

Сестринская помощь при новообразованиях



ТЕРМИНОЛОГИЧЕСКИЙ СЛОВАРЬ

- ▣ **Онкология** - раздел медицины, занимающийся изучением, диагностикой и лечением опухолей.
- ▣ **Опухоль** — патологический процесс, представленный новообразованной тканью, в которой изменения генетического аппарата клеток приводят к нарушению регуляции их роста и дифференцировки, характеризующиеся полиморфизмом строения, особенностью развития, обмена и обособленностью роста
- ▣ **Паллиативная операция** – операция, при которой хирург не ставит себе цель полностью удалить опухоль, а стремится устранить осложнение, вызванное опухолью и облегчить страдания пациента.
- ▣ **Радикальная операция** – полное удаление опухоли с регионарными лимфатическими узлами.



Опухоль — патологический процесс, представленный новообразованной тканью, в которой изменения генетического аппарата клеток приводят к нарушению регуляции их роста и дифференцировки, характеризующиеся полиморфизмом строения, особенностью развития, обмена и обособленностью роста



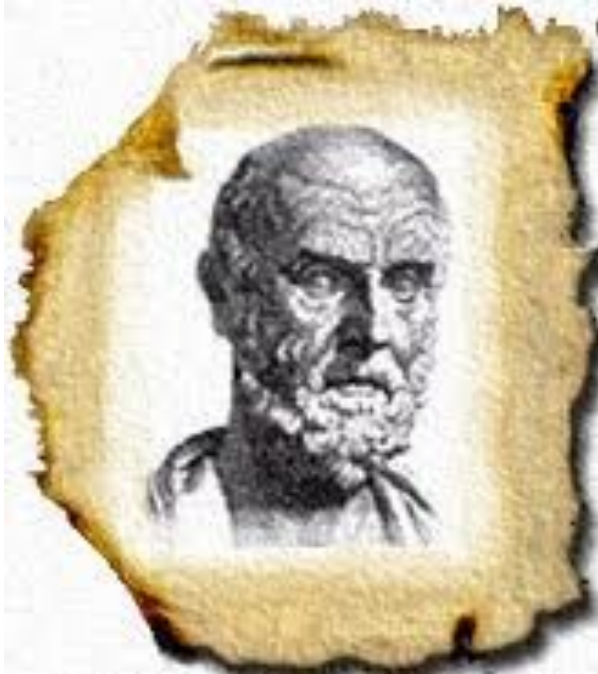
Историческая справка

Рак впервые описан в египетском папирусе примерно 1600 года до н. э.

В папирусе описано несколько форм рака молочной железы и сообщается, что от этой болезни нет лечения.



Историческая справка



Название «рак» произошло от введённого **Гиппократом** (460—370 годы до н. э.) термина «карцинома», обозначающего злокачественную опухоль. Гиппократ описал несколько видов рака.



Историческая справка



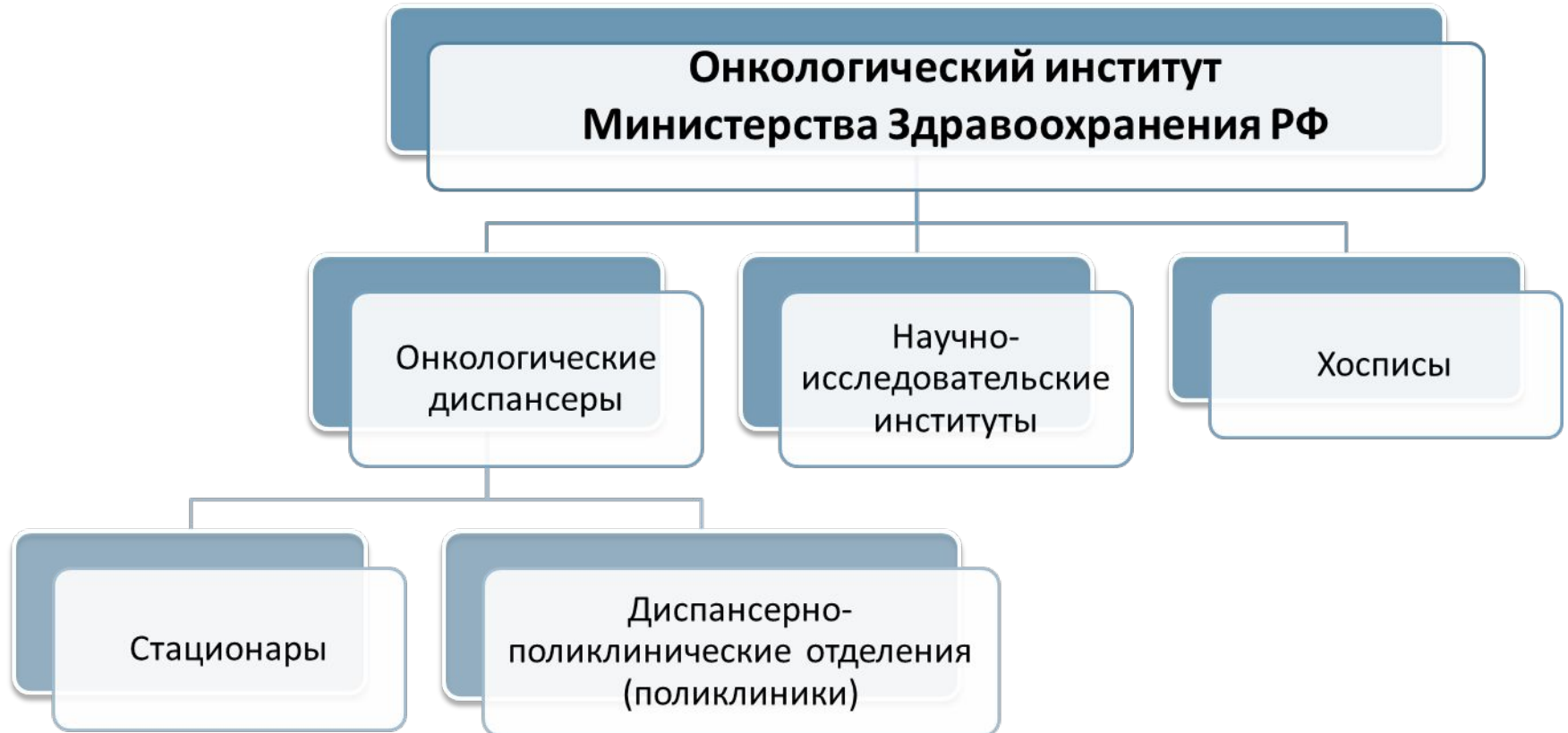
- Римский врач **Корнелий Цельс** в I веке до н. э. предложил на ранней стадии лечить рак удалением опухоли, а на поздних — не лечить никак.



- **Гален** использовал слово «*oncos*» для описания всех опухолей, что и дало современный корень слову онкология



Организация онкологической помощи в РФ



<u>Мужчины</u>			<u>Женщины</u>		
Распространённые формы		Смертность	Распространённые формы		Смертность
предстательная железа	33 %	31 %	молочная железа	32 %	27 %
лёгкие	13 %	10 %	лёгкие	12 %	15 %
прямая кишка	10 %	10 %	прямая кишка	11 %	10 %
мочевой пузырь	7 %	5 %	эндометрий матки	6 %	6 %



Особенности опухолевых клеток

- ▣ **Автономность** — независимость темпа размножения клеток и других проявлений их жизнедеятельности от внешних воздействий, которые изменяют и регулируют жизнедеятельность нормальных клеток.
- ▣ **Анаплазия ткани** - возвращение к более примитивному типу ткани
- ▣ **Атипия** - отличие по строению, расположению, взаимоотношению клеток.

