An anatomical illustration of human lungs, rendered in a light blue, semi-transparent style. The left lung (viewer's right) features a prominent, glowing, spherical mass representing a tumor. The right lung (viewer's left) shows a detailed network of bronchial tubes and smaller airways. The overall background is a solid, darker blue.

# **СЕСТРИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ**

# ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ

---

Учение об истинных опухолях занимает значительное место среди проблем познания патологических процессов и уже давно выделяется в специальную дисциплину - **онкологию** (греч. *oncos* - опухоль, *logos* - наука). Однако знакомство с основными принципами диагностики и лечения опухолей необходимо каждому врачу. Онкология изучает только истинные опухоли в отличие от ложных (увеличение объёма тканей из-за отёка, воспаления, гиперфункции и рабочей гипертрофии, изменений гормонального фона, ограниченного скопления жидкости).

**Опухоль** (син.: новообразование, неоплазма, бластома) - патологическое образование, самостоятельно развивающееся в органах и тканях, отличающееся автономным ростом, полиморфизмом и атипией клеток. Характерной для опухоли чертой является обособленное развитие и рост внутри тканей организма.

# КЛАССИФИКАЦИЯ

Что характерно для  
опухоли?

Бесконтрольная пролиферация  
клеток

Инвазивный рост и  
метастазирование

Характерно для  
доброкачественных  
и злокачественных опухолей

Характерно исключительно для  
злокачественных опухолей

# КЛАССИФИКАЦИЯ

## Различия доброкачественных и злокачественных опухолей

<b>Доброкачественные опухоли</b>	<b>Злокачественные опухоли</b>
1. Клетки повторяют клетки ткани, из которой развилась опухоль	1. Атипия и полиморфизм клеток
2. Рост экспансивный	2. Рост инфильтрирующий
3. Не дают метастазов	3. Склонны к метастазированию
4. Практически не дают рецидивов	4. Склонны к рецидивированию
5. Не оказывают влияния на общее состояние (за исключением редких форм)	5. Вызывают интоксикацию, кахексию

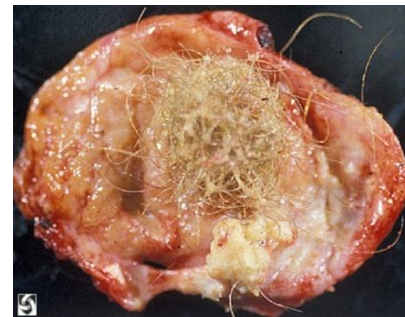
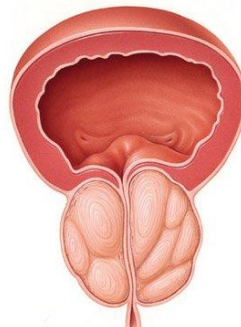
<b>Характеристика</b>	<b>Доброкачественная опухоль</b>	<b>Злокачественная опухоль</b>
Рост	медленный	быстрый
Поверхность	гладкая	бугристая
Граница	чёткая	нечёткая
Консистенция	мягкоэластическая, плотноэластическая	каменистой плотности деревянистой плотности
Подвижность	сохранена	может отсутствовать
Связь с кожей	отсутствует	определяется
Нарушение целостности кожи	отсутствует	может быть изъязвление
Регионарные лимфатические узлы	не изменены	могут быть увеличены, безболезненные, плотные

# ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ

## Эпителиальны

е:

Папиллома  
Аденома  
Дермоид



## Неэпителиальны

е:

Фиброма  
Липома  
Хондрома  
Остеома



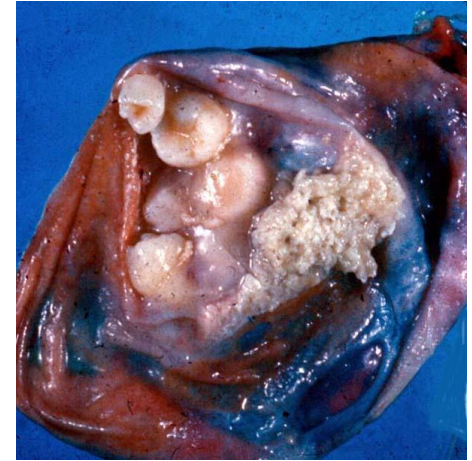
## Опухоли из мышечной, сосудистой и нервной тканей:

Миома  
Ангиома  
Невринома





# ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ



Смешанные:  
Тератоидная  
Тератома  
Простые  
смешанные

# ЛЕЧЕНИЕ



# КЛАССИФИКАЦИЯ

---

**Классификация TNM может отличаться при разных патологиях!**

Классификация TNM принята во всём мире. В соответствии с ней при злокачественной опухоли различают следующие параметры:

- T (*tumor*) - величина и местное распространение опухоли;
- N (*node*) - наличие и характеристика метастазов в регионарных лимфатических узлах;
- M (*metastasis*) - наличие отдалённых метастазов.

