

ОБЯЗАННОСТИ МЕДСЕСТРЫ, СВЯЗАННЫЕ С ХИМИОТЕРАПИЕЙ

Л.К. Цветкова, старшая медсестра, председатель Комитета онкологических медсестер
Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина
E-mail: clk-07@mail.ru

Показана работа медсестры при проведении химиотерапии. Приведены меры предотвращения нежелательных побочных эффектов.

Ключевые слова: химиотерапия, работа медсестер, нежелательные побочные эффекты, профилактика, советы.

Наиболее ответственный момент работы медсестры при химиотерапии (ХТ) – введение химиотерапевтических препаратов. Хотя ХТ назначает врач, роль медсестры тоже важна. В ее обязанности входят:

- зарядка инфузаторов и контроль за их работой;
- уход за катетерами (предупреждение и выявление осложнений (окклюзия катетера, экстравазации, инфекции);
- участие в профилактике, диагностике и лечении осложнений, возникающих в процессе лечения;
- проведение симптоматического и поддерживающего лечения;
- психологическая и психосоциальная помощь больным;
- образовательная работа с больными и членами их семей;
- осмотр перед повторным курсом ХТ.

Обязанности старшей медсестры: встреча пациента; знакомство его с лечащим врачом; ответы на вопросы; выявление проблем пациента; строгое соблюдение санитарно-эпидемиологического режима в отделении; контроль за выполнением средними и младшими медицинскими работниками их обязанностей.

Постовая медсестра должна ознакомить пациента с отделением, объяснить план лечения, назначенный лечащим врачом. Она обязана четко выполнять врачебные рекомендации, составить план ухода за пациентом, оценить его психоэмоциональное состояние, установить с ним доверительные отношения. Постовая медсестра дает практические рекомендации о режиме питания во время курса ХТ, отвечает на все интересующие пациента вопросы в пределах своей компетенции.

В обязанности медсестры кабинета физиотерапии входят: разведение, введение и учет химиопрепаратов; грамотная утилизация использованных флаконов. Медсестра кабинета физиотерапии должна уметь работать с венами любой сложности.

Процедурная медсестра обязана знать характеристики химиопрепаратов и их побочные эффекты, следить за состоянием пациента во время их введения, проводить профилактику осложнений. Она должна уметь отвечать на вопросы пациента о подготовке к проведению ХТ, объяснить, почему ХТ может вызывать осложнения и как можно их предотвратить или уменьшить. **Процедурная медсестра** информирует врача об изменении самочувствия пациента и любых осложнениях.

ХТ представляет собой лекарственное лечение опухолей, предусматривающее использование с лечебной целью лекарственных форм, тормозящих пролиферацию опухолевых клеток (разрастание путем деления) или повреждающих их.

По способу введения лекарств выделяют системную (общий резорбтивный эффект), внутривенную, внутримышечную, подкожную, ректальную. Регионарный способ – введение вещества в сосуды, питающие опухоль; локальный – использование мазей, введение лекарства внутривенно, в серозные полости, в спинномозговой канал. В зависимости от опухолевого процесса ХТ подразделяют на индукционную, неоадьювантную, адьювантную, паллиативную, в зависимости от числа препаратов – на монохимиотерапию (применяется реже) и полихимиотерапию (чаще). Более поло-



Процесс деления раковых клеток



Направленное действие противоопухолевых препаратов

вины больных с опухолевыми заболеваниями получают ХТ.

В арсенале химиотерапевтов имеется много противоопухолевых агентов с разными механизмами действия (алкилаты, антиметаболиты, ингибиторы разных ферментов и т.д.). ХТ бесспорно эффективна в лечении больных с диссеминированным опухолевым процессом. Успехи молекулярной биологии, позволившие определить механизмы регуляции деления и гибели клеток, сделали возможным создание противоопухолевых препаратов молекулярно-нацеленного действия, получивших название таргетных препаратов (от англ. *target* – мишень, цель).

