

**Паліативно-хоспісна
допомога: навчальний
посібник**

У навчальному посібнику висвітлено питання історії розвитку паліативної медицини, особливості надання паліативно-хоспісної допомоги дітям і дорослим з онкологічними захворюваннями, пацієнтам літнього віку.

■ Наведено нормативно-правові акти, що регламентують надання паліативної допомоги. ■ Детально розглянуто розділ з паліативно-хоспісної допомоги стомованим пацієнтам, особливості догляду за ними залежно від розташування стоми та змін у функціонуванні тієї чи іншої системи. ■ Особливу увагу приділено ролі медичної сестри в процесі догляду, її обізнаності щодо психосоціальної підтримки хворих, які потребують паліативно-хоспісної допомоги. ■ Для студентів медичних закладів фахової передвищої та вищої освіти, лікарів-інтернів, сімейних лікарів і лікарів загальної практики.

В.С. ТАРАСЮК, Г.Б. КУЧАНСЬКА

ПАЛІАТИВНО- ХОСПІСНА ДОПОМОГА

Навчальний посібник

Друге видання

ЗАТВЕРДЖЕНО

Міністерством охорони здоров'я України
як навчальний посібник для студентів
медичних закладів фахової передвищої
та вищої освіти, лікарів-інтернів, сімейних
лікарів і лікарів загальної практики

**Київ
ВСВ «Медицина»
2021**

УДК 616-093.75
ББК 53.5я73
Т19

*Затверджено Міністерством охорони здоров'я України
як навчальний посібник для студентів медичних закладів фахової
передвищої та вищої освіти, лікарів-інтернів, сімейних лікарів і лікарів
загальної практики (лист № 08.01-48/902/18770 від 27.06.2013)*

Автори:

В.С. Тарасюк — проф., заслужений лікар України;
Г.Б. Кучанська — викладач вищої категорії, викладач-методист Вінницького
медичного коледжу імені Д.К. Заболотного

Рецензенти:

Б.А. Болюх — д-р мед. наук, проф.;
А.В. Царенко — канд. мед. наук, доц., завуч кафедри паліативної та хоспісної
допомоги НМАПО імені П.Л. Шупика;
В.В. Петрушенко — д-р мед. наук, проф.;
І.Я. Губенко — ректор Черкаської медичної академії, канд. мед. наук, доцент,
академік УАН, заслужений лікар України

Тарасюк В.С.

Т19 Паліативно-хоспісна допомога : навч. посіб. / В.С. Тарасюк,
Г.Б. Кучанська. — 2-е вид. — К. : ВСВ «Медицина», 2021. — 328 с. +
4 с. кольор. вкл.

ISBN 978-617-505-852-7

У навчальному посібнику висвітлено питання історії розвитку паліативної медицини, особливості надання паліативно-хоспісної допомоги дітям і дорослим з онкологічними захворюваннями, пацієнтам літнього віку.

Наведено нормативно-правові акти, що регламентують надання паліативної допомоги.

Детально розглянуто розділ з паліативно-хоспісної допомоги стомованим пацієнтам, особливості догляду за ними залежно від розташування стоми та змін у функціонуванні тієї чи іншої системи.

Особливу увагу приділено ролі медичної сестри в процесі догляду, її обізнаності щодо психосоціальної підтримки хворих, які потребують паліативно-хоспісної допомоги.

Для студентів медичних закладів фахової передвищої та вищої освіти, лікарів-інтернів, сімейних лікарів і лікарів загальної практики.