В дополнение к своему первоначальному виду классификация была позднее расширена ещё двумя характеристиками:

- G (*grade*) - степень злокачественности;
- P (*penetration*) - степень прорастания стенки полого органа (только для опухолей желудочно-кишечного тракта).



# КЛАССИФИКАЦИЯ

T (*tumor*) характеризует размеры образования, распространённость на отделы поражённого органа, прорастание окружающих тканей.

Для каждого органа существуют свои конкретные градации указанных признаков. Для рака толстой кишки, например, возможны следующие варианты:

- $T_0$  - признаки первичной опухоли отсутствуют;
- $T_{is}$  (*in situ*) - внутриэпителиальная опухоль;
- $T_1$  - опухоль занимает незначительную часть стенки кишки;
- $T_2$  - опухоль занимает половину окружности кишки;
- $T_3$  - опухоль занимает более  $\frac{2}{3}$  или всю окружность кишки, суживая просвет;
- $T_4$  - опухоль занимает весь просвет кишки, вызывая кишечную непроходимость и (или) прорастает в соседние органы.

# КЛАССИФИКАЦИЯ

$N$  (*nodes*) характеризует изменения в регионарных лимфатических узлах. Для рака желудка, например, приняты следующие типы обозначений:

- $N_x$  - о наличии (отсутствии) метастазов в регионарных лимфатических узлах нет данных (больной недообследован, не оперирован);
- $N_0$  - в регионарных лимфатических узлах метастазов нет;
- $N_1$  - метастазы в лимфатические узлы по большой и малой кривизне желудка (коллектор 1-го порядка);
- $N_2$  - метастазы в препилорические, паракардиальные лимфатические узлы, в узлы большого сальника - удалимые при операции (коллектор 2-го порядка);
- $N_3$  - метастазами поражены парааортальные лимфатические узлы - не удалимые при операции (коллектор 3-го порядка).

Градации  $N_0$  и  $N_x$  - общие практически для всех локализаций опухоли.

Характеристики  $N_1-N_3$  - различны (так могут обозначать поражение разных групп лимфатических узлов, величину и характер метастазов, одиночный или множественный их характер).

# КЛАССИФИКАЦИЯ

---

M (*metastasis*) обозначает наличие или отсутствие отдалённых метастазов:

- $M_0$  - отдалённых метастазов нет;
- $M_i$  - отдалённые метастазы есть (хотя бы один).

G (*grade*) характеризует степень злокачественности. При этом определяющий фактор - гистологический показатель - степень дифференцировки клеток. Выделяют три группы новообразований:

- $G_1$  - опухоли низкой степени злокачественности (высокодифференцированные);
- $G_2$  - опухоли средней степени злокачественности (низкодифференцированные);
- $G_3$  - опухоли высокой степени злокачественности (недифференцированные).

# КЛАССИФИКАЦИЯ

$P$  (*penetration*) параметр вводят только для опухолей полых органов и показывает степень прорастания их стенки:

- $P_1$  - опухоль в пределах слизистой оболочки;
- $P_2$  - опухоль прорастает в подслизистую оболочку;
- $P_3$  - опухоль прорастает мышечный слой (до серозного);
- $P_4$  - опухоль прорастает серозную оболочку и выходит за пределы органа.

В соответствии с представленной классификацией диагноз может звучать, например, так: рак слепой кишки -  $T_2N_1M_0P_2$ . Классификация очень удобна, так как детально характеризует все стороны злокачественного процесса. В то же время она не даёт обобщённых данных о тяжести процесса, возможности излечения от заболевания. Для этого применяют клиническую классификацию опухолей.

