КГБПОУ КБМК им. В.М.Крутовского

Лекция №9
Сестринский процесс при гемобластозах. Деонтология в онкологии.

Гемобластозы

- злокачественные опухоли, исходящие из элементов кроветворной ткани. Они делятся на 2 группы:

1.Лейкозы или лейкемии - характеризуются поражением костного мозга. Бывают острые и хронические.

2. Гематосаркомы – характеризуются местным опухолевым ростом.

Классификация:

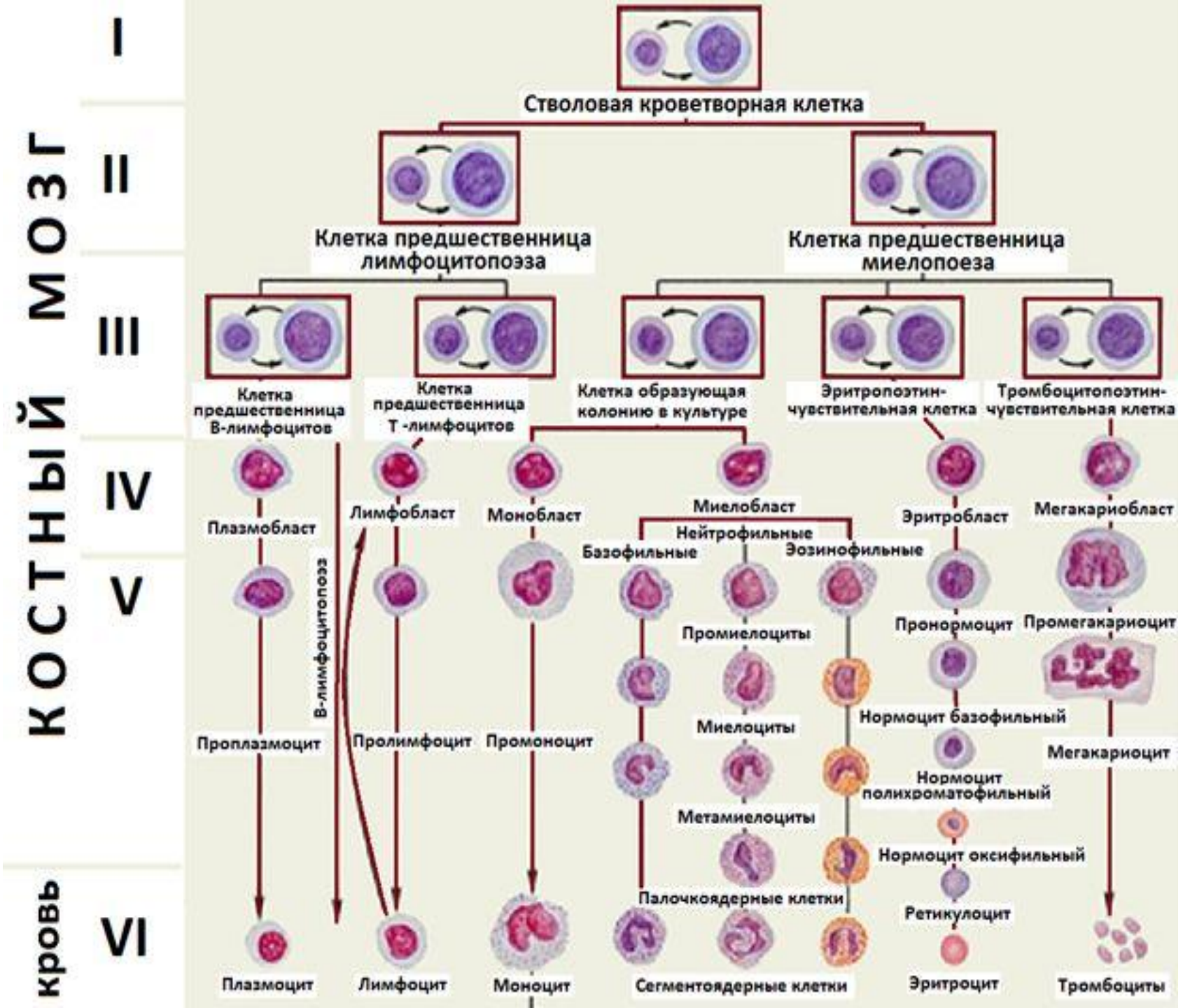
- ***<u>Острые лейкозы:</u>***

1.лимфобластный

2.миелобластный

3.монобластный

4.неклассифицируемые


КОСТНЫЙ МОЗГ
I
II
III
IV
V
кровь
VI
Стволовая кроветворная клетка
Клетка предшественница лимфоцитопоэза
Клетка предшественница миелопоеза
Клетка предшественница В-лимфоцитов
Клетка предшественница Т -лимфоцитов
Клетка образующая колонию в культуре
Эритропоэтин-чувствительная клетка
Тромбоцитопоэтин-чувствительная клетка
Плазмобласт
Лимфобласт
Монобласт
Миелобласт
Эритробласт
Мегакариобласт
Базофильные
Нейтрофильные
Эозинофильные
В-лимфоцитопоэз
Промиелоциты
Пронормоцит
Промегакариоцит
Проплазмоцит
Пролимфоцит
Промоноцит
Миелоциты
Нормоцит базофильный
Мегакариоцит
Нормоцит полихроматофильный
Метамиелоциты
Нормоцит оксифильный
Палочкоядерные клетки
Ретикулоцит
Плазмоцит
Лимфоцит
Моноцит
Сегментоядерные клетки
Эритроцит
Тромбоциты