УДК 616-093.75

ББК 53.5я73

ISBN 978-617-505-852-7

© В.С. Тарасюк, Г.Б. Кучанська, 2015, 2021

© ВСВ «Медицина», оформлення, 2021

ЗМІСТ

Список скорочень	5
Розділ 1. Історія розвитку і сучасний стан паліативної медицини, паліативно-хоспісної допомоги в Україні та за кордоном	7
Принципи діяльності хоспісів на сучасному етапі	19
Нормативно-правові акти паліативно-хоспісної допомоги в Україні	26
Особливості роботи медичної сестри в закладах паліативно-хоспісної допомоги	31
Особливості надання паліативно-хоспісної допомоги дітям з онкологічними захворюваннями	37
Основні правила і стандарти хоспісної опіки дітей з онкологічними захворюваннями	39
Тестові завдання для самоконтролю	47
Розділ 2. Психосоціальна підтримка безнадійно хворих і біомедична етика в паліативній медицині	50
Біоетика в паліативній медицині	57
Право хворого на відмову від лікування	60
Актуальність питання евтаназії в сучасному суспільстві	62
Тестові завдання для самоконтролю	65
Розділ 3. Паліативно-хоспісна допомога онкологічним хворим і пацієнтам з іншою патологією	68
Режим життя онкологічного хворого	72
Харчування онкологічного хворого	73
Лікування злоякісних новоутворень	74
Хіміотерапія	74
Стоми. Догляд за пацієнтами з різними видами стом	91
Особливості догляду за пацієнтами з трахеостомами	93

Особливості догляду за пацієнтами з гастростомами . . .	112
Особливості догляду за пацієнтами зі стомами кишок . . .	116
Особливості догляду за пацієнтами з нефростомами. . .	147
Особливості догляду за пацієнтами з уретерокутанеостомами	149
Особливості догляду за пацієнтами з епіцистостомами . . .	151
Нутритивне харчування пацієнтів, які перебувають у критичних станах.	156
Особливості догляду за пацієнтами із хронічним болем . . .	169
Особливості болю у хворих онкологічного профілю	173
Особливості болю в пацієнтів літнього віку.	175
Особливості догляду за пацієнтами з нетриманням сечі . . .	190
Особливості догляду за пацієнтами з нетриманням калу. . .	205
Особливості догляду за пацієнтами з пролежнями	211
Особливості догляду за пацієнтами з нездатністю до самообслуговування та ризиком падінь	228
Тестові завдання для самоконтролю	249
Розділ 4. Особливості догляду за пацієнтами з резистентними формами туберкульозу	253
Профілактичні заходи в протитуберкульозних закладах . . .	263
Тестові завдання для самоконтролю	268
Розділ 5. Особливості догляду за пацієнтами з ВІЛ / СНІД	271
Тестові завдання для самоконтролю	281
Відповіді до тестових завдань	284
Додатки.	285
Список літератури	319

Розділ 3

ПАЛІАТИВНО-ХОСПІСНА ДОПОМОГА ОНКОЛОГІЧНИМ ХВОРИМ І ПАЦІЄНТАМ З ІНШОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

Система онкологічної допомоги в Україні передбачає певну послідовність. Хворого з підозрою на злоякісну пухлину (клінічна група IA) поетапно обстежують, починаючи від районного спеціаліста і закінчуючи спеціалістами обласного онкологічного диспансеру. Спеціальне лікування (клінічна група II) проводять, як правило, у спеціалізованих закладах: онкологічних диспансерах, онкологічних інститутах чи онкологічних центрах. Моніторинг осіб, які отримали лікування (клінічна група IIБ), здійснює районний онколог. В онкологічних диспансерах функціонують різні спеціалізовані відділення: абдомінальне, проктологічне, патології голови і шиї, хіміотерапевтичне, діагностичне, радіологічне, радіогінекологічне та ін.

Результатом діяльності онкологічної служби, показником її ефективності є кількість хворих, яких було радикально проліковано і які є практично здоровими. Їх спостерігають онкологи в III клінічній групі. У хворих IV клінічної групи здійснюють контроль за фізіологічними випорожненнями як природним шляхом, так і через проти-природні отвори, догляд за виразками і ранами, профілактику і лікування пролежнів тощо.

Психологічна допомога таким хворим надається зусиллями як медичного персоналу, так і спеціально підготовлених психотерапевтів, духовних осіб (священники, монахині). Переважна більшість хворих зі злоякісними пухлинами в IV стадії тривалий час зазнають моральних і фізичних страждань від болю, виснаження та відчуття приреченості. Якщо до цього додати ще наявність великих виразок з розпадом (рак молочної залози), утруднене ковтання (рак стравоходу), наявність рідини в плевральній або черевній порожнинах та інші симптоми, стає зрозумілим велике значення симптоматичного лікування і чуйного ставлення до цієї категорії хворих у хоспісі.

Для хворих із невиліковними пухлинами існує кілька організаційних форм надання ПД: хоспіс-стаціонар, хоспіс удома, відділення паліативної допомоги, лікувально-консультативні центри амбула-

торної допомоги, кабінети протибольової терапії, патронажна служба вдома, клініки болю.