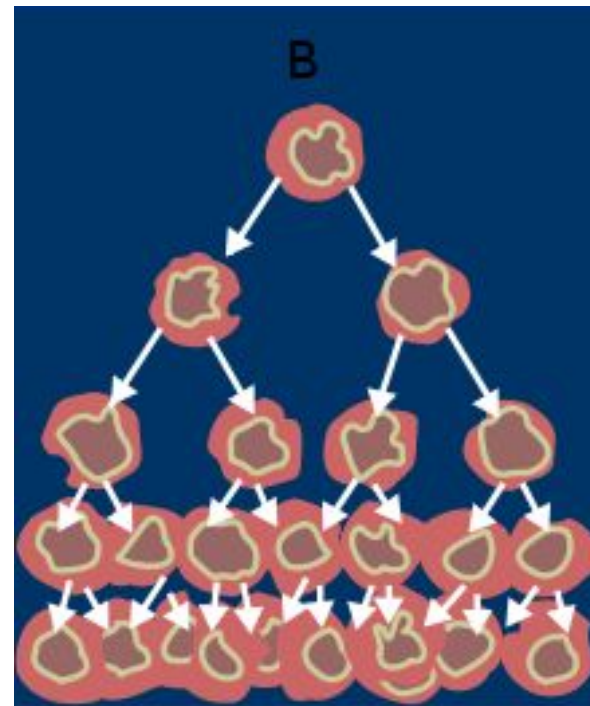
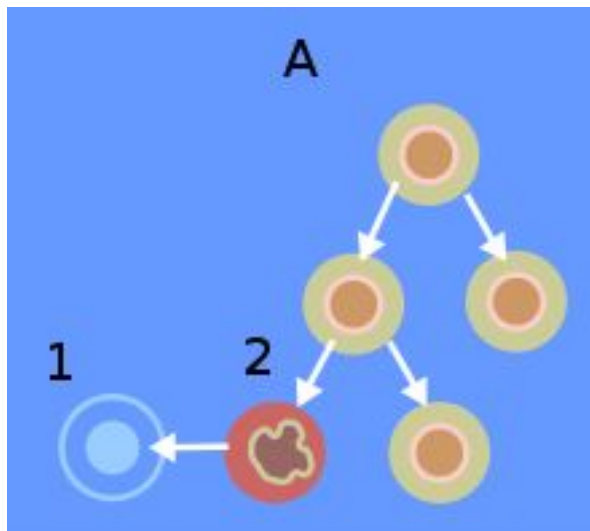


Особенности опухолевых клеток

- ▣ **Прогрессивный рост** – безостановочный рост.
- ▣ **Инвазивный рост** – способность опухолевых клеток врастать в окружающие ткани и разрушая, замещать их.
- ▣ **Экспансивный рост** – способность опухолевых клеток вытеснять окружающие ткани не разрушая их
- ▣ **Метастазирование** - образование вторичных опухолей в органах отдаленных от первичной опухоли



*Больные клетки продолжают бесконтрольное
размножение*



Метастазирование

Пути метастазирования

- гематогенный
- лимфогенный
- имплантационный.

Этапы метастазирования:

- инвазия клетками первичной опухоли стенки кровеносного или лимфатического сосуда;
- выход одиночных клеток или групп клеток в циркулирующую кровь или лимфу из стенки сосуда;
- задержка циркулирующих опухолевых эмболов в просвете сосуда малого диаметра;
- инвазия опухолевыми клетками стенки сосуда и их размножение в новом органе.



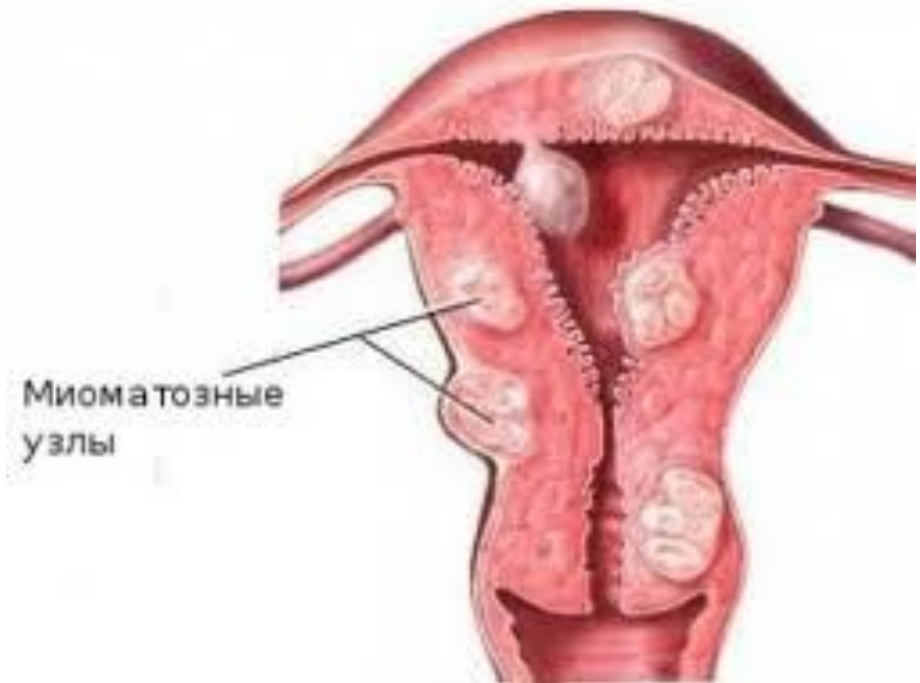
Классификация

I. По особенностям роста и распространения



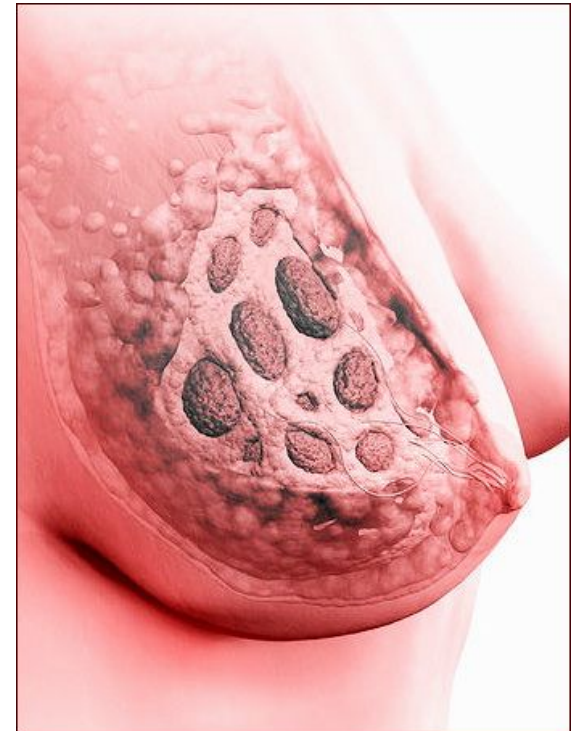
Доброкачественные (зрелые) опухоли

- не прорастают в окружающие ткани и органы
- экспансивный рост
- четкие границы опухоли
- медленный рост
- отсутствие метастазов



Злокачественные (незрелые) опухоли

- инфильтративный рост
- отсутствие четких границ
- быстрый рост
- метастазирование
- рецидивирование



II. Морфологическая классификация

Доброкачественные	Ткань	Злокачественные
Папиллома Полип	<i>Эпителиальная</i>	Рак Аденокарцинома Плоскоклеточный рак
Фиброма Хондрома Остеома	<i>Соединительная</i>	Саркома Фибросаркома Хондросаркома Остеосаркома
Лейомиома Рабдомиома	<i>Мышечная</i>	Лейомиосаркома Рабдомиосаркома
Невринома Нейрофиброма Астроцитомы	<i>Нервная</i>	Нейрофибросаркома
Гемангиома Лимфангиома	<i>Сосудистая</i>	Гемангиосаркома Лимфангиосаркома
Неvus	<i>Пигментная</i>	Меланома



