# МАНИПУЛЯЦИИ.

## Тема: «Современные методы лечения злокачественных новообразований».

*Уход за онкологическими пациентами.*

Ухаживая за тяжелобольным, необходимо уметь придать пациенту удобное положение в постели с помощью дополнительных подушек. Ноги пациента должны быть слегка согнуты в коленях. Для этого можно подложить свернутое одеяло. Стопы пациента должны быть в упоре, под локти пациента следует подложить маленькие подушечки. При перемещении пациента в постели необходимо помнить о смещающей силе, являющейся причиной образования пролежней. Пациент участвует в передвижении в постели (перемещать желательно вдвоем). Для предупреждения образования пролежней необходимо:

1. Менять положение пациента каждые два часа. Для контроля систематичности этой процедуры рекомендуется на листе бумаги нарисовать часовой циферблат, где выделить каждый второй час. Прикрепите этот рисунок на стенку напротив пациента и при каждом переворачивании отмечайте на рисунке очередной час смены положения больного.
2. Найти наиболее удобное положение для пациента — такое, чтобы вес тела был равномерно распределен (воспользуйтесь обычными подушками), на каждую часть тела оказывалось минимальное давление.
3. Не подвергать уязвимые участки тела пациента трению; обмывать уязвимые участки тела, соблюдая правила личной гигиены.
4. Пользоваться жидким мылом при мытье; тщательно просушивать участки тела после мытья, смазывать их кремом (если кожа сухая).
5. Побуждать пациента вставать с кровати или кресла и немного прогуливаться (если он может ходить); сократить периоды сидения на стуле, если пролежни развиваются в области таза; побуждать тяжелобольного по возможности принимать полулежачее положение.

*Помощь онкологическим больным при тошноте и рвоте*

40 % больных раком периодически страдают от тошноты, регургитации (затекание содержимого желудка в полость рта), рвоты. При рвоте пациенту, находящемуся в положении лежа, необходимо повернуть голову набок, убрать подушку; подложить клеенку и емкость для сбора рвотных масс; придерживать голову пациента во время рвоты; приготовить стакан воды для полоскания полости рта после рвоты, салфетку для вытирания рта; успокоить пациента и создать максимальный комфорт; сменить испачканное постельное и нательное белье.

Для пациента, испытывающего тошноту и рвоту, большое значение имеет гигиена полости рта. Ежедневно наблюдайте за состоянием рта, языка, интересуйтесь, нет ли у больного во рту неприятных ощущений. При наличии сухости слизистой языка необходимо ежедневно, 2-3 раза в день, при помощи мягкой зубной щетки и 4% раствора гидрокарбоната натрия проводить очищение языка. При сухости слизистой рта рекомендуется пить часто, небольшими глотками, по 1/3 стакана, сосать маленькие кусочки льда, леденцы, съедать кусочек свежего ананаса, который содержит специальные ферменты, помогающие прочистить ротовую полость. Смазывание губ вазелином также ослабляет ощущение сухости во рту.

Важной частью паллиативной помощи является обучение пациента и его семьи ведению дневника, где фиксировались бы причины возникновения боли, тошноты и рвоты, их продолжительность. Такой дневник поможет составить план медицинской помощи, дать рекомендации.

Для уменьшения симптомов тошноты, рвоты, при снижении аппетита, для предупреждения запоров необходимо перейти на лечебное питание. Питание пациента на поздних стадиях онкологического заболевания имеет ряд особенностей. Наблюдается снижение потребности больного в пище, воде. В некоторых случаях прием пищи плохо переносится, пациент страдает отсутствием аппетита (анорексия). Постоянные тошнота и рвота вынуждают больного отказываться от приема пищи и питья. Если возникла проблема выбора между водой и едой, предпочтение отдается приему жидкости. Необходимо руководствоваться следующими принципами:

— не заставлять пациента насильно принимать пищу;

— кормить только тогда, когда пациент испытывает голод, давать пищу малыми порциями;

— предлагать больному его любимые блюда;

— исключить насильственное кормление больного, провоцирующее усиление тошноты, рвоты и боли.

*Кормление тяжелобольного пациента.*

1. Помочь пациенту принять полусидячее, удобное положение в постели, подложив дополнительную подушку. Вымыть руки. Приготовить прикроватную тумбочку. Дать пациенту время для подготовки к приему пищи.
2. Шею и грудь пациента накрыть салфеткой. Блюда с горячей пищей необходимо проверить, капнув себе на запястье несколько капель.
3. Для приема жидкой пищи пользоваться специальным поильником (можно использовать заварной чайник небольшого объема).