На сьогодні очевидно, що ефективна робота підрозділів системи ПД хворим із поширеними формами злоякісних новоутворень неможлива без підготовки кваліфікованих фахівців у цій галузі.

Найчастіше лікарі стикаються із за давніми пухлинними захворюваннями внутрішніх органів (стравоходу, шлунка, легенів). У цих випадках достовірні дані про поширеність процесу можуть бути отримані тільки після діагностичних операцій. Якщо такі операції виконано у спеціалізованих лікувальних закладах і підкріплено морфологічним дослідженням пухлинної тканини, їх висновки вірогідні. Якщо ж за давніми процесу констатовано тільки на підставі амбулаторного обстеження, навіть високий статус лікувально-діагностичного закладу не завжди гарантує достовірність висновку. Необхідні динамічне спостереження за хворим, повторні кваліфіковані огляди, і лише в разі прогресування хвороби, що не піддається ефективному лікуванню, хворий може бути переведений на паліативне або симптоматичне лікування.

Під час проведення такого лікування важливі всі заходи, спрямовані на подовження життя хворих, на зменшення або ослаблення обтяжливих симптомів, підвищення опірності організму, відновлення порушених обмінних процесів і функцій. Симптоматичне лікування має бути активним і передбачати оперативні, променеві і консервативні методи і догляд.

У 80 % пацієнтів онкологічного профілю пріоритетною проблемою є *втомленість*. Втомленість — це «суб'єктивний синдром у діапазоні від утомленості до виснаження, що заважає людині займатися звичними справами, знижує ЯЖ хворого».

Окрім втоми у таких пацієнтів спостерігають *продовжений стрес*. Також поширеною є астенічна депресія. Ці проблеми часто супроводжують хронічний біль, іпохондричні та фобічні прояви. Стан хворих обтяжується тривалим уживанням психотропних засобів.

Хронічна втома корелює з високими показниками тривожності і депресії, коли тривалий час у хворого може зберігатися клінічна картина депресії як наслідок недуги, що загрожує його життю; інші весь час відчують тривогу з приводу можливого рецидиву.

Тяжкі форми втомленості пов'язані з проблемами концентрації і мотивації, зниження фізичної активності, больових синдромів та емоційних аспектів здоров'я.

Переживання, спричинені втомленістю, включають аспекти соматичні (слабкість у кінцівках, виснаження, втрата апетиту), емоційні (занепокоєння, зниження настрою, фрустрація), психічні (короткий період концентрації уваги, погана здатність до концентрації), функціональні (зниження працездатності, сімейної і соціальної активності). Концентрацію, мотивацію, фізичну активність ніколи не досліджували. Коли втомленість розглядають як індикатор загальної ЯЖ пацієнта, вона є критерієм оцінки ефективності лікувальних програм. Але її важко виміряти.

Кахексія — це прогресуюча втрата маси тіла, яка супроводжується м'язовим виснаженням (мал. 1; див. кольор. вкл.). Вона розвивається переважно у хворих із поширеним пухлинним процесом, частіше при пухлинах травного каналу, раку легенів і підшлункової залози. Причини розвитку кахексії різноманітні, але в більшості випадків вона є проявом паранеопластичних процесів, які супроводжуються глибокими порушеннями метаболізму, або наслідком порушень процесу травлення, зумовлених поширеним пухлинним процесом (анорексія, кишкова непрохідність, блювання, діарея та ін.). Унаслідок кахексії змінюється зовнішній вигляд хворого, що призводить до депресії, відлюдькуватості, відчаю.

У такого контингенту хворих часто спостерігають порушення функціонування травного тракту у вигляді нудоти, блювання, закріпів, діареї, непрохідності кишок, асцити.

Причиною блювання може бути затримка евакуації їжі зі шлунка; вона може супроводжуватися печією, гикавкою, відчуттям переповнення шлунка. Можливі причини блювання — пухлина шлунка або стиснення його прилеглою пухлиною, асцит, збільшення печінки, шлунковий стаз унаслідок вживання лікарських препаратів.

Закреп — тривала затримка випорожнень або утруднене випорожнення кишківника. Закреп можливий при патології кишківника, за наявності пухлини, паралітичної непрохідності кишок, недостатньої рухливості хворого, загальної слабості, у разі застосування опіодів та інших препаратів.