# КЛАССИФИКАЦИЯ

---

## **Клиническая классификация**

При клинической классификации все основные параметры злокачественного новообразования (размер первичной опухоли, прорастание в окружающие органы, наличие регионарных и отдалённых метастазов) рассматривают в совокупности. Выделяют четыре стадии заболевания:

I стадия - опухоль локализована, занимает ограниченный участок, не прорастает стенку органа, метастазы отсутствуют.

II стадия - опухоль умеренных размеров, не распространяется за пределы органа, возможны одиночные метастазы в регионарные лимфатические узлы.

III стадия - опухоль больших размеров, с распадом, прорастает всю стенку органа или опухоль меньших размеров со множественными метастазами в регионарные лимфатические узлы.

IV стадия - прорастание опухоли в окружающие органы, в том числе неудалимые (аорта, полая вена и т.д.), или любая опухоль с отдалёнными метастазами.



# ТЕОРИИ

## Мутационна

я

Причиной возникновения злокачественных опухолей являются мутационные изменения генома клетки. В настоящее время эта теория является общепринятой. В подавляющем большинстве случаев злокачественные новообразования развиваются из одной опухолевой клетки, то есть имеют моноклональное происхождение. Согласно современным представлениям, мутации, которые в конце концов приводят к развитию опухоли, могут иметь место как в половых (около 5 % всех случаев), так и в соматических клетках



# ТЕОРИИ

Физико-

химическая

Одной из причин развития опухолей-воздействие различных физических и химических факторов на клетки организма (рентгеновское и гамма-излучение, канцерогенные вещества), что приводит к их онкотрансформации. Помимо экзогенных химических канцерогенов рассматривается роль в возникновении опухолей эндогенных канцерогенов (в частности, метаболитов триптофана и тирозина)

Вещества ароматической природы (полициклические и гетероциклические ароматические углеводороды, ароматические амины), некоторые металлы и пластмассы обладают выраженным канцерогенным свойством. Солнечная радиация (в первую очередь ультрафиолетовое излучение) и

ионизирующее излучение также обладает

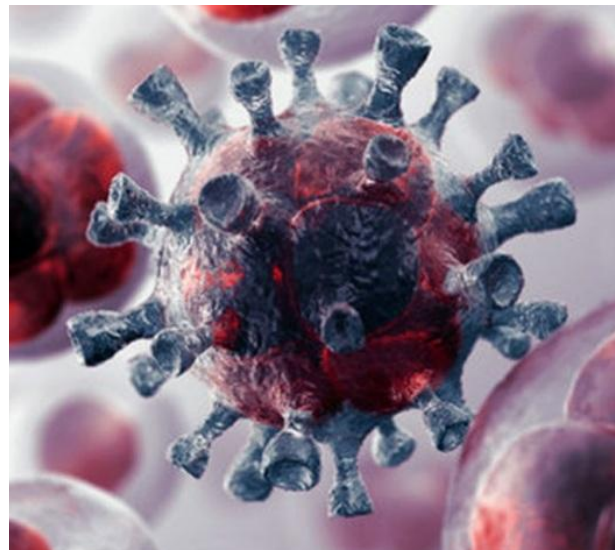


www.sobac.com

# ТЕОРИИ

## Вирусно- генетическая

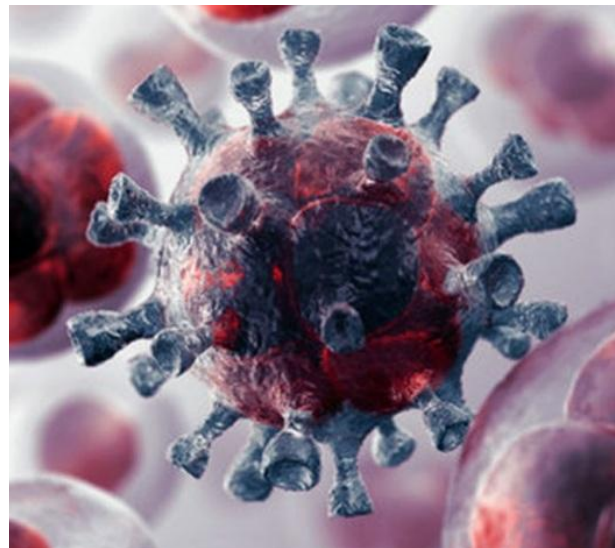
решающую роль в развитии опухолей отводит онкогенным вирусам, к которым относят: герпесоподобный вирус Эпштейна-Барр (лимфома Беркитта), вирус герпеса (лимфогранулематоз, саркома Капоши, опухоли головного мозга), папилломавирус (рак шейки матки, бородавки обыкновенные и ларингеальные), ретровирус (хронический лимфолейкоз), вирусы гепатитов В и С (рак печени). Согласно вирусно-генетической теории интеграция генома вируса с генетическим аппаратом клетки может привести к опухолевой трансформации клетки. При дальнейшем росте и размножении опухолевых клеток вирус перестает играть существенную роль.



