

# Паллиативная помощь онкологическим больным

под редакцией Айран Солмон

С сокращениями.

- [1. Уход за кожей. Как помочь пациенту, если он испытывает зуд.](#)
- [2. Как помочь пациенту, если он испытывает тошноту и рвоту](#)
- [3. Помощь при симптомах расстройства системы пищеварения](#)
- [4. Помощь при отклонениях в работе мочевой системы](#)
- [5. Помощь при лимфодеме](#)
- [6. Паллиативная помощь при осложненных хронических ранах](#)
- [7. Правила асептики](#)
- [8. Эффективность лечения и личная гигиена пациента](#)
- [9. Помощь онкологическим больным при неврологических симптомах](#)
- [10. Помощь онкологическим больным при нарушениях дыхания](#)

## 1. Уход за кожей. Как помочь пациенту, если он испытывает зуд.

Зуд распространяется при посредстве тех же рецепторов и по тем же проводящим путям, что и боль. К факторам, усиливающим зуд, относятся беспокойство пациента, невозможность занять себя какой-либо деятельностью и сопутствующая этому скука, сухость кожи, вызванная обезвоживанием, или же, напротив, мацерированная кожа; расширение сосудов вследствие жары, близость данного участка кожи к зоне сильного зуда.

Причин возникновения зуда достаточно много. Этому, в частности, способствует генетическая предрасположенность. Так, у 10% людей наблюдается дермография (реакция побледнения и последующего покраснения кожи, как от удара бичом) в том месте, где до этого была проведена линия каким-либо твердым предметом. У таких людей с большой вероятностью образуется порочный круг: зуд - расчесы - усиление зуда - усиление расчесов.

Причиной возникновения зуда может стать нарушение снабжения кожи водой и, как следствие, сухая, шелушащаяся кожа (ксероз) или влажная, мацерированная кожа.

Зуд может быть вызван и первичными заболеваниями кожи. Например, чесоткой, педикулезом, а также аллергическим контактным дерматитом, атопическим дерматитом, крапивницей, буллезным пемфигоидом, герпетическим дерматитом. Можно перечислить целый ряд кожных аллергенов, которые наиболее часто воздействуют на пациентов хосписа. Это кремы, мыло и другие субстанции, содержащие пахучие вещества, препараты неомидина, спирт (может входить в состав противозудных средств и салфеток для протирания кожи), ланолин (полученный из шерсти овцы), резина (покрытие матрасов и подушек).

Существуют и эндогенные причины возникновения зуда. Например, побочное действие какого-либо лекарственного препарата, механическая желтуха, почечная недостаточность,

паранеопластические реакции, особенно при болезни Ходжкина, а также инфильтрация кожи метастазами.

Зуд при почечной недостаточности связан с увеличением количества тучных клеток, а также двухвалентных ионов (магний и кальций) в кожных тканях. Для быстрого облегчения зуда у больных с гиперкальциемией на фоне вторичного гиперпаратиреоидина достаточно нормализовать уровень кальция в организме. В других обстоятельствах гиперкальциемия зуда не вызывает.

Серотонин также вовлечен в процесс возникновения зуда, о чем свидетельствует эффективность антагонистов серотонина при зуде на фоне застоя желчи или почечной недостаточности.

Эффект от применения орального антагониста опиоидов (налтрексон) при застое желчи указывает на вовлечение в процесс появления зуда механизмов, связанных с опиоидными рецепторами.

Среди гематологических причин возникновения зуда может быть недостаток железа в организме, первичная полицитемия.

Зуд могут вызвать и расстройства эндокринной системы, такие как заболевания щитовидной железы, гиперпаратиреоидизм, диабет (зуд обычно локализованный и связанный с кандидозом), а также расстройства психики.

Сухость кожи наблюдается практически у всех пациентов с распространенным раковым процессом. Независимо от того, имеются ли эндогенные причины возникновения зуда или нет, необходимо принимать меры по уменьшению сухости кожи и проводить эти мероприятия следует столь же упорно, как и специфическое лечение других причин. В большинстве случаев (за исключением больных лимфомой или почечной недостаточностью) тщательный уход за кожей способен существенно облегчить зуд.

Наружный слой кожи нуждается в увлажнении для сохранения своей защитной функции. Вода удерживается в слое жира, который выделяется на поверхность кожи сальными железами. При сухости кожи кератиновый слой сокращается и отшелушивается, обнажая дерму и формируя тонкие отпадающие чешуйки. Обнаженная дерма становится ранимой и провоцирует возникновение зуда. Расчески, в свою очередь, усиливают воспаление. Так образуется порочный круг, который можно разорвать, увлажняя кожу и сохраняя увлажнение с помощью смазывающего вещества (лубриканта) и, тем самым, восстанавливая слой кератина.

Чем больше концентрация масла в смазывающем веществе, тем большим увлажняющим эффектом он обладает. Вот список лубрикантов по мере уменьшения концентрации масел: сальные лубриканты (вазелин, желтый мягкий парафин, парафиновое желе), затем мази, кремы (суспензия воды на масле) и, наконец, лосьоны (суспензия масла в воде).

Если кожа пациента слишком сухая, то, прежде всего, необходимо прекратить использование мыла. После мытья (ванной или душа) следует нанести на кожу мягкий крем или лосьон. На ночь локальную область зуда нужно покрыть влажной повязкой, а затем влажную повязку покрыть сухой. Защитить растрескавшиеся участки можно с помощью специальной пленочной повязки, например, Opsite, Tegaderm или Bioclusive.

В случае, когда кожа, наоборот, слишком влажная, кератин вбирает в себя воду, разбухает и мацерируется - повреждается. Разрушается защитный барьер, что приводит к инфицированию (обычно дрожжевой формы, реже - стафилококками и стрептококками) и, как следствие, к воспалению и зуду.

Чаще всего места поражений находятся там, где одна поверхность кожи соприкасается с другой поверхностью. Это область промежности, между ягодицами, область паха, под молочными железами, между пальцами рук (особенно при сопутствующем артрите), между пальцами стоп, вокруг пролежней, язв, вокруг стом.

При уходе за влажной кожей прежде всего необходимо убрать избыток влаги с помощью хирургического спирта, фена с прохладным потоком воздуха. При инфицировании следует применять противогрибковые растворы, например, клотримазол и нистатин. При достаточно выраженном воспалении хороший эффект может дать применение 1%-ного раствора гидрокортизона в течение 2-3 дней. Нужно избегать абсорбирующих порошков, например талька, так как его избыток может спровоцировать образование на поверхности кожи твердого царапающего слоя.

Затем следует защитить кожу подходящим барьерным слоем. Для этого применяется паста оксида цинка (на те области, где соприкасаются две кожные поверхности) или барьерный крем. Нужно следить за тем, чтобы не появился аллергический контактный дерматит от применения лекарств с местным действием. Он может возникнуть в результате применения противозудных средств и не отличаться от первичного поражения.

Барьерный слой не принесет пользы, если избыток влаги вызван потливостью. Поэтому не следует использовать барьерный крем или мазь под молочными железами или в области паха, за исключением тех случаев, когда необходима защита кожи от выделений из местной раны или от мочи.

В рамках общего ухода за пациентом, который испытывает зуд, медсестра должна тщательно остригать ногти больного и следить за тем, чтобы не было сильных расчесов, позволяя ему лишь мягкое поглаживание области зуда.

Не нужно использовать мыло (оно изменяет рН кожи и обладает пересушивающим эффектом), а также следует избегать горячих ванн. Осушать кожу нужно осторожно, промокая мягким полотенцем. Одежда пациента должна быть легкой и свободной, а нательное и постельное белье - из натуральных волокон, лучше из хлопка.

Если у пациента появился зуд, то следует отнестись более внимательно к назначенным лекарственным средствам, особенно к опиоидам. Зуд может быть вызван аллергической реакцией.

При назначении антигистаминных препаратов пациентам с поздними стадиями рака и страдающим зудом нужно помнить, что больному, прежде всего, должен быть обеспечен адекватный уход за кожей. Сам по себе антигистаминный препарат без ухода за кожей принесет мало пользы. Также не следует злоупотреблять местнодействующими антигистаминными кремами, так как их длительное применение может вызвать контактный дерматит.

В качестве местных мер при зуде хороший результат дает использование кротамитона (юракса) 2-3 раза в день, который имеет мягкое противозудное действие и уменьшает шелушение. Если кожа воспалена, но отсутствует инфицирование из-за расчесов, следует

рассмотреть возможность системного применения кортикостероида, например, дексаметазона (2-4 мг 1 раз в день) или преднизолона (10-20 мг 1 раз в день). Если местный зуд связан с поздней стадией рака молочной железы, то назначают нестероидные противовоспалительные средства. Эти препараты уменьшают выработку простагландинов опухолью (простагландины увеличивают чувствительность нервных окончаний к веществам, вызывающим зуд).

Особо следует остановиться на холестатическом зуде. Зуд при механической желтухе будет переноситься легче, если уменьшить желтуху, например, установкой пластиковой трубки в общий желчный проток. Если это невозможно, то нужно рассмотреть применение других мер, так как уход за кожей хотя и важен, но сам по себе снизить холестатический зуд не сможет. Например, в этой ситуации возможно применение таких лекарственных препаратов, как метилтестостерон, рифампицин, левомепромазин, ондастерон.

[К началу страницы](#)

## **2. Как помочь пациенту, если он испытывает тошноту и рвоту**

40% больных раком периодически страдают от тошноты и рвоты. Для того чтобы установить причину (или причины) появления этих симптомов, необходимо обследовать пациента и четко проанализировать ситуацию.

Если у пациента отмечается в основном рвота (со слабым ощущением тошноты или вообще без тошноты), то она может быть вызвана, во-первых, задержкой эвакуации пищи из желудка и в этом случае сопровождаться изжогой, икотой и ощущением переполненности. Возможна и такая причина, как опухоль желудка или косвенное давление примыкающей опухоли, а также асцит и гепатомегалия (увеличение печени).

Во-вторых, рвоту может спровоцировать желудочный стаз вследствие употребления медицинских препаратов (таких как хлорпромазин, амитриптилин, опиоиды).