Діарея — збільшена частота випорожнень і розрідження калових мас — виникає через передозування проносного, при непрохідності кишок, коли внаслідок життєдіяльності бактерій відбувається розрідження калових мас.

Асцит — скупчення рідини в черевній порожнині, що зумовлює збільшення живота, відчуття дискомфорту в черевній порожнині, відчуття ситості, які спричиняють розлад травлення, нудоту, блювання, набряки на ногах, задишку.

До порушень функціонування сечової системи належать *нетримання сечі* (мимовільне сечовипускання) унаслідок спазму сечового міхура, сечової нориці, сплутаності свідомості, неадекватного сприйняття дійсності, сонливості; *затримка сечі* унаслідок закрепу, ускладнень неврологічного характеру (компресія спинного мозку), застосування певних препаратів, загальної слабості, сором'язливості, недостатнього усамітнення (у разі перебування в багатомісних палатах).

При змінах з боку дихальної системи можливі задишка, кашель, гикавка.

Задишка є зміною частоти, глибини і ритму дихання. Причинами задишки може бути плевральний випіт, закупорка головного бронха, інфільтрація легені, раковий лімфангіт, здавлення органів середостіння.

Кашель — складний дихальний рефлекс, завдання якого — вивести частинки і надлишок мокротиння з трахеї і великих бронхів.

Гикавка — це патологічний дихальний рефлекс, що характеризується спазмом діафрагми, який призводить до різкого вдиху і швидкого зімкнення голосових складок із характерним звуком. При давнених формах раку більшість випадків гикавки зумовлені розтягуванням шлунка, подразненням діафрагми, токсичними ефектами при уремії, інфекцією, пухлиною ЦНС.

Пролежні — наслідок дистрофічних виразково-некротичних процесів, що виникають в ослаблених хворих, які тривалий час перебувають у ліжку. Крім економічних (прямих медичних і немедичних) витрат, пов'язаних із лікуванням пролежнів, потрібно враховувати і нематеріальні витрати: тяжкі фізичні і моральні страждання пацієнта.

У розпорядженні *паліативної терапії* велика кількість методів, які в різних комбінаціях застосовують у кожному конкретному випадку залежно від потреб хворого. Особливості розвитку захво-

рювання можуть вимагати застосування термінового хірургічного втручання, променевої терапії або хіміотерапії (для зменшення маси пухлини) тощо.

У будь-якому разі при виборі лікування слід керуватися такими міркуваннями:

- лікування має бути спрямоване хоча б на тимчасове, але покращання стану хворого;
- стан хворого дає змогу провести лікування без додаткового ризику;
- побічних ефектів лікування можна уникнути і воно безпечне;
- хворий згоден з планом майбутнього лікування.

Обговорення плану лікування мусить бути колегіальним, усебічним і зваженим, з урахуванням того, що ускладнення і побічні ефекти лікування можуть звести до мінімуму бажаний результат і тільки посилити страждання хворого. Тому в критичних ситуаціях, розглядаючи можливість застосування складних методів лікування за наявності сумнівів у сприятливому завершенні, слід керуватися принципом «не нашкодь» і залишити хворого у спокої, відмовившись від тяжких і даремних спроб продовжити його життя.

Хворий, якщо він дієздатний, має повне право сам вирішувати свою долю і давати згоду на лікування. Навіть, якщо лікар не згодний з його рішенням, він не може робити будь-що всупереч бажанню хворого або його родичів (у тих випадках, коли пацієнт не може прийняти самостійне рішення). При категоричній відмові хворого від лікування обов'язки медичного персоналу залишаються незмінними: усіма можливими методами позбавити хворого страждань і допомогти його родичам.

Режим життя онкологічного хворого

Режим життя онкологічного хворого з поширеними формами пухлинного процесу має передбачати максимально можливу активність. Слід зробити все для того, щоб хворий рухався, вільний час проводив на повітрі, відволікаючись таким чином від думок про хворобу. Потрібно активність чергувати з відпочинком, враховуючи при цьому локалізацію і поширеність пухлинного процесу, наявність супутніх захворювань.

Обов'язково слід провітрювати приміщення, у якому перебуває хворий.