Возникает вопрос: почему ХТ, действующая как на раковую клетку, так и на здоровую, активно делящуюся, убивает опухоль полностью (в идеальном случае), а здоровые клетки, хотя и погибают, но далеко не все, что, собственно, и делает ХТ приемлемой. Дело в том, что раковая клетка из-за утраты свойств, характерных для здоровой, значительно слабее нее. Дефектный хромосомный аппарат раковой клетки нередко имеет ущербный, неправильно работающий участок, отвечающий за синтез ферментов, защищающих клетку от химических веществ. Этот участок хромосомного аппарата – *MDR* – ген (англ.: *Multi Drug Resistance gene* – ген, ответственный за нечувствительность к химикатам).

Во многих случаях ХТ ассоциируется с большим числом побочных эффектов. **Основные страхи пациентов связаны с развитием тошноты и рвоты (ТиР).**

Распространено мнение об обязательном развитии ТиР у пациентов, получающих ХТ. Почему этот вопрос важен для пациентов? Во-первых, снижается качество жизни, во-вторых, повышается риск дегидратации, парестезий, недостаточного питания и гастроинтестинальных нарушений. ТиР может приводить к незапланированной задержке проведения ХТ, снижению дозы или полному прекращению терапии, повлиять на эффективность лечения.

При ХТ повреждаются особые клетки кишечника, из которых высвобождается серотонин, который и посылает в головной мозг импульсы, запускающие механизм рвоты. Некоторые ХТ-препараты посылают сигналы в головной мозг, не затрагивая клетки кишечника. При ХТ возможны 3 вида ТиР:

- **острая** – симптомы появляются в день терапии (в течение 24 ч после начала курса ХТ);
- **отсроченная** – симптомы появляются через 1–5 дней после начала курса ХТ;
- **ТиР ожидания** – сама мысль о ХТ вызывает чувство недомогания даже перед началом курса лечения.

Время появления симптомов ТиР зависит от типа ХТ. У отдельных больных может развиваться острая и отсроченная рвота, у других – либо одна, либо другая. Поэтому крайне важно обсудить с врачом до начала ХТ схему ее проведения и определения риска развития ТиР. Профилактику ТиР следует начинать до начала курса ХТ. Это осложнение возникает чаще всего при наличии факторов риска; возраст моложе 50 лет; женский пол; укачивание в транспорте; тошнота во время беременности; наличие ТиР во время или после предыдущего курса ХТ; редкое употребление алкоголя. Если пациенту кажется, что есть риск появления побочных эффектов, он должен предупредить врача, который назначит прием *противорвотных препаратов* до начала ХТ.

Противорвотные препараты представляют собой средства, позволяющие предотвратить или уменьшить ТиР. Некоторые из них не позволяют клеткам кишечника посылать импульсы в головной мозг, другие тормозят особые клетки, предотвращая получение головным мозгом сигналов рвоты. Это – антагонисты 5-НТЗ-рецепторов, вводимые внутривенно или в таблетках/капсулах. Они применяются при лечении острого приступа ТиР при ХТ (ондансетрон). Антагонисты рецепторов к субстанции Р – новый класс лечебных препаратов (Эменд), которые блокируют поступление сигналов о ТиР в головной мозг.

Гормональные препараты (дексаметазон) и специфический блокатор допаминовых рецепторов (метоклопрамид) максимально эффективны. Назначает их лечащий врач. При недостаточной эффективности противорвотных средств необходимо обсудить возможность изменения схемы или включения дополнительного препарата. Правильно подобранные современные схемы противорвотной терапии могут предотвратить или значительно снизить тяжесть и длительность ТиР. Современные эффективные противорвотные средства не воздействуют на опухоль, но защищают больного от нежелательных эффектов ХТ. Объясните пациентам, что существуют современные методы комплексной профилактики ТиР, советуйте им задавать интересующие вопросы и сообщать о симптомах, развивающихся во время ХТ.

Пациенты часто задают следующие вопросы, связанные с ХТ:

- нужна ли специальная диета?
- что можно есть?
- что делать, если нет аппетита?
- от каких продуктов может больше тошнить?