В-третьих, причиной регургитации непереваренной пищи и жидкости спустя несколько минут после проглатывания может быть непроходимость пищевода из-за опухоли пищевода или косвенного давления опухолей в легких или бронхах. Опухоли пищевода заставляют пациента отрыгивать достаточно большое количество вязкой субстанции.

Пищеводные и фарингиальные (глоточные) инфекции, как, например, кандидоз, или вирусные инфекции, цитомегалия, могут таким же образом воздействовать на пациента.

Рвоту без ощущения тошноты может вызывать повышенное внутричерепное давление (например, вследствие церебральной опухоли). Перед приступом рвоты пациент может испытывать головную боль и повышенную чувствительность к свету.

Рвота, сопровождающаяся небольшим чувством тошноты, может быть вызвана синдромом желудочного сдавливания.

Если у пациента наблюдается только тошнота или тошнота, сопровождающаяся рвотой, то эти симптомы могут быть обусловлены химическими причинами. Такой причиной может быть употребление препаратов, вызывающих желудочный стаз (см. выше), медикаментов,

действующих на область рвотного центра (дигоксин, опиоиды, фенитоин, карбомазепин, депакин, метронидазол); а также прием лекарств, которые могут провоцировать желудочно-кишечное раздражение (нестероидные противовоспалительные средства, например, диклофенак; цитотоксические препараты; антибиотики, принимаемые в течение долгого времени; минералы, например, железо).

Подобные симптомы может вызывать биохимический дисбаланс, наступающий в результате уремии, гиперкальциемии (почечная недостаточность, метастазы в костях, дегидратация), а также бактериальные токсины, инфекция, септицемия (заражение крови).

Причиной тошноты и рвоты может быть стимуляция проводящих путей блуждающего нерва в результате фарингиального раздражения - кандидоз, мокрота (легочная инфекция, неоплазмы), из-за метастазов в печени, которые вызывают набухание и, как следствие, растянутую оболочку печени и растяжения мочеточника (почечные камни, инфекция, воспаление, неоплазмы).

Тошнота и рвота могут возникать вследствие непроходимости кишечника (задержка стула, неоплазмы, создающие прямое или косвенное давление на кишечник). В этом случае пациент долгий период времени может ощущать тошноту, редко бывает рвота с небольшим количеством фекальной жидкости.

Страх и беспокойство может также спровоцировать тошноту и даже рвоту. Ощущение тошноты и рвота могут быть обычной реакцией организма на какое-то неприятное событие (как, например, химиотерапия). Человек может испытывать беспокойство и тошноту при виде внутривенного вливания (даже если эту процедуру делают не ему, а кому-нибудь еще), так как ему это напоминает процедуру, вызывавшую у него сильную тошноту и рвоту.

Вызвать тошноту могут и неприятные ощущения, такие как чувство вибрации в желудке (будто в нем летают бабочки).

Рвотные массы, которые имеют вид кофейной гущи (это кровь, видоизмененная в результате желудочной секреции) или содержат в себе свежую кровь, могут свидетельствовать о гастрите или же появляться после лучевой терапии, приема алкоголя и вызывающих раздражение стенок желудка медицинских препаратов, после химиотерапии, а также в результате пептического изъязвления, наличия неоплазм.

Тошнота и рвота, сопровождающиеся головокружением при движении, указывают на поражение среднего уха, наличие неоплазм, присутствие инфекции или болезнь Меньера (эндолимфатическая водянка).

Для того чтобы сделать окончательные выводы о причинах появления симптомов тошноты и рвоты, необходимо проанализировать методы лечения и информацию, содержащуюся в истории болезни, и ответить на ряд вопросов.

- Где находится первичная опухоль и метастазы?
- Какие лекарственные препараты пациент принимает в данное время?
- Имеет ли пациент какие-то другие проблемы со здоровьем, которые могли бы стать одним из влияющих факторов (например, опухоль в легких, которая может стать причиной кашля, проблемы с почками, алкогольную зависимость)?
- Каково общее состояние больного (дегидратация, инфекции, функционирование кишечника, есть ли проблемы с мочевой системой)?

Затем необходимо проанализировать все случаи тошноты и рвоты, которые встречались ранее, и ответить на вопросы:

- Есть ли какая-то прямая связь между тошнотой, рвотой и каким-то событием?
- Существуют ли какие-то содействующие этому факторы, как, например вид и запах пищи, кашель, перевязка раны, боль?
- Как выглядят рвотные массы, исходят ли они из желудка или из желудочно-кишечного тракта, содержат ли кровь, в каком количестве?

После того как проведен тщательный анализ ситуации, необходимо продумать и спланировать действия, направленные на борьбу с симптомами.

Попытайтесь снизить влияние факторов, провоцирующих тошноту и рвоту (помните, что причин может быть много, соответственно понадобится множество стратегических подходов). Например, если тошноту и рвоту вызывает кашель, то следует провести лечение легочной инфекции (если она присутствует), использовать медицинские препараты, помогающие остановить кашель. Если причина - гастрит, то нужно добиваться понижения кислотности желудка. Может быть, следует прекратить употребление препаратов, которые раздражают желудок (кортикостероидов, антибиотиков, нестероидных противовоспалительных средств). Если у пациента запор, то ему следует выпивать больше жидкости и использовать слабительные средства.

Существует также ряд лекарственных препаратов, которые облегчают симптомы тошноты и рвоты.

Не нужно пренебрегать и нелекарственными мерами борьбы с тошнотой и рвотой. Следует позаботиться о спокойной окружающей обстановке и уменьшить влияние тех факторов, которые могут спровоцировать появление неприятных симптомов. Например, не показывать пациенту пищу, которая вызывает у него тошноту, давать ему легкую пищу небольшими порциями (буквально несколько ложек).

Если пациент сам занимается хозяйством, в частности готовит еду, то необходимо, чтобы кто-то другой взял на себя обязанности по приготовлению пищи.

Хорошие результаты может дать стимуляция акупунктурной точки с помощью специальной повязки на запястье.

Осуществляя уход за пациентом, испытывающим тошноту и рвоту, следует:

- Позаботиться о том, чтобы запах еды не доходил до пациента.
- Убеждать его пить и есть понемногу, но часто.
- Составить особое меню, чтобы пациент не употреблял пищу, которая усиливает тошноту и рвоту.
- Предвидеть появление рвотных позывов, то есть рядом с пациентом постоянно должна быть специальная емкость. Сделать так, чтобы пациент мог всегда вызвать экстренную помощь.
- Быть рядом с пациентом, если у него рвота, обеспечить, по возможности, максимальный комфорт.
- Предложить воды, чтобы он мог прополоскать рот.
- Дать противорвотные препараты, прописанные доктором, проконтролировать эффективность их действия, доложить обо всем врачу.

- Для медицинских препаратов (противорвотных и других) должна существовать подходящая система применения. Например, не стоит давать лекарство пероральным способом, если это усиливает тошноту и рвоту.
- Наблюдайте за состоянием пациента, нет ли признаков дегидратации (сухая, неэластичная кожа, плохое мочеиспускание, головная боль). Доложите обо всем врачу.
- Информировать лечащего врача о типе, количестве и частоте рвотных позывов у пациента.
- Наблюдайте за состоянием ротовой полости больного, нет ли признаков стоматита или эзофагита (боль может возникнуть вследствие изжоги).
- Пациенту лучше пить газированную воду, например содовую. Если у пациента стоматит или эзофагит, кислых напитков надо избегать.
- Всегда выполняйте свои обязанности тихо и спокойно, не суетясь. Необходимо, чтобы пациент находился в максимально комфортной обстановке.

Для онкологического больного, в том числе и испытывающего тошноту и рвоту, большое значение имеет гигиена полости рта.

### **Факторы, влияющие на гигиену полости рта:**

- может ли пациент сам чистить зубы;
- количество и состояние натуральных зубов;
- если у больного есть зубной протез, то подходит ли он (возможно он натирает десны и причиняет боль);
- инфекция (кандидозный стоматит, язвы);
- дегидратация (сухость рта);
- применение медицинских препаратов (морфий, стероидные препараты, антибиотики, антихолинергические средства);
- нарушение метаболического процесса: диабет, воспаление щеки, анемия;
- применение таких методов лечения, как химиотерапия, локальная лучевая терапия;
- парализация (прозопплегия или инсульт);
- локальные опухоли;
- травмы, повреждения;
- наличие в рвотных массах желчи, фекалий, крови;
- легочная инфекция (неприятный запах изо рта; гнойная мокрота).

Осуществляя уход за пациентом, помогите ему соблюдать нормальный гигиенический режим.

Научите его основным принципам ухода за полостью рта, объясните ему, почему соблюдение этих гигиенических правил необходимо.

Ежедневно наблюдайте за состоянием рта, языка, спрашивайте пациента, нет ли у него во рту неприятных ощущений.

Если у пациента сухая поверхность языка, нужна ежедневная чистка (2-3 раза) мягкой зубной щеткой с раствором соды. Попробуйте дать пациенту кусочек свежего ананаса, содержащего специальные ферменты, которые помогают прочищать ротовую полость.

Если у него кандидозный стоматит, используйте нистатин, кетоконазол.

Если больной нуждается в визите стоматолога, пригласите стоматолога.

Если у пациента нет зубов, давайте ему протертую пищу, чтобы было легко глотать.

Если у пациента сухость рта, ему следует часто и понемногу пить. Давайте больному маленькие кусочки льда, газированную воду. Исключите антихолинергические средства, используйте вазелин для губ.

Если больной парализован (гемипарез), то не забывайте каждый раз после еды чистить ему рот.

Следует помнить, что многие пациенты (около 50%) испытывают изменение вкуса вследствие болезни или методов ее лечения (многие препараты воздействуют на вкусовые ощущения).

[К началу страницы](#)

### **3. Помощь при симптомах расстройства системы пищеварения**

Запором называют состояние, когда эвакуация твердых каловых масс происходит реже, чем это необходимо. Норма для каждого конкретного пациента может быть разной, ведь даже у здоровых людей дефекация не всегда осуществляется ежедневно, однако эвакуация каловых масс реже трех раз в неделю может быть признана нормальной лишь в 1% случаев.

