

# СЕСТРИНСКАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ С ОНКОГЕМАТОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

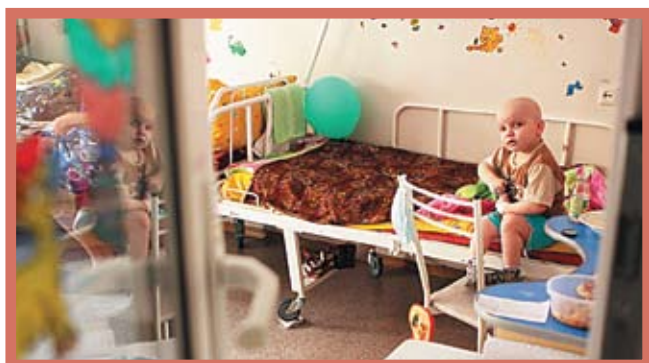
**К.И.Григорьев, профессор**

Российский государственный медицинский университет им. Н.И.Пирогова

**E-mail:** k-i-grigoryev@yandex.ru

**Представлены основные этапы обследования и оказания медицинской помощи детям с онкогематологическими заболеваниями. Показана роль медсестры в процессе их лечения и реабилитации.**

**Ключевые слова:** онкозаболевания, синдромы, этапы лечения, сестринская помощь.



Ежегодно примерно 4,5 тыс. детей и подростков в России заболевают раком крови и другими онкологическими болезнями. Это – не только медицинская, но и большая государственная проблема. В Москве в этом году на базе Республиканской детской больницы был открыт новый клинический институт – Детской гематологии и онкологии. Однако так и не решены полностью задачи квотирования, да и финансовое обеспечение квот лишь частично покрывает необходимые затраты на лечение этой тяжелой категории больных детей. Если бы высокотехнологичная помощь была доступна всем, вылечить можно было бы до 80% заболевших детей. Даже трансплантация костного мозга до сих пор не включена в перечень методов терапии, утвержденный Минздравсоцразвития Российской Федерации, хотя ее давно успешно применяют в отечественных клиниках.

Острейшая проблема — нехватка мест в медицинских центрах, где детям могут оказать квали-

фицированную высокотехнологичную медицинскую помощь. Дети страдают от отсутствия современных лекарств, которые доступны в других странах мира, но не зарегистрированы в России. Существуют так называемые жизнеспасающие лекарства, но при централизованной поставке чиновники требуют закупать более дешевые дженерики. Вроде бы это – то же самое, однако большинство из них не прошло клинических испытаний. У детей после их применения наблюдаются тяжелые осложнения – нейропатии, кишечные боли. Требуют решения и проблемы подготовки кадров, прежде всего – медсестер для работы в детской онкогематологии.

Опухолевые заболевания часто требуют длительного лечения и имеют непредсказуемый прогноз. Медсестры, участвующие в лечении онкогематологических больных, находятся в особых условиях, причем данное положение касается не только детей, но и взрослых. Когда течение злокачественного процесса – сверхтяжелое, родственникам больного ребенка тоже требуются помощь и поддержка.

От постовой медсестры во многом зависят взаимоотношения родителей малыша с другим медицинским персоналом, их настроение, благоприятный фон во время обследования и лечения, психологическая атмосфера, которая окружает ребенка. «Именно медсестры нередко вносят в нее дух оптимизма и надежды, спасают больного и его семью от паники, депрессии, ощущения обреченности» (Дурнов Л.А., 2004).

Важен единый подход к оказанию медицинской помощи детям с онкогематологическими заболеваниями (ОГЗ). Успех, качество жизни, увеличение выживаемости больных, затраты на лечение во многом определяются сроками диагностики и начала лечения больного ребенка. Медицина в лице медицинских работников первичного звена должна быть нацелена на раннее выявление ОГЗ.

Алгоритм обследования детей с подозрением на ОГЗ:

- сбор анамнеза;
- детализация жалоб;
- изучение наследственного анамнеза;
- осмотр с онкологической настороженностью;
- своевременное направление к детскому гематологу/онкологу.