# ТЕОРИИ

## Вирусно- генетическая

Вирусная теория возникновения опухолей была разработана Л.А. Зильбером. Вирус, внедряясь в клетку, действует на генном уровне, нарушая процессы регуляции деления клеток. Влияние вируса усиливается различными физическими и химическими факторами. В настоящее время чётко доказана роль вирусов (онковирусов) в развитии определённых опухолей. Решающую роль в развитии опухолей отводит онкогенным вирусам, к которым относят: герпесоподобный вирус Эпштейна-Барр (лимфома Беркитта), вирус герпеса (лимфогранулематоз, саркома Капоши, опухоли головного мозга), папилломавирус (рак шейки матки, бородавки обыкновенные и ларингеальные), ретровирус (хронический лимфолейкоз), вирусы гепатитов В



и С (рак печени).

# ТЕОРИИ

Дизонтогенетическ

ая

Причиной развития опухолей считает нарушения эмбриогенеза тканей, что под действием провоцирующих факторов может привести к онкотрансформации клеток ткани.

Дисгормонального

канцерогенеза

Рассматривает в качестве причины возникновения опухолей различные нарушения гормонального равновесия в организме.

Четырёхстадийного

канцерогенеза

Объединяет все вышеперечисленные теории



# ТЕОРИИ

## Иммунологическ

ая

Самая молодая теория возникновения опухолей. Согласно этой теории, в организме постоянно происходят различные мутации, в том числе и опухолевая трансформация клеток. Но иммунная система быстро идентифицирует «неправильные» клетки и уничтожает их. Нарушение в иммунной системе приводит к тому, что одна из трансформированных клеток не уничтожается и является причиной развития новообразования.

Ни одна из представленных теорий не отражает единую схему онкогенеза. Описанные в них механизмы имеют значение на определённом этапе возникновения опухоли, а их значимость при каждом виде новообразования может варьировать в весьма значительных пределах.

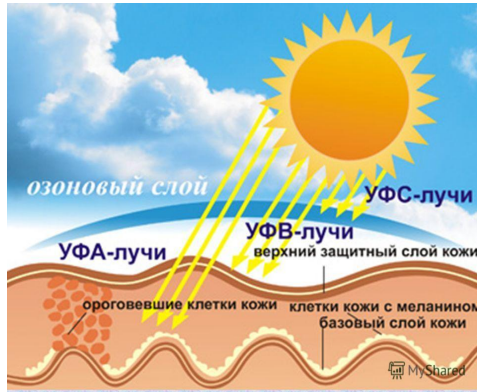
# ФАКТОРЫ РИСКА

## Радиация



Ионизирующее облучение непосредственно вызывает и влияет на генетическую структуру клеток, приводя к развитию онкологических заболеваний

## Ультрафиолет



Прямые солнечные лучи в больших количествах и при длительном воздействии могут вызвать рак кожи (к этому относится и частое использование солярия)

## Термическое воздействие



Прием чрезмерно горячих и острых блюд может приводить к развитию онкологических заболеваний посредством регулярного повреждения клеток

## Некоторые лекарства



Существует связь между приемом некоторых фармацевтических препаратов и развитием онкологических заболеваний (особенно при приеме во время беременности)

# ФАКТОРЫ РИСКА

## Травма



Травмы могут вызывать развитие онкологических заболеваний в отсроченный период. В этом отношении наиболее чувствительны травмы молочных желез

## Алкоголь



Развитие онкологических заболеваний вызывает не сам алкоголь, а его раздражающее действие. Опасно употребление крепких спиртных напитков и пиво

## Пищевые добавки



Доказано влияние на развитие онкологических заболеваний чрезмерное употребление различных добавок, например глутамат натрия (усилитель вкуса)

## Табачный дым



Курение табака и использование другой табачной продукции (жевательный и нюхательный табак) многократно увеличивают риск заболевания

