



**КГБПОУ КБМК им. В.М.Крутовского**

**Лекция №9**  
**Сестринский процесс при**  
**гемобластозах. Деонтология**  
**В ОНКОЛОГИИ.**

# Гемобласты

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

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

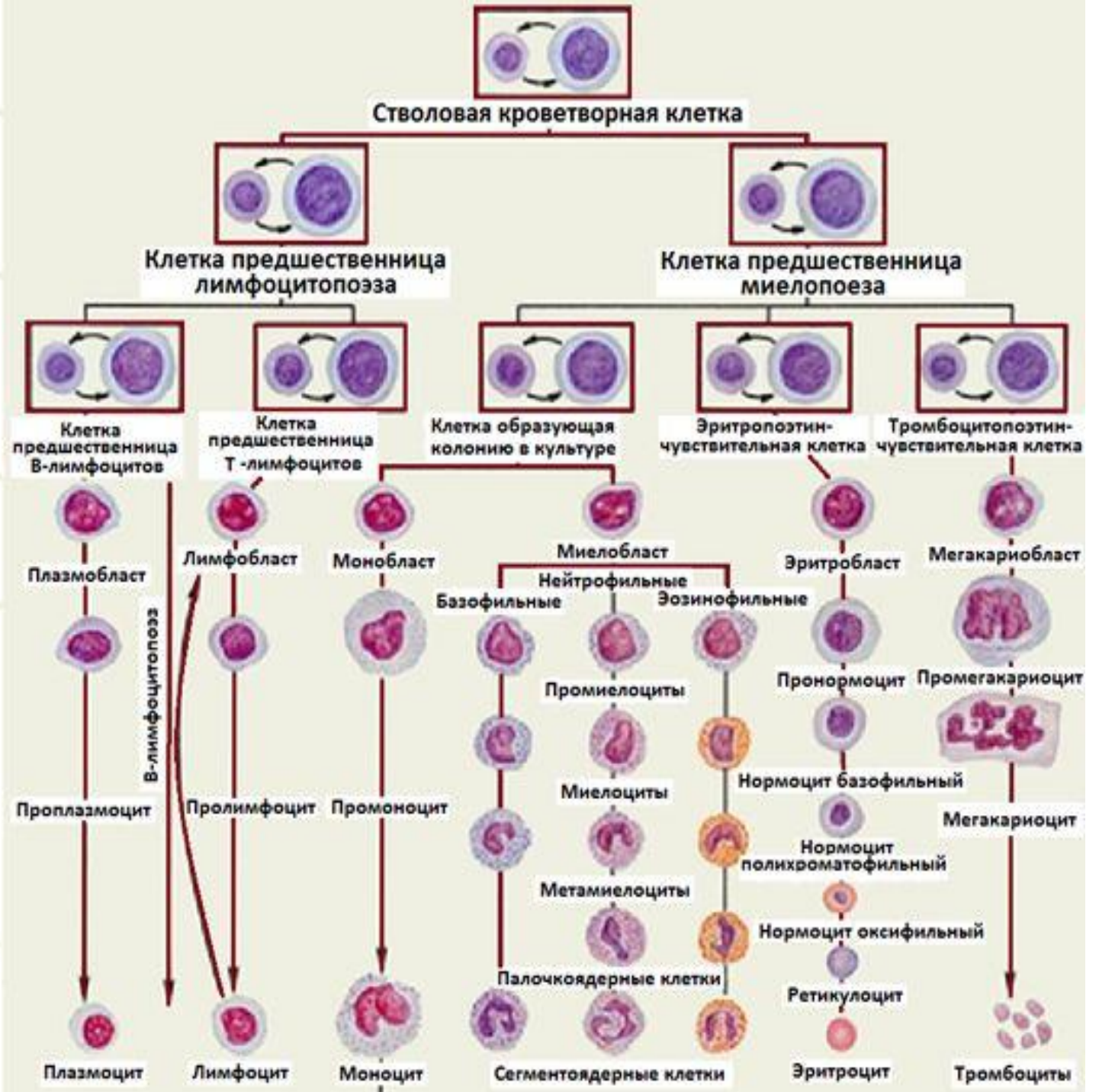
2. Гематосаркомы – характеризуются местным опухолевым ростом.