Папиллома



Фиброма в коже



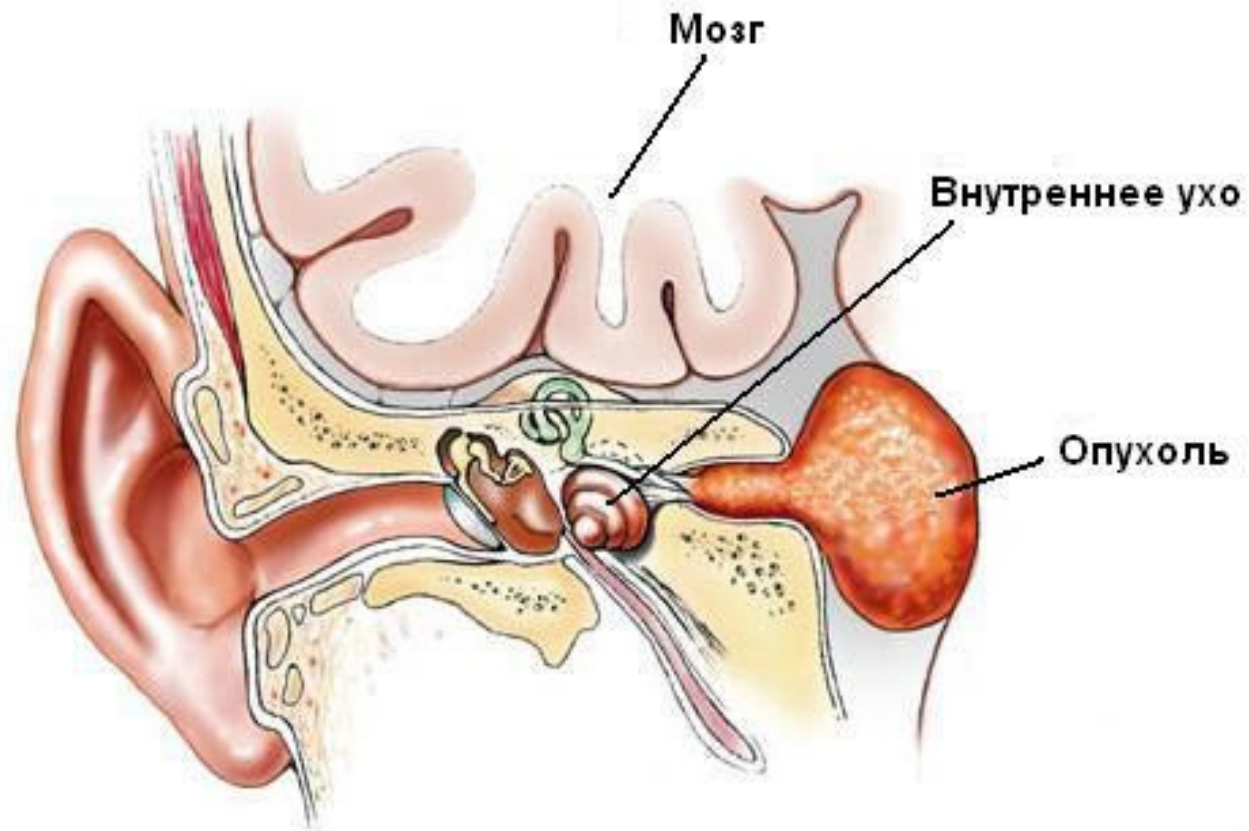
Липома



Миома матки



Невринома



Невринома слухового нерва



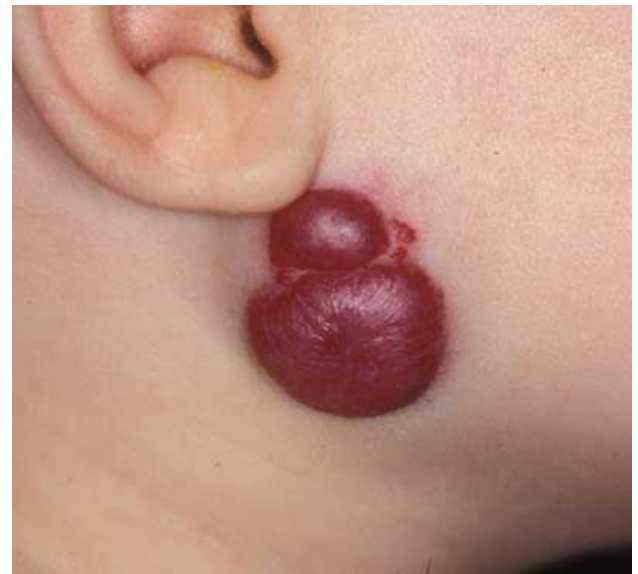
Нейрофиброма



Астроцитомы



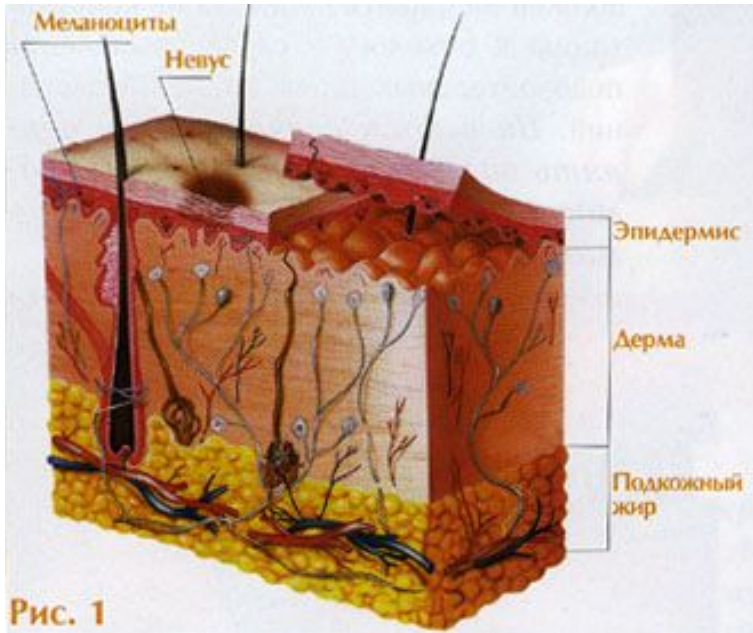
Гемангиома



Лимфангиома



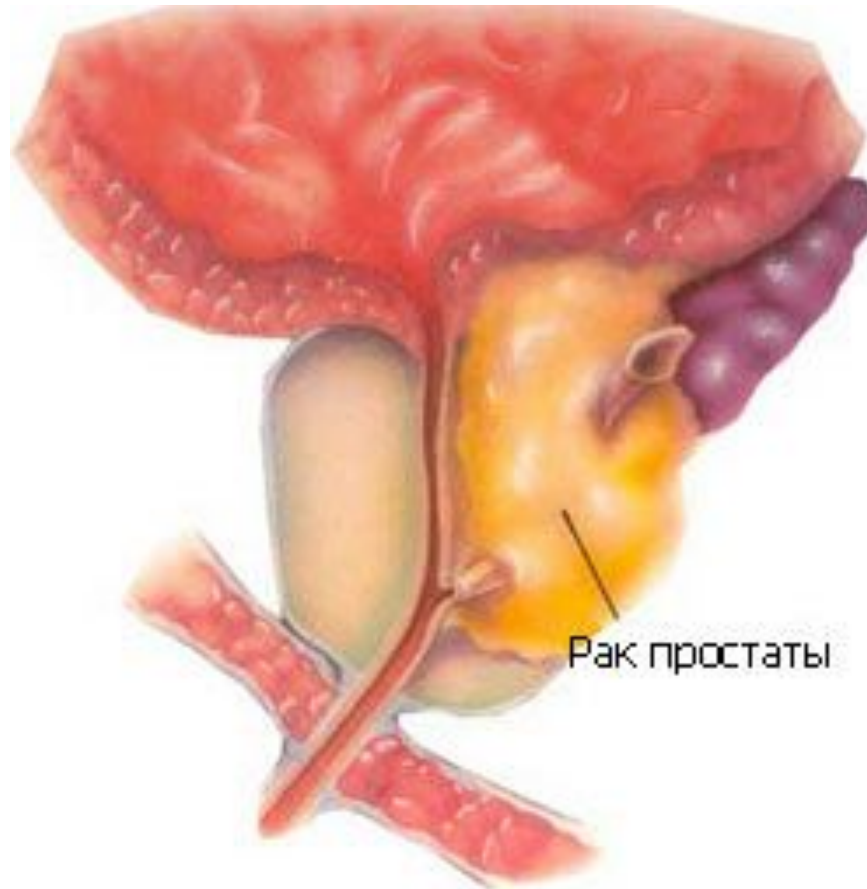
Невус



Рак горла



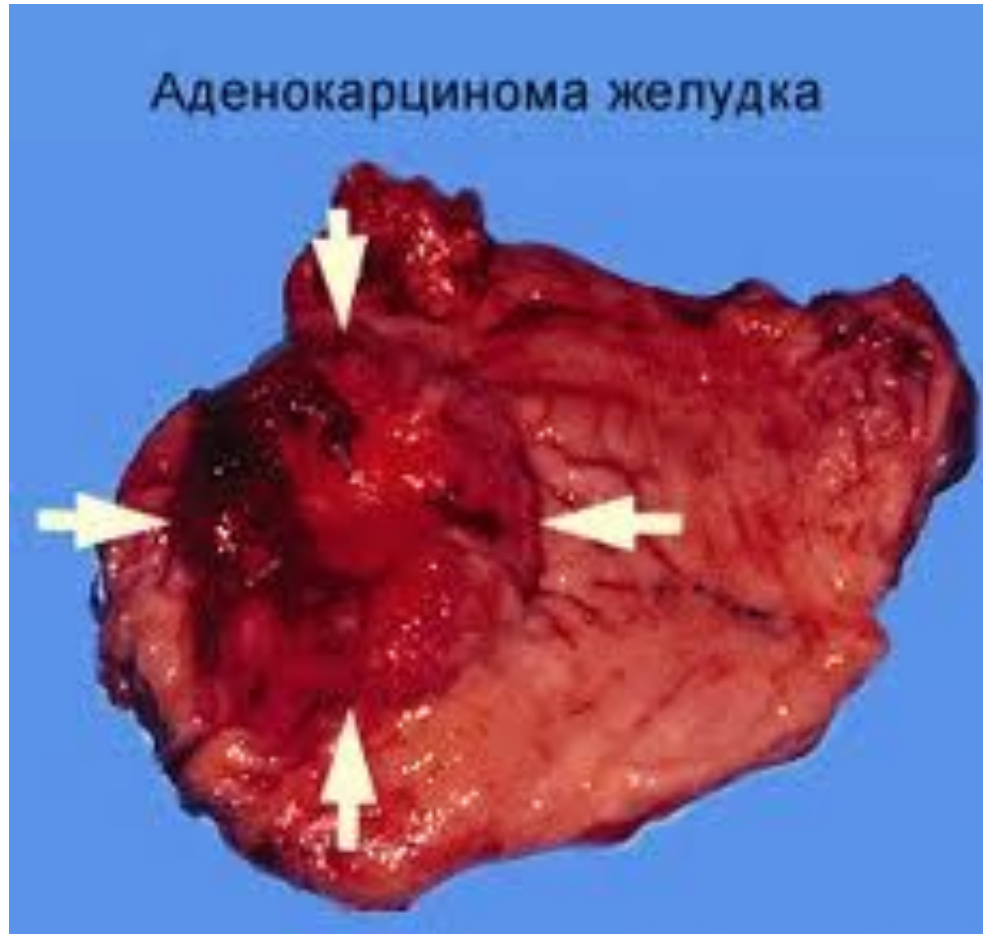
Рак простаты



Рак легкого



Аденокарцинома

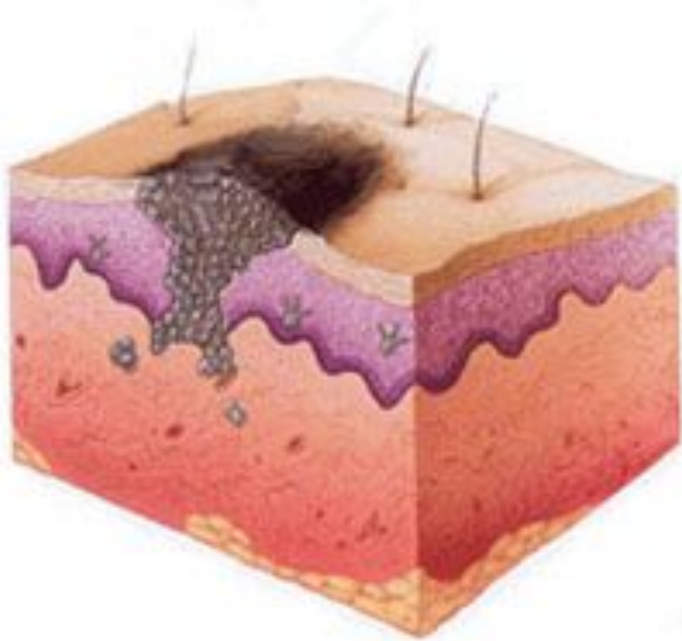


Остеосаркома

Остеосаркома

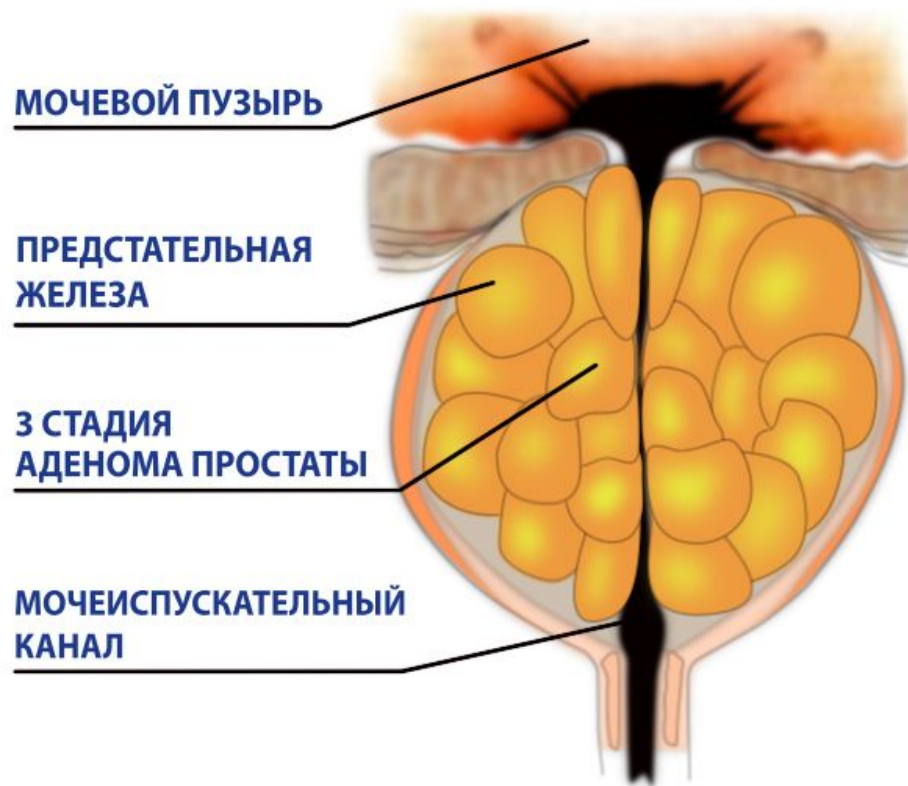


Меланома



Дисгормональные гиперплазии

Аденома предстательной железы



III. Международная классификация по TNM

T (tumor) для описания размеров и распространения первичной опухоли

