начала лечения пациента. По сравнению со всеми известными методами, опухолевые маркеры являются самым чувствительным средством диагностирования рецидива и способны выявить рецидив в предклинической фазе его развития, часто за несколько месяцев до появления симптомов. На сегодняшний день известно 20 опухолевых маркеров.

Цитологический метод диагностики является одним из самых достоверных, простых и дешёвых методов. Он позволяет сформулировать предоперационный диагноз, провести интраоперационную диагностику, контролировать эффективность проводимой терапии, оценить факторы прогноза опухолевого процесса [5.6].

1.5 Лечение онкологических заболеваний

Основными методами лечения опухолевых заболеваний являются хирургический, лучевой и лекарственный. В зависимости от показаний они могут применяться самостоятельно или использоваться в форме комбинированного, комплексного и многокомпонентного способов лечения.

Выбор метода лечения зависит от следующих признаков заболевания:

локализация первичного очага поражения;

степени распространения патологического процесса и стадии заболевания;

клинико-анатомической формы роста опухоли;

морфологической структуры опухоли;

общего состояния больного, его пола и возраста;

состояния основных систем гомеостаза организма пациента;

состояния физиологической системы иммунитета.

1.5.1 Хирургический метод лечения

Хирургический метод в онкологии является основным и преобладающим методом лечения.

Оперативное вмешательство при онкологическом заболевании может быть:

) радикальным;

) симптоматическим;

) паллиативным.

Радикальные операции подразумевают под собой полное удаление патологического очага из организма.

Паллиативная операция проводится в том случае, если невозможно провести радикальную операцию в полном объеме. В этом случае удаляют часть массива опухолевой ткани [5.2].

Симптоматические операции проводятся для коррекции возникающих нарушений в деятельности органов и систем, связанных с наличием опухолевого узла, например наложение энтеростомы или обходного анастомоза при опухоли, обтурирующей выходной отдел желудка. Паллиативные и симптоматические операции спасти онкологического больного не могут.

Хирургическое лечение опухолей обычно сочетают с другими методами лечения, такими как лучевая терапия, химио-, гормоно- и иммунотерапия. Но данные виды лечения могут использоваться и самостоятельно (в гематологии, лучевом лечении рака кожи). Лучевое лечение и химиолечение могут быть применены в предоперационном периоде с тем, чтобы уменьшить объем опухоли, снять перифокальное воспаление и инфильтрацию окружающих тканей. Как правило, курс предоперационного лечения не длительный, так как данные методы имеют много побочных эффектов и могут привести к осложнениям в послеоперационном периоде. Основной объем этих лечебных мероприятий проводится в послеоперационном периоде [5.3].

1.5.2 Лучевые методы лечения

Лучевая терапия представляет собой прикладную медицинскую дисциплину, в основе которой лежит использование различных видов ионизирующего излучения. В организме человека все органы и ткани в той или оной степени чувствительны к ионизирующему излучению. Особенно чувствительны ткани с высоким темпом деления клеток (кроветворная ткань, половые железы, щитовидная железа, кишечник).

Типы лучевой терапии

) Радикальная лучевая терапия имеет целью излечение больного и направлена на полное разрушение опухоли и ее регионарных метастазов.

Она включает облучение первичного опухолевого очага и зон регионарного метастазирования в максимальных дозах [3.3].

Радикальная лучевая терапия часто является основным методом лечения злокачественных опухолей сетчатки и сосудистой оболочки глаза, краниофарингиомы, медуллобластомы, эпендимомы, рака кожи, полости рта, языка, глотки, гортани, пищевода, шейки матки, влагалища, предстательной железы, а также ранних стадий лимфомы Ходжкина [2.3].

) Паллиативная лучевая терапия подавляет рост опухоли и уменьшает ее объем, что позволяет облегчить состояние больных, улучшить качество их жизни, увеличить ее продолжительность. Частичное разрушение опухолевой массы уменьшает интенсивность болевого синдрома и риска патологических переломов при метастатическом поражении костей, устраняет неврологическую симптоматику при метастазах в головном мозгу, восстанавливает проходимость пищевода или бронхов при их обструкции, сохраняет зрение при первичных или метастатических опухолях глаза и глазницы и т. п.

) Симптоматическая лучевая терапия проводится для устранения тяжелых симптомов распространенного злокачественного процесса, таких, как интенсивные боли при метастазах в костях, компрессионно-ишемическая радикуло-миелопатия, центральная неврологическая симптоматика при метастатическом поражении головного мозга [5.3].

) Противовоспалительная и функциональная лучевая терапия используется для ликвидации послеоперационных и раневых осложнений.

) Облучение перед операцией проводится с целью подавления жизнедеятельности опухолевых клеток, уменьшения размеров опухоли, снижение частоты местных рецидивов и отдаленных метастазов.

) Лучевая терапия в послеоперационном периоде проводится при наличии гистологически доказанных метастазов.

) Интраоперационная лучевая терапия предусматривает однократное облучение операционного поля или неоперабельных опухолей во время лапаротомии электронным пучком.

1.5.3 Лекарственные методы лечения

При проведении лекарственной терапии применяются лекарственные препараты, которые замедляют пролиферацию или необратимо повреждают опухолевые клетки.

Химиотерапия злокачественных опухолей.

Эффективное применение противоопухолевых цитостатиков основывается на понимании принципов кинетики опухолевого роста, основных фармакологических механизмов действия лекарственных средств, фармакокинетики и фармакодинамики, механизмов лекарственной резистентности [3.3].

Классификация противоопухолевых цитостатиков в зависимости от

механизма действия:

) алкилирующие агенты;

) антиметаболиты;

) противоопухолевые антибиотики;

) антимитогенные препараты;

) ингибиторы ДНК-топоизомераз I и II.