Классификация:

- ***<u>Хронические лейкозы</u>***:

1.лимфоцитарный

2.миелоцитарный

3.эритремия

4.миеломная болезнь

Классификация:

- ***Гематосаркомы:***

1. **лимфогранулематоз**
2. **ретикулосаркома**
3. **плазмоцитома**
4. **лимфоцитома**
5. **неклассифицируемые**

ЛЕЙКОЗЫ (лейкемии)

- **Это опухолевое заболевание костного мозга.**
- **Причины:**

- ионизирующая радиация;

-бензол, продукты перегонки нефти, лекарства (циклофосфан, азатиоприн);

- нарушение строения и функции хромосом кроветворных клеток

Нарушается генетически обусловленное нормальное образование и созревание клеток (лейкоцитов, эритроцитов, тромбоцитов).

Происходит их избыточное размножение в костном мозге с последующим «расселением» в различных тканях и органах (поражаются л/узлы, печень, селезёнка, желудок, кишечник, мозг, кожа и т.д.)

Лейкозы характеризуются развитием очагов кроветворения не только в органах кроветворения (костный мозг в плоских костях, селезенка, печень, л/узлы, кровь), но и всюду, где имеется мезенхимальная ткань.

Статистика по краю

	2018 год	2019 год	2020 год	2021 год
Взято на учёт с впервые установленным диагнозом	227	220	224	233
Находилось на учёте на конец года	1755	1843	1690	1783

ЛЕЙКОЗЫ

- **Острый и хронический лейкозы – понятия не клинические, а чисто морфологические.**

- **Острый лейкоз – результат трансформации бластных клеток, а хронический – это опухоль из зрелых кроветворных клеток.**

ОСТРЫЙ ЛЕЙКОЗ

Чаще встречается у молодых людей, детей.

Клиника начала болезни:

- **недомогание**
- **слабость**
- **субфебрильная температура**
- **появление на коже немотивированных синяков**
- **внезапная кровоточивость десен после удаления зуба (из-за тромбоцитопении)**

увеличение лимфоузлов.

ОСТРЫЙ ЛЕЙКОЗ

В развернутой фазе болезни:

- **резкая слабость**
- **утомляемость**
- **головная боль**
- **головокружение**
- **шум в ушах**

ОСТРЫЙ ЛЕЙКОЗ

- **боли в левом подреберье**
- **костях, суставах, мышцах**
- **сильная потливость, особенно по ночам**

кровоточивость

геморрагический диатез

ОСТРЫЙ ЛЕЙКОЗ

- **ознобы, повышение температуры до 40 гр.**
- **увеличение печени, селезенки**
- **состояние больных тяжелое.**

Диагностика

- **ОАК – анемия, тромбоцитопения, бластные клетки от 50-99%, повышение СОЭ, небольшой лейкоцитоз.**

- **Цитология костного мозга (в норме число бластных клеток не превышает 5%)**

Лечение

- **интенсивные курсы лекарственной терапии.**

- **Полной клинико- гематологической ремиссией считается такое состояние , когда ОАК приходит в норму, а число бластных клеток в костном мозге не превышает 5%, клиники нет.**
- **Лечение проводят не менее 2-3 лет.**
- **Прогноз- 5 летняя выживаемость 40%**

ХРОНИЧЕСКИЙ ЛИМФОЛЕЙКОЗ

Поражает людей пожилого и старческого возраста.

В начале заболевания отмечается увеличение какой – то одной группы л/узлов. Л/узлы мягкие, тестоватые, безболезненные, не спаяны с кожей, не изъязвляются, одинаковой консистенции.

Вследствие иммунной недостаточности за счёт неполноценности лимфоцитов, больные подвержены инфекционным осложнениям.

Диагностика:

- **ОАК - лейкоцитоз до 300-500х10^9 /л Преобладают лимфоциты – 50-99%. В дальнейшем тромбоцитопения, анемия. СОЭ – норма**.

Лечение

- на ранних стадиях общеукрепляющая терапия. Позже – химиотерапия.
- При больших л/узлах, сдавливающих соседние органы - лучевая терапия.
- Прогноз – средняя продолжительность жизни 3 –5 лет.

ХРОНИЧЕСКИЙ МИЕЛОЛЕЙКОЗ

Чаще встречается у пожилых.

- Клиника: в начальном периоде:
- прогрессирующая слабость
- быстрая утомляемость
- повышенная потливость
- чувство тяжести в левом подреберье
- повышение температуры до субфебрильной
- общее состояние удовлетворительное.

ХРОНИЧЕСКИЙ МИЕЛОЛЕЙКОЗ

В период <u>выраженных клинических проявлений</u>:

*** усиливается слабость**

*** появляются боли в костях**

*** повышается температура**

*** похудание**

***расстройство сна**

*** плохой аппетит**

***значительно увеличивается селезенка и печень.**

В этот период больные нетрудоспособны. В терминальной стадии- нарастающая кахексия, геморрагический диатез.

Диагностика

- **ОАК – лейкоцитоз до 200-400х10^9 /л, анемия, тромбоцитопения, сдвиг лейкоцитарной формулы влево за счет юных и миелоцитов с одновременным повышением базофилов и эозинофилов. СОЭ - норма**

Лечение

- **В ранней стадии общеукрепляющие средства. При прогрессировании – ПХТ**

- **Прогноз неблагоприятный, средняя продолжительность жизни – 3-5 лет**

МИЕЛОМНАЯ БОЛЕЗНЬ

Характеризуется диффузным разрастанием плазматических клеток и поражает преимущественно кости скелета.