# ФАКТОРЫ РИСКА

## Химические вещества



Химические вещества различного происхождения способны вызывать развитие онкологии, повреждая клетки-мишени (ароматические соединения, асбест

## Наследственность



Уже доказано, что существует генетическая предрасположенность к онкологическим заболеваниям

## Продукты питания



Некоторые продукты питания, такие как копчености могут вызывать рак желудка. Чрезмерное употребление кофе (особенно растворимого) может вызвать рак поджелудочной

## Вирусы



Вирус папилломы человека, а также вирус герпеса могут вызывать онкологические заболевания, встраиваясь в ДНК здоровых клеток и повреждая его



# ДИАГНОСТИКА

Диспансеризация



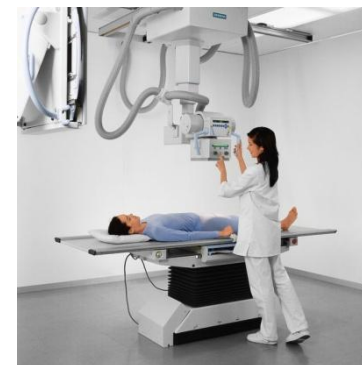
УЗИ



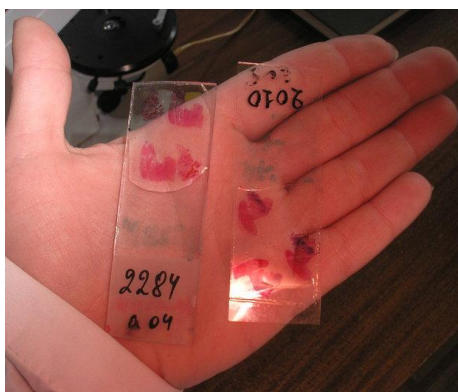
МРТ/КТ



Рентген



Гистология



Цитология



Лаборатория





# ПРОФИЛАКТИКА

---

Первичная профилактика злокачественных новообразований:

Совершенствование организации и регламентации профилактической работы всех звеньев здравоохранения и СЭС, усиление пропаганды здорового образа жизни, борьбы с вредными привычками (алкоголизм, табакокурение, токсикомания, наркомания и др.);

Оценку экологического состояния и канцерогенной опасности (мониторинг) окружающей среды, производственной сферы, жилища и быта, продуктов питания; создание национального перечня веществ, продуктов, производственных процессов, канцерогенных для человека;

Создание, как на территориальном, так и на федеральном уровнях, Государственного регистра граждан, имеющих и имевших профессиональный контакт с канцерогенными производствами и веществами, для последующего диспансерного наблюдения за этими группами риска.

# ПРОФИЛАКТИКА

---

Вторичная профилактика онкологических заболеваний:

Ранняя диагностика опухолевых и предопухолевых заболеваний с последующим диспансерным наблюдением и лечением.

Массовое обследование (скрининг) осуществляется обычно в отношении лиц в возрасте 40 лет и старше, когда риск развития онкологических заболеваний возрастает.

Важное значение имеет обеспечение онкологических учреждений необходимым диагностическим оборудованием, использование современных диагностических методов исследования.

Медицинские работники среднего звена при реализации этого раздела программы активно проводят просветительскую работу, обучают женщин приемам самообследования молочных желез, участвуют в создании списков групп риска, ведут учет обследуемых и выявленных больных.

# ВАЖНО



Общение медицинских работников с онкологическими больными определяется тяжелым характером этой патологии, трудностью лечения ее запущенных форм, применением методов лечения (химиотерапия, лучевая терапия), имеющих выраженные побочные действия, развитием у пациента психической травмы, их инвалидизацией, в ряде случаев — неопределенностью прогноза.

# ВАЖНО



Медицинская сестра в своей повседневной деятельности должна руководствоваться нормами этики и права и постоянно обновлять свои знания.

Почти у всех пациентов развивается депрессивное состояние той или иной степени выраженности.

Медицинская сестра обязана помочь пациенту не концентрироваться на заболевании, помочь сбросить физические и моральные силы для преодоления болезни.

Когда пациент обращается к медсестре за информацией, чтобы сравнить ее с полученной ранее у врача, ответ медсестры должен быть сформулирован в соответствии с информацией врача.