Оптимальная позиция на амбулаторно-поликлиническом этапе диагностики ОГЗ – онкологическая настороженность, предполагающая активный поиск без длительного динамического наблюдения.

Онкогематологический синдромокомплекс представлен следующими вариантами: анемический, геморрагический синдромы, болевой син-

дром (боли в костях и др.), симптомы интоксикации, похудение, изменения в поведении ребенка, наличие образований неясного генеза, отягощенный наследственный анамнез по онкологическим заболеваниям. Данный «классический» комплекс симптомов/синдромов указывает на высокую вероятность наличия у ребенка заболеваний органов кроветворения, свертывающей системы и злокачественного новообразования, что требует специального обследования.

Первичное обследование ребенка перед направлением к детскому гематологу/онкологу:

- общеклинические анализы крови и мочи;
- рентгенограмма органов грудной клетки;
- УЗИ внутренних органов и лимфатических узлов.

Диагностика болезней крови, лимфатической системы и солидных опухолей проводится в специализированных центрах, имеющих, помимо квалифицированных врачебно-сестринских кадров, диагностические лаборатории: для оценки мазков, цитохимических параметров, иммунофенотипирования костного мозга, цитогенетического, молекулярно-генетического и иммунологического обследования, исследования спинномозговой жидкости, проведения бактериологического контроля, ПЦР-диагностики инфекций и др. Важную роль в своевременном определении стадии заболевания, выявлении и контроле осложнений у больных детей играют отделения лучевой (включает весь необходимый спектр УЗИ диагностики) и функциональной диагностики.

Значимый момент работы — разъяснение родителям сущности диагностических и лечебных процедур. Так, говоря о костномозговой пункции, можно пояснить, что внутри крупных костей имеется желеподобное вещество или костный мозг, в котором вырабатываются клетки крови. При некоторых видах опухолевых заболеваний клетки белой крови бесконтрольно размножаются, теряют свои защитные свойства. Пункция костного мозга специальной иглой позволяет оценить его состояние. Эта процедура болезненная, поэтому проводится, как правило, под местным обезболиванием и т.д.

Медсестра много времени проводит у постели больного, она раньше, чем врач, может обнаружить новые симптомы, изменения в его состоянии. Нередко она выполняет манипуляции первой доврачебной помощи, особенно при возникновении острых кровотечений.

В стационаре проводят комплексное обследование и основные этапы терапии, включая хирургическую и лучевую. Один из современных принципов лечения ОГЗ у детей – максимальное сокращение времени, проводимого ребенком в стационаре.

Уход за детьми с лейкозом в период цитопени и при развитии осложнений предусматривает постельный режим. Ребенку назначают диету № 5 с ограничением животных жиров, сладостей; применяют продукты, обладающие свойствами неспецифических сорбентов.

Программы медикаментозного лечения острого лейкоза в виде полихимиотерапии независимо от варианта заболевания проводятся в детских гематологических отделениях и включают в себя несколько этапов-протоколов: индукция ремиссии (протокол 1), консолидация (протокол М), ранняя интенсификация (протокол 2), краниальное облучение (профилактика поражения центральной нервной системы) и поддерживающая терапия. Общая длительность лечения — 24 мес. Цель полихимиотерапии — уничтожение опухолевого клона лейкозных клеток. Доказанным методом лечения, способным привести к выздоровлению больного острым лейкозом, считают трансплантацию гемопоэтических стволовых клеток, которую проводят в период первой клинико-гематологической ремиссии.

*Сопроводительная терапия* позволяет свести риск угрожающих жизни осложнений к минимуму. Ее основа — выполнение санитарно-гигиенических требований (ежедневная смена белья, гигиенические ванны, дезинфекция рук персонала, двухразовый ежедневный душ для лиц, ухаживающих за ребенком, минимум контактов с окружающими). Важно сохранение целостности кожного и слизистого барьеров: зубы чистят мягкими зубными щетками; полощут рот 0,05% водным раствором хлоргексидина, отваром ромашки и др.; следят за целостностью ногтей, повреждения обрабатывают растворами антисептиков. Контролируют стул, при необходимости применяют неферментируемые углеводы и мягкие слабительные — подсолнечное или касторовое масла (запоры чреваты образованием трещин с переходом в парапроктит); после дефекации обязательны туалет промежности — подмывание, смазывание антибиотикоантимикотическими мазями (гентамициновая + нистатиновая/полимиксиновая + амфотерициновая).