Алкилирующие агенты реализуют противоопухолевый эффект в отношении пролиферирующих опухолевых клеток независимо от периода клеточного цикла (т.е. не являются фазоспецифичными). К препаратам этой группы относятся производные хлорэтиламинов (мелфалан, циклофосфамид, ифосфамид) и этилениминов (тиотепа, альтретамин, имифос), эфиры дисульфоновых кислот (бусульфан), производные нитрозометилмочевины (кармустин, ломустин, стрептозоцин), комплексные соединения платины (цисплатин, карбоплатин, оксалиплатин), триазины (дакарбазин, прокарбазин, темозоломид) [5.3].

Антиметаболиты выступают структурными аналогами веществ, участвующих в синтезе нуклеиновых кислот. Включение антиметаболитов в макромолекулу опухолевой ДНК приводит к нарушению синтеза нуклеотидов и как следствие к гибели клетки.

К препаратам этой группы относятся антагонисты фолиевой кислоты (метотрексат, эдатрексат, триметрексат), аналоги пиримидина (5-фторурацил, тегафур, капецитабин, цитарабин, гемцитабин), аналоги пурина (флударабин, меркаптопурин, тиогуанин), аналоги аденозина (кладрибин, пентостатин).

Антиметаболиты широко применяются в лекарственной терапии больных раком пищевода, желудка и толстой кишки, головы и шеи, молочной железы, остеогенными саркомами [5.3].

Противоопухолевые антибиотики (доксорубицин, блеомицин, дактиномицин, митомицин, идарубицин) действуют независимо от периода клеточного цикла и наиболее успешно применяются при медленно растущих опухолях с низкой ростовой фракцией.

Механизмы действия противоопухолевых антибиотиков различны и включают подавление синтеза нуклеиновых кислот в результате образования свободных радикалов кислорода, ковалентного связывания ДНК, торможения активности топоизомеразы I и II [3.3].

Антимитогенные препараты: винкаалкалоиды (винкристин, винбластин, виндезин, винорельбин) и таксаны (доцетаксел, паклитаксел).

Действие данных препаратов направлено на торможение процессов деления опухолевых клеток. Клетки задерживаются в фазе митоза, их цитоскелет повреждается, и наступает гибель.

Ингибиторы ДНК-топоизомераз I и II. Производные камптотецина (иринотекан, топотекан) ингибируют активность топоизомеразы I, эпиподофиллотоксины (этопозид, тенипозид) - топоизомеразы II, обеспечивающих процессы транскрипции, репликации и митоза клеток. Это вызывает повреждение ДНК, приводящее к гибели опухолевой клетки [5.3].

Побочные реакции со стороны различных органов и систем:

- системы кроветворения - угнетение костно-мозгового кроветворения (анемия, нейтропения, тромбоцитопения);

пищеварительной системы - анорексия, изменение вкуса, тошнота, рвота, диарея, стоматит, эзофагит, кишечная непроходимость, повышение активности трансаминаз печени, желтуха;

дыхательной системы - кашель, одышка, отек легких, пульмонит, пневмофиброз, плеврит, кровохарканье, изменение голоса;

сердечно-сосудистой системы - аритмия, гипоили гипертензия, ишемия миокарда, снижение сократительной способности миокарда, перикардит;

мочеполовой системы - дизурия, цистит, гематурия, повышение уровня креатинина, протеинурия, нарушение менструального цикла;

нервной системы - головная боль, головокружение, нарушения слуха и

зрения, бессонница, депрессия, парестезии, потеря глубоких рефлексов;

кожи и ее придатков - алопеция, пигментация и сухость кожи, сыпь, кожный зуд, экстравазация препарата, изменение ногтевых пластинок;

метаболические нарушения - гипергликемия, гипогликемия, гиперкальциемия, гиперкалиемия и др [5.5].

Гормонотерапия в онкологии

Рассматривают три типа гормональных терапевтических воздействий на злокачественные новообразования:

) аддитивные - дополнительное введение гормонов, в том числе противоположного пола, в дозах, превышающих физиологические;

) аблативные - подавление образования гормонов, в том числе хирургическим путем;

) антагонистические - блокирование действия гормонов на уровне опухолевой клетки.

Андрогены (мужские половые гормоны) показаны при раке молочной железы у женщин с сохраненной менструальной функцией, могут назначаться и в менопаузе. К ним относятся: тестостерона пропионат, медротестостерон, тетрастерон.

Антиандрогены: флутамид (флуцином), андрокур (ципротерона ацетат), анандрон (нилютамид). Применяются при раке предстательной железы, можно назначать при раке молочной железы у женщин после удаления яичников (овариэктомии).

Эстрогены: диэтилстильбэстрол (DES), фосфэстрол (хонван), этинилэстрадиол (микрофоллин). Показаны при диссеминированном раке предстательной железы, метастазах рака молочной железы у женщин в глубокой менопаузе, диссеминированном раке молочной железы у мужчин.

Антиэстрогены: тамоксифен (биллем, тамофен, нолвадекс), торемифен (фарестон). Применяют при раке молочной железы у женщин в естественной или искусственной менопаузе, а также у мужчин; при раке яичников, почки, меланоме.

Прогестины: оксипрогестерона капронат, провера (фарлутал), депо-провера, мегестрола ацетат (мегейс). Применяют при раке тела матки, раке молочной железы, раке предстательной железы.

Ингибиторы ароматазы: аминоглютетимид (оримерен, мамомит), аримидекс (анастрозол), летрозол (фемара), ворозол. Применяют при раке молочной железы у женщин в естественной или искусственной менопаузе, при отсутствии эффекта при применении тамоксифена, раке молочной железы у мужчин, раке предстательной железы, раке коры надпочечников.