МИЕЛОМНАЯ БОЛЕЗНЬ

Основным признаком болезни является поражение 3-х систем: кроветворной, костной, мочевыделительной .

Беспокоят общая слабость, боли в костях, преимущественно в позвоночнике. Характерны спонтанные переломы костей.

Диагностика:

- **ОАК - выраженная анемия, тромбоцитопения, плазматические клетки, повышение СОЭ.**

Лечение: ПХТ

- **Прогноз неблагоприятный. Средняя продолжительность жизни 3-5 лет.**

ЭРИТРЕМИЯ (полицитемия)

- Это опухолевое заболевание кроветворной системы, характеризуется увеличением количества зрелых эритроцитов(а также зрелых гранулоцитов и тромбоцитов одновременно или последовательно).

Клиника

Заболевание развивается медленно и незаметно.

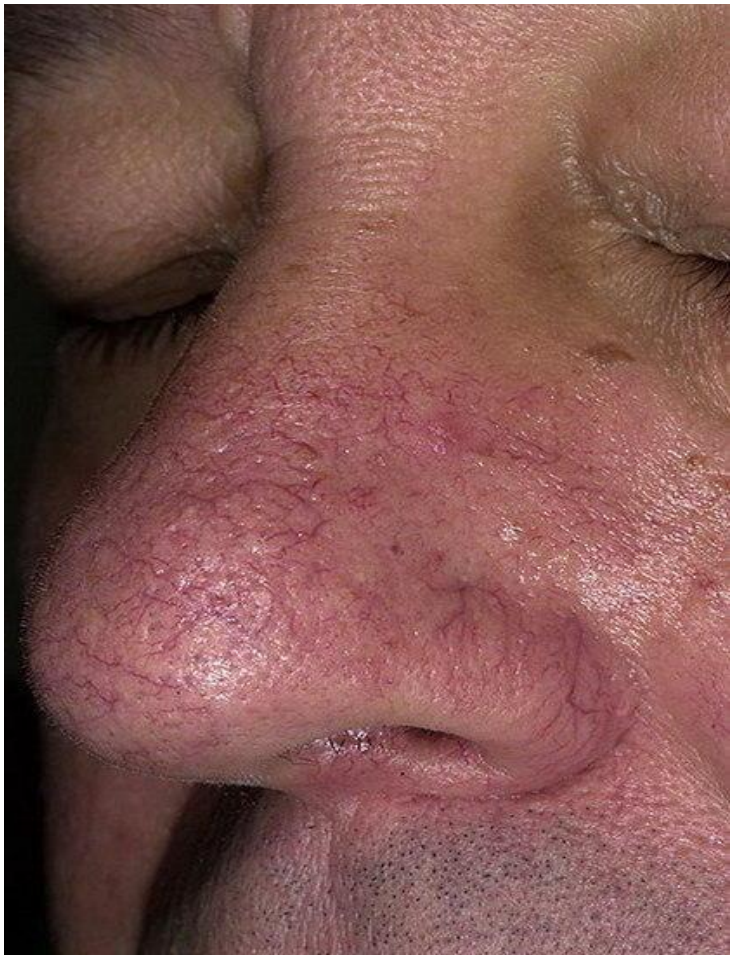
<u>Жалобы:</u>

- **утомляемость**
- **головные боли**
- **головокружение**
- **боли в области сердца**
- **чувство жара, боли в костях, кожный зуд, похудание.**

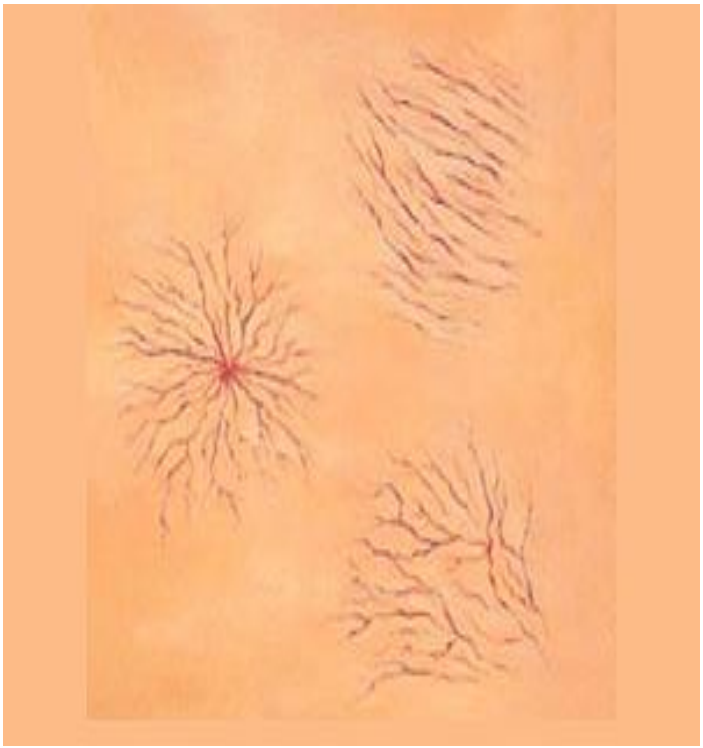
Клиника

- **Характерен внешний вид больных: цианотичная окраска щёк, кончика носа, ушей, кистей и видимых слизистых.**

Здесь же телеангиоэктазии.