Для тех онкологических больных, которые принимают опиоидные препараты и испытывают влияние многих других сопутствующих факторов, очень важен постоянный контроль над ситуацией.

Запор может вызвать появление серьезных вторичных симптомов. Например, задержку мочи или кишечную непроходимость. При кишечной непроходимости фекалии заполняют прямую, толстую, а иногда даже слепую кишку. Пока каловые массы находятся в контакте со слизистой оболочкой, жидкость из них абсорбируется, в результате чего они становятся очень твердыми. Постепенно масса фекалий становится настолько большой, что удалить ее становится физически невозможно. Разжижение верхних фекальных масс в результате работы бактерий может вызвать диарею и так называемое подтекание каловых масс, когда пациент жалуется на появление жидкого стула в небольших количествах после отсутствия дефекации в течение долгого периода времени. Это может сопровождаться спазматической ректальной болью, тенезмами (продолжительными болезненными ложными позывами к дефекации), вздутием живота, тошнотой, рвотой; у пациентов преклонного возраста с запущенной стадией болезни может развиваться делирий и возникнуть задержка мочи.

Чтобы справиться с ситуацией, необходимо, прежде всего, тщательно проанализировать всю имеющуюся информацию из истории болезни о методах лечения, используемых препаратах, об обычном режиме дефекации. На основании этих данных следует определить норму и отклонения от нормы в прошлом и на данный период времени. Затем провести ректальную проверку (чтобы установить наличие твердых каловых масс), абдоминальную пальпацию (твердый стул может быть обнаружен по всей области кишечника), принять во внимание жалобы пациента на какие-либо симптомы, описанные выше.



Необходимо продумать план вмешательств, учитывая состояние больного. Так, пациент, который близок к смерти, нуждается в уходе, нацеленном на устранение симптомов, причиняющих неудобство или страдание.

Активное лечение может включать в себя изменение рациона питания пациента - потребление большего количества жидкости, волокнистой пищи (фруктов, зеленых овощей, натуральных сухих завтраков), а также прием слабительных средств.

Слабительные средства делятся на стимулирующие (повышающие перистальтику), размягчающие стул и осмотические средства.

При непроходимости кишечника принимать стимулирующие слабительные средства нельзя. К средствам, повышающим перистальтику, относятся бисакодил (в свечах или таблетках перорально), пикосульфат натрия (гутталакс), сеннаде; к средствам, размягчающим стул, - докузат натрия (норгалакс); к осмотическим средствам - лактулоза, гидроксид магния (магнезиальное молочко) и сульфат магния.

Необходимые вмешательства могут включать в себя введение в прямую кишку 1 раз в день свечей с бисакодилом (если контакт со слизистой оболочкой прямой кишки невозможен, то следует давать препарат перорально), а также клизмы (при запоре лучше сделать масляную клизму, причем для лучшего размягчения каловых масс следует оставить ее на всю ночь).

При необходимости можно также использовать мануальный способ эвакуации фекалий; делать это нужно до тех пор, пока кишечник достаточно не прочистится. Чтобы предотвратить повторный запор, следует продолжать прием слабительных средств. Любой пациент, принимающий опиоидные обезболивающие препараты (слабые опиоиды могут быть причиной запора так же, как и сильнодействующие), должен для профилактики принимать слабительное. Иногда пациенту перед эвакуацией кишечника следует принять реланиум.

Цель медицинского персонала в ситуации, когда у пациента запор, - помочь ему справиться с проблемой, обучить пациента, подбодрить его. Осуществляя уход за пациентом, страдающим запором, медсестра должна немедленно реагировать на просьбы о помощи при дефекации. Необходимо (если это возможно для пациента) помочь ему сесть на стульчак, чтобы поза была наиболее удобной. Лучше поставить ноги пациента на специальную подставку - это поможет напрячь мышцы живота. Следует обеспечить пациенту полное уединение.

Медсестра должна рассказать пациенту о режиме питания, который поможет предотвратить запор; научить того, кто занимается приготовлением пищи (если пациент находится дома), корректировать меню, включать в него продукты с высоким содержанием волокон.

### **Причины запора у пациентов с запущенной стадией рака:**

- Неподвижность или недостаточная подвижность
- Недостаточное уединение
- Слабость
- Опиоиды
- Деменция
- Церебральная неоплазма

- Гиперкальциемия
- Патология кишечника
- Опухоли являются причиной непроходимости
- Парализация
- Паралитическая непроходимость кишечника
- Дегидратация - результат рвоты, полиурии, малого потребления воды
- Медицинские препараты - антихолинергические средства, диуретики, трициклические соединения (амитриптилин), нестероидные и противовоспалительные препараты, антагонисты серотонина.
- Боль или страх перед болью
- Геморрой

### **Симптомы запора у пациентов с запущенной стадией рака:**

- Твердые каловые массы плохо проходят, или, если сильная непроходимость, при попытке дефекации выходит жидкость
- Изменения в работе кишечника (нет стула более 3-4 дней)
- Вздутие живота
- Боль спазматическая (колики)
- Проблема с мочевой системой (задержка мочи, недержание)
- Плохой аппетит (возможно тошнота)
- Возможен делирий у пациентов преклонного возраста; сопровождается задержкой мочи

Диарея - это увеличенная частота дефекации и/или разжижение каловых масс. Если этот процесс интенсивный, его можно охарактеризовать как фекальное недержание.

Существует много потенциальных причин диареи.

Для объективной оценки ситуации необходимо проанализировать всю информацию об истории болезни, методах ее лечения, лекарственных средствах, принимаемых пациентом; принять во внимание сведения о частоте и типе дефекации, продолжительности симптомов, установить, что является нормой для конкретного пациента, нет ли у пациента признаков дегидратации. Следует провести пальпацию брюшной полости, чтобы определить наличие или отсутствие у пациента непроходимости кишечника, осуществлять наблюдение за состоянием стула, нет ли отклонений от нормы (появление крови, гноя, слизи, непереваренной пищи).

Затем на основании результатов обследования пациента и анализа имеющейся информации необходимо спланировать предпринимаемые действия. Среди них могут быть изменения в питании (убрать из меню послабляющую пищу) и уже предписанной лекарственной терапии, исследование кала на наличие микроорганизмов и их реакции на воздействие антибиотиков, назначение медицинских препаратов для лечения диареи.

Продукты питания, которые усиливают диарею: свежие и сушеные фрукты, орехи, свежие овощи, фасоль, чечевица, лук, салаты с майонезом, орехи, острые блюда с приправами, свежие овощи, все злаковые сухие завтраки, продукты из непросеянной муки, алкоголь, кофе (кофеин), свежий фруктовый сок.

Подбор медицинских препаратов, применяемых для лечения диареи, может осуществляться как с учетом специфики онкологического заболевания, так и без него. Так, для лечения диареи при остром лучевом энтерите могут быть назначены

нестероидные противовоспалительные препараты, при наличии инфекции - подходящие антибиотики, при стеаторее (для поджелудочной железы) - креон. Существуют также неспецифические средства для лечения диареи, например, абсорбенты (каолин, мел), гидрофильные средства, загустители, отруби, лоперамид (имодиум), октреотид, опиоиды (морфий, кодеин).

Уход за пациентом, страдающим диареей, имеет свои особенности и требует от медсестры проявления внимания, заботы, доброты и терпения. Медсестра должна незамедлительно реагировать на просьбы пациента помочь ему сходить в туалет. Для комфорта пациента следует обеспечить ему достаточное уединение, а также использовать освежитель воздуха. Необходимо сделать все, чтобы предотвратить возможный перенос инфекции (лучше, если больной будет находиться в отдельной палате).

Важно тщательно заботиться о гигиене пациента, промывая область ануса мягкой тряпочкой после каждой дефекации, вытирая затем насухо мягкой сухой тряпочкой и смазывая кожу специальным защитным кремом (не следует использовать туалетную бумагу, а также мыло). У пациента должно быть хлопчатобумажное белье.

Следует наблюдать, нет ли у пациента признаков дегидратации, уговаривать его больше пить, советовать, какую пищу нужно есть, а какой избегать; делать все возможное, чтобы пациент не ощущал страха и беспокойства, чувствовал себя спокойно и комфортно.

Некоторым пациентам, страдающим трудноизлечимой диареей, необходим постоянный уход, чтобы предотвратить такие осложнения, как раздраженная, мацерированная кожа или грибковая инфекция (например, кандидоз). Следует оказывать им постоянную поддержку, обучать их приемам самопомощи.

Для оценки результата медсестра должна аккуратно вести записи о том, как работает кишечник, отмечать эффективность режима лечения, наблюдать, нет ли появления каких-либо осложнений (например, дегидратации).

### **Причины диареи у пациентов с запущенной стадией рака**

- Неврологические проблемы (нарушение нервной стимуляции, ответные реакции, механизмы дефекации)
- Сильная непроходимость кишечника с разжижением верхних каловых масс 3. Страх, беспокойство
- Кровотечение желудка и дуоденальное кровотечение, мелена, образование язв
- Питание: непереносимость пищи, послабляющая пища, алкоголь
- Карциноидный синдром
- Гастроэнтерит
- Стеаторея
- Панкреатический рак
- Обтурационная желтуха
- Синдром слепой петли
- Кишечная патология: синдром раздраженной толстой кишки, неспецифический язвенный колит
- СПИД
- Медицинские препараты: слабительные антацидные средства, соли магния, препараты железа, антибиотики
- Другие причины: сахарный диабет, сердечная недостаточность

## Методы лечения диареи у пациентов с запущенной стадией рака

- Хирургические - резекция, колостомия, илеостомия
- Проводниковая анестезия
- Лучевая терапия
- Химеотерапия

[К началу страницы](#)

## 4. Помощь при отклонениях в работе мочевой системы

Непроизвольное мочеиспускание - достаточно распространенный симптом у пациентов с запущенной стадией рака. Причины могут быть самые разные. Это и неспособность сходить в туалет или использовать стульчак из-за слабости, боли и других симптомов, которые снижают подвижность; спутанное сознание, неадекватное отношение к действительности, сонливость, потеря интереса, депрессия и уныние. Непроизвольное мочеиспускание может быть следствием лучевого цистита и цистита, вызванного инфекцией; следствием спазма мочевого пузыря в результате механического раздражения (опухоль, катетер). К нему может привести задержка мочи с подтеканием, неврологическое заболевание, приводящее к атонии и потере ощущений, мочевого свищ, полиурия, гипокальциемия, сахарный диабет, уремия, применение диуретиков. Довольно распространенное явление, особенно у женщин - невольное испускание небольшого количества мочи при кашле, чихании и другом усилии.