- **Tx** - оценить размеры и местное распространение первичной опухоли не представляется возможным;
- **T0** - первичная опухоль не определяется;
- **T1, T2, T3, T4** - категории, отражающие нарастание размера и/или местного распространения первичного очага опухоли



II. Международная классификация по TNM

N (lymph nodes) для описания поражения регионарных лимфатических узлов

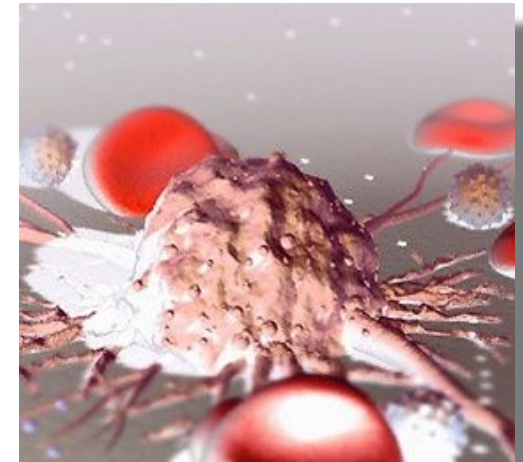
- **NX** - недостаточно данных для оценки регионарных лимфатических узлов;
- **N0** - нет метастазов в регионарные лимфатические узлы;
- **N1, N2, N3** - категории, отражающие различную степень поражения метастазами регионарных лимфатических узлов.