Для своевременного выявления осложнений (инфекционных, токсических) ведут контроль за температурой тела, пульсом, артериальным давлением, ЭКГ, биохимическими показателями крови, коагулограммой, содержанием антител к цитомегаловирусу, при наличии лихорадки — за гемокультурой.

Профилактика инфекционных осложнений заключается в селективной деконтаминации желудочно-кишечного тракта неадсорбируемыми антибиотиками, например полимиксином или нистатином. С 36-го дня 1-го протокола проводят профилактику пневмоцистной пневмонии бисептолом.

Эмпирическая парентеральная антибактериальная терапия носит обязательный характер из-за увеличения роли грамотрицательных бактерий в этиологии инфекционных осложнений и поликлональности возбудителей у больных гемобластомами.

Использование *протоколов противоопухолевого лечения* позволяет стандартизировать процесс лечения при конкретной нозологической форме в зависимости от распространенности (стадии) патологического процесса, состояния организма ребенка и т.д. Появление в 1990 г. протокола лечения острого лимфобластного лейкоза у детей (BFM-90) дало возможность увеличить 5-летнюю выживаемость больных с 4–5 до 75–80%.

При нефробластоме все больные стали получать предоперационную полихимиотерапию (винкристин, дактиномицин, циклофосфан и адриабластин в различных сочетаниях), что снизило количество расширенных (комбинированных) операций, улучшило послеоперационное течение. В течение уже 20 лет активно применяется адьювантная (послеоперационная) химиотерапия, которая проводится детям в течение 2 лет. При отсутствии эффекта от химиотерапии в предоперационном периоде осуществляют замену химиопрепаратов и их комбинаций.

### **Побочные эффекты и осложнения полихимиотерапии**

1. В ответ на применение L-аспарагиназы возникает панкреатопатия; реакцией на метотрексат, L-аспарагиназу и др. могут быть токсические гепатиты, на L-аспарагиназу — аллергия; на циклофосфан, цитозар, адриамицин, метотрексат и др. — рвота; на циклофосфан — геморрагический цистит, на метотрексат, винкристин и др. — поражение кожи и слизистых оболочек. Отмечают также нейротоксичность L-аспарагиназы, винкристиновую нейропатию, экзогенный гиперкортицизм и гипергликемию в ответ на применение глюкокортикоидов, антрациклиновую кардиопатию, постлучевую энцефалопатию, цитопению при использовании рекомбинантных гемопоэтических факторов роста и др.

2. При применении винкристина часто возникают запоры. Поэтому за день до введения препарата и в течение недели после него рекомендуется употребление большого количества жидкости, соков, фруктов, овощей, зерновых продуктов грубого помола (овсянка). Введение винкристина может сопровождаться слабостью и болями в мышцах, нарушением сгибания коленных суставов, отвисанием стоп, затруднениями при ходьбе по лестнице. В этих случаях помогают согревающие местные компрессы. Надо убеждать ребенка в том, что это — временные явления.

3. При попадании раствора противоопухолевого препарата под кожу во время внутривенного введения возможно повреждение тканей. Помогают холод или согревающие процедуры плюс широко применяются лазеро- и магнитотерапия в ранние сроки.

4. Дексаметазон и преднизолон могут вызвать изжогу и боль в области эпигастрия. Чтобы предупредить эти явления, их надо принимать после еды. Прием гормональных средств может привести к увеличению массы тела и повышению артериального давления. Рекомендуется ограничить потребление жирной пищи и поваренной соли.

5. Лечение винкристином, циклофосфаном и другими подобными препаратами приводит к выпадению волос. После окончания лечения рост волос восстанавливается. Следует учесть, что особенно тяжело выпадение волос переносят подростки, их лучше заранее предупредить. Рекомендуется носить парик, некоторым детям можно посоветовать воспользоваться шапочкой, косынкой и т. п.