Непроизвольное мочеиспускание может спровоцировать достаточно тяжелые осложнения (например, увеличивать риск развития пролежней). Чтобы их предотвратить, необходимо обследовать пациента, оценить ситуацию, установить причину или причины возникновения проблемы и попытаться их устранить.

Так, при наличии инфекции возможно применение триметоприма. Следует рекомендовать пациенту пить больше жидкости, например клюквенного сока (по 180 мг клюквенного сока два раза в день). Этот напиток увеличивает кислотность мочи и препятствует прилипанию бактерий к слизистой оболочке мочевого пузыря. Амитриптилин (25-50 мг на ночь) способствует повышению тонуса круговой мышцы (сфинктера). При лучевом цистите назначаются нестероидные противовоспалительные препараты. Хороший эффект может дать прием диуретиков по утрам. При задержке мочи следует использовать катетер.

Медицинская сестра должна приложить все усилия, чтобы предотвратить осложнения. Важно побуждать пациента вести максимально подвижный образ жизни, следить за состоянием его кожи - она должна всегда оставаться сухой и чистой. Если пациент пользуется памперсами, то следует каждые два часа (даже ночью) проверять, чистые ли они, при необходимости использовать защитные кремы. Следует убеждать пациента пользоваться туалетом, стульчаком или бутылкой по возможности каждые 2-3 часа. Для того чтобы опорожнение мочевого пузыря было полным, пациент во время мочеиспускания должен находиться в привычном для него положении: женщины - сидя, мужчины - стоя. Медсестре следует держать под контролем симптом боли и принимать меры при первых признаках появления инфекции, в том числе и грибковой. В действиях медсестры пациент должен чувствовать доброту и симпатию. Необходимо позаботиться о том, чтобы больной находился в максимально комфортной обстановке, и надо обеспечить ему требуемое уединение. Чтобы предотвратить мочевой стаз, нужно убедить пациента пить подходящие жидкости (больные часто ошибочно полагают, что потребление жидкости может ухудшить ситуацию).

Для контроля над ситуацией медсестра должна вести записи о состоянии пациента и докладывать врачу обо всех изменениях в его состоянии.

Задержка мочи - также довольно распространенная проблема у онкологических больных. Причинами или способствующими этому состоянию факторами могут быть запоры, непроходимость кишечника, прямое или косвенное давление опухолей - таких, как опухоль простаты (доброкачественная или злокачественная). К задержке мочи могут привести осложнения неврологического характера (компрессия спинного мозга), применение некоторых препаратов (антихолинергических средств, иногда морфия), а также спинномозговая анестезия и эпидуральная внутриоболочечная проводниковая анестезия. Неспособность принять удобное положение для мочеиспускания, недостаточное уединение, общая слабость, стеснительность пациента также могут стать причинами задержки мочи.

При появлении симптома задержки мочи следует установить и по возможности ликвидировать причину или причины возникновения ситуации. Может появиться необходимость, например, пересмотреть назначенные лекарственные препараты, чтобы устранить запор. При непроходимости кишечника возможно применение дексаметазона, чтобы уменьшить отек вокруг опухоли, или проведение хирургической операции, если это оправданно. В некоторых ситуациях следует поставить катетер (постоянный или временный, в зависимости от состояния пациента).

Катетеры могут устанавливаться на разный срок: от нескольких недель (для катетеров из латекса) до трех месяцев (для силиконовых катетеров). Медсестре необходимо удостовериться в том, что поставлен катетер нужного типа и все сделано согласно рекомендациям производителя. Если пациент катетеризирован, то следует внимательно следить за его гигиеной (промывать область промежности, ежедневно или по необходимости), а также убеждать пациента по возможности выпивать по 2 литра жидкости в день. Необходимо вести записи и докладывать врачу о любых изменениях в состоянии пациента, отклонениях от нормы и появлении осложнений (инфекция, закупорка катетера).

В составе мочи могут находиться инородные вещества, что способно привести к закупорке катетера. Если мочеиспускание происходит через мочеиспускательный канал, то, вероятно, катетер заблокирован. В этом случае его необходимо промыть или поставить новый.

Если моча мутная, не имеет цвета, обладает неприятным запахом, а у пациента - спазм мочевого пузыря и/или жар, то, скорее всего это признаки инфицирования. В этом случае пациенту назначают триметоприм, употребление большого количества жидкости (клюквенный сок), а катетер необходимо промывать или менять как можно чаще.

Уход за пациентом, которому поставили катетер, обязательно должен включать обучение больного самоуходу и правильному использованию катетера. Пациент должен знать, как работает катетер, уметь распознавать и предотвращать возможные осложнения. Следует убедить его употреблять достаточное количество жидкости, пить, если необходимо, клюквенный сок, сообщать медперсоналу о болевых ощущениях или дискомфорте, наблюдать за цветом, консистенцией мочи и ставить в известность медперсонал обо всех признаках отклонений от нормы. Такому пациенту необходима особенно тщательная личная гигиена (следует хорошо мыть руки и область вокруг мочеиспускательного канала).

Чтобы предотвратить инфицирование при установке катетера, медсестра должна строго следовать принципам асептики. Перед сменой мочеприемника и после нее следует тщательно мыть руки. Если присутствуют признаки инфицирования, то все манипуляции необходимо проводить в перчатках. Не нужно забывать о правилах асептики и при промывании заблокированных отверстий катетера, находящихся в полости мочевого пузыря. Следует использовать "закрытую" систему сбора мочи (сделанный специально для этого мешок). Необходимо убедиться в том, что емкость была прикреплена к кровати в нужном положении - непозволительно, чтобы она лежала на полу.

Чтобы обеспечить пациенту максимальный физический и психологический комфорт, медсестре следует посоветовать ему прикрывать мочеприемник одеждой, протягивать его вдоль ноги или делать это самой. Когда мочеприемник подвешен к поручню кровати, можно прикрыть его покрывалом, если это смущает пациента и его посетителей. Следует повышать уровень самоуважения пациента, подбадривая и помогая ему с большим вниманием относиться к своему внешнему виду. При перекручивании трубки катетера может возникнуть ситуация, когда моча не идет по катетеру, а выливается на поверхность. Этого необходимо избегать.

Помимо недержания и задержки мочи в работе мочевой системы онкологических больных могут возникнуть и другие отклонения. Изменение цвета мочи может произойти в результате воздействия лекарственных препаратов или каких-то продуктов питания (свекла и ревень имеют свойство окрашивать мочу в красноватый цвет). Зеленый, желтый и белый цвета говорят о наличии гноя в составе мочи. Гематурия может быть следствием опухоли, хронического лучевого цистита или травмы после катетеризации.

Главной причиной спазма мочевого пузыря - временного, мучительного ощущения в надлобковой области и мочеиспускательном канале - является внутривезикулярное или околопузырное раздражение вследствие онкологического заболевания. Причинами спазма мочевого пузыря могут быть также последствия облучения (лучевой фиброз), инфекционный цистит и др. Для лечения обычно используется обезболивание, уменьшение мускульной чувствительности (амитриптилин 25-50 мг на ночь), а также нестероидные противовоспалительные препараты.

[К началу страницы](#)

## **5. Помощь при лимфодеме**

Лимфодема - это отек тканей, обусловленный лимфостазом. В большинстве случаев лимфодема развивается после хирургических операций в подмышечной и паховой области, в результате послеоперационной инфекции, лучевой терапии, рецидива онкологического заболевания в подмышечной, паховой и тазовой областях.

Рак и его лечение - не единственные причины развития лимфодемы. Она может появиться вследствие травмы, врожденных отклонений, инфекции. Кроме того, нарушения лимфатической системы неизбежны у пациентов, ведущих в силу разных причин малоподвижный образ жизни. В этом случае нарушения лимфотока усугубляются еще и нарушениями венозной системы.

В отличие от других видов отеков лимфодема связана с изменениями в кожных и подкожных тканях, особенно когда поверхностные лимфатические сосуды сильно перегружены или закупорены. В результате этих изменений у пациента появляются следующие симптомы: отек (полностью или частично) туловища и \или конечностей,

ощущение тесноты и напряженности, чувство тяжести, лимфорея (подтекание лимфы), кератоз (огрубление кожи из-за протеинового фиброза и инфицирования), боль и дискомфорт (ноющая боль и/или давление на суставы или связки), образование глубоких складок в коже, признак Стемлера (невозможность взять кожу в складку), целлюлит, психологические трудности, связанные с изменениями формы тела.

Лимфодема не может быть излечена полностью, поэтому задача медперсонала состоит в том, чтобы по возможности улучшить ситуацию и как можно дольше держать ее под контролем. Чем раньше начать лечение, тем легче будет достичь положительного результата. Лечение будет зависеть от степени отека конечности и общего физического состояния пациента.

В комплекс лечебных мероприятий при лимфодеме входит психологическая поддержка пациента (обучение и консультирование), уход за кожей, специальные упражнения и изменения положения тела, легкий массаж и дренирование лимфы, которые может производить сам пациент, а также сжатие и компрессия.

У пациента с лимфодемой могут возникнуть проблемы, связанные с изменением формы тела, например сложности в подборе одежды и обуви, при передвижении, проблемы с личной гигиеной, сексуальные проблемы, трудности при приготовлении пищи, при проведении досуга.

Поскольку лимфодема имеет хронический характер, пациент нуждается в постоянной поддержке, консультировании и обучении, так как для достижения положительного результата очень важно желание пациента самому улучшить свое состояние, осуществлять ежедневный самоуход.