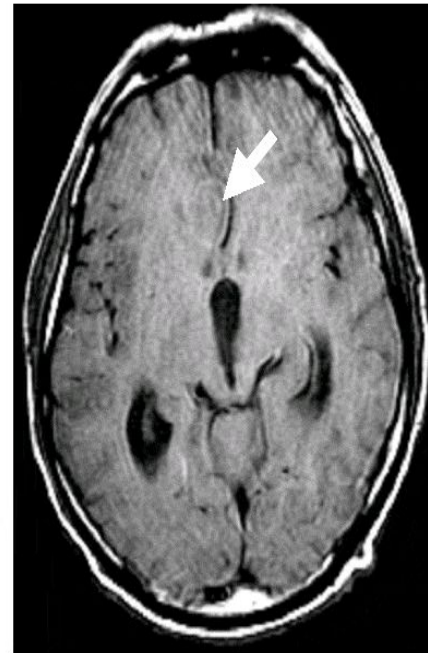
II. Международная классификация по TNM

M (metastases) – обозначает, имеются ли у опухоли **отдаленные отсевы – метастазы**

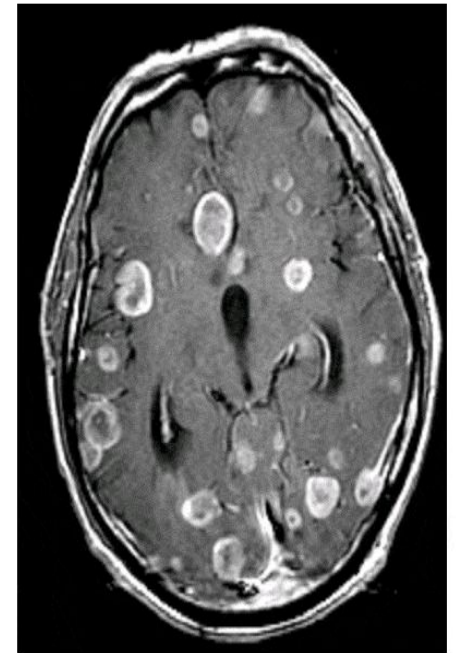
- Mx - недостаточно данных для определения отдаленных метастазов;
- M0 - нет признаков отдаленных метастазов;
- M1 - имеются отдаленные метастазы.



Метастазирование



А



Б



Стадии злокачественных опухолей

- **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



Стадии злокачественных опухолей

- ▣ **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.), отдаленные метастазы



□ **Диспансерное обслуживание** – это система активных медико-санитарных мероприятий, направленных на постоянное наблюдение за состоянием здоровья людей, оказание лечебной и профилактической помощи.



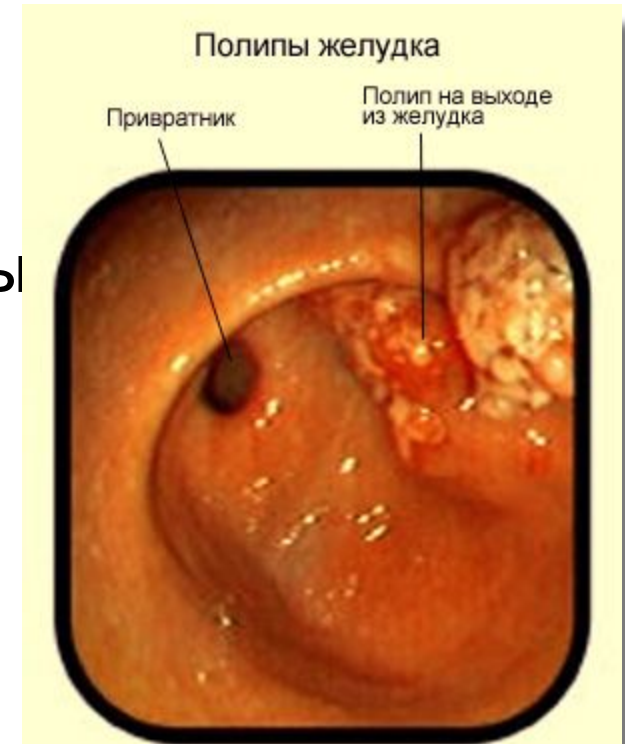
Исследования, при прохождении пациентом диспансерного обследования:

- флюорография
- маммография
- осмотр гинеколога
- ректальное исследование
- осмотр уролога (мужчин)
- эзофагогастродуоденоскопия
- колоноскопия
- ректороманоскопия (при хронических заболеваниях ЖКТ).



Предраковые состояния

- хронические воспаления
- пороки развития
- длительно не заживающие язвы
- эрозия шейки матки
- полипы желудка
- рубцы после ожогов



Синдромы злокачественных опухолей

Синдром «плюс-ткань»

Опухоль может обнаруживаться непосредственно в зоне расположения как новая, дополнительная ткань — **плюс-ткань**. Ее легко выявить при поверхностной локализации опухоли (в коже, мышцах), иногда удается прощупать опухоль в брюшной полости.

Плюс-ткань можно определить с помощью специальных методов исследования: эндоскопии, УЗИ, рентгенографии и т.д. При этом можно увидеть **саму опухоль** или характерные для

▶ плюс-ткани симптомы (**дефект наполнения** при рентгеновском исследовании желудка с

Синдром патологических выделений

Если вокруг опухоли возникает воспаление или обнаруживается слизеобразующая форма рака, появляются **слизистые или слизисто-гнойные выделения** (например, при раке ободочной кишки).

Синдром нарушения функции органа

Проявления этого синдрома разнообразны и **зависят от местонахождения опухоли и функции органа:**

- кишечная непроходимость
- диспептические расстройства (тошнота, изжога, рвота) при раке желудка
- дисфагия (нарушение глотания) при раке пищевода.

Все эти симптомы **неспецифичны, но часто встречаются** у онкобольных.



Синдром малых признаков

- дискомфорт
- повышенная утомляемость, сонливость, равнодушие, снижение работоспособности
- извращение вкуса или отсутствие аппетита
- отсутствие удовлетворения от принятой пищи
- тошнота, рвота без видимых причин
- сухой надсадный кашель или кашель с мокротой с прожилками крови
- кровянистые выделения из влагалища, гематурия, кровь и слизь в кале



Диагностика

- рентгенологическое исследование
- компьютерная томография (КТ)
- магнитно-резонансная томография (МРТ)
- эндоскопическое исследование
- ультразвуковое исследование (УЗИ)
- биопсия опухолевого материала
- цитологические исследования
- лабораторные исследования



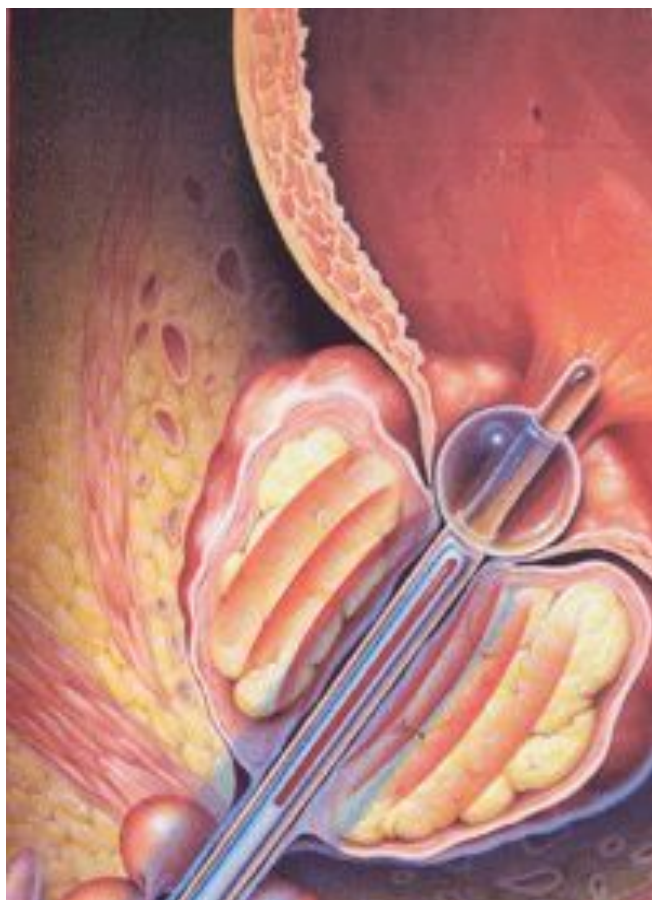
Томограф



Биопсия



Биопсия предстательной железы



Биопсия кишки



Принципы лечения

Доброкачественные опухоли

- Оперативное лечение



Злокачественные опухоли

- **комбинированными** методами - применение двух разных видов лечения (*операция + химиотерапия; операция + ЛТ*);
- **сочетанными** методами - применение различных лечебных средств (*внутриканальное и наружное облучение*);
- **комплексным** методом - применение всех трех видов лечения (*хирургическое, химиотерапия, лучевая терапия*).