6. Ожидаемый побочный эффект химиотерапии – угнетение кроветворения, проявляющееся снижением лейкоцитов, тромбоцитов, эритроцитов и уровня гемоглобина. В некоторых случаях снижают дозу препарата и даже прекращают лечение. При уменьшении количества лейкоцитов снижается способность организма противостоять возбудителям инфекций, поэтому рекомендуется избегать контактов (пребывание в метро, кинотеатре, магазинах и т.д.), общения с больными простудными заболеваниями и другими инфекциями, посещения бассейна, занятий контактными видами спорта.

7. Стоматит чаще возникает при применении метотрексата; это временное осложнение причиняет много неприятностей, затруднен прием пищи и воды. Рекомендуют каждые 2—3 ч полоскать полость рта растворами перманганата калия, риванола, масла чайного дерева. В таких ситуациях назначают лазер.

8. Возможны изменения вкуса, металлический привкус во рту во время внутривенного введения химиопрепаратов, повышение чувствительности к определенным запахам. Неприятные запахи можно устранить с помощью одеколона или дезодоранта. При изменении вкуса целесообразно пользоваться жевательной резинкой.

9. При отказе от еды ребенку следует предлагать любимые блюда и давать их малыми порциями. Можно разрешить больному смотреть телевизор во время еды. Необходимо помнить, что это – ожидаемый эффект, напрямую связанный с лечением. Важно, чтобы больной получал достаточное количество жидкости. Не следует конфликтовать с ребенком, лучше ждать, когда у него появится аппетит.

10. Клинические симптомокомплексы, связанные с интенсивной терапией:

- «синдром лизиса опухоли» – развивается при стартовой терапии: гиперурикемия, гиперкалиемика, гиперфосфатемия, гиперкальциемия, пиелонефрит в результате кристаллизации мочевой кислоты, ксантина и фосфатов в почечных канальцах, собирательных трубочках;
- инфекционные осложнения – могут развиваться на любом этапе терапии, наиболее опасны в периоды агранулоцитоза.

Помимо базовых методов лечения (хирургического, лучевого и лекарственного), активно внедряются новые медицинские технологии: гипертермия, иммунотерапия, радиохирургия, трансплантация костного мозга и периферических стволовых клеток.

Достижения химио- и лучевой терапии, совершенствование хирургических методов лечения позволяют пересмотреть целый ряд прежних принципов онкопедиатрии. Одно из относительно новых и, безусловно, перспективных направлений детской онкологии – разработка методов органосохраняющего лечения. Сегодня, прежде всего в НИИ детской онкологии, накоплен опыт органосохраняющего лечения больных с костными саркомами (остеогенная и саркома Юинга), нефробластомами, ретинобластомами, саркомами мягких тканей.

Так, при остеогенной саркоме имеется возможность не только вылечить ребенка, но и сохранить ему конечность, пораженную опухолью. Больному проводится комплексное лечение, составными компонентами которого являются полихимиотерапия до и после операции, лучевое лечение и операция – удаление пораженной части кости с замещением дефекта эндопротезом. При необходимости может быть удален, а затем протезирован и целый сустав.

### **Помощь при кровотечениях**

У детей с ОГЗ часто возникают эпизоды кровоточивости, требующие ургентной помощи. При появлении у ребенка кровотечения любой локализации медсестра должна вызвать врача и оказать доврачебную помощь.

Вне зависимости от причин кровоточивости больные дети должны находиться на строгом постельном режиме и быть под постоянным контролем медсестры. В отделении, где находятся дети с повышенной кровоточивостью, постоянно контролируется профилактика травматизма.

*Носовое кровотечение* может быть незначительным (в виде примеси крови к слизистым выделениям) или профузным (когда кровь поступает не только наружу, но и внутрь — в глотку и полость рта).