У режим дня входять і гігієнічні заходи: умивання хворого, розчісування, чоловіки повинні бути акуратно поголені. Якщо хворий не в змозі підтримувати власну гігієну, це обов'язково роблять його родичі або медичний персонал, які доглядають за ним. Необхідно доглядати за порожниною рота. Якщо хворий не може чистити зуби, потрібно забезпечити йому можливість полоскати рот із застосуванням антисептичних і дезодоруючих засобів. Періодично, не рідше 1 разу на тиждень та за потреби слід змінювати натільну та постільну білизну.

За наявності виразок, виділень з ураженого органа потрібно акуратно їх обробляти для запобігання посиленню нагноєння пухлини. Догляд за шкірою не обмежується гігієнічними заходами. У лежачих пацієнтів для профілактики пролежнів потрібно вживати всіх необхідних заходів (див. виконання практичної навички «Комплексна профілактика пролежнів»). Ослабленим і нерухомим пацієнтам мають бути забезпечені догляд за шкірою і профілактика утворення пролежнів у місцях випинання кісток.

Харчування онкологічного хворого

У загальному комплексі лікування злоякісних новоутворень важливу роль відіграє правильно організований режим харчування. Воно має бути повноцінним, різноманітним. Немає таких продуктів, які категорично слід заборонити онкологічному хворому. З перших страв рекомендують різні супи (овочеві), молочні страви, з других — яєчний білок, сир, овочево-картопляне пюре, а також гречані, пшеничні і манні каші з рослинною олією і молоком; рекомендують також кефір, кисле молоко, ягідні соки.

Споживати їжу необхідно 5—6 разів на добу. Вона має бути теплою.

Набір продуктів може змінюватися. Це залежить від конкретних обставин. Наприклад, при анемії в меню потрібно включити страви з печінки, м'яса, а також фрукти, ягоди і соки. Їжа має приносити хворим задоволення.

Лікування злоякісних новоутворень

Із симптоматичною метою перспективним є використання променевої терапії як найдоступнішого, високоефективного методу з невисокою вартістю. Перевагу в таких випадках віддають інтенсивнішим і менш тривалим схемам лікування.

Для лікування кісткових метастазів як частої причини болю в онкологічних хворих застосовують нетрадиційні режими фракціонування підвищеними разовими дозами. Вибір методики опромінювання визначається локалізацією патологічного процесу, вираженістю больового синдрому, станом хворого, що дає змогу індивідуалізувати план лікування.

За наявності кахексії інколи проводять хірургічну корекцію. При нудоті та блюванні призначають протиблювотні препарати (метоклопрамід, дексаметазон). З раціону усувають харчові продукти, які спричинюють нудоту і погіршують апетит. Для покращання апетиту пропонують бульйони, гострі страви, інколи — сухе вино, аперитиви або пиво. У деяких випадках призначають кортикостероїди (у невисоких дозах) або анаболічні стероїди (ретаболіл, метандієнон, метандростендіол тощо). Загальним протипоказанням до їх призначення є рак передміхурової і грудної залози у чоловіків. При ферментній недостатності підшлункової залози застосовують ферментні препарати: панкреатин, мезим-форте, фестал, трифермент, дегестал, ензистал, панризинорм, плантекс (у разі посиленого газоутворення). Дієтичне харчування призначають індивідуально. Воно включає висококалорійні і білокумісні продукти, а також вітаміни з урахуванням побажань хворого і його можливостей (зубні протези, зондове харчування та ін.). Посилене харчування має супроводжуватися підвищенням рухливості з метою відновлення м'язової маси. Слід мати на увазі, що парентеральне введення білкових кровозамінників, зокрема альбуміну, може, навпаки, зумовлювати прогресування кахексії.

Хіміотерапія

Хіміотерапія — застосування лікарських засобів синтетичного або природного походження для стійкого незворотного припинення розмноження злоякісних клітин. Хіміотерапія на сьогодні є

основним методом лікування злоякісних пухлин. Її призначають для зменшення маси пухлини при неоперабельній формі, після операції — для запобігання розвитку метастазів (ад'ювантна хіміотерапія) або за наявності метастазів. Останнім часом застосовують хіміотерапію при операбельних пухлинах із подальшим продовженням лікування після операції (неoad'ювантна хіміотерапія).

Окрім цитостатичних препаратів при хіміотерапії призначають ендокринні медикаментозні засоби, які частіше застосовують при гормонально-залежних пухлинах (рак молочної залози, щитоподібної залози, ендометрія, передміхурової залози та ін.).