4. Полужидкую пищу давать пациенту ложкой.

5. Еще до кормления с пациентом необходимо обсудить, в какой последовательности он будет принимать пищу. Попросить пациента не разговаривать во время приема пищи, так как при разговоре пища может попасть в дыхательные пути.

6. Не следует настаивать, чтобы пациент съел весь объем приготовленной вами пищи. После небольшого перерыва, подогрев пищу, продолжить кормление.

*Уход за стомированным пациентом.*

*Уход за гастростомой, еюностомой.* При непроходимости пищевода, связанной с неоперабельной опухолью, формируют желудочный свищ — гастростому, через которую по введенной в нее трубке производится питание пациента. Значительно реже, при невозможности питания через желудок, аналогичный свищ — еюностома — накладывается на тощую кишку. И в том, и в другом случае в полый орган (желудок, тощая кишка), подшитый к передней брюшной стенке, вводится резиновая трубка, которая также крепится к передней брюшной стенке швом или полосками лейкопластыря длиной 15-16 см. Трубка вводится недалеко от лапаротомной раны, зашитой наглухо. Пациенту вводится высококалорийная, легкоусвояемая пища полужидкой консистенции. Частота кормлений — 4-6 раз в день.

После каждого кормления необходимо проводить туалет в области стомы. Родственники должны принимать участие в кормлении пациента через гасгростому, поскольку этот процесс требует большого терпения и такта в связи с тем, что довольно часто пациенты страдают отсутствием аппетита, отвращением к пище. В течение всей процедуры кормления пища должна быть теплой и выглядеть аппетитно, чтобы не лишать пациента вкусовых ощущений. Для смачивания пищи слюной и возбуждения секреции пищеварительных желез больному предлагают пережевывать пищу и после этого выкладывать ее изо рта (выплевывать) в воронку, откуда вместе с жидкой смесью по трубке пища вводится в желудок.

Обработку кожи вокруг стомы осуществляют ежедневно, поскольку желудочный сок, попадая на кожу, вызывает ее раздражение. Для этого необходимо:

1) приготовить 0,5% раствор хлоргексидина биглюконата или 0,5% раствор перманганата калия, ножницы, шпатель, пасту Лассара или цинковую мазь, лейкопластырь, пакет со стерильным перевязочным материалом, полиэтиленовый мешок, емкость с теплой водой;

2) осмотреть полоски липкого пластыря, которыми обернута и прикреплена к коже пациента резиновая трубка;

3) поместить флакон с мазью в емкость с теплой водой;

4) вымыть руки двукратно с мылом и обработать их спиртом;

5) обработать кожу вокруг стомы салфеткой, смоченной 0,5% раствором перманганата калия (промокательными движениями; сбросить салфетку в приготовленный полиэтиленовый мешок;

6) высушить кожу вокруг стомы сухой стерильной салфеткой; сбросить салфетку в полиэтиленовый мешок;

7) нанести шпателем достаточно толстый слой (не менее 0,5 см) подогретой пасты Лассара или цинковой мази на стерильную салфетку, разрезанную по типу «штанишек» (первая салфетка укладывается разрезом книзу, вторая — разрезом кверху, третья слева, четвертая — справа);

8) сложить марлевую салфетку в четыре слоя; сделать в ней разрез в центре;

9) уложить большую салфетку вверх отверстием поверх стерильных салфеток и вывести резиновую трубку через отверстие в салфетке;

10) приклеить большую салфетку полосками лейкопластыря с четырех сторон.

*Необходимо учитывать,* что после кормления через гастростому пациента необходимо оставить в положении «полулежа» на 30 минут; при уходе за пациентом, имеющим гастростомический зонд, следует так расположить пациента в постели, чтобы он не лежал на зонде. Осуществляя кормление пациента через гастростому и наблюдая за нею в интервалах между кормлениями, следует убедиться, что зонд хорошо фиксирован в стоме и содержимое не вытекает через стому или через зонд.

*Уход за илеостомой, колостомой.* При злокачественных новообразованиях толстой кишки, когда выделение каловых масс через прямую кишку естественным образом невозможно, в том или ином отделе кишки делают искусственное отверстие. Отверстие в области подвздошной кишки называется илеостомой. В ходе операции конец здоровой подвздошной кишки выводится на поверхность живота и фиксируется там с формированием нового отверстия для выведения содержимого кишки, чаще всего оно располагается в правой нижней части живота.