Ребенка успокаивают, усаживают или придают полусидячее положение с запрокинутой головой. На переносицу кладут лед или марлю, смоченную в холодной воде. В большинстве случаев носовое кровотечение останавливается самопроизвольно или после введения в носовой ход ватки, смоченной перекисью водорода. Продолжающееся носовое кровотечение можно остановить сильным прижатием крыльев носа к носовой перегородке в течение 2–3 мин и более. Ребенок дышит через рот. Кровь, попавшую в рот, следует сплевывать. В 90% случаев кровотечение обусловлено повреждением сосудов переднего отдела перегородки носа.

В случае отсутствия эффекта от принятых мер при продолжающемся носовом кровотечении проводят тампонаду носа — переднюю или заднюю (врачебная процедура, которую обычно осуществляет ЛОР-специалист). Техника передней тампонады: вставляют марлевые турунды длиной до 50 см (вставляется необходимая длина, остальное обрезается), пропитанные 3% раствором перекиси водорода, вазелиновым маслом или кровоостанавливающими средствами (раствором тромбина, гемофибрина). Для тампонады требуется 2–3 турунды. Вместо марлевых турунд можно вводить в полость носа сухой тромбин, кровоостанавливающую губку, фибриновую пленку. На затылок кладут лед. Одновременно внутрь по показаниям назначают 5% раствор аминокaproновой кислоты, дицинон, витамины С, К. Тампон может находиться в носу не более 36–48 ч. Перед удалением тампона его необходимо тщательно отмочить перекисью водорода. После удаления тампона в нос закапывают масло (облепиховое, персиковое, оливковое).

*Кровотечение из полости рта.* При массивном кровотечении, например вследствие повреждения артерий или крупных вен, кровотечение приобретает безостановочный характер. Такое кровотечение опасно осложнениями — асфиксией, массивной кровопотерей. Больного необходимо положить лицом вниз либо на бок. Полость рта освобождают от крови или кровяных сгустков и внимательно осматривают. При кровотечении из альвеолы (лунки) удаленного зуба на нее накладывают тампон и просят больного ребенка плотно зажать его зубами. Для тампонады лунки удаленного зуба используют марлевые турунды, смоченные 3% раствором перекиси водорода, или гемостатические губки. Перед едой тампон удаляют, ребенок получает пищу в холодном, полужидком и протертом виде.

*Кровотечение из слухового прохода.* Марлю, сложенную в виде конуса или воронки, вводят в ухо. На ухо накладывают нетугую марлевую повязку.

*Желудочно-кишечное кровотечение.* Признаками кровотечения являются рвота и стул с примесью

крови. Во всех случаях кровотечения из желудочно-кишечного тракта ребенку необходим покой — он должен лежать, так как даже небольшое кровотечение представляет опасность. Следует обеспечить абсолютный покой; ребенку не разрешают подниматься с постели. На верхнюю половину живота кладут пузырь со льдом. Вызывают врача.

В первые часы после кровотечения следует воздержаться от приема пищи, иногда дают глотать мелкие кусочки чистого льда. Осуществляется строгий индивидуальный уход. Медсестра следит, чтобы ребенок при отправлениях использовал мочеуприемник и подкладное судно.

При продолжающемся кровотечении решается вопрос о выполнении кровотопера (изотонический раствор хлорида натрия) + гемостатические препараты (ε-аминокапроновая кислота, глюконат кальция, дицинон); с целью купирования кровотечения из вен пищевода вводят зонд Блекмора (зонд имеет 2 манжеты для фиксации в желудке и сдавления вен в пищеводе) и т.д.

*Маточные кровотечения.* Причины маточных кровотечений пубертатного периода чрезвычайно разнообразны. Основанием для госпитализации являются жалобы на длительные и умеренные кровяные выделения продолжительностью свыше 7 дней, обильные кровотечения, сопровождающиеся слабостью и головокружением. При маточных кровотечениях необходимо строгое соблюдение постельного режима. При обильном кровотечении на нижнюю половину живота кладут 1 или 2 пузыря со льдом. Медсестра следит за состоянием прокладок, меняет их, если они обильно смочены. Для установления объема кровопотери прокладки в течение суток несколько раз взвешивают, чтобы определить разницу между сухой и промокшей прокладкой. Девочку следует подмывать 2–3 раза в день. С целью остановки кровотечения назначают симптоматическую гемостатическую терапию: средства, сокращающие матку (окситацин), кровоостанавливающие средства, по показаниям — препараты железа, аскорутин и другие витамины (группы В, кокарбоксилаза), трансфузионную терапию. При признаках гиперплазии эндометрия показан гормональный гемостаз комбинированными эстроген-гестагенными препаратами (марвелон, регулон и др.).