Телеангиоэктазии



Краснота мягкого неба контрастирует с бледной окраской твердого неба (симптом Купермана). Сосуды склер инъецированы (симптом «кроличьих глаз»).

Кровоизлияния в коже по ходу сосудов (чаще на голенях).
Значительно увеличены селезенка и печень.
Артериальная гипертензия.

Диагностика

* ОАК - повышение гемоглобина от 180-220 г/л, эритроцитоз от 6-8х10^{12} /л, лейкоцитоз, тромбоцитоз.
- ОАМ – белок, эритроциты
- Цитология костного мозга – гиперплазия 3 ростков

Лечение

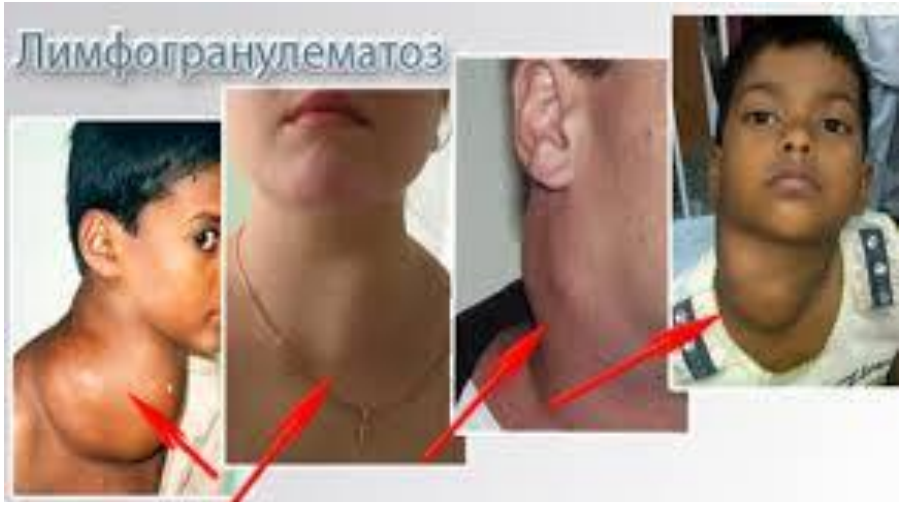
Для уменьшения массы эритроцитов – кровопускание (если гемоглобин выше 180 г/л), у молодых больных. Одновременно назначают препараты железа, аспирин, ХТ

Применяют лучевую терапию при отсутствии эффекта от другого лечения. Симптоматическая терапия.

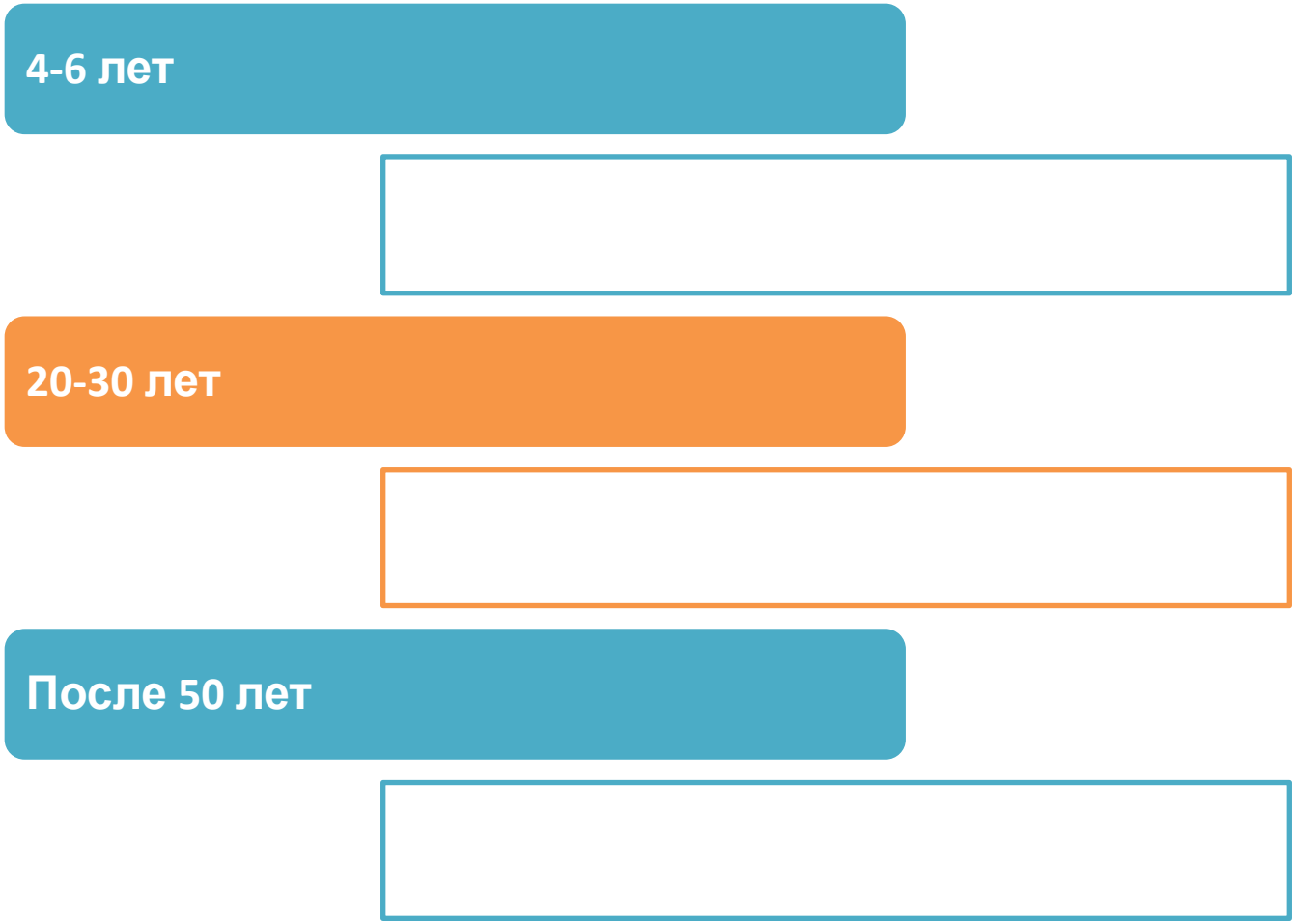
- **Прогноз неблагоприятный. Но при активном лечении больные живут до 10 лет.**