Кортикостероиды: преднизолон, дексаметазон, метилпреднизалон. Показаны при: острых лейкозах, неходжкинских лимфомах, злокачественной тимоме, раке молочной железы, раке почки; для симптоматической терапии при опухолевой гипертермии и рвоте, при пульмонитах, вызванных цитостатиками, для снижения внутричерепного давления при опухолях головного мозга (в том числе метостатических) [5.2].

В данной главе на основе литературных данных мы провели анализ факторов риска возникновения онкологических заболеваний, рассмотрели общие клинические симптомы онкологических заболеваний, а также ознакомились с современными методами диагностики и лечения злокачественных новообразований.

обезболивание онкология палатный риск

ГЛАВА 2. ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ УХОДА МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРОЙ ЗА ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ БОЛЬНЫМИ

2.1 Организация медицинской помощи населению по профилю «онкология»

Медицинская помощь онкологическим больным оказывается в соответствии с «Порядком оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология», утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 года N 915н.

Медицинская помощь оказывается в виде:

первичной медико-санитарной помощи;

скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи;

специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи;

паллиативной медицинской помощи.

Медицинская помощь оказывается в следующих условиях:

амбулаторно;

в дневном стационаре;

стационарно.

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.

Медицинская помощь осуществляется в соответствии со стандартами медицинской помощи.

2.1.1 Оказание первичной медико-санитарной помощи населению по профилю "онкология"

Первичная медико-санитарная помощь включает:

первичную доврачебную медико-санитарную помощь;

первичную врачебную медико-санитарную помощь;

первичную специализированную медико-санитарную помощь.

Первичная медико-санитарная помощь предусматривает профилактику, диагностику, лечение онкологических заболеваний и медицинскую реабилитацию по рекомендациям медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь больным с онкологическими заболеваниями.

Первичная доврачебная медико-санитарная помощь оказывается медицинскими работниками со средним медицинским образованием в амбулаторных условиях.

Первичная врачебная медико-санитарная помощь оказывается амбулаторно и в условиях дневного стационара врачами-терапевтами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами) по территориально-участковому принципу.

Первичная специализированная медико-санитарная помощь оказывается в первичном онкологическом кабинете или в первичном онкологическом отделении врачом-онкологом.

При подозрении или выявлении у больного онкологического заболевания врачи-терапевты, врачи-терапевты участковые, врачи общей практики (семейные врачи), врачи-специалисты, средние медицинские работники в установленном порядке направляют больного на консультацию в первичный онкологический кабинет или первичное онкологическое отделение медицинской организации для оказания ему первичной специализированной медико-санитарной помощи.

Врач-онколог первичного онкологического кабинета или первичного онкологического отделения направляет больного в онкологический диспансер или в медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь больным с онкологическими заболеваниями, для уточнения диагноза и оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи.

2.1.2 Оказание скорой, в том числе специализированной, медицинской помощи населению по профилю «онкология»

Скорая медицинская помощь оказывается в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 1 ноября 2004 года N 179 "Об утверждении Порядка оказания скорой медицинской помощи" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 23 ноября 2004 года, регистрационный N 6136), с изменениями, внесенными приказами Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 2 августа 2010 года N 586н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 30 августа 2010 года, регистрационный N 18289), от 15 марта 2011 года N 202н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 4 апреля 2011 года, регистрационный N 20390) и от 30 января 2012 года N 65н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 14 марта 2012 года, регистрационный N 23472).

Скорая медицинская помощь оказывается фельдшерскими выездными бригадами скорой медицинской помощи, врачебными выездными бригадами скорой медицинской помощи в экстренной или неотложной форме вне медицинской организации, а также в амбулаторных и стационарных условиях при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства.

При подозрении и (или) выявлении у больного онкологического заболевания в ходе оказания ему скорой медицинской помощи, таких больных переводят или направляют в медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь больным с онкологическими заболеваниями, для определения тактики ведения и необходимости применения дополнительно других методов специализированного противоопухолевого лечения.

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, имеющих лицензию, необходимую материально-техническую базу, сертифицированных специалистов, в стационарных условиях и условиях дневного стационара и включает в себя профилактику, диагностику, лечение онкологических заболеваний, требующих использования специальных методов и сложных (уникальных) медицинских технологий, а также медицинскую реабилитацию.

Оказание специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в онкологическом диспансере или в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь больным с онкологическими заболеваниями, осуществляется по направлению врача-онколога первичного онкологического кабинета или первичного онкологического отделения, врача-специалиста при подозрении и (или) выявлении у больного онкологического заболевания в ходе оказания ему скорой медицинской помощи.

В медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь больным с онкологическими заболеваниями, тактика медицинского обследования и лечения устанавливается консилиумом врачей-онкологов и врачей-радиотерапевтов, с привлечением при необходимости других врачей-специалистов. Решение консилиума врачей оформляется протоколом, подписывается участниками консилиума врачей, и вносится в медицинскую документацию больного.

2.1.4 Оказание паллитативной медицинской помощи населению по профилю «онкология»

Паллиативная медицинская помощь оказывается медицинскими работниками, прошедшими обучение по оказанию паллиативной медицинской помощи, в амбулаторных, стационарных условиях, условиях дневного стационара и включает в себя комплекс медицинских вмешательств, направленных на избавление от боли, в том числе с применением наркотических средств, и облегчение других тяжелых проявлений онкологических заболеваний.

Оказание паллиативной медицинской помощи в онкологическом диспансере, а также в медицинских организациях, располагающих отделениями паллиативной помощи, осуществляется по направлению врача-терапевта участкового, врача общей практики (семейного врача), врача-онколога первичного онкологического кабинета или первичного онкологического отделения.