## **Уход за кожей**

При хронической лимфодеме кожа становится сухой и обесцвеченной. Микротрещины в коже позволяют бактериям попадать в идеальную среду для их размножения - неподвижную лимфу. Инфекция ускоряет фиброз и усугубляет повреждения лимфатической системы. Аккуратность и соблюдение правил гигиены уменьшает риск инфицирования.

После мытья распухшую конечность следует осторожно просушить, обратив особое внимание на области между пальцами и в складках кожи.

Необходимо смазывать кожу смягчающим кремом, чтобы кожа не стала сухой и не начала трескаться. Хороший результат дает применение кремов на водной основе (мазь в виде эмульсии), а также кремов для рук или лосьонов для тела. Однако следует избегать применения кремов и лосьонов, содержащих ланолин, потому что существует опасность появления контактного дерматита, а также парфюмерных кремов и лосьонов, которые могут вызвать раздражение.

Во время мытья или работы в саду пациенту следует надевать резиновые перчатки, пользоваться наперстком при шитье, быть осторожным при стрижке ногтей, своевременно обрабатывать даже мелкие раны и порезы (хорошо промывать их и применять антисептические средства). Если кожа на распухшей конечности покраснела, появилось жжение, следует как можно скорее обратиться к врачу.

Необходимо защищать кожу на пораженных конечностях от солнечных ожогов. При бритье волос в области подмышечной впадины следует пользоваться электробритвой. После приема ванны или душа нужно тщательно вытирать кожу между пальцами ног, так как повышенная влажность способствует развитию грибковых инфекций. Если грибкового заболевания все же избежать не удалось, следует обязательно пройти курс лечения.

Нельзя использовать распухшую руку для инъекций или внутривенных вливаний, для взятия крови на анализ или измерения давления.

К сожалению, случаи острого воспаления - это неизбежное следствие хронической застойной лимфодемы. Болезненный, красный, с локально повышенной температурой участок кожи и быстро увеличивающийся отек дополняются такими симптомами, как жар, воспаленное больное горло, недомогание и головная боль. В этом случае должно быть назначено соответствующее лечение, включающее в себя прием антибиотиков, отдых, приподнятое положение отекающей конечности.

### **Физические упражнения при лимфодеме**

Специальные упражнения помогут улучшить дренаж лимфы, предотвратить фиброз, увеличат эффект стягивания, расширят диапазон движения отекающих конечностей, помогут предотвратить окоченение суставов. Пациентов следует убеждать двигать отекающей конечностью как можно чаще, потому что сокращение мышц стимулирует как ток лимфы, так и кровообращение. Прекрасным упражнением является ходьба. Если производить активные движения невозможно, то пациенту следует, как минимум два раза в день выполнять пассивные физические упражнения.

Необходимо помнить, что слишком энергичные, требующие усилий упражнения иногда могут принести вред, так как вызывают расширение кровеносных сосудов и увеличивают приток лимфы. Пациентам с отекающими ногами не следует долго сидеть или стоять. Такие действия, как передвижение тяжелых предметов, должны быть отменены, поскольку уменьшают ток крови и лимфы.

Руки не следует поднимать под углом более 90 градусов, так как такое положение уменьшает пространство между ключицей и первым ребром и нарушает кровообращение, что может привести к увеличению отека.

Следует избегать постоянного использования поддерживающих повязок для рук, так как это может привести к затвердеванию плечевых и локтевых суставов. Широкая поддерживающая повязка для руки может использоваться, пока пациент на прогулке, но ее нужно убирать, когда пациент отдыхает (руку можно положить на подушку). Повязку можно также использовать для поддержания парализованной руки, для предотвращения подвывиха или смещения плечевого сустава или в том случае, когда мускулы спины сильно ослаблены.

### **Самомассаж и дренирование лимфы**

Массаж используется для того, чтобы ток лимфы шел от исходных (несокращающихся) лимфатических сосудов к более глубоким мышечным (сокращающимся) лимфатическим сосудам.



Большинство пациенток с лимфодемой после мастэктомии имеют некоторую степень отечности, простирающуюся от начала руки и до верхней части туловища. Если в подмышечной впадине наблюдаются признаки отека, то можно предположить, что процесс уже затронул и верхнюю часть туловища. Отек туловища можно также наблюдать у пациентов с лимфодемой ног.

Массаж - единственный способ справиться с отеком туловища (в результате лимфа может более свободно дренироваться из отекающей конечности). Необходимо обучить пациента и/или того, кто осуществляет за ним уход, приемам массажа и снабдить их инструкцией с рисунками. Массаж туловища и конечности занимает обычно около 20 минут.

Мануальное дренирование лимфы основано на специальной технике (более сложной, чем массаж), поэтому обычно этим занимаются специально обученные терапевты, однако стоят их услуги достаточно дорого, и поэтому без крайней надобности к ним обычно не обращаются.

### **Компрессия, стягивание**

Внешнее давление - важная составляющая успешного лечения лимфодемы. Результаты, достигнутые с помощью массажа и упражнений, будут утеряны, если отекающая конечность не будет перетянута.

Сдавливающие приспособления (специальные рукава и чулки) специально разработаны для того, чтобы обеспечить увеличение давления по направлению к более дистальным частям конечности. Их следует носить весь день и снимать на ночь. Этого режима нужно будет придерживаться постоянно и впредь.

Бинтование используется, когда сдавливающие приспособления недоступны или их применение нежелательно (например, при остром воспалении). Оно также поможет придать форму некрасивым отечным конечностям. Бинтовать начинают с пальцев (их бинтуют обязательно, иначе они еще больше отекут). Затем бинтуется вся конечность, причем давление на все участки конечности должно быть равномерным.

Хроническую обструктивную лимфодему следует лечить более высоким давлением, чем отек, сопровождающийся венозной болезнью. В случае ишемии лечение давлением не стоит начинать до тех пор, пока не будет обследована локальная артериальная система.

Когда отекающий участок кожи находится в болезненном, воспаленном состоянии, на него ни в коем случае нельзя производить давление.

Лимфоррея (подтекание лимфы) обычно исчезает через 1-2 дня после наложения стягивающих бинтов, которые следует снять через сутки (или немедленно, как только бинты станут влажными).

При одновременном поражении лимфатической и венозной системы или при кожном прорастании опухоли возможно появление язв. В этом случае бинтование следует проводить после того, как на рану будет наложен подходящий перевязочный материал.

Лечение лимфодемы может сопровождаться применением ряда лекарственных препаратов. Диуретики при лечении лимфодемы обычно не дают большого эффекта, за исключением случаев, когда отечность развилась или увеличилась после применения нестероидных противовоспалительных препаратов или кортикостероидов, а также когда у

пациента имеются кардиологические проблемы. Также можно попробовать давать диуретики пациентам с запущенной стадией рака (фурасемид по 20 мг ежедневно в течение 5-7 дней).

В том случае, если главной причиной лимфодемы является рецидив опухоли, возможно применение кортикостероидов (например, дексаметазон 4-8 мг один раз в день в течение недели). Сокращение воспаления вокруг опухоли поможет уменьшить непроходимость лимфы. Если удалось достичь улучшения, то дозу, уменьшенную в два раза, можно продолжать давать постоянно, без ограничений в длительности приема препарата.

Также на некоторых пациентов с лимфодемой производит благоприятное действие чрезкожная нервная электростимуляция. Она успешно используется и в случаях отека конечностей, и при одностороннем лицевом отеке, который сопровождает рецидивы рака головы и шеи.

### **Комплекс упражнений при лимфодеме**

1. Руки за голову, перед собой, за спину. Повторить 10 раз.
2. Лечь на спину на кровати, сцепив ладони. Поднять руки как можно выше. Повторить 10 раз.
3. Медленно, но твердо отвести ладони назад, как можно дальше вверх, затем вниз. Повторить 10 раз.
4. Положить под опухшую ногу подушки. Плавно подтянуть колено к груди. Вытянуть ногу вверх, а затем опустить ее на подушки. Повторить 10 раз каждой ногой поочередно.
5. Медленно оттянуть носок стопы к полу, затем до предела отогнуть вверх. Повторить 10 раз каждой ногой.
6. Медленно вращать стопой, сначала влево, затем вправо. Повторить 10 раз.
7. Лежа на спине, положить руки на живот. Глубоко и медленно вдохнуть, почувствовать, как руки поднимаются вместе с животом. На 2 счета задержать дыхание, а затем медленно выдохнуть. Повторить 4 раз.
8. Массировать шею в направлении рук.
9. Заложить ладонь здоровой руки за голову и массировать под мышкой медленными круговыми движениями.

[К началу страницы](#)

## **6. Паллиативная помощь при осложненных хронических ранах**

Самая распространенная причина осложненных хронических ран в онкологической практике - это раковые разрастания. Они представляют собой первичную или вторичную злокачественную опухоль, которая, поражая кожу, образует язву. Последствия этого - боль, экссудация, кровотечение, инфицирование, неприятный запах.

Каждый случай злокачественной язвы уникален и требует индивидуального подхода. Так как раны со злокачественными разрастаниями заживают редко, основными целями лечения злокачественной язвы являются контроль симптомов, улучшение качества жизни и обеспечение психологического комфорта пациента. Способы лечения и используемые перевязочные материалы выбираются в зависимости от характерных для данного случая симптомов.

При наличии кровотечения используются альгинаты. Они накладываются на кровоточащие участки сухих открытых ран. Чтобы избежать боли и дополнительного кровотечения при смене повязки, следует не допускать пересыхания альгината и прилипания его к ране. Для этого при смене повязки ее необходимо предварительно увлажнить небольшим количеством стерильного физиологического раствора.

Если кровотечение обильное, следует принять экстренные меры, например сделать местную аппликацию раствора адреналина или гемостатической губки.

Зуд часто возникает, когда раковые узелки начинают развиваться под кожей. В этом случае применяют повязки с гидрогелем, которые оказывают охлаждающее действие, причем эффект усиливается, если перевязочный материал хранился в холодильнике. Следует наложить салфетку с гидрогелем на поверхность раны и покрыть еще одним перевязочным слоем, используя, например, салфетку Tegaderm или любую пленку, пропускающую газ (например, пленку для упаковки пищевых продуктов). Этот второй слой плотно прикрепляется по краям, чтобы слой гидрогеля не высыхал. Если из раны выделяется большое количество экссудата, следует наложить еще и абсорбирующий слой, а затем плотно зафиксировать повязку.