Протипоказання до проведення хіміотерапії:

- літній і старечий вік;
- тяжкий загальний стан і супутні захворювання, передусім інфекційні (високий ризик проведення цитостатичної терапії);
- психічні хвороби;
- психічна лабільність, негативне ставлення до проведення хіміотерапії.

Потенційні проблеми, пов'язані з хіміотерапією

Хворі, яким призначено хіміотерапію, а також їхні родичі часто цікавляться ускладненнями, які можуть виникнути внаслідок лікування протипухлинними лікарськими препаратами. Зокрема їх цікавить, чи завжди хіміотерапія супроводжується ускладненнями і яка вірогідність їх виникнення. Пацієнта та його родичів слід ознайомити з цією інформацією ще до початку хіміотерапії. Пацієнт може бути неприємно здивований тим, що її проведення пов'язане з низкою ускладнень, зумовлених побічною дією протипухлинних медикаментозних препаратів. Проте слід мати на увазі, що такі ускладнення виникають не в кожного хворого. У більшості пацієнтів хіміотерапія супроводжується лише незначними ускладненнями, а в багатьох вони не виникають зовсім. Який саме побічний ефект може виникнути під час лікування конкретного пацієнта і яка може бути його вираженість, значною мірою залежить від того, які протипухлинні засоби будуть застосовані і якою буде реакція його організму на лікування. Хворий повинен обов'язково запитати лікаря про те, які ускладнення хіміотерапії найвірогідніші в його випадку, яка може бути їх три-

валість, наскільки вони небезпечні і що може вчинити лікар, щоб максимально зменшити прояви таких ускладнень. Більшість проявів побічних ефектів хіміотерапії можна успішно подолати.

Деякі хворі висловлюють незадоволеність у зв'язку із тим, що хіміотерапія триває дуже довго і супроводжується низкою ускладнень. У деяких випадках лікар може змінити схему застосування призначених раніше хіміотерапевтичних засобів або замінити одні протипухлинні препарати на інші. Медична сестра допоможе пацієнту зменшити вираженість проявів побічної дії лікування (табл. 1).

Таблиця 1

План догляду в разі розвитку ускладнень, пов'язаних із хіміотерапією (результати реєструють у протоколі до плану догляду)

Проблема	Медсестринські втручання, рекомендації пацієнту
<p>Нудота і блювання. У різних хворих вираженість такої реакції на хіміотерапію неоднакова і значною мірою залежить від того, які саме протипухлинні препарати застосовують у конкретному випадку. У багатьох хворих нудота і блювання взагалі не виникають, інші скаржаться на тривалу помірну нудоту, а деякі відзначають сильну нудоту, що виникає впродовж короткого періоду як під час хіміотерапії, так і після її завершення. Нудота, а іноді і блювання можуть виникати безпосередньо після введення протипухлинних засобів або через кілька годин. Бувають випадки, коли нудота турбує хворих протягом кількох днів.</p>	<p>Під час кожного споживання їжі (4—5 разів на день) пацієнт повинен їсти небагато, щоб не виникало відчуття переповнення шлунка.</p> <p>Слід намагатися їсти повільно, споживати тільки м'яку їжу, рідину вживати невеликими ковтками.</p> <p>Уникати в раціоні солодкої, жирної, гострої або надто солоної їжі.</p> <p>Їжа має бути кімнатної температури.</p> <p>Хворий повинен ретельно прожовувати їжу для поліпшення травлення.</p> <p>Слід дотримувати гігієни порожнини рота.</p> <p>Якщо нудота турбує вранці, то ще до того, як встати з ліжка, слід з'їсти небагато печива, грінок або кукурудзяних паличок (не потрібно цього робити за наявності ушкоджень слизової оболонки порожнини рота і сухості в роті).</p> <p>У разі сильної нудоти слід випити прохолодний освітлений фруктовий сік, що не містить цукор (наприклад яблучний або виноградний).</p> <p>Іноді можна посмоктати кубик льоду або кислі льодяники.</p>