# ВАЖНО



Пациент имеет право на полную информацию о своем здоровье, но эта информация должна быть щадящей. Полная информация может быть предоставлена близким родственникам или другим лицам, заботящимся о пациенте. Вместе с тем, не должно быть и такого положения, чтобы родственники решали за больного вопрос — лечиться ему или нет.



# ЛЕЧЕНИЕ

Лечение злокачественных опухолей - сложная задача. Существуют три способа лечения злокачественных новообразований:

Лучевая терапия

Химиотерапия

Хирургическое  
лечение



При этом основной метод - хирургический

# ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ



Применение лучевой энергии для лечения онкологических больных основано на том, что быстро размножающиеся клетки опухоли с большой интенсивностью обменных процессов более чувствительны к воздействию ионизирующего излучения. Задача лучевого лечения - уничтожение опухолевого очага с восстановлением на его месте тканей, обладающих нормальными свойствами обмена и роста. При этом действие лучевой энергии, приводящее к необратимому нарушению жизнеспособности клеток опухоли, не должно достигать такой же степени влияния на окружающие её нормальные ткани и организм больного в целом.

# ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ

## Общие осложнения

Применение лучевого лечения может вызывать общие расстройства (проявления лучевой болезни). Её клинические симптомы - слабость, потеря аппетита, тошнота, рвота, нарушения сна, тахикардия и одышка. В большей степени к лучевым методам чувствительны органы кроветворения, прежде всего костный мозг. При этом в периферической крови возникает лейкопения, тромбоцитопения и анемия. Поэтому на фоне лучевой терапии необходимо не реже 1 раза в неделю выполнять клинический анализ крови. В некоторых случаях неуправляемая лейкопения служит причиной уменьшения дозы облучения или вообще прекращения лучевой терапии. Для уменьшения указанных общих расстройств применяют стимуляторы лейкопоза, переливание крови и её компонентов, витамины, высококалорийное питание.

# ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ

## Местные осложнения

- Реактивный эпидермит (временное и обратимое повреждение эпителиальных структур - умеренный отёк, гиперемия, кожный зуд).
- Лучевой дерматит (гиперемия, отёк тканей, иногда с образованием пузырей, выпадение волос, гиперпигментация с последующей атрофией кожи, нарушением распределения пигмента и телеангиоэктазией - расширением внутрикожных сосудов).
- Лучевой индуративный отёк (специфическое уплотнение тканей, связанное с повреждением кожи и подкожной клетчатки, а также с явлениями облитерирующего лучевого лимфангита и склерозом лимфатических узлов).
- Лучевые некротические язвы (дефекты кожи, отличающиеся выраженной болезненностью и отсутствием какой-либо тенденции к заживлению).

# ХИМИОТЕРАПИЯ

Химиотерапия - воздействие на опухоль различными фармакологическими средствами. По своей эффективности она уступает хирургическому и лучевому методу. Исключение составляют системные онкологические заболевания (лейкоз, лимфогранулематоз) и опухоли гормонозависимых органов (рак молочной железы, яичника, предстательной железы), при которых химиотерапия высокоэффективна. Химиотерапию обычно применяют курсами в течение длительного времени (иногда в течение многих лет). Различают следующие группы химиотерапевтических средств:

- цитостатики,
- антиметаболиты,
- противоопухолевые антибиотики,
- иммуномодуляторы,
- гормональные препараты.



# ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

## Принципы хирургического лечения

Абластика - комплекс мер по предупреждению распространения во время операции опухолевых клеток. При этом необходимо:

- выполнять разрезы только в пределах заведомо здоровых тканей;
- избегать механического травмирования ткани опухоли;
- как можно быстрее перевязать венозные сосуды, отходящие от образования;
- перевязать тесёмкой полый орган выше и ниже опухоли (предупреждение миграции клеток по просвету);
- удалить опухоль единым блоком с клетчаткой и регионарными лимфатическими узлами;
- перед манипуляциями с опухолью ограничить рану салфетками;
- после удаления опухоли поменять (обработать) инструменты и перчатки, сменить ограничивающие салфетки.



# ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

## Принципы хирургического лечения

Антибластика - комплекс мер по уничтожению во время операции отдельных клеток опухоли, оторвавшихся от основной её массы (могут лежать на дне и стенках раны, попадать в лимфатические или венозные сосуды и в дальнейшем быть источником развития рецидива опухоли или метастазов). Выделяют физическую и химическую антибластику.