#### **Уход за больным с ОГЗ в домашних условиях**

Согласно стандартам лечения, в рамках диспансерного наблюдения ведется специальный регистр (учет) детей с выявленными злокачественными новообразованиями (в настоящее время — неполный), предусматривается поддерживающая химиотерапия при острых и хронических лейкозах и некоторых формах неходжкинских лимфом.

Поддерживающая терапия протокола острых лейкозов продолжается 75 нед, общая длительность лечения – до 2 лет.

Рекомендации детского онколога/гематолога, контроль за лечебными и диагностическими мероприятиями в период поддерживающей терапии выполняют участковые врач-педиатр и медсестра. Обеспечение пациентов с ОГЗ препаратами поддерживающей и сопроводительной терапии находится в зоне ответственности врача-педиатра. Особое значение имеет своевременность установления инвалидности больному ребенку и соответственно – получения им государственных гарантий и льгот.

*Рекомендации родителям:*

- организация и соблюдение режима дня и питания;
- предупреждение переохлаждения ребенка и ограничение пребывания на солнце;
- комфортная психологическая установка (посещение психолога), отсутствие стрессовых ситуаций в семье;
- регулярное выполнение всех лечебных назначений в период реабилитационной терапии плюс реабилитация в условиях санатория местного значения и в специализированном санатории «Русское поле».

Во время поддерживающей терапии проводится мониторинг лабораторных показателей: клинический анализ крови у детей и подростков – не реже 1 раза в неделю (опасность нейтропении). Нейтропения потребует подбора адекватной антибактериальной терапии. Исследование кала на дисбактериоз и копрологическое исследование проводят 1 раз в 6 мес на 1-м году, затем – по показаниям, рентгенографию органов грудной клетки на этапе поддерживающей терапии – ежегодно, затем – по показаниям, реакцию Манту – 1 раз в год. Смежные специалисты консультируют в зависимости от выявленных отклонений в состоянии здоровья пациента.

**Диспансерное наблюдение** сохраняется до перевода детей во взрослую сеть. Диспансерное наблюдение за детьми, перенесшими злокачественное новообразование, ведет гематолог в течение 5 лет после достижения клинико-гематологической ремиссии, педиатр – до 17–18-летнего возраста. При снижении количества лейкоцитов в периферической крови до уровня  $< 2 \cdot 10^9/\text{л}$  показана повторная госпитализация в специализированное отделение.

**Восстановительное лечение** у детей с ОГЗ предусматривает ЛФК с элементами кондуктивной педагогики и игротерапии, фитотерапию, психотерапию с психокоррекцией, пальчиковую гимнастику, массаж, ароматерапию, БОС-терапию, рефлексотерапию, арттерапию и др. Лечебные процедуры организуются в спокойной и доброже-

лательной обстановке, в присутствии родителей. В кабинете сенсорной терапии проходят сеансы, направленные на снятие у детей мышечного и психоэмоционального напряжения, стимуляцию ослабленных сенсорных функций и коррекцию эмоционально-волевых нарушений. Во время игровых занятий у больных детей зарождается мотивация к социальной адаптации, проявляются стимулы к выздоровлению.

Один из важнейших элементов сопроводительной терапии – профилактика инфекционных осложнений, включая вакцинацию. Дети, страдающие ОГЗ, относятся к группе иммунокомпрометированных больных, имеющих риск развития фульминантного сепсиса, вызванного инкапсулированными бактериями, преимущественно *S. pneumoniae*, *H. influenzae*, *N. meningitides*. Живые вакцины лицам, получающим химиотерапию, противопоказаны. Возможно введение инактивированных вакцин на этапе противоопухолевой терапии (вопрос решается иммунологом), хотя ввиду возможности развития неадекватного иммунного ответа их использование обычно откладывают до завершения программы химиотерапии.