2.1.5 Диспансерное наблюдение онкологических пациентов

Больные с онкологическими заболеваниями подлежат пожизненному диспансерному наблюдению в первичном онкологическом кабинете или первичном онкологическом отделении медицинской организации, онкологическом диспансере или в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь больным с онкологическими заболеваниями. Если течение заболевания не требует изменения тактики ведения больного, диспансерные осмотры после проведенного лечения осуществляются:

в течение первого года - один раз в три месяца,

в течение второго года - один раз в шесть месяцев,

в дальнейшем - один раз в год.

Информация о впервые выявленном случае онкологического заболевания направляется врачом-специалистом медицинской организации, в которой установлен соответствующий диагноз, в организационно-методический отдел онкологического диспансера для постановки больного на диспансерный учет.

В случае подтверждения у больного факта наличия онкологического заболевания, информация об уточненном диагнозе больного направляется из организационно-методического отдела онкологического диспансера в первичный онкологический кабинет или первичное онкологическое отделение медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь больным с онкологическими заболеваниями, для последующего диспансерного наблюдения больного.

2.2 Организация деятельности бюджетного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа - Югры «Нижневартовский онкологический диспансер»

Бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа - Югры «Нижневартовский онкологический диспансер» осуществляет свою деятельность с 1 апреля 1985 года.

На сегодняшний день учреждение включает в себя: стационар с четырьмя отделениями на 110 коек, поликлиническое отделение на 40 тысяч посещений в год, диагностические службы: цитологическая, клиническая, патогистологическая лаборатория и вспомогательные подразделения. В онкологическом диспансере работает 260 специалистов, в т. ч. врачей - 47, среднего медицинского персонала - 100, технического персонала - 113 человек [5.5].

Нижневартовский онкологический диспансер является специализированным медицинским учреждением, где проводится оказание специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской

помощи больным с онкологическими и предопухолевыми заболеваниями в соответствии с порядком оказания медицинской помощи населению по профилю «Oнкология» [1.1].

Структурные подразделения Бюджетного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа - Югры «Нижневартовский онкологический диспансер»: поликлиника, отделение анестезиологии и реанимации, отделение лучевой терапии, операционный блок, хирургические отделения, отделение химиотерапии, диагностическая база.

Регистратура поликлиники диспансера занимается оформлением пациентов на приём к врачу-онкологу, гинекологу-онкологу, врачу эндоскописту-онкологу, врачу гематологу-онкологу. Регистратура ведёт учёт поступающих на стационарное, амбулаторное обследование с целью консультации. Подтверждения или уточнения диагноза, консультации: хирурга-онколога, гинеколога-онколога, эндоскописта, врача-гематолога. План лечения больных со злокачественными новообразованиями решает КЭК.

Клиническая лаборатория, где проводятся клинические, биохимические, цитологические, гематологические исследования.

Рентген - диагностический кабинет выполняет исследования больных для уточнения диагноза и дальнейшего лечения в онкологическом диспансере (ирригоскопия, рентгеноскопия желудка, рентгенография грудной клетки, рентгенография костей, скелета, маммография), специальные исследования для лечения (разметки таза, прямой кишки, мочевого пузыря).

Эндоскопический кабинет предназначен для проведения эндоскопических лечебно-диагностических процедур (цистоскопия, ректороманоскопия, ЭФГДС).

Процедурный кабинет служит для выполнения врачебных назначений амбулаторным больным.

Кабинеты: хирургический и гинекологический, в которых проводится приём амбулаторных пациентов и консультации врачами-онкологами.

На амбулаторном приёме пациентов, после их обследования, решается вопрос о подтверждении или уточнения данного диагноза.

2.3 Особенности ухода медицинской сестрой за онкологическими больными

Современное лечение онкологических больных является сложной проблемой, в решении которой принимают участие врачи различных специальностей: хирурги, лучевые специалисты, химиотерапевты, психологи. Такой подход к лечению больных требует также и от онкологической сестры решения многих разнообразных задач.

Основными направлениями работы медицинской сестры в онкологии являются:

введение лекарственных препаратов (химиотерапии, гормонотерапии,

биотерапии, обезболивающих препаратов и др.) согласно врачебным назначениям;

участие в диагностике и лечении возникающих в процессе лечения осложнений;

психологическая и психосоциальная помощь больным;

образовательная работа с пациентами и членами их семьи;

участие в проведении научных исследований.

2.3.1 Особенности работы медицинской сестры при проведении химиотерапии

В настоящее время при лечении онкологических заболеваний в БУ «Нижневартовский онкологический диспансер» предпочтение отдается комбинированной полихимиотерапии [5.5].

Использование всех противоопухолевых препаратов сопровождается развитием побочных реакций, так как у большинства из них низкий терапевтический индекс (интервал между максимально переносимой и токсичной дозой).

Развитие побочных реакций при использовании противоопухолевых препаратов создает определенные проблемы для пациента и медицинского персонала, осуществляющего уход. К одним из первых побочных эффектов относится реакция гиперчувствительности, которая бывает острой или отсроченной [3.3].

Острая реакция гиперчувствительности характеризуется появлением у пациентов одышки, хрипов, резкого падения АД, тахикардии, ощущения жара, гиперемии кожных покровов. Реакция развивается уже на первых минутах введения препарата. Действия медсестры: немедленно прекратить введение препарата, срочно сообщить врачу. Чтобы не пропустить начало развития этих симптомов, медсестра постоянно наблюдает за пациентом. Через определенные интервалы времени она контролирует АД, пульс, частоту дыхания, состояние кожных покровов и любые другие изменения самочувствия пациента. Мониторинг необходимо проводить при каждом введении противоопухолевых препаратов [3.3].

Отсроченная реакция гиперчувствительности проявляется устойчивой гипотонией, появлением сыпи. Действия медсестры: уменьшить скорость введения препарата, немедленно сообщить врачу.

Из других побочных действий, возникающих у пациентов, получающих противоопухолевые препараты, следует отметить нейтропению, миалгии, артралгии, мукозиты, желудочно-кишечную токсичность, периферическую нейтропатию, алопецию, флебит, экстравазацию.

