



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

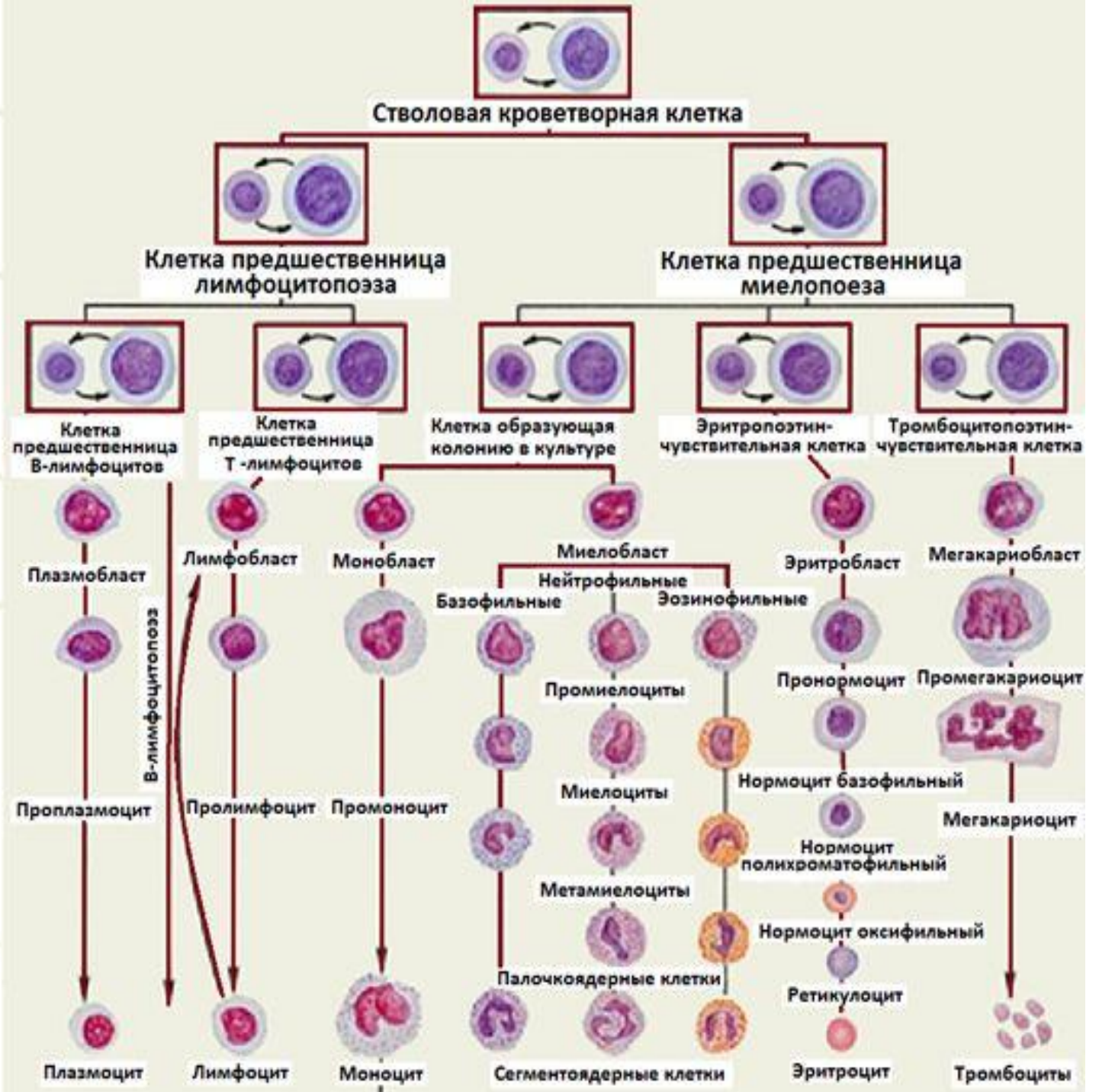
2.миелобластный

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

	2018 год	2019 год	2020 год	2021 год
Взято на учёт с впервые установленны м 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 $300-500 \times 10^9$ /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.**