Чтобы уменьшить зуд, можно также использовать увлажняющий крем с добавлением ментола (2-3 раза в день или чаще, если это необходимо), но не следует наносить его на зоны, где узелки открылись.

Неприятный запах возникает чаще всего в результате того, что анаэробные бактерии разлагают жирные кислоты в омертвевших тканях. Поэтому важно своевременно удалять некротические корки. Для борьбы с неприятным запахом используется метронидазол. Может помочь как системное применение этого препарата, так и наружное применение 0,8-процентного геля метронидазола. Но гель дороже и менее эффективен. Гель метронидазола можно смешивать в равных пропорциях с гидрогелем или с гидроколлоидным гелем. Также можно использовать повязки с толченым углем. Причем уголь всегда должен использоваться в качестве второго слоя повязки, так как пропитывание угля раневым экссудатом делает его неэффективным.

При обработке инфицированных раневых поверхностей с выделением экссудата можно применять йодовидон, а также абсорбирующие материалы, например альгинаты, гидроколлоиды или абсорбирующие прокладки. Может также понадобиться системное применение антибиотиков.

Боль у пациента с обширными ранами может быть хронической или возникать только во время смены повязки. В первом случае врач должен подобрать адекватное обезболивание. Недавние исследования показали, что наружное применение смеси морфина (при концентрации морфина до 0,1%) с подходящим кремом или гелем-носителем может обеспечить хорошее обезболивающее действие в течение 8 часов.

Во втором случае необходимо либо предотвратить прилипание повязки к ране, либо подобрать повязку другого типа. Если из перевязочного материала доступны лишь марлевые салфетки, можно, чтобы предотвратить прилипание, нанести на них вазелин или растительное масло. Лечебные мази препятствуют прилипанию повязки и в то же время помогают бороться с инфекцией.

При уходе за пациентами с осложненными обширными ранами медсестра должна делать все возможное, чтобы предотвратить осложнение, то есть соблюдать при смене повязки принципы асептики, а также делать все, чтобы свести боль к минимуму. Больной особо нуждается в психологической поддержке во время смены повязки. Если вид раны неприятен для пациента, нужно постараться отгородить рану при перевязке или позвать помощника, который бы отвлекал больного, например, держа его за руку или разговаривая с ним.

Очень важно, чтобы пациенты внимательно следили за своей внешностью, в частности, за прической, одеждой, а женщины - и за макияжем. Задача медсестры поддерживать их в этом и не забывать сделать комплимент к случаю.

Необходимо поощрять пациентов быть как можно более независимыми и подвижными. А также способствовать тому, чтобы они общались с окружающими - с семьей, друзьями, другими больными.

Следует постоянно оценивать эффективность обезболивания и, если оно недостаточно действенно, сообщать об этом врачу.

[К началу страницы](#)

## **7. Правила асептики**

Соблюдение правил асептики - необходимое условие для предотвращения инфицирования и успешного лечения пациентов с обширными осложненными ранами.

Источниками инфицирования могут стать больной человек, зараженные им предметы, его постельное белье, использованные перевязочные материалы, мази и жидкости. Заражение может произойти в результате прямого контакта с патогенными организмами через дефект на коже, например при контакте раневой поверхности с фекалиями больного, с зараженными инструментами, при инвазивных процедурах, через стому и т.д.

На распространение инфекции оказывают влияние физическое состояние пациента, качество питания, степень контакта с инфицированным человеком, соблюдение пациентом правил гигиены. Влажная и теплая среда идеальна для развития инфекции. Некоторые методы лечения, например химиотерапия или лучевая терапия, а также стероидная терапия могут привести к снижению иммунитета у пациента.

Чтобы избежать или снизить вероятность распространения инфекции, медперсоналу следует соблюдать ряд правил.

Необходимо тщательно мыть руки до и после работы с пациентом.

Не следует бросать грязное белье на пол, стулья или класть его на другие кровати. Контактная с грязным бельем, следует держать его подальше от себя. Необходимо удостовериться в том, что использованные памперсы и пеленки не попали в корзину для

остального грязного белья. Медперсонал должен одеваться чисто и опрятно, закатывать рукава, застегивать халат, аккуратно убирать длинные волосы.

При плохом самочувствии следует избегать контакта с пациентом. Это предотвратит как инфицирование пациента, так и возможное заболевание самого медработника, ослабленный организм которого не способен сопротивляться внешней инфекции.

Медсестра должна удостовериться, что каждый пациент имеет собственное полотенце, мочалку, посуду, следить за тем, чтобы личные предметы одного больного не использовались другими пациентами.

Необходимо тщательно соблюдать правила хосписа при утилизации использованного материала, при раздаче пищи и кормлении пациентов.

При перевязке ран следует применять подходящую для каждого отдельного случая асептическую технику, чтобы процедура была безопасной и для медика, и для пациента. Ни в коем случае нельзя повторно использовать перевязочные материалы и оборудование.

Если кто-то из пациентов заразился, нужно немедленно доложить об этом врачу и способствовать тому, чтобы пациенту было назначено адекватное лечение.

Медперсоналу следует тщательно следить за своим здоровьем, правильно питаться, соблюдать график профилактической иммунизации, режим сна и правила личной гигиены. Если рабочая одежда запачкалась во время перевязки пациента, ее необходимо сменить.

[К началу страницы](#)

## **8. Эффективность лечения и личная гигиена пациента**

Каждый человек - индивидуальность, соответственно, его представления о чистоте и гигиене также индивидуальны и могут не совпадать с мнением медсестры, которая, прежде всего, озабочена безопасностью среды, в которой находится пациент. Поэтому медсестра должна расспросить больного о привычном режиме, оценить его состояние и способность самому соблюдать гигиену. Ее задача - достичь компромисса с пациентом в этом вопросе.

На уровень соблюдения пациентом правил гигиены влияют социальные факторы, его физическое и психологическое состояние, проводимая терапия.

К социальным факторам относятся личные предпочтения пациента и его привычки, способность мыться, переодеваться и стирать одежду самому, доступность помощи друзей и членов семьи.

Плохое физическое состояние, слабость, апатия - распространенные симптомы онкологических заболеваний.

Пациент может испытывать боль при движении, может быть измучен постоянной хронической болью или испытывать страх перед неожиданными резкими болевыми ощущениями. В этих ситуациях пациенту требуется дополнительная помощь и поддержка.

Подавленное состояние, депрессия приводят к тому, что пациент перестает соблюдать личную гигиену. Спутанность сознания делает пациента неспособным ухаживать за собой или же заставляет его вести себя необычным образом. Уродство также способно стать причиной депрессии и потери интереса к жизни и самому себе. Наличие грибовидно разросшихся опухолей (частые перевязки и сильный запах) может вызвать стресс, с которым пациент не в состоянии справиться. При проведении гигиенических процедур пациент может отказаться показывать искаленные шрамами и рубцами или же отсутствующие части тела. Недержание кала, мочи - это стресс для пациента, это часто приводит к потере самоуважения, а также создает дополнительные проблемы с кожей. В этих ситуациях медсестра должна сделать все, чтобы поддержать пациента и оказать ему необходимую помощь.

У онкологических больных слабая иммунная система, поэтому они более восприимчивы к инфекции. Некоторые методы лечения, например лучевая и стероидная терапия, могут вызвать воспаление кожи, увеличить риск ее повреждения.

Задача медсестры - объяснить пациенту необходимость соблюдения личной гигиены. Она должна оценить его состояние и определить факторы, препятствующие соблюдению гигиены. Следует помогать пациенту при выполнении гигиенических процедур, контролировать боль и тошноту, больше общаться с пациентом, способствовать росту самоуважения.

Следует делать перевязку так часто, как это необходимо (если появляется неприятный запах). При перевязках и гигиенических процедурах нужно постараться избавить пациента от неприятного зрелища (когда они видят поврежденные части своего тела). При выполнении процедур важно понять желание пациента находиться в уединении. Следует побуждать членов семьи больного помогать ему при гигиенических процедурах.

Медсестра должна постоянно наблюдать за состоянием кожи пациента, особенно в областях, подверженных давлению (есть ли покраснение, сухость и трещины, нет ли в складках кожи признаков микоза). Необходимо очищать кожу, менять одежду и постельное белье пациента моментально после загрязнения, быть осторожнее при перемещении неподвижного пациента.

[К началу страницы](#)

## **9. Помощь онкологическим больным при неврологических симптомах**

### **Слабость при онкологическом заболевании**

От этого неприятного симптома страдают 64% раковых больных. При онкологическом заболевании в запущенной стадии слабость - самый распространенный симптом.

Сонливость, усталость, вялость, утомление и слабость переносятся каждым пациентом по-разному. В некоторых случаях ситуация может быть неконтролируемой. Однако причины слабости могут поддаваться лечению. Тщательное обследование пациента и оценка ситуации - первый шаг на пути к решению этой проблемы.

Прежде всего, следует выяснить, испытывает ли пациент локальную слабость или общую. Локальная слабость может быть вызвана церебральными неоплазмами (монопарез,

гемипарез), компрессией спинного мозга (в основном билатеральной), повреждением плечевого сплетения, рецидивом рака в подмышечной области, повреждением пояснично-крестцового сплетения, латеральным подколенным нервным параличом; а также мускульной слабостью в проксимальной конечности (кортикостероидной миопатией, паранеопластической миопатией и/или невропатией, паранеопластическим полимиозитом и миастеническим синдромом Ламберта-Итона).

Миастенический синдром Ламберта-Итона (аутоиммунный синдром) - это паранеопластическое отклонение нервно-мускульного пути передачи, возникающее у 3% онкологических больных с мелкоклеточным раком легкого и в нескольких единичных случаях у пациентов с другими видами ракового заболевания, как, например, рак груди и лимфома. Среди клинических проявлений синдрома - слабость ног (у 25% пациентов может проявляться и слабость рук), временная диплопия (двоение в глазах), дизартрия, дисфония, дисфагия, сухость во рту, запор.