Нейтропения - одно из наиболее частых побочных явлений, которое сопровождается снижением количества лейкоцитов, тромбоцитов, нейтрофилов, сопровождается гипертермией и, как правило, присоединением какого-либо инфекционного заболевания. Возникает обычно на 7-10 день после химиотерапии и длится 5-7 дней. Необходимо измерять температуру тела два раза в день, раз в неделю проводить ОАК. Для снижения риска инфицирования пациент должен воздержаться от излишней активности и соблюдать покой, исключить контакты с больными респираторными инфекциями, не посещать места с большой скученностью людей.

Лейкопения - опасна развитием тяжелых инфекционных заболеваний, в зависимости от тяжести состояния пациента, требует введения гемостимулирующих средств, назначения антибиотиков широкого спектра действия, помещения пациента в стационар [3.3].

Тромбоцитопения - опасна развитием кровотечений из носа, желудка, матки. При снижении количества тромбоцитов необходимо немедленное переливание крови, тромбоцитарной массы, назначение кровеостанавливающих препаратов.

Миалгии, артралгии (боли в мышцах и суставах), появляются через 2-3 суток после инфузии химиопрепарата, боли могут быть различной интенсивности, длятся от 3 до 5 дней, часто не требуют лечения, но при выраженных болях пациенту назначают нестероидные ПВП или ненаркотические анальгетики.

Мукозиты, стоматиты проявляются сухостью во рту, ощущением жжения во время приёма пищи, покраснением слизистой оболочки рта и появлением на ней язв. Симптомы появляются на 7-й день, сохраняются в течение 7-10 дней. Медсестра объясняет пациенту, что он ежедневно должен осматривать слизистую полости рта, губы, язык. При развитии стоматита необходимо пить больше жидкости, часто полоскать рот (обязательно после приёма пищи) раствором фурациллина, чистить зубы мягкой щёткой, исключать острую, кислую, твёрдую и очень горячую пищу. [5.6]

Желудочно-кишечная токсичность проявляется анорексией, тошнотой, рвотой, диареей. Возникает в 1-3 сутки после лечения, может сохраняться в течение 3-5 дней. Тошноту и рвоту вызывают почти все цитостатические препараты. Тошнота у пациентов может наступать лишь при одной мысли о химиотерапии или при виде таблетки, белого халата.

При решении этой проблемы, каждый пациент нуждается в индивидуальном подходе, назначении врачом противорвотной терапии, сочувствии не только родственников и знакомых, а в первую очередь медицинского персонала.

Медицинская сестра обеспечивает спокойную окружающую обстановку, по возможности уменьшает влияние тех факторов, которые могут спровоцировать тошноту и рвоту. Например, не предлагает пациенту пищу, которая вызывает у него тошноту, кормит маленькими порциями, но чаще, не настаивает на приеме пищи, если пациент отказывается есть. Рекомендует есть медленно, избегать переедания, отдыхать до и после еды, не переворачиваться в постели и не лежать на животе в течение 2 часов после еды [2.3].

Медицинская сестра заботится о том, чтобы рядом с пациентов постоянно находилась ёмкость для рвотных масс, и чтобы он всегда мог вызвать помощь. После рвоты пациенту нужно дать воды, чтобы он мог прополоскать рот.

Необходимо информировать врача о частоте и характере рвотных масс, о наличии у пациента признаков дегидратации (сухая, неэластичная кожа, сухие слизистые, снижение диуреза, головная боль). Медицинская сестра обучает пациента основным принципам ухода за полостью рта и объясняет ему, почему это так необходимо [ 3.3].

Периферическая нефропатия характеризуется головокружением, головной болью, онемением, мышечной слабостью, нарушением двигательной активности, запорами. Симптомы появляются после 3-6 курсов химиотерапии, могут сохраняться около 1-2 месяцев. Медсестра информирует пациента о возможностях появления вышеуказанных симптомов и рекомендует срочно обращаться к врачу при их возникновении.

Аллопеция (облысение) возникает практически у всех пациентов, начиная со 2-3 недели лечения. Волосяной покров полностью восстанавливается через 3-6 месяцев после завершения лечения. Пациента необходимо психологически подготовить к потере волос (убедить приобрести парик или шляпу, использовать косынку, обучить некоторым косметическим приёмам).

Флебит (воспаление стенки вены) относится к местным токсическим реакциям и является частым осложнением, которое развивается после многократных курсов химиотерапии. Проявления: припухлость, гиперемия по ходу вен, уплотнение стенки вены и появление узелков, боль, исчерченность вен. Флебит может длиться до нескольких месяцев. Медсестра регулярно осматривает пациента, оценивает венозный доступ, выбирать подходящий медицинский инструментарий для введения химиопрепарата (иглы типа «бабочка», периферические катетеры, центральные венозные катетеры).

Лучше использовать вену с максимально широким диаметром, что обеспечивает хороший кровоток. По возможности чередовать вены разных конечностей, если этому не препятствует анатомические причины (послеоперационный лимфостаз) [3.3].

Экстравазация (попадание под кожу лекарственного средства) является технической ошибкой медицинского персонала. Также причинами экстравазации могут быть анатомические особенности венозной системы пациента, ломкость сосудов, разрыв вены при высокой скорости введения препаратов. Попадание под кожу таких препаратов как адриамицид, фарморубицин, митомицин, винкристин, приводит к омертвению тканей вокруг места инъекции. При малейшем подозрении на то, что игла находится вне вены, введение препарата следует прекратить, не вынимая иглы, попытаться аспирировать содержимое, попавшее под кожу лекарственное вещество, обколоть поражённый участок антидотом, обложить льдом.

Общие принципы профилактики инфекций, связанных с периферическим венозным доступом:

. Следовать правилам асептики во время проведения инфузионной терапии, включая установку и уход ха катетером.