Лимфогранулематоз (болезнь Ходжкина)

- ***Это опухолевое заболевание кроветворных органов, характеризуется увеличением л/узлов, лихорадкой и кожным зудом.***



Кривая заболеваемости



ЛИМФОГРАНУЛЕМАТОЗ

Этиология:

- **инфекционная (причина – инфекционный мононуклеоз)**
- **вирусное поражение Т-лимфоцитов**

- **В детском возрасте составляет 40% среди всех гемобластозов.**

- **Чем младше больной, тем лучше результаты лечения.**

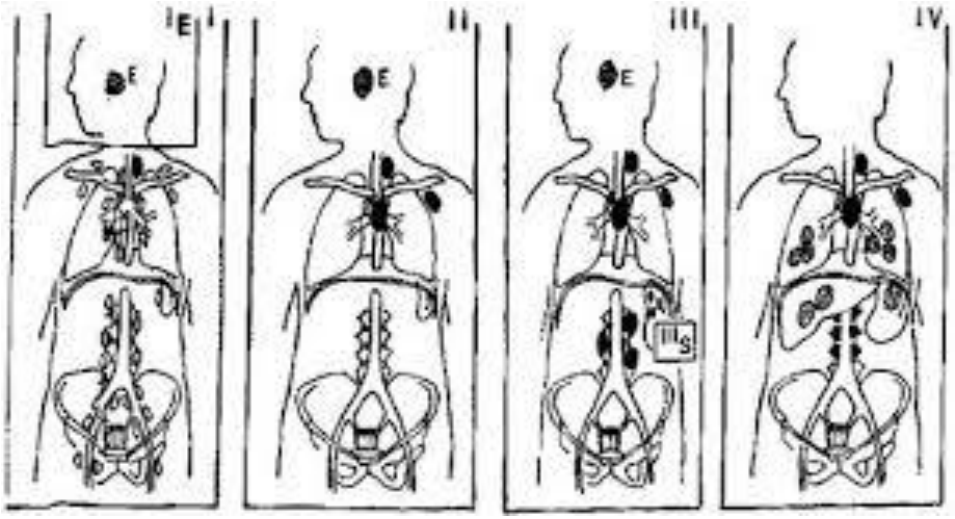
Впервые описал заболевание Томас Ходжкин в 1932 году.

В 1965 году Вилкс описал 15 клинических наблюдений аналогичного заболевания.

Березовский описал морфологическую картину заболевания – наличие гигантских многоядерных клеток.

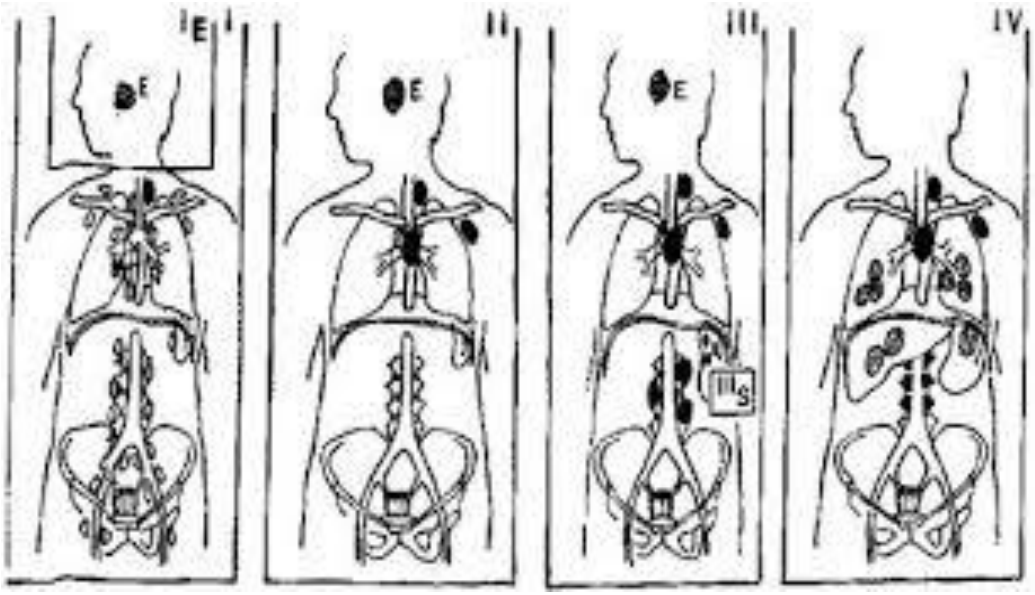
Через 7 лет Штернберг описал аналогичную картину

КЛАССИФИКАЦИЯ



- 1ст. – поражение одной группы л/узлов или селезенки
- 2ст. – поражение 2 или более зон л/узлов по одну сторону диафрагмы

КЛАССИФИКАЦИЯ



- **3ст. – поражение 2 или более зон л/узлов по обе стороны диафрагмы без или в сочетании с поражением селезенки**

4ст. – диффузное поражение одного или нескольких экстралимфарных органов (скелета, мягких тканей и внутренних органов).