На вопросы о том, что может спровоцировать ТиР, следует отвечать так:

- обильная пища, принимаемая непосредственно до и после ХТ;
- кофеин и алкоголь;
- острая и жирная пища;
- пряная пища с сильным запахом;
- запахи при приготовлении пищи, дым, запах духов;
- неприятные звуки;
- тяжелая работа или физические упражнения.

Следует избегать пищи, имеющей специфический привкус; не надо употреблять продукты с сильным запахом, жареную, жирную, слишком сладкую, соленую, пряную и горячую пищу.

Тошноту могут уменьшить: кислые продукты (лимоны, клюква, маринады); соленые огурцы и помидоры; прием жидкости во время еды; питье в перерывах между приемами пищи и за 1 ч до еды; холодные, не подслащенные напитки. Следует избегать обильного приема пищи непосредственно перед введением химиопрепаратов; показан медленный, дробный прием пищи в течение дня.

Практика показывает, что при использовании современных режимов ХТ больные могут потерять 1–2 кг веса, которые при правильном питании восстанавливаются в период между курсами лечения. Потеря аппетита обычно начинается в день процедуры и продолжается затем в течение нескольких дней. В этих случаях необходимо есть как можно больше в перерывах между курсами, когда самочувствие улучшается. При чувстве голода следует принимать пищу, даже если не наступило время еды. При плохом аппетите показано употребление про-

дуктов, которые при минимальном объеме позволяют получить максимальное количество питательных веществ (например, орехи, мед, яйца, взбитые сливки, шоколад, сладкие кремы, мороженое). Следует держать под рукой легкую закуску и принимать ее маленькими порциями. Пища должна возбуждать аппетит. *Не существует какой-либо специальной диеты при ХТ. Каждый человек индивидуален. Необходимо выбирать такую диету, которая эффективна в каждом конкретном случае.*

Другие побочные эффекты при ХТ: потеря волос, утомляемость, язвенный стоматит и заболевания ротовой полости, кожные проявления интоксикации. Нежелательные эффекты можно предотвратить, и здесь медсестра использует свои знания и опыт.

Потеря волос беспокоит пациентов так же, как ТиР. Как правило, волосы начинают выпадать через 2–3 нед после начала курса ХТ. В некоторых случаях это происходит раньше, иногда – позже. Все зависит от физиологических особенностей пациента и назначенного лечения. Потеря волос всегда носит временный характер, спустя некоторое время волосяной покров восстанавливается, полностью – приблизительно через 3–6 мес после окончания ХТ. Волосы могут изменить текстуру и цвет. Медсестра должна посоветовать пациентам заранее подготовиться к этому осложнению: заказать парик, носить шарфы или головные уборы.

Утомляемость – наиболее распространенное нежелательное явление ХТ. Как правило, улучшение наступает по окончании терапии, но на это требуется время. Чтобы помочь себе, надо делать только самое необходимое, принимать помощь родных и близких, отпрашиваться с работы или работать меньше, заниматься спортом. Даже 15 мин занятий придают силы.

Часто у пациентов, получающих ХТ, возникают **поражения полости рта**, такие как язвенный стоматит. Это нежелательное явление может нарушать прием пищи. Крайне важны меры профилактики: посещение стоматолога, план ухода за полостью рта (должен быть составлен до начала ХТ). Посоветуйте пациенту пользоваться мягкой зубной щеткой или ватными палочками, зубной пастой или гелем с фтором.

A NURSE'S ROLE IN ACCOMPANYING THERAPY DURING CHEMOTHERAPY

L.K. Tsvetkova, Senior Nurse; Chairwoman, Committee of Cancer Nurses

N.N. Blokhin Russian Cancer Research Center

The paper describes nurses' work including different aspects of treatment and care in cancer patients during chemotherapy. It gives the patients many pieces of advice to prevent side effects of chemotherapy.

Key words: chemotherapy, nurses' work, side effects, prevention, pieces of advice.