2. Проводить гигиеническую обработку рук до и после проведения любых внутривенных манипуляций, а также перед надеванием и после снятия перчаток.

. Проверять сроки годности лекарственных препаратов и устройств перед проведением процедуры. Не допускать использования лекарственных препаратов или устройств с истекшим сроком годности.

. Обрабатывать кожу пациента кожным антисептиком перед установкой ПВК.

. Регулярно промывать ПВК для поддержания проходимости. Катетер следует промывать до и после проведения инфузионной терапии для предотвращения смешивания несовместимых лекарственных препаратов. Для промывания допускается использование растворов, набранных в одноразовый шприц объемом 10 мл из одноразовой ампулы (ампула NaCl 0,9% 5 мл или 10 мл). В случае использования раствора из флаконов больших объёмом (NaCl 0,9% 200 мл, 400 мл), необходимо, чтобы флакон использовался только для одного пациента.

. Зафиксировать катетер после установки с помощью повязки.

.Заменить повязку немедленно при нарушении её целостности.

. В условиях стационара проводить осмотр места установки катетера каждые 8 часов. В амбулаторных условиях раз в сутки. Более частый осмотр показан при введении в вену раздражающих препаратов. Оценивать состояние места введения катетера по шкалам флебитов и инфильтрации (приложения 2 и 3) и делать соответствующие отметки в листе наблюдения за ПВК [3.1].

2.3.2 Особенности питания онкологического пациента

Диетическое питание онкологического пациента должно решать две задачи:

- защита организма от поступления с пищей канцерогенных веществ и факторов, провоцирующих развитие злокачественной опухоли,

насыщение организма пищевыми веществами, препятствующими развитию опухолей - натуральными антиканцерогенными соединениями. Исходя из вышеперечисленных задач, медицинская сестра дает рекомендации пациентам, которые хотят придерживаться противоопухолевой диеты (принципы противоопухолевой диеты в приложении 6):

. Избегайте избыточного потребления жиров. Максимальное количество свободного жира - 1 ст. ложка растительного масла в день (желательно оливкового). Избегайте других жиров, особенно животных.

. Не используйте жиры, повторно используемые для жарки и перегретые во время кулинарной обработки. Во время кулинарной обработки продуктов необходимо использовать жиры, устойчивые к нагреванию: сливочное или оливковое масло. Добавлять их следует не во время, а после кулинарной обработки продуктов.

. Готовьте с небольшим количеством соли и не добавляйте соль в пищу.

. Ограничьте сахар и другие рафинированные углеводы.

. Ограничьте употребление мяса. Замените его частично растительными белками (бобовые), рыбой (предпочтительны мелкие глубоководные сорта), яйцами (не более трех в неделю), молочными продуктами пониженной жирности. При употреблении мяса исходите из его «ценности» в порядке убывания: нежирное белое мясо, кролик, телятина, курица свободного содержания (не бройлер), постное красное мясо, жирное мясо. Исключите колбасы, сосиски, а также мясо, жаренное на углях, копченое мясо и рыбу [3.3].

. Варите продукты на пару, запекайте или тушите на медленном огне с минимальным количеством воды. Не ешьте подгоревшую пищу.

. Употребляйте крупы из цельного зерна, хлебобулочные изделия, обогащенные пищевыми волокнами.

. Используйте для питья родниковую воду, отстаивайте воду или очищайте её другими способами. Пейте вместо чая отвары трав, фруктовые соки. Старайтесь не употреблять газированных напитков с искусственными добавками.

. Не переедайте, ешьте, когда чувствуете голод.

. Не употребляйте алкоголь [2.1].

2.3.3 Проведение обезболивания в онкологии

Вероятность появления болей и их выраженности у онкологических пациентов зависит от множества факторов, среди которых - расположение опухоли, стадия заболевания и местонахождение метастазов.

Каждый пациент воспринимает боль по-разному, и это зависит от таких факторов, как возраст, пол, порог болевого восприятия, наличие болей в прошлом и другого. Психологические особенности, такие как страх, тревога и уверенность в неизбежной смерти также могут влиять на восприятие боли. Бессонница, усталость и тревога понижают болевой порог, а отдых, сон и отвлечение от болезни повышают его [2.1].

Методы лечения болевого синдрома подразделяются на лекарственные и нелекарственные.

Лекарственное лечение болевого синдрома. В 1987 году Всемирная Организация Здравоохранения постановила, что «анальгетики являются основой лечения боли при раке» и предложила «трёхступенчатый подход» для выбора анальгетических препаратов.

На первом этапе применяется ненаркотический анальгетик с возможным добавлением дополнительного препарата. Если боль сохраняется или усиливается с течением времени, используется вторая ступень - слабый наркотический препарат в сочетании с ненаркотическим и возможно - с адьювантным препаратом (адъювант - вещество, используемое в соединении с другим для повышения активности последнего). В случае неэффективности последнего используется третий этап - сильный наркотический препарат с возможным добавлением ненаркотического и адъювантного препаратов [2.1].

Ненаркотические анальгетики используются для лечения умеренных болей при раке. Эта категория включает в себя нестероидные противовоспалительные средства - аспирин, ацетаминофен, кеторолак.

Наркотические анальгетики используются для лечения средне- и сильно выраженных болей при раке. Подразделяются на агонисты (полностью имитирующие эффект наркотических средств) и агонисты-антагонисты (имитирующие лишь часть их эффектов - оказывая обезболивающее действие, но не влияя на психику). К последним относятся морадол, налбуфин и пентазоцин [3.3].

Для эффективного действия анальгетиков очень важен режим их приема. В принципе возможны два варианта: прием в определенные часы и «по потребности». Исследования показали, что первый способ при хроническом болевом синдроме эффективнее, и во многих случаях требует более низкой дозы препаратов, чем при второй схеме.