Хирургические методы лечения

Радикальная операция - полное удаление опухоли с регионарными лимфоузлами.

Противопоказания

- генерализация опухолевого процесса - возникновение отдаленных метастазов,
- неудалимые опухоли при оперативном вмешательстве.
- общее тяжелое состояние пациента, обусловленное старческим возрастом и декомпенсированными сопутствующими заболеваниями.



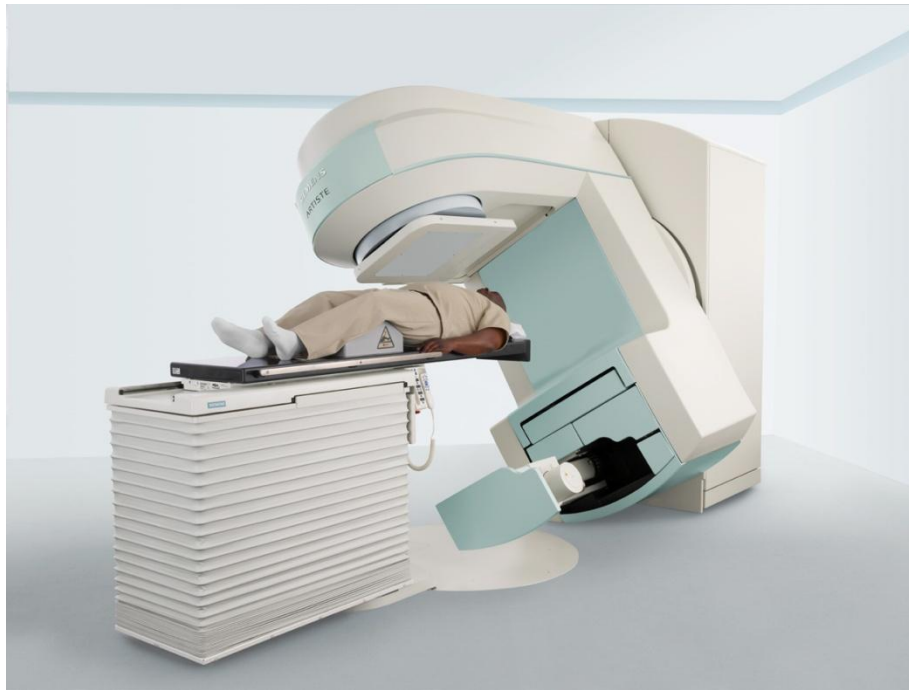
Паллиативное хирургическое вмешательство с целью восстановления утраченной функции или облегчения страдания пациента.

- при раке пищевода – наложение гастростомы,
- при раке гортани - трахеостомы,
- при раке толстой кишки - колостомы.



Лучевая терапия

- использование различных видов ионизирующего излучения для разрушения опухолевого очага.



Лучевая терапия

Виды излучения:

▣ Электромагнитное:

- ▣ рентгеновское,
- ▣ гамма-излучение,
- ▣ бета-излучение.

▣ Корпускулярное:

- ▣ искусственные радиоактивные изотопы



Лучевая терапия

Способы облучения:

- ▣ **дистанционный метод (наружное)** – источник излучения находится на расстоянии от больного
- ▣ **контактный метод** (внутриканевой, внутриполостной, аппликационный)



Лекарственная терапия

Лекарственная терапия - применение лекарственных препаратов, оказывающих повреждающее действие на опухолевую ткань.

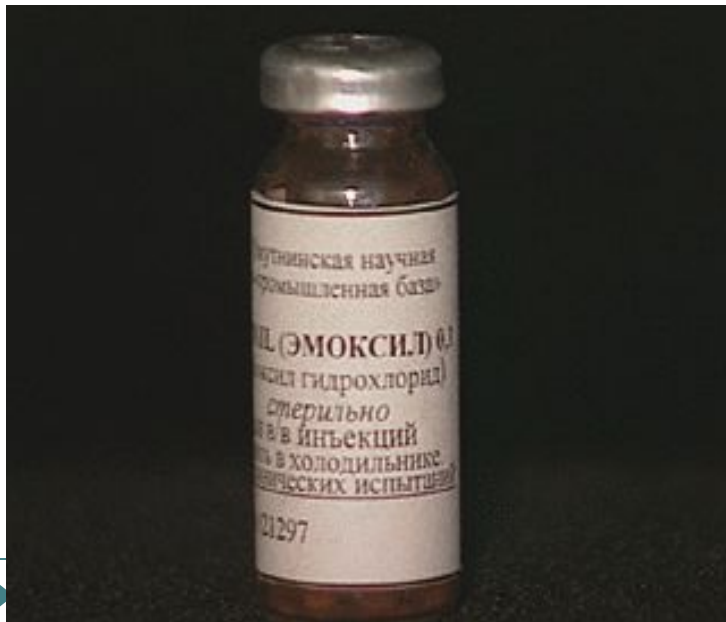


Лекарственная терапия

Виды лекарственной терапии:

- **Химиотерапия** - использование химических соединений , разрушающих опухолевую ткань или тормозящих размножение опухолевых клеток.
- Цитостатики (антиметаболиты),
- Противоопухолевые антибиотики,
- Растительные препараты.
- **Гормонотерапия:**
 - кортикостероиды,
 - эстрогены,
 - андрогены.





Побочные действия химиотерапии

- гемодепрессия
- тошнота, рвота
- снижение аппетита
- диарея
- гастрит
- кардиотоксический эффект
- нефротоксичность
- цистит
- стоматиты
- алопеция (выпадение волос)



Симптоматическая терапия

Цель лечения - облегчение страданий пациентов.

С целью уменьшения боли применяют:

- наркотические и ненаркотические анальгетики;
- новокаиновые блокады;
- невролиз - разрушение болевых нервов путем хирургической операции или воздействием рентгеновских лучей.



Онкологическая этика и деонтология

- *Беседа с пациентом корректная, щадящая психику, вселяющая надежду на благоприятный исход болезни*
- *Пациент имеет право на полную информацию о своем заболевании, но эта информация должна быть щадящая.*



Рак молочной железы



АФО молочной железы



**Рак молочной железы –
эпителиальная злокачественная
опухоль, исходящая из эпителия
альвеол и протоков молочной
железы**



□ в мире ежегодно регистрируется более **1 млн.**
новых случаев рака молочной железы

□ в РФ - свыше **50 тыс.**



Факторы риска

- возраст старше 50 лет
- аборты
- менструальная функция – начало в возрасте 10-12 лет, поздняя менопауза.
- нерожавшие женщины
- первые роды в возрасте старше 35 лет
- продолжительный период кормления детей грудью
- заболевания женских половых органов
- наследственность
- избыточный вес
- радиационное облучение, курение, употребление алкоголя
- употребление оральных контрацептивов



Клиническая международная классификация (TNM)