Продовження табл. 1

	<p>Ротову порожнину потрібно полоскати водою з додаванням лимонного соку, проте уникати всього кислого в тому випадку, якщо виникли ушкодження слизової оболонки ротової порожнини.</p> <p>Уникати сторонніх запахів, що зазвичай супроводжують процес приготування їжі, тютюнового диму, запаху парфумів, намагатися самому не готувати їжу, а якщо це неможливо, то, знаючи про те, у який день має відбутися чергове введення протипухлинних препаратів, приготувати її заздалегідь.</p> <p>Після їди не лягати одразу в ліжку, а посидіти в кріслі не менше 2 год. У період найсильнішої нудоти намагатися заснути.</p> <p>Під час виникнення нудоти слід дихати повільно, зробити кілька глибоких вдихів. Одяг хворого має бути вільним.</p> <p>Потрібно прагнути уникати неприємних відчуттів, спілкуватися з друзями, слухати музику, дивитися телевізор, читати.</p> <p>Упродовж 1—2 год до і після введення протипухлинних препаратів уникати споживання їжі і рідини. У разі виникнення нудоти або блювання, особливо впродовж 24—48 год після чергового введення протипухлинних препаратів, не соромитися звернутися до лікаря і виконувати його рекомендації.</p>
<p>Облисіння (алопеція) — досить частий прояв побічної дії хіміотерапії, проте в багатьох хворих облисіння може взагалі не виникнути. У деяких випадках може зменшитися густота волоссяного покриву, а в інших — відбутися повна втрата волосся.</p>	<p>З'ясувати в лікаря, яка вірогідність облисіння, оскільки інтенсивність випадіння волосся безпосередньо пов'язана з тим, які саме протипухлинні медикаментозні препарати застосовуватимуться.</p> <p>Під час догляду за волоссям у період хіміотерапії корисно дотримувати таких рекомендацій:</p> <ul style="list-style-type: none"> • користуватися шампунем для сухого і ушкодженого волосся; • розчісуватися м'якою щіткою;

Продовження табл. 1

<p>Проте після завершення хіміотерапії волоссяний покрив, як правило, повністю відновлюється. У багатьох хворих його відновлення може розпочатися і під час хіміотерапії. Волосся, що знову відросло, набуває інших кольору і структури. Втрата волосся відбувається не тільки на голові, а й на інших ділянках тіла (на обличчі, руках, ногах, під пахвами, на лобку). Волосся рідко починає випадати одразу після першого циклу хіміотерапії. Зазвичай це відбувається після кількох циклів. Волосся може випадати як окремими волосинами, так і цілими пасмами. Те, що залишилося, стає тьмяним і сухим.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • при висушуванні волосся застосовувати тільки помірне тепло; • не використовувати бігуді і щипці для укладання волосся; • не робити хімічну завивку; • стригтися коротко (коротка стрижка може приховати недостатню густоту волоссяного покриву та полегшить догляд за волоссям); • якщо волосся залишилося мало, то слід захистити його від дії прямого сонячного випромінювання головним убором; • при повному або частковому облісінні користуватися перуками (деякі чоловіки вважають за краще носити головний убір або ходять з непокритою головою; у таких випадках не можна давати загальні рекомендації, оскільки багато залежить від того, наскільки комфортно пацієнт себе відчуває в новому «образі» і як до цього ставляться його родичі. Якщо пацієнт планує користуватися перукою, то краще починати звикати до неї поступово, коли волосся тільки починає випадати). <p>Психологічна підтримка хворого з боку лікаря, родичів і друзів.</p>
<p>Загальна слабкість і підвищена втомлюваність, запаморочення. Хіміотерапія призводить до порушення функції кісткового мозку — основного кровотворного органа. Це проявляється зменшенням кількості еритроцитів. В еритроцитах міститься гемоглобін, який легко з'єднується із киснем, переносить його з легенів до різних органів і тканин організму.</p>	<p>Повідомити лікаря про те, що в процесі хіміотерапії виникли симптоми анемії.</p> <p>Збільшити тривалість нічного сну.</p> <p>Збільшити час денного відпочинку.</p> <p>Обмежити повсякденну активність пацієнта, він повинен робити тільки те, що у край необхідне саме в цей момент.</p> <p>Просити допомоги по господарству, догляду за дітьми у родичів і друзів.</p> <p>Потрібно збалансувати раціон харчування. Щоб уникнути запаморочення, з положення сидячи або лежачи підійматися повільно.</p> <p>Виконувати всі призначення лікаря.</p>

ridmi
ТВІЙ УЛЮБЛЕНИЙ КНИЖКОВИЙ

КУПИТИ