Нелекарственное лечение боли. Медицинская сестра для борьбы с болевыми ощущениями может использовать физические методы и психологические (релаксация, поведенческая терапия). Значительно снизить болевые ощущения можно, изменяя образ жизни пациента и среду, которая его окружает. Следует избегать деятельности, провоцирующей боль, использовать при необходимости поддерживающий ворот, хирургический корсет, шины, приспособления для ходьбы, инвалидное кресло, подъёмник.

При уходе за пациентом медицинская сестра учитывает, что дискомфорт, бессонница, усталость, тревожность, страх, гнев, психическая изоляция и социальная заброшенность обостряют у пациента восприятие боли. Сопереживание окружающих, релаксация, возможность творческой деятельности, хорошее настроение повышают устойчивость онкологического больного к восприятию боли.

Медицинская сестра при уходе за пациентом с болевым синдромом:

действует быстро и с сочувствием при просьбе пациента об обезболивании;

наблюдает за невербальными признаками состояния пациента (мимика, вынужденная поза, отказ от движений, подавленное состояние);

обучает и разъясняет пациентам и ухаживающим за ними родственникам схемы приёма лекарств, а также нормальные и побочные реакции при их приёме;

проявляет гибкость в подходах к обезболиванию, не забывает и о не лекарственных методах;

принимает меры для профилактики запоров (советы по питанию, двигательной активности);

оказывает психологическую поддержку пациентам и их

родственникам, применяет меры отвлечения, релаксации, проявляет заботу;

проводит регулярную оценку эффективности обезболивания и своевременно докладывает врачу обо всех изменениях;

поощряет пациента вести дневник об изменениях своего состояния.

Избавление онкологических пациентов от боли - первооснова программы их лечения. Этого можно достичь только при совместных действиях самого пациента, членов его семьи, врачей и медицинских сестер.

.3.4 Паллиативный уход за онкологическими пациентами

Паллиативный уход за тяжелобольным пациентом - это, прежде всего, максимально качественный уход. Свои знания, умения и опыт медицинская сестра должна сочетать с заботой о человеке.

Создание благоприятных условий для онкологического пациента, деликатное и тактичное отношение, готовность оказать помощь в любую минуту являются обязательными - обязательные условия качественного сестринского ухода.

Современные принципы сестринского ухода

. Безопасность (предупреждение травматизма пациента).

2. Конфиденциальность (подробности личной жизни пациента, его диагноз не должны быть известны посторонним).

. Уважение чувства достоинства (выполнение всех процедур с согласия пациента, обеспечение уединения при необходимости).

. Независимость (поощрение пациента при появлении им самостоятельности).

5. Инфекционная безопасность [3.2].

У онкологического пациента нарушено удовлетворение следующих потребностей: в движении, нормальном дыхании, адекватном питании и питье, выделении продуктов жизнедеятельности, отдыхе, сне, общении, преодолении боли, способности поддерживать собственную безопасность.

В связи с этим возможно появление следующих проблем и осложнений: возникновение пролежней, дыхательных нарушений (застойные явления в легких), нарушения мочевыделения (инфицирование, образование камней в почках), развития контрактур суставов, гипотрофия мышц, дефицита самоухода и личной гигиены, запоров, нарушения сна, дефицита общения.

Содержание сестринского ухода за тяжелобольным пациентом включает в себя следующие пункты:

. Обеспечение физического и психологического покоя - для создания комфорта, уменьшения действия раздражителей.

. Контроль соблюдения постельного режима - для создания физического покоя, профилактики осложнений.

. Изменение положения больного через 2 часа - для профилактики пролежней.

. Проветривание палаты, комнаты - для обогащения воздуха кислородом.

. Контроль физиологических отправлений - для профилактик запоров, отеков, образования конкрементов в почках.

. Контроль состояния пациента (измерение температуры, АД, подсчет пульса, ЧДД) - для ранней диагностики осложнений и своевременного оказания неотложной помощи.

. Мероприятия по соблюдению личной гигиены для создания комфорта, профилактики осложнений.

. Уход за кожей - для профилактики пролежней, опрелостей.

. Смена постельного и нательного белья - для создания комфорта, профилактики осложнений.

. Кормление пациента, помощь при кормлении - для обеспечения жизненно важных функций организма.

. Обучение родственников мероприятиям по уходу - для обеспечения комфорта пациента.

. Создание атмосферы оптимизма - для обеспечения максимально возможного комфорта.

. Организация досуга пациента - для создания максимально возможного комфорта и благополучия.

. Обучение приемам самоухода - для поощрения, мотивации к действию.

В данной главе была рассмотрена организация оказания помощи онкологическим пациентам БУ ХМАО - Югры «Нижневартовский онкологический диспансер», изучена общая заболеваемость злокачественными новообразованиями в Российской Федерации, в Ханты-Мансийском автономной округе - Югре, а также в городе Нижневартовске. Проанализирована деятельность медицинской сестры онкологического диспансера, выявлены особенности ухода за онкологическими пациентами.

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:

) Нами был проведен анализ факторов риска возникновения онкологических заболеваний. Выявлены общие клинические признаки, изучены современные методы диагностики и лечения злокачественных новообразований.

) В ходе работы была рассмотрена организация оказания медицинской помощи Бюджетного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа - Югры «Нижневартовский онкологический диспансер» пациентам.

3) Изучены статистические данные о заболеваемости злокачественными новообразованиями в Российской Федерации, в Ханты-Мансийском автономном округе - Югре, в городе Нижневартовске.

4) Проанализирована деятельность медицинской сестры БУ ХМАО - Югры «Нижневартовский онкологический диспансер», выявлены особенности сестринского ухода медицинской сестрой за онкологическими больными.