### Примерный план восстановительных и реабилитационных мер у детей с ОГЗ

Направление	Алгоритм действий
Медицинская реабилитация	Физические методы: ЛФК, БОС, трудотерапия, ароматерапия и др. Медикаментозная терапия: глутаминовая кислота, антиоксиданты (витамины А, Е, С); мембраностабилизаторы (рибофлавин, липоевая кислота, пангамат Са); холеретики и холекинетики (хофитол и др.); по показаниям – ферментные и биологические препараты (панкреатин, линекс и др.), пре- и пробиотики
Психологическая реабилитация	Наблюдение психолога, учеба на дому, положительная психологическая установка на выздоровление
Социальная реабилитация	Наличие индивидуального плана медико-социальной реабилитации ребенка, перенесшего ОГЗ, профориентация

*Порядок допуска детей, перенесших ОГЗ, в организованные коллективы.* Ответ совместно дают педиатр с детским онкологом/гематологом. Не следует торопиться и форсировать события. При отсутствии противопоказаний, связанных с проведением химиотерапии, порядок и требования к оформлению таких детей в детские дошкольные учреждения те же, что и у здоровых. Что касается детей школьного возраста, то во время лечения в стационаре они

могут продолжать школьные занятия с помощью приходящих в стационар педагогов. После завершения программы интенсивной химиотерапии, на этапе поддерживающей химиотерапии (при необходимости – даже после завершения поддерживающей химиотерапии в 1-й год) дети обучаются по индивидуальной программе в домашних условиях. Однако, при хорошем самочувствии, удовлетворительных анализах крови они могут посещать основные занятия в школе даже в период поддерживающей терапии.

### **Паллиативная помощь**

Когда медицина бессильна, возникает вопрос, как ребенок проживет тот отрезок времени, который ему отпущен, — это важный гуманитарный вопрос. До сих пор в стране отсутствует юридическое понятие «паллиативная помощь» (ПП) и соответственно – нет системы подготовки медицинских кадров и такой специальности. К сожалению, Минздравсоцразвития лишь приступил к работе над проектом «Порядок оказания паллиативной помощи детям», в котором будут определены виды учреждений, оказывающих ПП, перечень показаний к такой помощи, материально-техническое оснащение отделений ПП, штатное расписание и т.д. Только 22 октября 2009 г. в Министерстве прошло первое крупное совещание по вопросам организации ПП детям с участием представителей ведомственных научно-исследовательских медицинских учреждений, а также руководителей отделений ПП детям. Удивительные темпы для XXI века!

Цель паллиативной терапии – улучшение качества жизни неизлечимо больных. Создаются возможности для такого больного и его семьи жить, насколько это возможно, полноценной жизнью, регулировать процесс снятия боли, удовлетворять нужды детей с ограниченными возможностями, а также нужды их семей.

Каждый 2-й больной с вновь выявленным ОГЗ начинает специфическую терапию, имея генерализованные (III–IV стадии) проявления опухолевого процесса. При этом около 1/3 заболевших по разным причинам не могут быть излечены, и все они нуждаются в ПП.

В России открыто несколько отделений ПП детям, детские хосписы в Ижевске, Санкт-Петербурге, Москве. Потребности в ПП детям на федеральном и региональном уровнях явно недооценены. Обычно инкурабельных больных из специализированных онкогематологических отделений выписывают домой. В случае необходимости такие больные, нуждающиеся в симптоматической терапии, могут быть госпитализированы в педиатрические стационары по месту жительства.

Вопросы разработки системы ПП чрезвычайно сложны. Основная задача медицинских работников, курирующих такого ребенка, – обеспечение жизнедеятельности, включая обезболивание с применением ненаркотических и наркотических анальгетиков, противомикробную терапию, в ряде случаев – нутритивную поддержку.