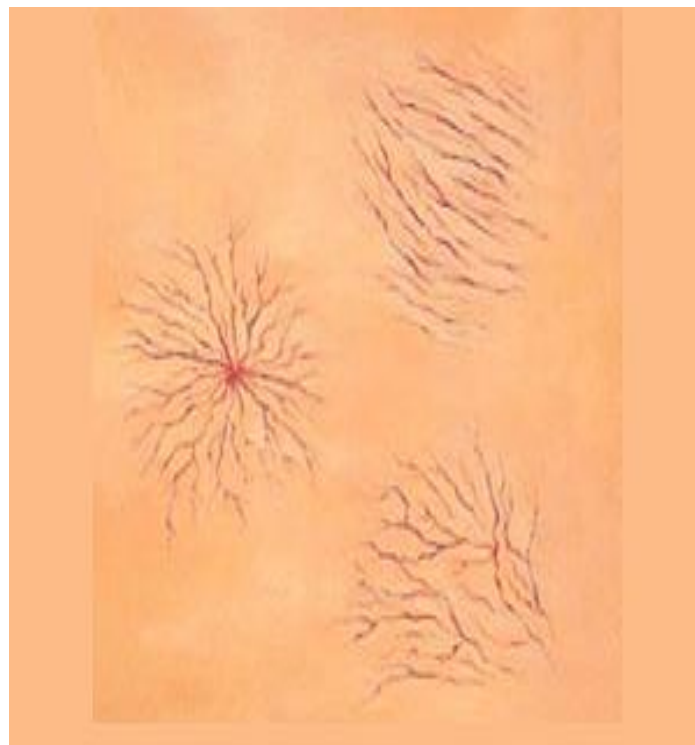
Клиника

- 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.

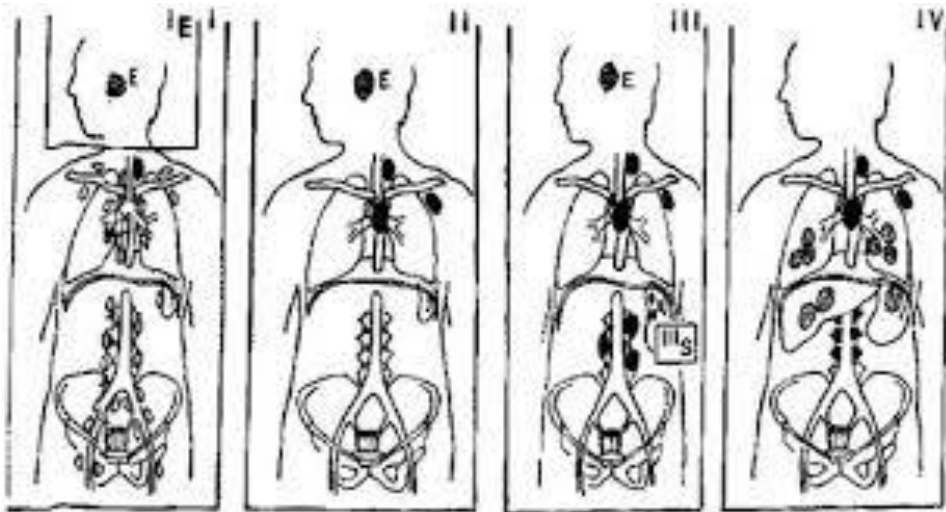
В 1965 году Вилкс описал 15 клинических наблюдений аналогичного заболевания.

Березовский описал морфологическую картину заболевания – наличие гигантских многоядерных клеток.