Общая прогрессирующая слабость может означать, что пациент близок к смерти. Но стоит принять во внимание и другие возможные причины. Причинами общей слабости могут быть анемия, гиперкальциемия, гиперфункция надпочечников, невропатия, миопатия и депрессия. Общая слабость может быть вызвана последствиями хирургического лечения, химиотерапией и лучевой терапией, а также применением медицинских препаратов (диуретиков, гипотензивных препаратов, гипогликемиков), гиперкальциемией, бессонницей, утомлением, болью, одышкой, общим недомоганием, инфекцией, дегидратацией, нарушением питания.

В зависимости от ситуации пациенту должно быть назначено соответствующее лечение.

Сестринский уход за слабым пациентом следует направить на то, чтобы помочь пациенту быть максимально активным в течение дня, что даст ему чувство независимости. Медсестра должна контролировать и оценивать эффективность назначенного лечения, докладывать врачу об изменениях в состоянии пациента, обучать пациента вести правильный образ жизни; оказывать ему поддержку, внушать чувство уверенности в своих силах.

Медсестра должна помогать пациенту в соблюдении правил личной гигиены, наблюдать за состоянием кожи и ротовой полости, чтобы исключить возможные осложнения.

Следует убеждать пациента в необходимости принимать пищу и питье (пища должна быть по возможности высококалорийной), а также помогать ему при приеме пищи, если пациент слишком ослаб. Нельзя оставлять ослабленного пациента без наблюдения при приеме горячей пищи или питья. Необходимо также оказывать ему помощь при посещении туалета, обеспечивая при этом достаточное уединение.

Медсестра должна оказывать пациенту психологическую поддержку, проявлять дружеское участие, чтобы повысить его самоуважение и способствовать проявлению интереса к жизни. Следует воодушевлять пациента, но не принуждать его.

Чувство слабости, неспособность совершать привычные действия могут вызвать у пациента стрессовое состояние. В этом случае помогает спокойное обсуждение создавшейся ситуации. Например, медсестра может сказать больному: "Да, вы сейчас не в состоянии делать многое из того, что могли делать раньше. Но если мы попробуем сделать это вместе или отложим до того момента, когда вы будете чувствовать себя немного лучше, то у нас все получится".

Сестринский уход должен быть направлен на то, чтобы предупредить возможные осложнения или неприятные ощущения, связанные с ограниченной подвижностью пациента. Так, чтобы предотвратить вызывающую болевые ощущения контрактуру, следует проводить массаж конечностей и рекомендовать пациенту пассивные упражнения, а правильно зафиксированное положение слабых конечностей поможет предотвратить повреждение суставов.

## **Компрессия спинного мозга**

Данный симптом появляется у 3% пациентов с запущенным онкологическим заболеванием. При этом более чем 40% случаев компрессии спинного мозга встречаются у пациентов с раком груди, бронхов и простаты, остальные 60% случаев - у пациентов с раком почек, лимфомой, миеломой, саркомой, раком головы и шеи.

Компрессия спинного мозга в 85% случаев бывает вызвана распространением метастаз в тело позвонка или питающую ножку, в 10% - распространением опухоли через межпозвоночное отверстие (особенно при лимфоме), в 4% - интрамедуллярной первичной опухолью.

Чаще всего (в 90% случаев) компрессия спинного мозга приводит к возникновению болевых ощущений, в 75% случаев - к слабости, в половине случаев - к появлению сенсорной недостаточности и в 40% случаев - к нарушениям функции сфинктера.

Появление болевого синдрома обычно происходит за несколько недель или месяцев до появления других симптомов и признаков компрессии спинного мозга. Возникновение болевых ощущений может быть вызвано метастазами в спинной мозг, сдавливанием нервного корешка, компрессией длинного нервного пути спинного мозга.

Наиболее пессимистичный прогноз бывает у пациентов с быстро развивающейся полной параплегией (за 24-36 часов); это почти всегда вызвано инфарктом спинного мозга вследствие давления опухоли и тромбоза позвоночной артерии. Также плохой знак - потеря функции сфинктера. В лучшем положении находятся пациенты с парапарезом.

Основными терапевтическими мерами в случае возникновения компрессии спинного мозга является назначение кортикостероидов, которые позволяют быстро уменьшить околоопухолевое воспаление, и лучевой терапии, которая приводит к уменьшению опухоли, но за достаточно продолжительное время.

Хирургическое вмешательство показано в тех случаях, когда нет улучшений после стероидной и лучевой терапии, когда имеются единичные метастазы в позвоночник или если диагноз под сомнением.

Медицинская сестра при уходе за пациентом с компрессией спинного мозга должна оказывать ему психологическую поддержку, так как пациент, как правило, испытывает страх, беспокойство, подавленное состояние из-за вынужденной зависимости от других людей. Медсестра должна помочь пациенту адаптироваться к новому образу жизни, обеспечить его необходимым оборудованием.

Сестринский уход включает в себя также ряд мер по предотвращению осложнений (пролежни, проблемы с мочевой и пищеварительной системами и др.), обучение пациента приемам самопомощи, а членов его семьи - методам ухода; выбор и выдачу лекарственных препаратов, а также анализ их воздействия на организм больного.



## **Спутанность сознания**

Спутанность сознания - состояние человека, которое характеризуется дезориентацией во времени, пространстве и окружающих его людях, вследствие чего больной запутан, смущен, его мысли беспорядочны, а действия нерешительны. Обычно это состояние бывает вызвано какими-либо органическими нарушениями, а также может быть следствием сильного эмоционального стресса и различного рода психических и психиатрических отклонений.

При появлении спутанности сознания, прежде всего, необходимо проанализировать причины возникновения подобного состояния пациента.

Среди распространенных причин возникновения спутанности сознания отмечаются болезнь Альцгеймера, церебральный атеросклероз, неоплазмы, биохимические изменения, недостаточное функционирование какого-либо органа, СПИД, множественный склероз, применение определенных лекарственных препаратов, изменение окружающей обстановки, депрессия, утомление, боль, запоры, задержка мочеиспускания, инфицирование, дегидратация, авитаминоз, применение алкоголя или психотропных препаратов, курение.

Причин острой спутанности сознания на терминальной стадии онкологического заболевания достаточно много. При этом две главные причины (острый и хронический мозговые синдромы) обычно проявляются в комбинации с второстепенными.

Необходимо также внимательно проанализировать историю болезни пациента, получить как можно больше информации от родственников больного. Следует установить, имеются ли у пациента какие-либо повреждения органов чувств, такие как глухота, потеря зрения, были ли в прошлом длительные периоды, когда пациент был не в полном сознании, каково было умственное состояние больного до появления симптома спутанного сознания, происходили ли какие-либо изменения в схеме приема медицинских препаратов. Необходимо также выяснить уровень знания пациента о своем диагнозе, имеются ли у него какие-либо сосудистые или инфекционные заболевания, состояние кишечника и мочевого пузыря, испытывает ли он болевые ощущения и т.д.

При уходе за онкологическим больным со спутанным сознанием следует особое внимание обратить на окружающую его обстановку. Комната такого пациента должна быть тихой и хорошо освещенной, из нее необходимо убрать все предметы, которые могут нарушить его покой. Следует сократить количество персонала, ухаживающего за таким пациентом до минимума, чтобы помочь ему быстрее освоиться и привыкнуть к окружающим его людям. Нужно также попросить кого-то из членов семьи больного остаться и помочь ухаживать за ним (это особенно важно в первую ночь после госпитализации).

К больному с нарушенным процессом мышления необходимо проявлять то же уважение и внимание, что и к остальным пациентам - он заслуживает этого не меньше их. Следует также учитывать, что возникновение спутанности сознания у пациента с тяжелым онкологическим заболеванием может нанести глубокую психологическую травму членам его семьи. Для них, уже смирившихся с мыслью, что близкий им человек умирает, бывает нестерпимо видеть, как он теряет свою личность, перестает быть тем, кого они знали и любили. В этой ситуации им также необходимы внимание и поддержка.

В действиях медсестры, ухаживающей за пациентом со спутанным сознанием, должны присутствовать уверенность и доброта. Ей необходимо использовать все свои знания, весь

свой опыт, чтобы найти верную тактику общения с пациентом. Те пациенты, которые раньше занимали позицию лидера в обществе, часто лучше воспринимают информацию и легче идут на контакт, чем те, кто обладает нерешительным характером.

Медсестре следует ориентировать пациента во времени и пространстве, делиться с ним последними новостями, разговаривать, периодически напоминая ему свое имя, постоянно объяснять и комментировать свои действия. Будет полезно, если в комнате пациента будут находиться свежие газеты, часы и календарь. Медсестре следует, как можно больше общаться с родственниками больного, чтобы лучше узнать и понять его.

Очень важно вести ежедневные записи наблюдений и оценки состояния пациента, которые должны максимально полно и подробно отражать все, что происходило с ним в течение дня.

Следует постоянно держать под контролем факторы, способные ухудшить ситуацию. Если организм больного обезвожен, ему нужно постоянно пить; следует изъять лекарства, которые оказывают отрицательное влияние на организм пациента, необходимо бороться с инфекцией, если это необходимо (по назначению врача и в зависимости от ситуации), лечить запоры, по возможности исправлять метаболические/биохимические отклонения.

При терминальном возбуждении/активации - редком состоянии, которое иногда предшествует смерти (за несколько дней или часов до нее), когда пациент проявляет нехарактерное для него беспокойство, которое он не может контролировать, так как находится без сознания, введение седативного средства часто бывает единственной возможностью помочь.

[К началу страницы](#)

## **10. Помощь онкологическим больным при нарушениях дыхания**

Одышка - это неприятное чувство затруднения дыхания, которое нередко сопровождается тревогой. Одышка чаще всего возникает или усиливается в последние несколько недель перед смертью.