Течение лимфогранулематоза характеризуется периодами обострений и ремиссий.

Иногда течение может быть злокачественным – заболевание протекает бурно, с острым началом, с высокой температурой, с проливными потами.

Такие больные погибают в течение нескольких недель.

Неблагоприятное влияние на течение оказывают беременность, солнечная радиация, физиолечение.

Если заболевание выявлено на фоне беременности или в течение года после родов, то беременность не влияет отрицательно на течение заболевания.

Если беременность возникла у больной в период ремиссии заболевания, то лучше её прервать (после лечения – через 5 лет)

Клиника

Общие симптомы и местные

Общие (симптомы интоксикации):

1. **необъяснимая потеря массы тела более, чем на 10% за 6 месяцев**

2. **профузные проливные поты**

Общие (симптомы интоксикации)

3. необъяснимые подъемы температуры выше 38гр.

4. генерализованный кожный зуд, не купирующийся антигистаминными

5. слабость, головная боль, боли в костях, мышцах, суставах

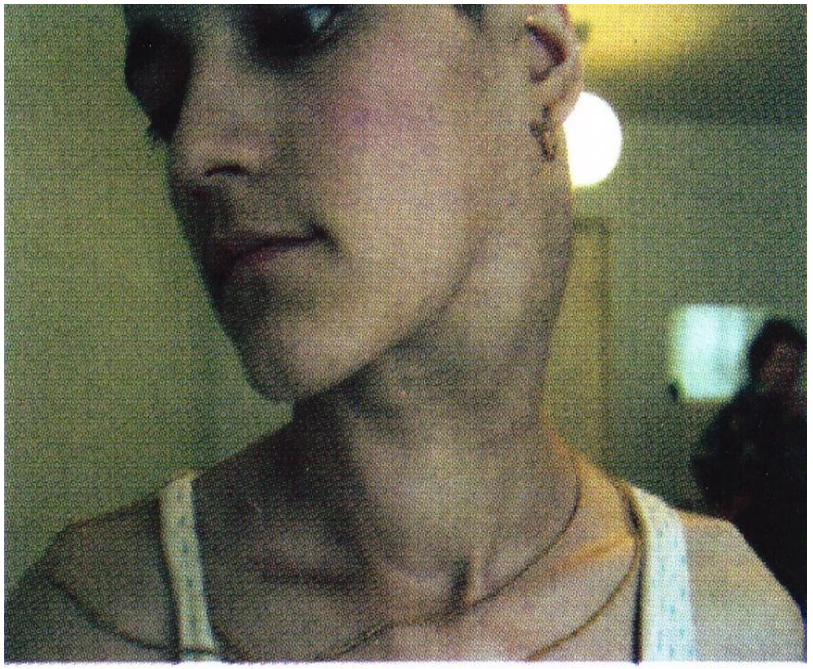
- **Симптомы интоксикации нарастают постепенно: дети вялые, не играют в шумные игры, не выдерживают продолжительности урока.**

- **Если есть симптомы интоксикации, то лечение начинают с химиотерапии, если их нет - лучевая терапия.**

Местные

Это поражение л/узлов. Чаще всего первыми поражаются л/узлы шеи.

Реже первыми поражаются л/узлы паховые, подмышечные, нижнечелюстные, затылочные.



В 20 % случаев может быть лимфогранулемат оз средостения

Увеличение л/узлов бывает без видимых причин или совпадает по времени с простудным заболеванием.

- **Пораженные л/узлы увеличены в размере, эластической консистенции, она неодинакова даже в пределах одной группы л/узлов.**

Они безболезненные, подвижные, не спаяны между собой и с окружающими тканями.

Л/узлы сначала безболезненные, затем – боль за счёт сдавления нервов, окружающих тканей.

Кожа над л/узлами натягивается, синюшность. Болезненность усиливается при приёме алкоголя.

- **На 2 месте по частоте поражения после л/узлов стоит селезенка. Другие органы поражаются реже. На коже могут быть крапивница, экзема, опоясывающий лишай, папулезные высыпания.**

«сигналы тревоги»

1.появление одного или нескольких увеличенных, безболезненных л/узлов эластической консистенции