### Физическая антибластика:

- использование электроножа;
- использование лазера;
- использование криодеструкции;
- облучение опухоли перед операцией и в раннем послеоперационном периоде.

### Химическая антибластика:

- обработка раневой поверхности после удаления опухоли 70% спиртом;
- внутривенное введение противоопухолевых химиопрепаратов на операционном столе;
- регионарная перфузия противоопухолевыми химиотерапевтическими препаратами.

# ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

## Принципы хирургического лечения

### *Футлярность*

Лимфатические сосуды и узлы, по которым возможно распространение опухолевых клеток, обычно расположены в клетчаточных пространствах, разделённых фасциальными перегородками. В связи с этим для большей радикальности необходимо удаление клетчатки всего фасциального футляра, желательно вместе с фасцией.

### *Зональность*

При операции по поводу злокачественного новообразования нужно не только удалить его, но и убрать всю зону, в которой могут быть отдельные раковые клетки, - принцип зональности. При этом учитывают, что злокачественные клетки могут находиться в тканях вблизи опухоли, а также в отходящих от неё лимфатических сосудах и регионарных лимфатических узлах

# СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС

## Сестринские диагнозы

- боли различной локализации, связанные с опухолевым процессом;
- пониженное питание, связанное со снижением аппетита;
- страх, тревога, беспокойство, связанные с подозрением о неблагоприятном исходе заболевания;
- нарушение сна, связанное с болью;
- нежелание общаться, принимать лекарственные препараты, отказ от процедуры, связанные с изменением эмоционального состояния;
- неумение близких ухаживать за пациентом, связанное с недостатком знаний;
- слабость, сонливость из-за интоксикации;
- бледность кожных покровов из-за снижения гемоглобина;
- снижение физической активности из-за боли и интоксикации

# СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС

III Этап	IV Этап
Выполнение назначений врача	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Контроль за своевременным приемом лекарственных препаратов</li><li>2. Обучение пациента приему различных лекарственных форм энтерально</li><li>3. Диагностированные осложнения, возникающие при парентеральном способе введения лекарственных средств</li><li>4. Ориентация пациента на своевременное обращение за помощью при появлении побочных действий лекарственных препаратов</li><li>5. Наблюдение за состоянием пациента во время проведения перевязок, медицинских манипуляций.</li></ol>
Исключение передозировки	Информации пациента о точном названии препарата и его синонимах, о времени появления эффекта

# СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС

III Этап	IV Этап
Помощь пациенту в гигиенических мероприятиях	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Обучить пациента (родственников пациента) проведению гигиенических процедур</li><li>2. Получить согласие пациента на проведение манипуляций по личной гигиене</li><li>3. Помочь пациенту обработать полость рта после каждого приема пищи</li><li>4. Обмывать уязвимые участки тела пациента по мере загрязнения</li></ol>
Обеспечение комфортного микроклимата в палате, способствующего сну	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Создать пациенту комфортные условия в постели и в палате: оптимальная высота кровати, качественный матрас, оптимальное количество подушек и одеял, проветривание палаты</li><li>2. Уменьшить тревожное состояние пациента, связанное с незнакомой обстановкой</li></ol>

# СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС

III Этап	IV Этап
Обеспечение рационального питания	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Организовать диетическое питание</li><li>2. Создать благоприятную обстановку во время еды</li><li>3. Оказывать помощь пациенту во время приема пищи или питья</li><li>4. Спросить пациента, в какой последовательности он предпочитает принимать пищу</li></ol>
Снижение болевых ощущений пациента	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Определить локализацию боли, время, причину появления боли, продолжительность боли</li><li>2. Проанализировать совместно с пациентом эффективность ранее применявшихся обезболивающих препаратов</li><li>3. Отвлечь внимание общением</li><li>4. Обучить пациента методикам расслабления</li><li>5. Прием анальгетиков по часам, а не по требованию</li></ol>

# СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС

---

Оценка сестринских вмешательств. Время и дата проведения оценки эффективности сестринских вмешательств должны быть указаны для каждой выявленной проблемы. Результаты сестринских действий измеряются изменением в сестринских диагнозах. При определении эффективности сестринских вмешательств учитывается и мнение пациента и его родственников, отмечается их вклад при достижении поставленных целей. План по уходу за тяжелобольным пациентом приходится постоянно корректировать, учитывая изменение его состояния.