Через 7 лет Штернберг описал аналогичную картину

КЛАССИФИКАЦИЯ

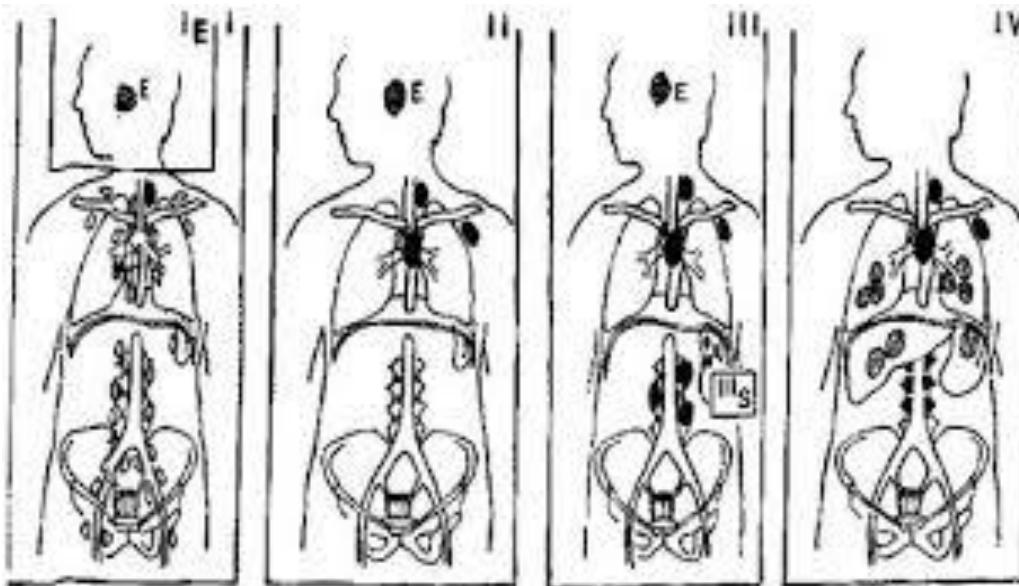
- 1ст. – поражение одной группы л/узлов или селезенки
- 2ст. – поражение 2 или более зон л/узлов по одну сторону диафрагмы



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**

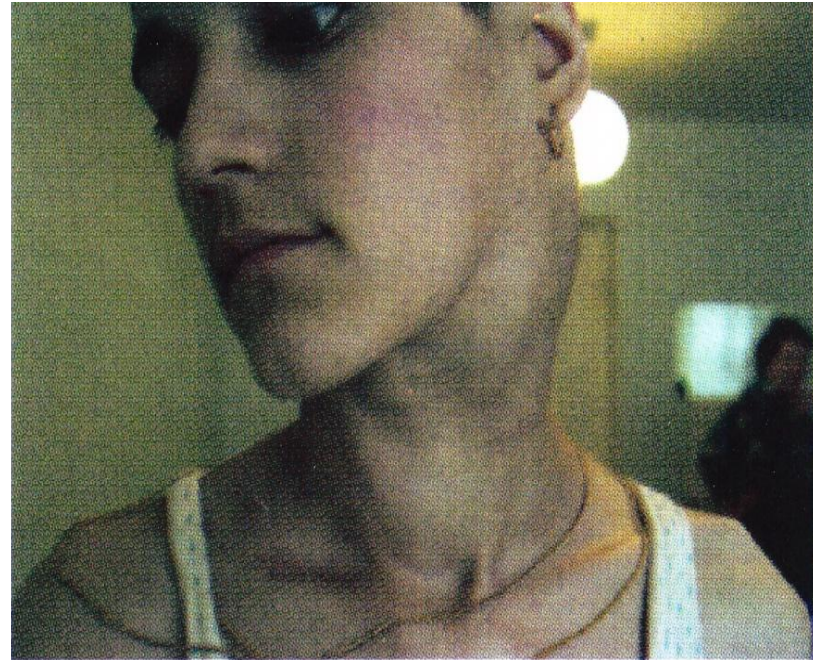
**5.слабость, головная боль, боли в
костях, мышцах, суставах**

- **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
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
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»