# Классификация:

- **Острые лейкозы:**
  1. лимфобластный
  2. миелобластный
  3. монобластный
  4. неклассифицируемые

КОСТНЫЙ МОЗГ

I  
II  
III  
IV  
V  
VI



кровь

# Классификация:

- Хронические лейкозы:

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

	<b>2018</b> <b>год</b>	<b>2019</b> <b>год</b>	<b>2020</b> <b>год</b>	<b>2021</b> <b>год</b>
<b>Взято на учёт с впервые установленны м диагнозом</b>	<b>227</b>	<b>220</b>	<b>224</b>	<b>233</b>
<b>Находилось на учёте на конец года</b>	<b>1755</b>	<b>1843</b>	<b>1690</b>	<b>1783</b>

# ***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  $300-500 \times 10^9$  /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 выраженных клинических проявлений:**

- \* 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  $200-400 \times 10^9$  /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.**

## **Жалобы:**

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



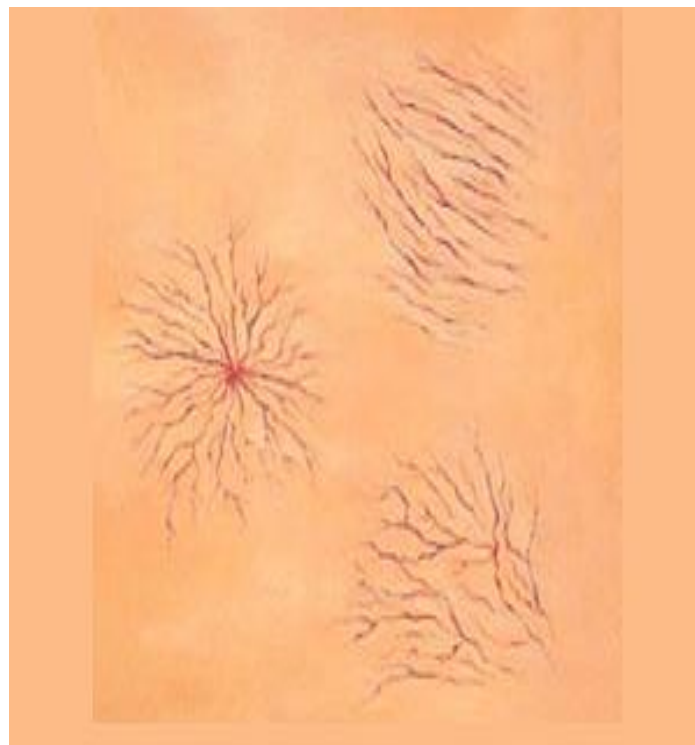
# Клиника

- 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  $6-8 \times 10^{12}$  /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

4-6 лет



20-30 лет



После 50 лет



# **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.**

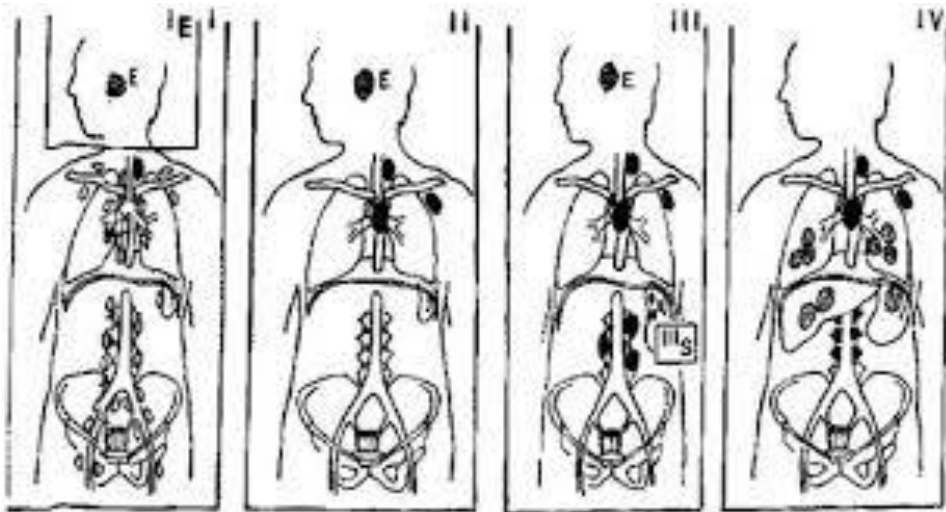
**В 1965 году Вилкс описал 15 клинических наблюдений аналогичного заболевания.**