Отверстие в области восходящей ободочной или сигмовидной кишки называют колостомой, в этом случае кишку подшивают к отверстию в брюшной стенке и образуют выступающую слизистую оболочку в виде «розочки».

Уход за кожей вокруг калового свища крайне важен во избежание мацерации. При правильном уходе от пациента нет неприятного запаха, окружающая свищ кожа не раздражена.

Выделения из кишки, как правило, собираются в специальные калоприемники, которые в использовании могут быть одноразовыми и многоразовыми. Выделения масс происходят периодически большими порциями, чаще — после приема пищи. Хорошо подобранный калоприемник защищает кожу, в нем помещаются испражнения, он соответствует изгибам тела, позволяет без помех наклоняться, не пропускает запаха.

Частота смены зависит от типа калоприемника, используемого пациентом. Так, однокомпонентный адизивный калоприемник необходимо менять, когда уровень содержимого доходит до половины или когда пациент начинает ощущать неудобство от мешка. Не следует менять калоприемник без необходимости, поскольку это может привести к раздражению и повреждению кожи.

При использовании двухкомпонентной системы клеящуюся пластинку оставляют на 3—4 дня. Калоприемник удобнее менять в ванной комнате. Однако научиться менять калоприемник в туалете пациенту тоже необходимо, так как это наиболее приемлемое место вне дома. Все необходимые для ухода за стомой предметы нужно хранить вместе, в емкости с крышкой и в готовом для использования виде. Для замены калоприемника необходимо иметь чистый калоприемник соответствующего типа и размера; мерку (трафарет), чтобы проверить, не изменился ли размер стомы (мерку дает сестра при выписке из стационара); дополнительные материалы, которыми пользуется пациент: паста «Стомагезив», дезодорант и т. д.; бумажные полотенца, салфетки, мягкая губка, мыло, ножницы, пластырь; бумажный мешок, пластиковый пакет или газета для использованного калоприемника; ножницы Купера (один конец закругленный, другой острый); маленькое зеркальце. Желательно иметь второй такой же набор, но в меньшем объеме и количестве компонентов, который можно взять с собой и носить в небольшой сумке (выходя из дома).

При замене калоприемника необходима следующая последовательность действий: подготовить чистый калоприемник; увеличиить ножницами центральное отверстие пластины таким образом, чтобы оно аккуратно вмещало в себя стому; осторожно отделить использованный калоприемник, начиная с верхней части (стараясь не тянуть кожу); убрать использованный калоприемник в газету, в бумажный или пластиковый пакет; очистить кожу вокруг стомы, используя сухие марлевые или бумажные салфетки; промыть теплой водой и салфеткой стому и кожу вокруг нее промокательными

движениями; промокнуть салфетками кожу вокруг стомы досуха (не используйте вату — она оставляет на коже ворсинки); нанести и втереть защитный крем до полного впитывания; приклеить на стому чистый калоприемник, пользуясь инструкцией.

После акта дефекации мягкой салфеткой следует обмыть кожу вокруг стомы теплой водой с мылом. Высушить насухо мягким полотенцем. Смазать кожу вокруг стомы пастой «Стомагезив», а на слизистую кишечника нанести вазелин, предупредив пересыхание слизистой и появление кровоточащих трещин. Затем наложить на область стомы салфетку, сложенную в четыре слоя, и зафиксировать ее поясом. Сверху надеть нижнее белье.

В настоящее время предлагается большой выбор средств по уходу за кожей вокруг стомы. Паста «Абуцея» предназначена для защиты кожи и рубцующейся ткани вокруг стомы. Паста обладает заживляющими свойствами. «Статин» — порошкообразное перевязочное средство, применяется для обработки кожи вокруг стомы в качестве ранозаживляющего средства.

В паллиативном лечении онкологического пациента первостепенной целью является улучшение качества жизни пациента, паллиативное лечение будет эффективным:

1) если удастся создавать и поддерживать для пациента комфортные и безопасные условия;

2) если пациент максимально будет чувствовать свою независимость;

3) если пациент не испытывает боли;

4) если, несмотря на предстоящую потерю жизни, предоставленная пациенту система поддержки поможет ему жить настолько активно и творчески, насколько это для него возможно.