2.постепенное увеличение различных групп л/узлов

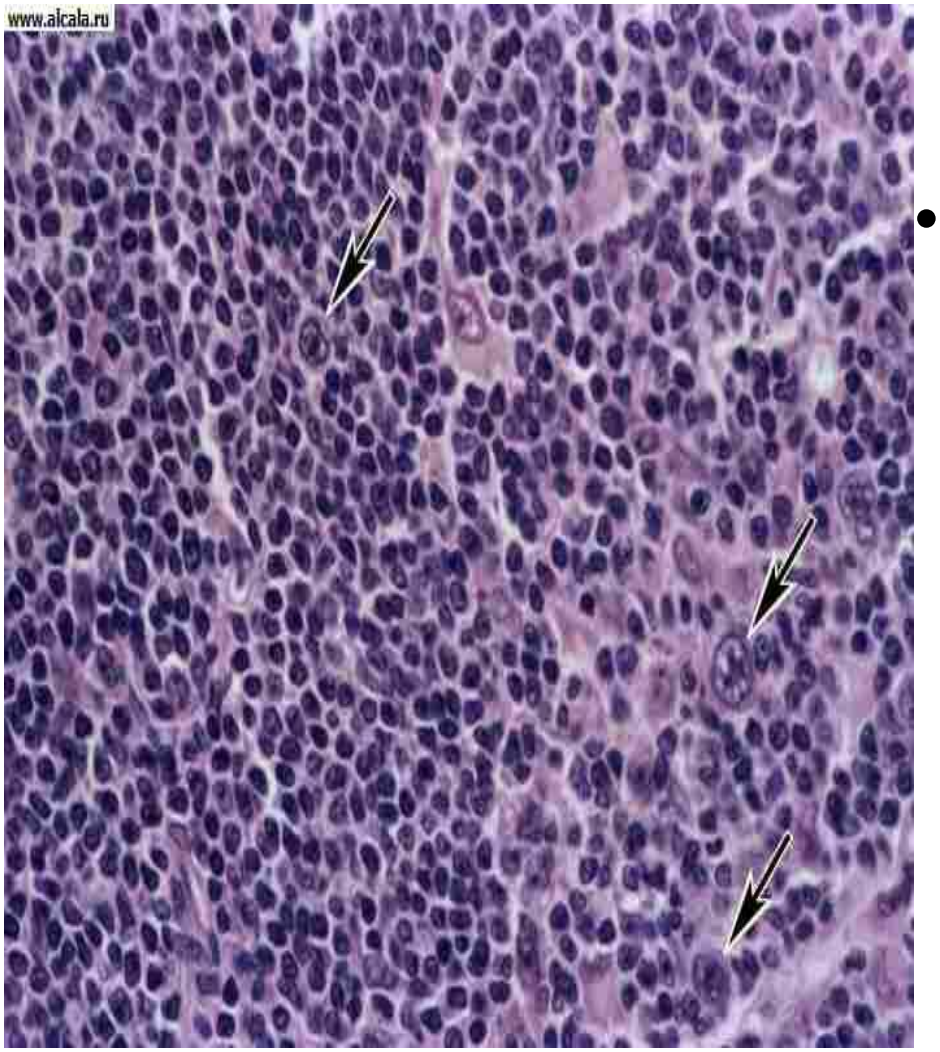
3.необъяснимая лихорадка, особенно сопровождающаяся профузными ночными потами, потерей массы тела или кожным зудом

ДИАГНОСТИКА:

- опрос, пальпация л/узлов
- Окончательный диагноз устанавливают после пункции узлов с цитологией.

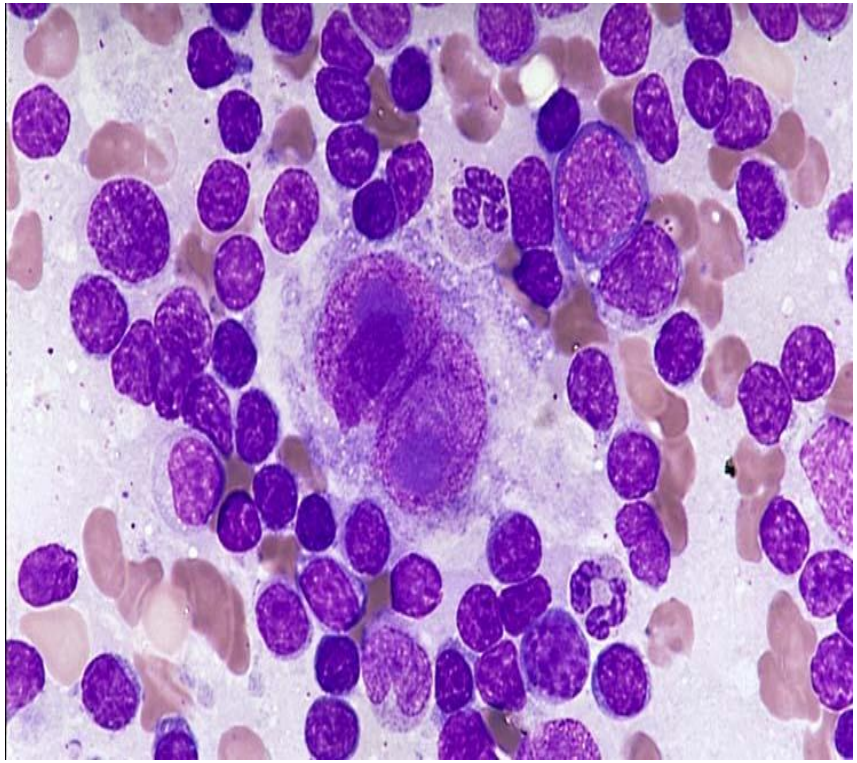
ДИАГНОСТИКА:

- **ОАК. Может быть повышение СОЭ, анемия, эозинофилия, нейтрофилез, лимфопения.**
- **Снижение кальция, повышение магния**
- **рентгенологическое исследование грудной клетки, КТ средостения**



