

Департамент здравоохранения города Москвы

Государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение
Департамента здравоохранения города Москвы
«Медицинский колледж № 1»
(ГБПОУ ДЗМ «МК № 1»)

Лекция

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

МДК.02.02. Основы реабилитации

код, наименование специальности **34.02.01 Сестринское дело**

**ТЕМА: СЕСТРИНСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ В РЕАБИЛИТАЦИИ
ПАЦИЕНТОВ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ.**

Автор: Кузьмина И.А.

Москва

2020

ТЕМА: СЕСТРИНСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ.

Подготовила: Кузьмина Ирина Александровна преподаватель ГБПОУ ДЗМ «МК №1»

В настоящее время в Российской Федерации на официальном учете состоит более 2 млн. 300 тыс. пациентов с онкологическими заболеваниями. Почти 150 тыс. чел. в России ежегодно признаются инвалидами по онкологическим заболеваниям. В связи с развитием и внедрением высокотехнологичных методов лечения онкологических заболеваний уже в настоящее время стало возможным радикальное лечение большинства пациентов путем выполнения обширных органосохраняющих оперативных вмешательств, химиотерапии и лучевой терапии, что в ближайшие годы увеличит количество инвалидизированных людей, излеченных от рака. Необходимо отметить, что в реабилитации нуждаются не только пациенты, имеющие группу инвалидности, но и больные с I – II стадией заболевания, прошедшие радикальное лечение, так как диагноз рак – это всегда стресс, а лечение не всегда щадящее.

Тем не менее реабилитация не стала составной частью комплекса терапевтических мероприятий в онкологии, в связи с тем, что рак как фатальное заболевание часто отождествляют с непродолжительностью жизни, а больного со злокачественной опухолью считают бесперспективным с точки зрения реабилитации. Мнение о бесперспективности данных мероприятий сохраняет свою устойчивость и в настоящее время.

Многие пациенты после радикального лечения, даже на начальных стадиях заболевания, твердо убеждены, что являются инвалидами и выброшены за пределы современного общества. Они считают, что работу найти будет крайне сложно, тем более если требуется профессиональная переориентация. Именно поэтому излеченные от рака люди приходят к выводу, что проще сидеть дома и получать пособие. Однако необходимо учитывать, что любой человек должен быть самодостаточным и чувствовать себя нужным для общества. Более того, данная группа людей может приносить ощутимую пользу обществу, причем не только социальную, но и экономическую, если обретет рабочее место. Для того чтобы это произошло, необходимо разработать четкие меры по реабилитации, что будет способствовать не только восстановлению работоспособности, но и вернет заинтересованность в жизни.

Структура онкологических заболеваний (по частоте выявления).

Мужчины.

1. Рак легкого
2. Рак желудка
3. Рак предстательной железы
4. Рак толстой кишки
5. Рак печени

Женщины.

1. Рак молочной железы
2. Рак шейки матки
3. Рак легкого
4. Рак толстой кишки
5. Рак желудка

6. Рак тела матки или яичников.

В общей структуре онкозаболеваний лидирующую позицию занимает *рак молочной железы*, за ним следуют *рак шейки матки, рак толстой кишки, легких, желудка*

Методологические подходы при определении групп инвалидности при данной группе заболеваний строго индивидуальны, но есть *факторы*, которые обязательно *учитываются при медико-социальной экспертизе*: локализация опухоли, анатомический тип роста опухоли, гистологическое строение опухоли, стадия опухолевого процесса (клиническая и по системе *TNM*).

Система TNM

Первый - Т - размер опухоли и степень её врастания в ткани,

Второй - N-поражение лимфатических узлов,

Третий - М - наличие или отсутствие метастазов.

Стадии опухоли (клинические)

1-2 стадия – прогноз благоприятный - шанс стойкого излечения без инвалидизирующих методов лечения (сфинктеросохраняющая резекция прямой кишки, консервативные методы лечения)

3 стадия – прогноз серьезный – инвалидизирующая операция в сочетании с консервативными методами лечения (химиотерапия, лучевая терапия)

4 стадия – прогноз неблагоприятный – замедление прогрессирования заболевания (консервативные методы) и коррекция возникающих нарушений (трахеостомия)

Возможность реабилитации онкобольного строго индивидуально. Учитывается не только прогностические факторы, но и общебиологические (возраст) и социальные (профессия, положение в семье) характеристики.

В случае успешного излечения рака онкобольные могут нуждаться в реабилитационных мероприятиях: последствия хирургического или терапевтического лечения (противоестественный анус, анемия), функциональные нарушения НС (стресс, последствия химио- лучевой терапии), личностный стереотип пациента, что он инвалид (нежелание работать).