Одна из первоочередных и самых больших проблем, требующих осмысления, имеет психологическую природу и затрагивает не только интересы больного и его близких, но и персонал онкологических отделений. Это – информирование больного (ребенка или взрослого) и его родственников, в первую очередь – родителей, о нарастании необратимых изменений в организме, вызванных генерализацией опухолевого процесса, и необходимости в связи с этим прекращения противоопухолевой специальной терапии.

Другой сложный вопрос, затрудняющий оптимальную ПП, – уровень личных страданий, испытываемых медицинскими работниками, когда ребенок умирает. Выраженность чувства страха, тревоги, вины и боли не одинакова при уходе за смертельно больным ребенком и умирающим взрослым. Усугубляет проблему дефицит знаний и ресурсов, характерный при лечении детей. Как показывает опыт, страдания медицинского персонала, ухаживающего за умирающим ребенком, еще тяжелее, когда это – медицинские работники, не специализировавшиеся в педиатрии.

Чтобы паллиативная терапия была эффективной необходимо формировать бригады профессионалов (психолог, социальный работник, педиатр, а при наличии показаний – и онколог) с включением в них волонтеров для помощи семье. Важную роль в этих бригадах могли бы играть медсестры особой квалификации, получившие подготовку по социологии, основам социальной работы, психологии, биоэтике, курсу паллиативной терапии.

Согласно определению ВОЗ (2002), «Паллиативная помощь детям – это активная, всесторонняя забота о теле ребенка, его психике и душе, а также поддержка членов его семьи. Она начинается с момента установления диагноза и продолжается в течение всего периода заболевания, в том числе на фоне проводимого радикального лечения. Специалисты, оказывающие помощь, должны провести оценку и облегчить физические, психологические и социальные страдания ребенка. Для обеспечения эффективности паллиативной помощи необходима реализация широкого мультидисциплинарного подхода, при этом в оказании помощи принимают участие члены семьи ребенка и используются общественные ресурсы; помощь может осуществляться успешно даже при ограниченных

ресурсах. Она может быть организована в учреждениях третичной медицинской помощи, в общественных центрах здоровья и даже в детских домах».

#### Рекомендуемая литература

Бялик М.А., Моисеенко Е.И. Базовая модель «Хосписа для детей, неизлечимо больных онкологическими заболеваниями»: курс лекций // [www.palmedfund.ru](http://www.palmedfund.ru)

Введенская Е.С. Паллиативная помощь и биоэтика // Медицинская сестра. – 2008. – № 5. – С.18-21.

Гематология/онкология детского возраста. / Под ред. А.Г.Румянцева и Е.В.Самочатовой. – М.: Медпрактика, 2004 (Практическое руководство по детским болезням, т. IV). – 792 с.

Григорьев К.И. Педиатрия. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 640 с.

Дурнов Л.А., Шароев Т.А. Детская онкология: этапы развития, проблемы и успехи // Медицинская сестра. – 2004. – № 3.– С.2–4.

Запруднов А.М., Григорьев К.И. Общий уход за детьми. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.– 415 с.

Обезболивание и паллиативная помощь при раке у детей: публикации ВОЗ. – М.: Медицина, 1999.– 80 с.

Обуховец Т.П., Склярова Т.А., Чернова О.В. Основы сестринского дела. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2008.– 500 с.

Островская И.В., Широкова Н.В. Основы сестринского дела. – М.: ГЭОТАР- Медиа, 2008.– 320 с.

Павлова Г.П., Краснов М.В., Сильянова Н.Ю и др. Организация медико-социальной помощи детям с онкологической патологией в Чувашии //Детская больница.– 2010.– № 2 (40).– С. 3– 11.

#### NURSING CARE FOR CHILDREN WITH HEMATOLOGICAL AND CANCERS DISEASES

Professor K.I. Grigoryev

N.I. Pirogov Russian State Medical University

**The paper describes the main stages of an examination of and medical care to children with hematological cancers. It shows a nurse's role during their treatment and rehabilitation.**

*Key words: cancers, syndromes, treatment stages, nursing care.*