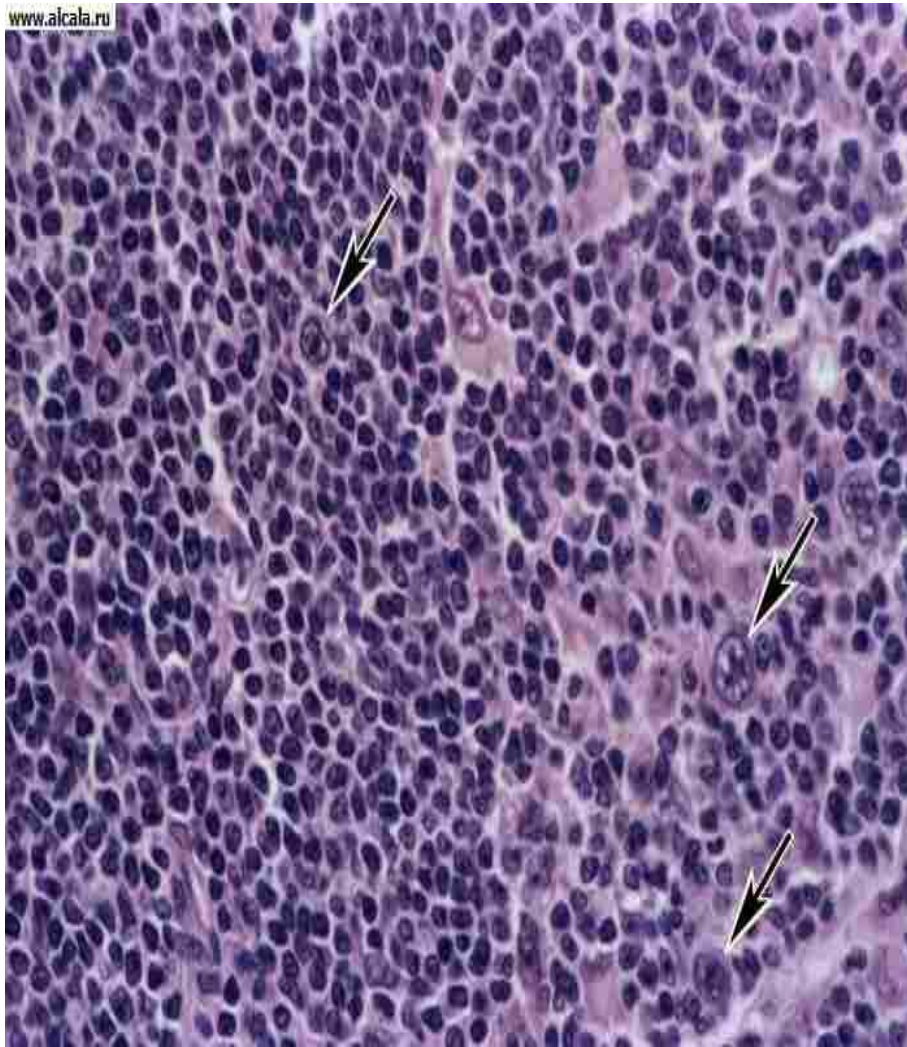
- 1. появление одного или нескольких увеличенных, безболезненных л/узлов эластической консистенции**
- 2. постепенное увеличение различных групп л/узлов**
- 3. необъяснимая лихорадка, особенно сопровождающаяся профузными ночными потами, потерей массы тела или кожным зудом**

ДИАГНОСТИКА:

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

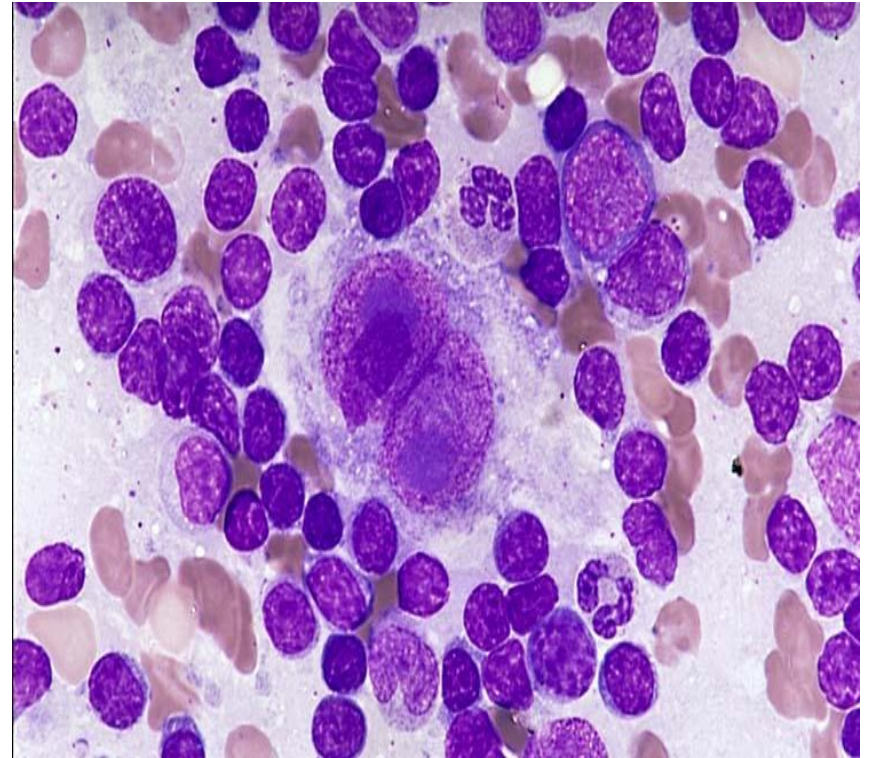
ДИАГНОСТИКА:

- **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.