**Березовский описал морфологическую картину заболевания – наличие гигантских многоядерных клеток.**

**Через 7 лет Штернберг описал аналогичную картину**

# КЛАССИФИКАЦИЯ

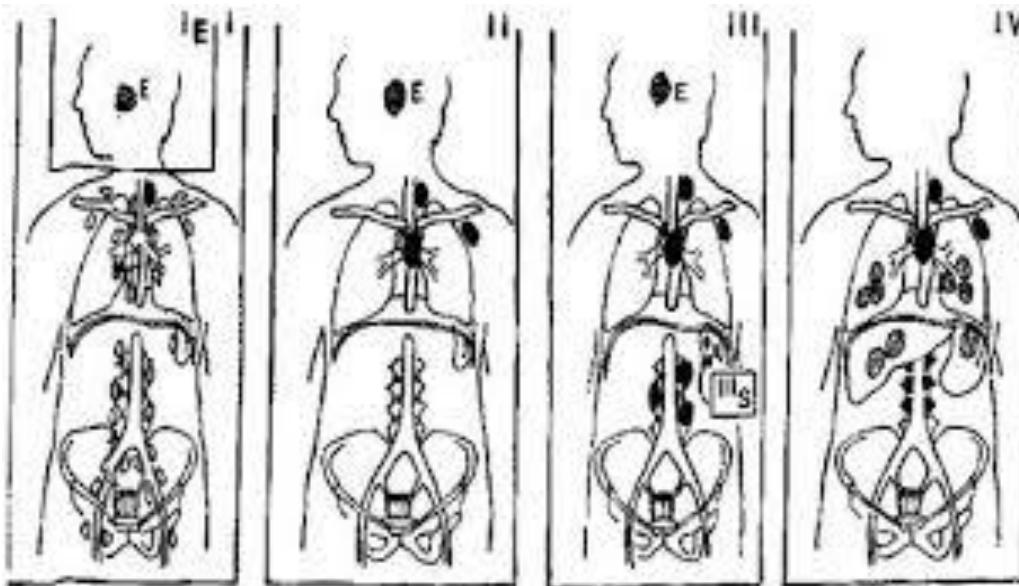
- 1ст. – поражение одной группы л/узлов или селезенки
- 2ст. – поражение 2 или более зон л/узлов по одну сторону диафрагмы



# 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 экстралимфатических 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**

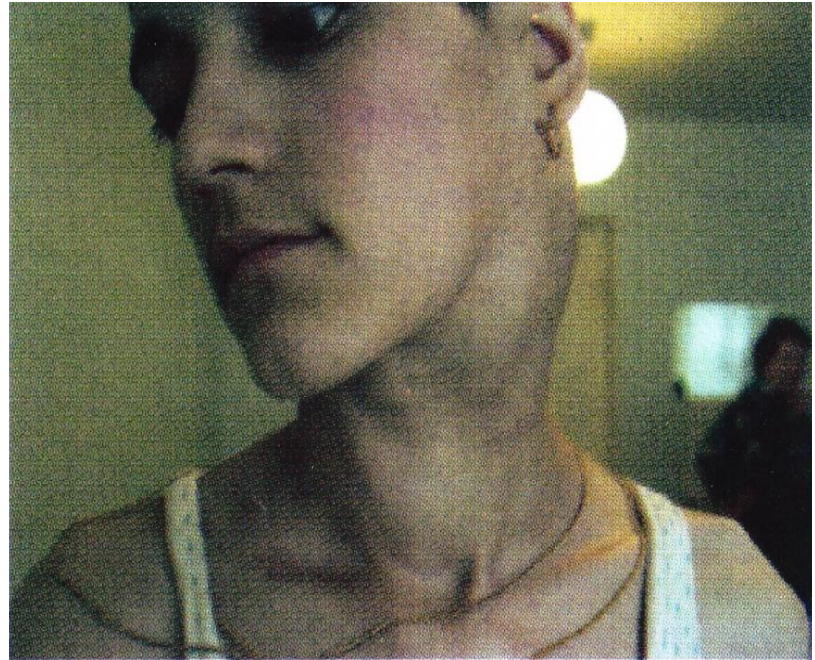
**5.слабость, головная боль, боли в  
костях, мышцах, суставах**

- **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  
лимфогранулематоз  
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  
безболезненны  
е, 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»**