Одышку, как правило, сопровождают такие симптомы, как тахипноэ (учащение дыхания) и гиперпноэ (увеличение глубины дыхания). Частота дыхания в покое при одышке может достигать 30-35 в минуту, а физическая нагрузка или состояние тревоги могут увеличить этот показатель до 50-60 в минуту.

Однако следует иметь в виду, что ни тахипноэ, ни гиперпноэ не могут служить диагностическими признаками одышки. Одышка - явление субъективное, поэтому она (как и боль) должна оцениваться на основании описания больным своего самочувствия.

Дыхание человека контролируется дыхательными центрами в стволовой части мозга. Объем дыхания в значительной степени определяется химическим составом крови, а темп дыхания - механическими стимулами, передаваемыми по блуждающему нерву.

У некоторых пациентов с одышкой при физической нагрузке бывают приступы дыхательной паники. Во время этих приступов у больных возникает такое чувство, будто они умирают. При этом страх, вызванный одышкой, а также недостаточная

осведомленность об этом состоянии вызывают усиление тревоги, что в свою очередь увеличивает частоту дыхания и, как следствие, усиливает одышку.

Причин возникновения одышки достаточно много: она может быть спровоцирована непосредственно самой опухолью, последствиями онкологического заболевания, осложнениями в результате лечения, сопутствующими заболеваниями, а также комбинацией вышеперечисленных причин.

К причинам, спровоцированным непосредственно самой опухолью, относятся одно- или двусторонний плевральный выпот, закупорка главного бронха, инфильтрация легкого раком, раковый лимфангит, сдавливание органов средостения, выпот в перикарде, массивный асцит, растяжение живота.

Причины, являющиеся следствием онкологического заболевания и/или потери сил: анемия, ателектаз (частичное спадение легкого), легочная эмболия, пневмония, эмпиема (гной в плевральной полости), кахексия, анорексия, слабость.

Одышку могут вызвать такие осложнения лечения рака, как лучевой фиброз и последствия химиотерапии, а также сопутствующие заболевания: хронические неспецифические заболевания легких, астма, сердечная недостаточность и ацидоз.

При возникновении одышки следует объяснить больному его состояние и ободрить его, чтобы уменьшить чувство страха и тревоги, а также попытаться изменить его образ жизни: составить режим дня так, чтобы после нагрузки всегда следовал отдых, при возможности помогать пациенту по дому, с покупкой продуктов и т.д.

Лечение будет зависеть от причин, вызвавших одышку. Если причины возникновения состояния обратимы, то помочь может присутствие близких, успокаивающая беседа, прохладный сухой воздух, релаксационная терапия, массаж, а также такие виды лечения, как акупунктура, гипноз.

Кислород также может быть полезным, если вдыхать его за несколько минут до и через несколько минут после физической нагрузки.

Медсестра должна постоянно контролировать, насколько удовлетворяются ежедневные нужды больного (умывание, прием пищи, питья, физиологические отправления, потребность в движении). Необходимо либо предотвращать одышку, чтобы пациент справлялся с удовлетворением этих нужд сам, либо обеспечивать ему надлежащий уход, если он сам не способен ухаживать за собой.

Медсестре следует иметь четкое представление о причинах одышки и применять соответствующее лечение. При инфекции органов дыхания необходимо сообщить об этом врачу, обеспечить больного плевательницей для сбора мокроты, сделать все, чтобы сократить до минимума риск распространения инфекции, придать пациенту положение, способствующее лучшей вентиляции легких, а также применить постуральный дренаж.

При уходе за больным с одышкой медсестре следует сохранять спокойствие и уверенность в себе, нельзя оставлять пациента одного. Ему необходимо создать максимально комфортную среду - открыть окна или поставить рядом вентилятор, а также предоставить возможность легко подать сигнал тревоги. Следует поощрять пациента делать дыхательные упражнения и обучить его технике релаксации.

Медсестре следует также заранее обучить больного, как контролировать дыхание во время приступов дыхательной паники. Во время приступа необходимо обеспечить больному успокаивающее присутствие. Также может помочь прием диазепама на ночь (5-10 мг).

Икота - это патологический дыхательный рефлекс, характеризующийся спазмом диафрагмы, приводящим к резкому вдоху и быстрому смыканию голосовых складок с характерным звуком.

Потенциальных причин возникновения икоты достаточно много. При далеко зашедшем раке большинство случаев икоты обусловлены растяжением желудка (в 95% случаев), раздражением диафрагмы или диафрагмального нерва, токсическими эффектами при уремии и инфекции, опухолью центральной нервной системы.

Возможные способы экстренного лечения - стимуляция гортани, массаж места соединения твердого и мягкого неба с помощью палочки с ватой, применение мышечных релаксантов, а также сокращение растяжения желудка, повышение парциального давления углекислого газа в плазме. Сократить растяжение желудка можно с помощью мятной воды (капнуть масло мяты перечной в воду), которая способствует срыгиванию избытка желудочного газа благодаря расслаблению нижнего пищеводного сфинктера; метоклопрамида (церукала), который сокращает нижний пищеводный сфинктер и ускоряет опорожнение желудка, а также средств, уменьшающих количество газов (например, диметикон). При этом мятную воду и церукал нельзя принимать одновременно.

Повысить парциальное давление углекислого газа в плазме возможно с помощью обратного вдыхания воздуха, выдохнутого в бумажный мешок, или задержки дыхания.

Возможно применение мышечных релаксантов.

Центрального подавления рефлекса икоты можно достичь с помощью приема галоперидола (5-10 мг внутрь) или хлорпромазина (аминазина) (10-25 мг внутрь).

Большинство же "бабушкиных средств" от икоты заключаются в прямой или в непрямой стимуляции гортани. Например, быстро проглотить две чайных (с верхом) ложки сахара, быстро выпить две маленькие рюмки ликера, проглотить сухарик, проглотить раздробленный лед, бросить холодный предмет за ворот рубашки (блузки).

Шумное дыхание (предсмертные хрипы) - звуки, которые образуются в процессе колебательных движений секрета в нижней части глотки, в трахее и в главных бронхах за счет вдохов и выдохов и не обязательно являются признаком близкой смерти. Шумное дыхание характерно для больных, которые слишком слабы, чтобы откашляться.

В этих случаях необходимо положить больного на бок, чтобы улучшить дренаж дыхательных путей. Даже небольшое изменение положения может значительно успокоить дыхание.

Снизить выделение секрета у 50-60% больных поможет гиосцина бутилбромид (бускопан, спанил).

Очень важен также правильный уход за полостью рта, особенно если больной дышит через рот. Так как в этом случае пациент ощущает сильную сухость во рту, следует периодически протирать полость рта больного влажным тампоном и наносить на губы тонкий слой вазелина. Если больной может глотать, следует давать ему понемножку пить.

Очень важно уделять внимание близким пациента, по возможности объяснить им суть происходящего, обеспечить психологическую поддержку и обучить правилам ухода за больным.

Шумное и частое дыхание умирающего - явление, которое свидетельствует о последней попытке организма бороться с необратимой терминальной дыхательной недостаточностью. Создается впечатление жестоких страданий пациента, что нередко вызывает сильный стресс у близких и соседей по палате. При этом закупорки дыхательных путей может и не быть.

В подобных случаях медсестре, прежде всего, следует добиться уменьшения частоты дыхания пациента до 10-15 в минуту с помощью внутривенного или внутримышечного введения морфина. При этом может потребоваться двух- или трехкратное увеличение дозы морфина по сравнению с дозой, которая требовалась для обезболивания. При избыточных движениях плечей и грудной клетки можно ввести пациенту мидазолам (10 мг подкожно, а затем каждый час, по необходимости) или диазепам (10 мг внутримышечно).

Кашель - это сложный дыхательный рефлекс, задача которого - вывести посторонние частицы и избыток мокроты из трахеи и крупных бронхов. Кашель - своего рода защитный механизм. Однако продолжительные приступы кашля изматывают и пугают, особенно если кашель усугубляет одышку или связан с кровохарканьем. Кашель также может привести к тошноте и рвоте, костно-мышечным болям и даже к переломам ребер.

Кашель бывает трех типов: влажный кашель при способности больного к эффективному откашливанию; влажный кашель, но больной слишком слаб, чтобы откашляться; сухой кашель (то есть мокрота не вырабатывается).

Основные причины кашля можно условно разделить на три группы: вдыхание инородных частиц, избыточная бронхиальная секреция и аномальная стимуляция рецепторов в дыхательных путях, например за счет действия антигипертензивных лекарств, таких как каптоприл и эналаприл.

При далеко зашедшем раке кашель может вызываться различными причинами: введением жидкостей через нос, курением, астмой, хроническими обструктивными заболеваниями легких, сердечной недостаточностью, инфекцией органов дыхания, опухолью легкого и средостения, параличом голосовых связок, раковым лимфангитом, плевральным и перикардальным выпотом, желудочно-пищеводным рефлюксом, аспирацией кишечного содержимого при нервно-мышечных болезнях, рассеянном склерозе, инсульте.

Лечение кашля зависит как от причины, так и от цели лечения. Например, цель лечения кашля у умирающих - создание им максимального комфорта. При этом бороться следует лишь с обратимыми причинами. Так, существенный противокашлевый эффект от прекращения курения наступает через 2-4 недели. Но проживет ли больной этот срок?

Существует довольно широкий круг мероприятий и лекарств, облегчающих кашель. Среди них паровые ингаляции с бальзамом (ментоловым, эвкалиптовым) или без такового, бромгексин, муколитики, а также центральные противокашлевые препараты - кодеин, морфин.

Среди нелекарственных мероприятий надо отметить придание пациенту удобной для откашливания позы, обучение его эффективному откашливанию, советы избегать видов лечения и факторов, провоцирующих кашель.

Медсестра должна быть бдительной в отношении признаков инфекции дыхательных путей и осложнений, а при появлении таких признаков - немедленно сообщать врачу. Необходимо помогать больному при осуществлении гигиены полости рта, а при появлении первых признаков стоматита - проводить необходимые лечебные мероприятия.

Следует успокаивать и ободрять пациентов и их близких. Например, уменьшить страх пациента, страдающего кровохарканием, и его близких поможет применение белья и носовых платков, окрашенных в темный, например зеленый, цвет.