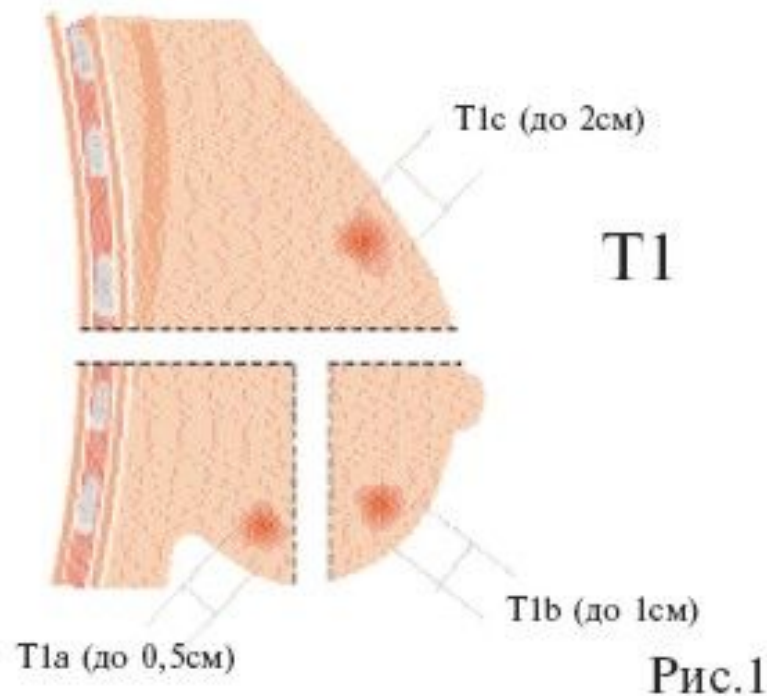
T ₁	опухоль до 2 см
T ₂	опухоль 2-5 см
T ₃	опухоль более 5см
T ₄	опухоль с распространением на грудную клетку или кожу
N ₀	подмышечные лимфоузлы не пальпируются
N ₁	пальпируются плотные смещаемые лимфоузлы в подмышечной области той же стороны
N ₂	пальпируются подмышечные лимфоузлы больших размеров, спаянные, ограниченно подвижные
N ₃	пальпируются на той же стороне под- или надключичные лимфоузлы, или отек руки
M ₀	отдаленных метастазов нет
M ₁	имеются отдаленные метастазы



Стадии развития

Стадия I: опухоль до 2 см без поражения лимфоузлов

($T_1, N_0 M_0$)



Стадии развития

- ▣ **Стадия IIa:** опухоль не более 5 см без поражения лимфоузлов (T_{1-2}, N_0M_0)
- ▣ **Стадия IIб:** опухоль не более 5 см, с поражением одиночных подмышечных лимфоузлов (T_1, N_1M_0)

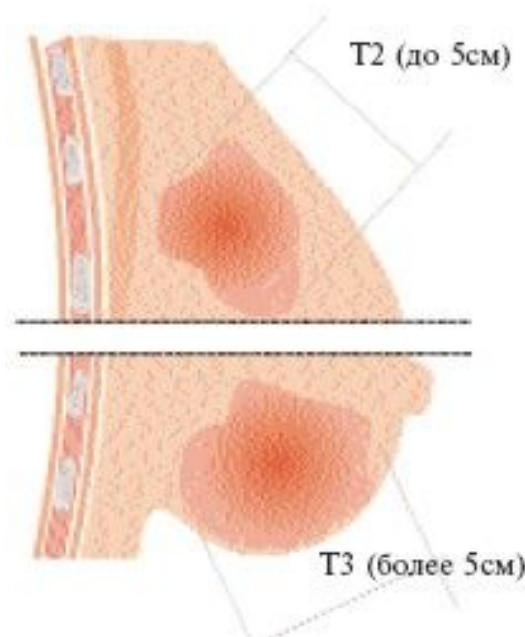


Рис. 2

Стадии развития

Стадия III: опухоль более 5 см с наличием множественных метастазов в подмышечных лимфатических узлах

$(T_1 N_{2-3} M_0 \cdot T_2 N_{1-3} M_0 \cdot T_3 N_{1-3} M_0)$

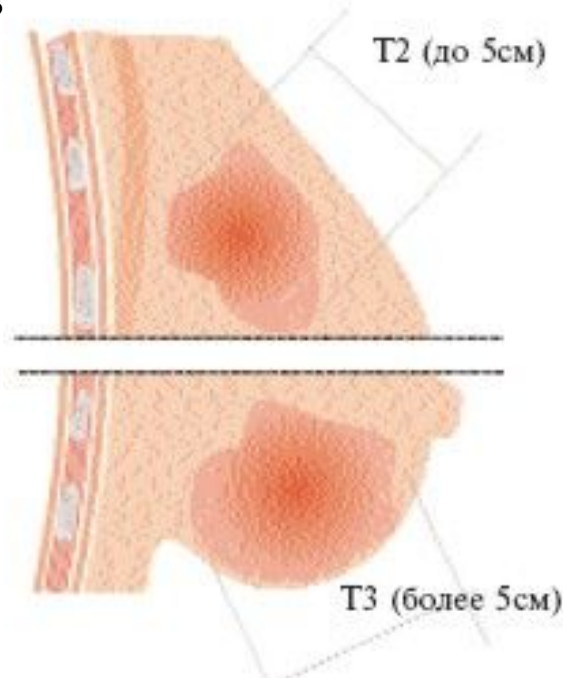


Рис. 2

Стадии развития

Стадия IV: наличие опухоли распространившейся на участки тела, находящиеся на значительном удалении от грудной клетки (любое сочетание T, N при M₊)



T4c

Рис. 4



Клинические формы

- узловая форма
- диффузная форма
- *отечно - инфильтративная форма*
- *маститоподобный рак*
- *рожеподобный рак*
- *панцирный рак*
- болезнь (рак) Педжета



Узловая форма

Ранние клинические признаки:

- Наличие четко определяемого узла в молочной железе.
- Плотная консистенция опухоли.
- Ограниченная подвижность опухоли в молочной железе.
- Патологическая морщинистость или втяжение кожи над опухолью
- Безболезненность опухолевого узла.
- Наличие одного или нескольких плотных подвижных лимфоузлов в подмышечной области той же стороны.



Узловая форма

Поздние клинические признаки:

- Заметное на глаз втяжение кожи в месте определяемой опухоли
- Симптом «лимонной корки» над опухолью.
- Изъязвление или прорастание кожи опухолью.
- Утолщение соска и складки ареолы - симптом Краузе.
- Втяжение и фиксация соска.
- Большие размеры опухоли.
- Деформация молочной железы
- Большие неподвижные метастатические лимфоузлы в подмышечной впадине
- Надключичные метастазы
- Боль в молочной железе
- Отдаленные метастазы, выявленные клинически или рентгенологически.







Методы исследования

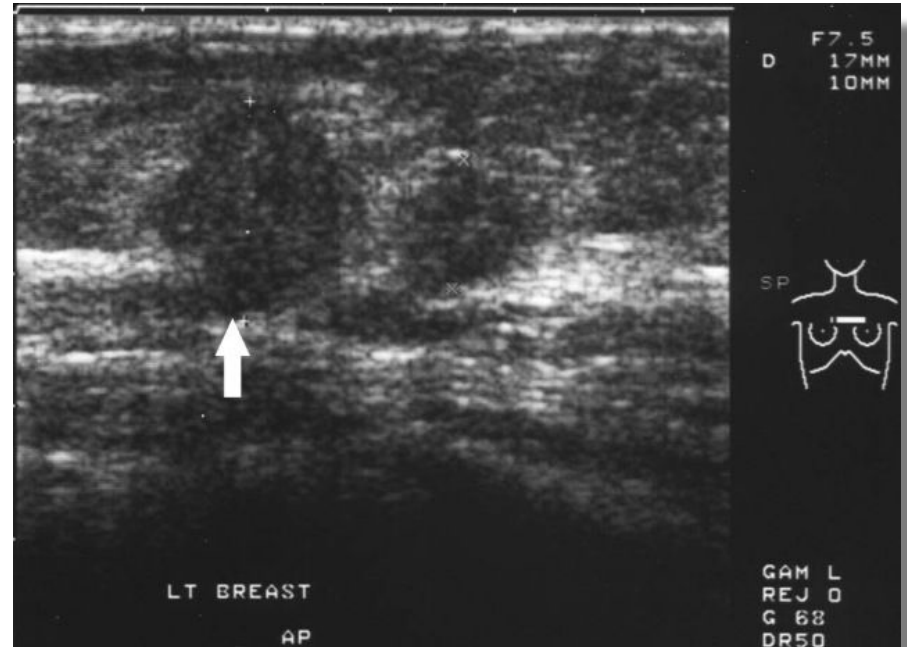
- маммография
- УЗИ
- доплерография
- аспирационная пункционная биопсия
- секторальная резекция молочной железы со срочным гистологическим исследованием.