У излеченных онкологических больных часто наблюдаются стойкие органические и функциональные нарушения, вызванные последствиями и осложнениями хирургического, лучевого, гормонального лечения и химиотерапии новообразования. Наблюдаются осложнения со стороны системы кроветворения (анемия, умеренно выраженные лейкоцитопении), поражения кожи и слизистых оболочек (лучевые язвы, ректиты, циститы), нарушения в системе внешнего дыхания (лучевые пневмониты, остаточные явления эмпиемы плевры, пищеварительных органов, гастриты культи желудка, дискинезии кишечника, хронические

колиты и энтероколиты). Достаточно часто, особенно при раке эндометрия, молочной железы, толстой кишки, наряду с артериальной гипертензией и атеросклерозом имеют место нарушения эндокринно-обменного характера (ожирение, сахарный диабет, дисфункция яичников, гипофункция щитовидной железы).

Общим явлением для всех онкологических больных можно считать наличие функциональных нарушений нервной системы как следствие тяжелого эмоционального стресса, вызванного получением информации об опухолевом характере заболевания, пребыванием в специализированном стационаре, последствиями обширных операций, иногда вынужденно носящих калечащий характер, а также длительными курсами химио-, гормонотерапии и лучевого лечения. Следует подчеркнуть, что непосредственно лекарственная и лучевая терапия могут вызвать вегетодистонические и астенические реакции.

Пациентов с онкологическими заболеваниями беспокоят боль, стресс, диспептические нарушения, расстройства функций кишечника, ограниченные способности к самообслуживанию и недостаток общения. Постоянное присутствие рядом с больным медицинской сестры приводит к тому, что она становится основным связующим звеном между пациентом и внешним миром. Медицинская сестра видит, что приходится испытывать пациентам и их семьям, и вносит в уход за больными сочувственное понимание.

Цели реабилитации (в соответствии с групповым прогнозом).

1. восстановительная - когда предполагается выздоровление пациента без значительной потери трудоспособности (1-2 стадия)
2. поддерживающая - потеря трудоспособности и инвалидизация – адаптация к новому психофизическому состоянию (3 стадия)
3. паллиативная - улучшение качества жизни при прогрессировании заболевания (пролежни, контрактуры, психические расстройства).

В процессе развития опухоли цели реабилитации могут меняться (реконструктивная операция поменяет поддерживающую цель на восстановительную).

В онкологии лечебный компонент (органосохраняющие операции или реконструктивно-пластические) определяет успех не только лечения, но реабилитации (возвращение в общество и к труду). При невозможности проведения реконструктивно-пластической операции применяют ортопедическую реабилитацию: изготовление протезов из синтетических материалов (молочной железы, конечностей, челюсно-лицевой зоны).

Этапы медицинской реабилитации онкологических больных.

1. Подготовительный этап:

Цель:

- выбор наиболее эффективного лечения (хирургического, лучевого, лекарственного, комбинированного) с максимальным сохранением анатомии и функции пораженного органа или части тела.

- уменьшение риска развития осложнений противоопухолевой терапии

- профилактика и лечение психогенных реакций (депрессия)

Мероприятия: медикаментозные, психотерапевтические, физиотерапевтические, ЛФК

2. Лечебный этап.

Мероприятия:

- выполнение органосохраняющих и реконструктивно-восстановительных операций,

- проведение адекватного анестезиологического пособия.

3. Ранний восстановительный этап.

Цель:

- профилактика и лечение общих и местных послеоперационных осложнений, ранних лучевых реакций, побочных эффектов химиотерапии

- скорейшее восстановление жизнедеятельности больного.

Мероприятия: физические методы реабилитации (ЛФК, массаж), физиотерапия (низкочастотная электротерапия, лазеры).

4. Поздний восстановительный этап.

Цель:

- компенсация и скорейшее восстановление дефектных функций организма.

Мероприятия: противорецидивное лечение, реконструктивно-восстановительные операции и протезирование, медикаментозные (ферменты) и физические методы, психотерапия, диетотерапия, трудотерапия.

В дальнейшем, по мере компенсации функциональных расстройств и адаптации пациента к имеющимся дефектам, ведущая роль в реабилитационном процессе отводится социальной и профессиональной реабилитации.

Главная задача медицинской сестры заключается в том, чтобы облегчить боль и страдания пациента, помочь в выздоровлении, восстановлении нормальной жизнедеятельности.

Способность к выполнению основных элементов самообслуживания у пациента с онкологической патологией на стационарном этапе сильно ограничена. Своевременное внимание медицинской сестры к выполнению

пациентом необходимых элементов лечения и самообслуживания становится первым шагом к реабилитации.

В процессе ухода важно помнить не только об основных потребностях человека в питье, еде, сне, но и о потребностях конкретного пациента – его привычках, интересах, ритме его жизни до начала болезни. Сестринские вмешательства позволяют грамотно, квалифицированно и профессионально решить как настоящие, так и потенциальные проблемы пациента, связанные с его здоровьем.