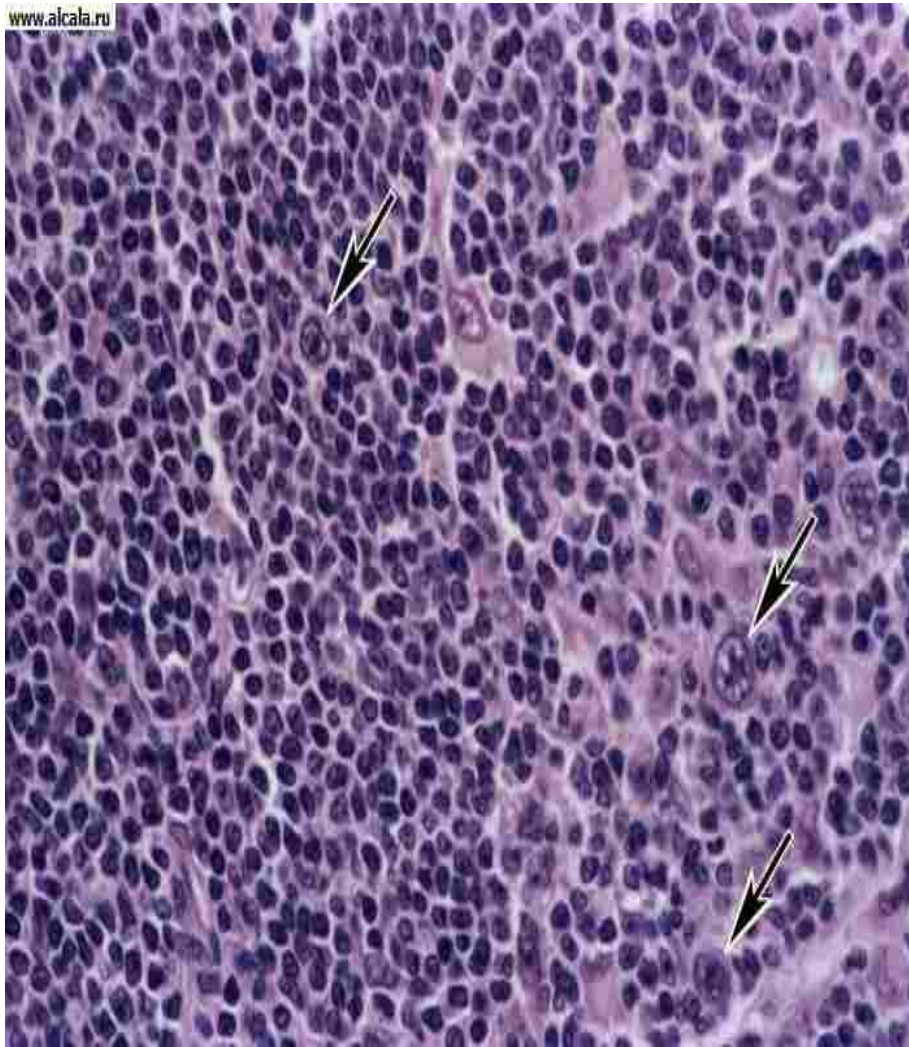
- 1. появление одного или нескольких увеличенных, безболезненных л/узлов эластической консистенции**
- 2. постепенное увеличение различных групп л/узлов**
- 3. необъяснимая лихорадка, особенно сопровождающаяся профузными ночными потами, потерей массы тела или кожным зудом**

# ДИАГНОСТИКА:

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

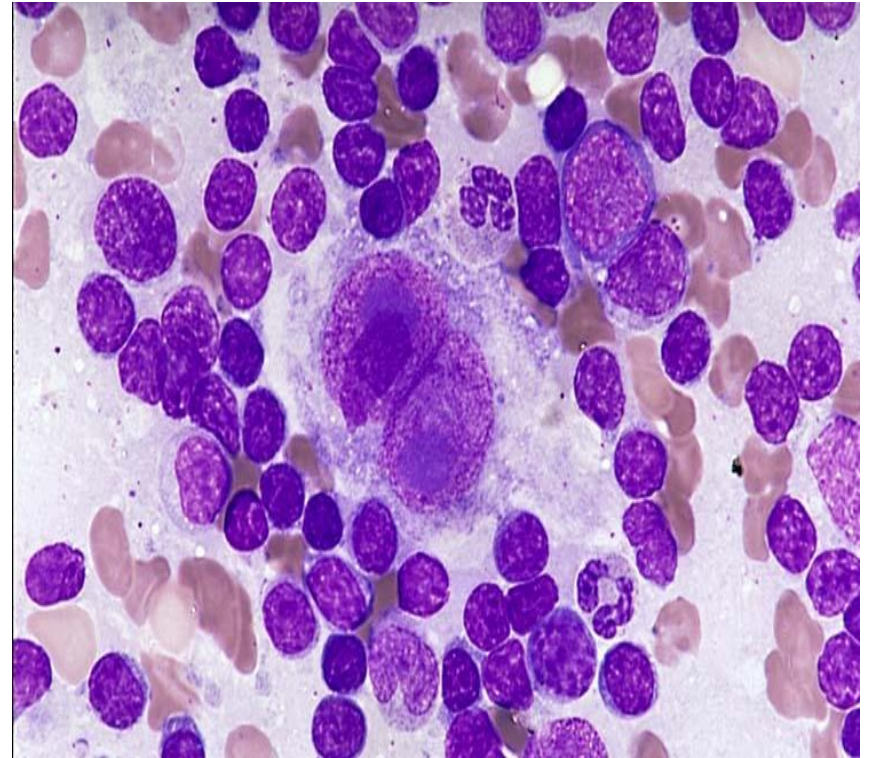
# **ДИАГНОСТИКА:**

- **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,**

**вынужденного идти на лечение**

# **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 злится 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 удастся 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.**