- **Патогномоничным признаком для лимфогранулемато за являются клетки Березовского – Штернберга.**

- **Они могут быть обнаружены и в мокроте.**



ДИАГНОСТИКА

- сканирование печени, селезенки
- диагностическая лапаротомия
- стернальная пункция

Лечение

- **лучевая терапия**
- **ПХТ**
- **комплексное лечение**

- **Прогноз- 1,2 ст. – ремиссия у 90-99% больных, 3-4 стадия 60-80%**

- **выздоровление у 31-87%.**

Тактика при увеличенных л/узлах

1. курс антибиотикотерапии 7-10 дней
2. пункция л/узла

Деонтология

- **это наука о долге медика перед больным и перед обществом; причем речь идет не только о профессиональных обязанностях, но и, прежде всего, о нравственных аспектах, духовности, человечности.**

- **Онкология – особая область медицины, где одинаково важное значение имеет высокий профессионализм медиков, так и их умение контактировать с больным человеком.**

- **Нарушение этого единства может весьма печальным образом отразиться на судьбе пациента.**

- **Онколог контактирует с больными, психически травмированными своей болезнью и предстоящей тяжелой операцией или лучевым лечением.**

Поэтому для успешного лечения Вы должны завоевать беспрекословное доверие больного.

От степени вашего контакта с больным зависит своевременность выявления рецидивов и метастазов опухоли, когда соответствующее лечение может продлить жизнь пациента.

Принципы общения с пациентом.

- Старайтесь не усугубить эмоциональную травму пациента, нанесенную болезнью
- Важно в каждом пациенте видеть личность. Легко ранить тяжелобольного грубостью и невниманием.
- Умейте общаться с каждым, вне зависимости от уровня интеллекта, характера пациента

Принципы общения с пациентом.

- **не забывайте, что рак воспринимается в сознании каждого как угроза жизни. Поэтому тяжелое известие вызывает разнообразные психические реакции – от «отрицания» до агрессии.**

  Воспринимайте это как реакцию защиты.

- **не убивайте надежду, но помните, что «ложный оптимизм» тоже убивает ее.**

Важной особенностью деонтологии является постоянная необходимость бороться против мнения о неизлечимости рака.

В последнее время появилось много новых методов обследования, позволяющих выявить рак на ранних стадиях, когда человек чувствует себя здоровым.

В связи с этим возникают проблемы психологии «здорового» человека,

Реакции больного на сообщение о предположительном диагнозе «рак»

1. **Больные впадают в панику, депрессию – в этом случае медик должен внушить веру в успех лечения.**

2. Больные могут быть внешне спокойны, но под маской внешнего спокойствия может скрываться тяжелая реакция на обстановку.
Они нуждаются в усиленном внимании.

3. Есть больные, неадекватно реагирующие на события.

Они не видят причин для беспокойства и уклоняются от обследования.

Периоды состояния больного после того, как он узнает о диагнозе «рак» примерно следующие:

1. период шока – когда больной ошеломлен этим известием, не понимает о чем речь. Нужно быть рядом с человеком, не отвлекая его, дать осмыслить случившееся.

2. период отрицания – больной не верит, что это случилось именно с ним, неприятие болезни. Не может этого быть! В этот период Вы не должны мешать больному, доказывая, что

3.период агрессии – человек зол на врачей, судьбу, здоровых людей. «Несправедливость судьбы». Надо дать человеку «выплеснуться»

4.период депрессии – поддержать морально, убедить в обязательном выздоровлении, силах современной медицины

5.период принятия – успокоение, согласие с неизбежностью судьбы, помочь быстрее начать лечение.

- **А.В.Гнездилов пишет, что психологические реакции больных раком можно сравнить с чувствами невинно приговоренных к смертной казни без объявления срока исполнения.**

Мотивы отказов от лечения:

1. Страх перед предстоящим лечением («боюсь не проснуться от наркоза», недоверием к хирургу, «у меня сердце не выдержит»). Больному объясните, что в стационаре перед решением вопроса об операции ему проведут соответствующее лечение, которое снизит опасность операции.

   Назначить транквилизаторы, снотворные.

2. Больные отказываются от калечащих операций с удалением конечности, молочной железы и т. д. Считают, что в онкологии лежат тяжелобольные люди, которые вряд ли могут излечиться.

Мотивы отказов от лечения:

3.Неверие больного в возможности официальной медицины. Люди охотно говорят о смерти и неохотно о выздоровлении. Убедите больного, что после обследования, если и будет обнаружен рак, то опухоль, безусловно, окажется в ранней стадии, когда она полностью излечима.

4. Стремление скрыть от окружающих свое заболевание. Стремятся хотя бы на время оставаться в кругу знакомых здоровым человеком.

Мотивы отказов от лечения:

5.Неверное представление среди населения, что можно вылечиться травами или домашними средствами – надежда на знахарей и экстрасенсов.

6.Реакция отрицания – больной чувствует себя хорошо и не верит в необходимость лечения. Если не удается уговорить больного лечиться, то нужно раскрыть диагноз.

Мотивы отказов от лечения:

7. **Нежелание лечиться в данном лечебном учреждении.**

8. **Нежелание лечиться вообще. Это чаще высказывается пожилыми, остающимися без внимания детей и родственников. Они боятся остаться совсем одинокими в случае лечения по поводу рака.**

Спасибо за внимание!

Составитель Путимцева Т.П.