Важную роль в уходе за пациентами с онкологическими заболеваниями играют беседа и совет, который может дать медицинская сестра в определенной ситуации. Эмоциональная, интеллектуальная и психологическая поддержка помогает больному подготовиться к настоящим или к предстоящим изменениям, возникающим из-за стресса, который всегда присутствует при обострении заболевания. Итак, сестринский уход нужен для того, чтобы помогать пациенту решать возникающие проблемы со здоровьем, не допускать ухудшения состояния и возникновения новых проблем.

За последние два десятилетия в некоторых странах, таких как Австрия, Германия, Франция, были созданы специальные реабилитационные центры санаторного типа при онкологических институтах исходя из того, что онкологические больные после окончания специфического противоопухолевого лечения нуждаются не только в терапии имеющихся осложнений, связанных с заболеванием и проведенным лечением, но и в дополнительном общеукрепляющем лечении сопутствующих заболеваний в условиях санатория.

Попадая в санаторно-курортное учреждение, онкологический больной перестает фиксировать свои соматические ощущения и, вовлекаясь в ритм курортного распорядка, выходит из тяжелой стрессовой ситуации, связанной с его заболеванием и последствиями лечения.

Направление на санаторно-курортное лечение допускается для онкологических больных, получивших радикальное противоопухолевое лечение, полностью его закончивших и не имеющих признаков рецидива или метастазов опухоли.

Лечение по поводу сопутствующих заболеваний больных всеми формами и локализациями опухолей, перенесших радикальное лечение и не имеющих возврата болезни (рецидивов и метастазов), возможно только после консультации врача-онколога. Сезон санаторно-курортного лечения должен определяться следующим образом: в местных санаториях или на курортах той климатической зоны, где проживает больной, – любое время года, на южные курорты больные более северных районов – преимущественно в осенне-зимний период (в целях ограничения инсоляции).

Не подлежат санаторно-курортному лечению онкологические больные по поводу сопутствующих заболеваний периферической нервной системы, а также опорно-двигательного аппарата, кожи, гинекологических и андрологических заболеваний, поскольку при этих заболеваниях основными курортными факторами являются сульфидные и радоновые воды, грязелечение, нафталанолечение, абсолютно противопоказанные при онкологической болезни в любой стадии.

В то же время санаторно-курортные факторы, такие как климатоландшафтотерапия, питьевое лечение минеральными водами, индифферентные изотермические ванны, занятия в водоемах и бассейнах, диетотерапия, терренкур в комплексе с необходимым медикаментозным лечением, способствуют улучшению общего состояния больных, восстановлению нарушенных функциональных показателей, повышению работоспособности.

Социальный и профессиональный аспект реабилитации.

Цели:

- нормализация психического статуса
- определение уровня инвалидности и трудоспособности.
- социально-трудовая ориентация.

Нельзя забывать, что мероприятия социального и профессионального аспекта проводятся на фоне противорецидивного, поддерживающего лечения и реабилитационных мероприятий (ЛФК, диетотерапия).

Мероприятия:

1. Поведение медико-социальной экспертизы совместно с онкологом для определения группы инвалидности и степени трудоспособности (рекомендовано переосвидетельствовать 1 раз в год)
2. Психотерапия и психокоррекция.
3. Методы социально-бытовой реабилитации: обеспечение техническими средствами реабилитации.
4. Профессиональное обучение, переподготовка (выбор профессии совместно с онкологом для исключения воздействия проф. вредностей)
5. Восстановительное лечение (протезирование, санаторно-курортное лечение)

ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. Елифанов В.А. Лечебная физическая культура и массаж: учебник / В.А. Елифанов. – 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. — 528 с.: ил.

2. Еремушкин М.А. Основы реабилитации: учебное пособие для студ. учреждений сред. проф. образования / М.А. Еремушкин. – 5-е изд., стер. – М.: Издательский центр «Академия», 2017. – 208 с.

3. Козлова Л.В. Основы реабилитации для медицинских колледжей: учебное пособие/ Л.В. Козлова, С.А. Козлов, Л.А. Семенов; под общей ред. Б.В. Кабарухина.- Изд. 9-е. - Ростов н /Д: Феникс, 2017.- 475с.: ил.

Интернет-ресурсы:

1. Епифанов В.А., Епифанов А.В. Медико-социальная реабилитация пациентов с различной патологией [Электронный ресурс] / В.А. Епифанов, А.В. Епифанов - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - <http://old.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970441541.html>

2. Пузин С.Н., Рычкова М.А. Медико-социальная деятельность [Электронный ресурс] / под ред. С.Н. Пузина, М.А. Рычковой - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - [http://old.medcollegelib.ru/book/ ISBN 9785970441039.html](http://old.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970441039.html)

3. <http://www.consultant.ru/>- нормативные документы;