5) Проведено анкетирование пациентов БУ ХМАО - Югры «Нижневартовский онкологический диспансер» с целью выявления удовлетворенности качеством медицинской помощи.

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

Данная работа может найти применение в подготовке студентов бюджетного учреждения профессионального образования Ханты-Мансийского автономного округа - Югры «Нижневартовский медицинский колледж» к прохождению производственной практики в лечебных учреждениях онкологического профиля.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Нормативная документация:

.1. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 915н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «Онкология» ».

.2. Должностная инструкция медицинской сестры палатной хирургического отделения БУ «Нижневартовский онкологический диспансер».

. Книги:

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

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

.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. Зинькович Г. А., Зинькович С. А., Если у тебя рак: Психологическая помощь. Ростов н/Д: Феникс, 1999. - 320 с., 1999

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

. Сборники:

.1. Методические рекомендации по обеспечению и поддержанию периферического венозного доступа: Практическое руководство. Санкт-Петербург, издательство, 20 стр., 2012 г. Общероссийская общественная организация «Ассоциация медицинских сестер России».

.2. Каприн А. Д., Состояние онкологической помощи населению России/ В. В. Старинский, Г. В. Петрова-М: Минздрава России /2013.

.3. Материалы научно-практического семинара "Сестринская помощь онкологическим больным» - Нижневартовск/Онкологический диспансер/2009.

. Статьи из журналов

.1. Заридзе Д. Г., Динамика заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований населения // Российский онкологический журнал. - 2006.- № 5.- С.5-14.

ПРИЛОЖЕНИЯ

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 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 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, обусловливающее 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 - основные 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 незлокачественной опухоли, которая может переродиться в злокачественную без соответствующего лечения.

Предрасположенность - склонность к развитию у человека какого-либо заболевания.

Радиочувствительные опухоли - новообразования, которые поле 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 развиться 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 неоадъювантная - 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 полой 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 бактериологического 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 бактериологического 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 4

Качественные показатели работы Бюджетного учреждения ХМАО - Югры «Нижневартовский онкологический диспансер»

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Качественные показатели | 2011 г. | 2012 г. | 2013 г. |
| Количество коек | 110 | 110 | 110 |
| Поступило больных | 3911 | 4141 | 4156 |
| Выписано больных | 3906 | 4100 | 4156 |
| Проведено койко-дней | 40216 | 37345 | 40479 |
| Летальность больничная | 0,4 | 0,4 | 0,4 |
| Хирургическая активность (по хир.отд.) | 74 | 79,8 | 88,4 |
| Выполнено операций | 1326 | 1368 | 1573 |
| Проведено курсов ПХТ | 2703 | 2856 | 2919 |
| Пролечено ПХТ человек | 914 | 915 | 962 |
| Принято амбулаторно | 40264 | 37537 | 38046 |
| Эндоскопических исследований | 3752 | 4080 | 4255 |
| Клинико-биохимических исследований | 477646 | 484377 | 504003 |
| Рентгенологических исследований | 7222 | 11755 | 11701 |
| Патогистологических исследований | 16207 | 16618 | 17425 |
| Цитологических исследований | 52836 | 47977 | 46025 |
| Ультразвуковых исследований | 6562 | 12992 | 16884 |

Приложение 5

Анкета удовлетворённости пациентов БУ ХМАО - Югры «Нижневартовский онкологический диспансер» качеством сестринского ухода»

. Ваш возраст\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

. Образование, профессия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

. Достаточно ли медицинские сестры объясняли Вам цели диагностических и лечебных манипуляций\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

. Удовлетворены ли Вы отношением медицинского персонала\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

. Удовлетворены ли вы качеством уборки помещений, освещением комнат, температурным режимом\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

. Своевременно ли медицинские сестры принимают меры по решению возникающих у Вас проблем\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

. Ваши пожелания\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Приложение 6

Обязанности палатной медицинской сестры БУ «Нижневартовский онкологический диспансер

Медицинская сестра палатная:

. Осуществляет уход и наблюдение на основе принципов медицинской деонтологии.

. 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.

. 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.

. Осуществляет санитарно-гигиеническое обслуживание физически ослабленных и тяжелобольных.

. Выполняет назначения лечащего врача.

. Организует обследование больных в диагностических кабинетах, у врачей-консультантов и в лаборатории.

. Немедленно сообщает лечащему врачу, а в его отсутствие - заведующему отделением или дежурному врачу о внезапном ухудшении состояния больного.

. Изолируя больных в агональном состоянии, вызывает врача для проведения необходимых реанимационных мероприятий.

. Подготавливает трупы умерших для направления их в патологоанатомическое отделение.

. Принимая дежурство, осматривает закрепленные за нею помещения, проверяет состояние электроосвещения, наличие жесткого и мягкого инвентаря, медицинского оборудования и инструментария, медикаментов.

. Расписывается за прием дежурства в дневнике отделения.

. Контролирует выполнение больными и их родственниками режима посещений отделения.

. Следит за санитарным содержанием закрепленных за нею палат, а также личной гигиеной больных, за своевременным приемом гигиенических ванн, сменой нательного и постельного белья.

. Следит, чтобы больные получали пищу согласно назначенной диете.

. Ведет медицинскую документацию.

. Сдает дежурство по палатам у постели больных.

. Обеспечивает строгий учет и хранение лекарств группы А и Б в специальных шкафах.

. Осуществляет сбор и утилизацию медицинских отходов.

. Осуществляет мероприятия по соблюдению санитарно-гигиенического режима в помещении, правил асептики и антисептики, условий стерилизации инструментов и материалов, предупреждению постинъекционных осложнений, гепатита, ВИЧ-инфекции.

. Должна знать и принимать участие в выполнении положений Политики и обязательств в области качества.

. Должна выполнять требования стандартов БУ «Нижневартовский онкологический диспансер» по системе менеджмента качества.

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