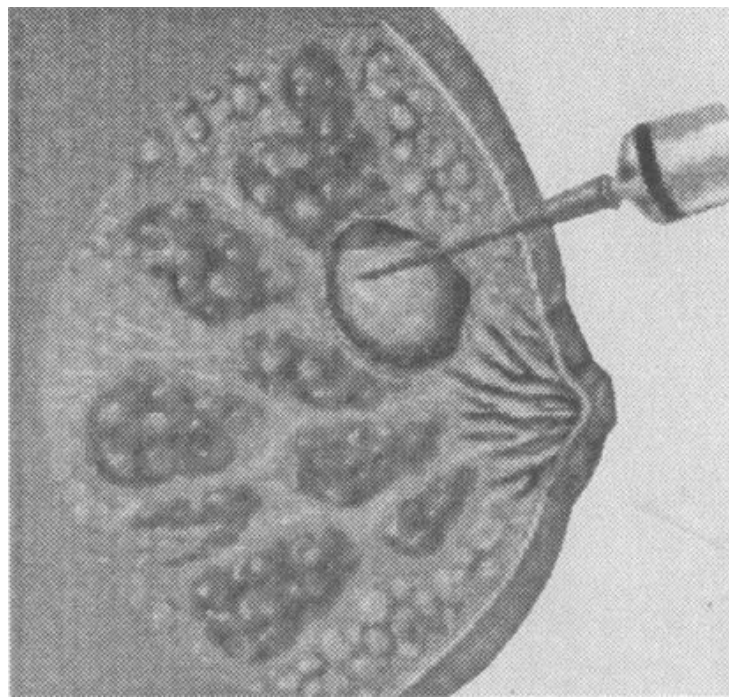
Маммография



УЗИ



Пункционная биопсия



Принципы лечения

I. Хирургическое лечение

Операции:

- расширенная секторальная резекция молочной железы, лимфаденэктомия
- простая мастэктомия
- радикальная мастэктомия



Принципы лечения

II. Лучевая терапия

- Используется
- дистанционная гамма- терапия,
- электронный или протонный пучок.



Принципы лечения

III. Химиотерапия

▣ *Цитостатики*

- ▣ циклофосфан
- ▣ 5 - фторурацил
- ▣ винкристин
- ▣ адриампицин и т.д.

▣ *Гормонотерапия*

- ▣ андрогены
- ▣ кортикостероиды
- ▣ эстрогены



Принципы лечения

IV. Симптоматическая терапия:

- анальгетики,
- седативные препараты,
- оксигенотерапия и т.д.



Сестринская помощь перед операцией радикальная мастэктомия

Вечером накануне операции:

- легкий ужин,
- очистительная клизма,
- душ, смена постельного и нательного белья,
- выполнять назначения врача анестезиолога,

Утром перед операцией:

- не кормить, не поить,
 - побрить подмышечные впадины,
 - напомнить пациентке, чтобы она помочилась,
 - забинтовать ноги эластичными бинтами до паховых складок,
 - провести премедикацию за 30 мин. до операции
 - подавать в операционную в обнаженном виде на каталке, прикрыв простыней.
-



Сестринская помощь после операции радикальная мастэктомия

Сразу после операции:

- оценить состояние пациентки
 - уложить в теплую постель в горизонтальном положении без подушки, повернув голову набок
 - ингалировать увлажненный кислород
 - положить пузырь со льдом на область операции
 - проверить состояние дренажей и дренажного пакета
 - забинтовать руку на стороне операции эластичным бинтом
 - выполнять назначения врача: введение наркотических анальгетиков, инфузию плазмозаменителей и т.д.
 - проводить динамическое наблюдение
-



Сестринская помощь после операции радикальная мастэктомия

Через 3 часа после операции:

- дать попить;
- приподнять головной конец, под голову подложить подушку;
- поменять пузырь со льдом;
- заставить пациентку глубоко подышать, откашляться;
- помассировать кожу спины;
- проверить бинты на ногах и руке;
- выполнять назначения врача;
- проводить динамическое наблюдение.



Сестринская помощь после операции радикальная мастэктомия

I-е сутки после операции:

- помочь пациентке провести личную гигиену, сесть в постели; опустив ноги с кровати на 5-10 минут;
- покормить легким завтраком;
- провести массаж спины с поколачиванием и стимуляцией кашля;
- снять бинты с руки и ног, провести их массаж и вновь забинтовать;
- провести перевязку раны совместно с врачом;
- сменить дренажный мешок – гармошку, зафиксировав количество отделяемого в листе наблюдения;
- проводить динамическое наблюдение



Сестринская помощь после операции радикальная мастэктомия

2-е– 3-и сутки после операции

- помочь пациентке встать с постели
- помочь походить по палате, провести личную гигиену
- перебинтовать руку и ноги с легким массажем
- кормить в соответствии с диетой сопутствующих заболеваний или диетой № 15
- начать обучение гимнастике для руки на стороне операции
- проводить - динамическое наблюдение, профилактику поздних послеоперационных осложнений



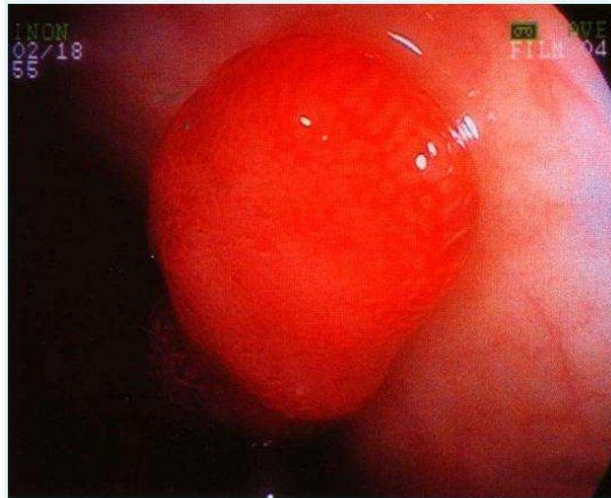
Сестринская помощь после операции радикальная мастэктомия


С 4 дня

- палатный режим с постепенным
- дренажи удаляют на 3 –5 сутки, а при скоплении лимфы под кожей проводят пункционное ее удаление.
- швы с раны снимают на 10 – 15 день.




Рак прямой кишки



- ▶ Рак прямой кишки составляет 80% раковых поражений кишечника, и на 4–5% всех раков. У лиц в возрасте старше 60 лет встречается в 5–6 раз чаще, чем в более молодом возрасте.
 - ▶ Мужчины болеют чаще женщин в 1,5 раза
 - ▶ За последние 10 лет заболеваемость в РФ возросла на 30%
- 

Факторы риска

- ▶ Диета (высокое содержание мяса и животных жиров, низкое содержание растительной пищи, злоупотребление алкоголем, курение) – приводит к застою плотных каловых масс
 - ▶ Наследственность
 - ▶ Полипоз (аденомы), воспалительные заболевания
 - ▶ Возраст старше 50 лет, мужчины, городское население
- 

Клиническая картина:

- ▶ 1. **Патологические выделения из прямой кишки** (кровь, слизь гной).
- ▶ 2. **Расстройства функции кишечника** (затруднения дефекации, ощущения неполной дефекации, запоры, поносы, ложные позывы, недержание кала и газов, изменение формы испражнений).
- ▶ 3. **Болевые и другие неприятные ощущения в прямой кишке или прилежащих областях** (боли, нарушения функции органов малого таза)
- ▶ + **общие симптомы рака** – слабость, похудание

- ▶ **Ректосигмоидный отдел** – кишечная непроходимость
- ▶ **Ампулярный отдел** – тенезмы, патологические примеси, боли (при прорастании опухоли в окружающие органы), непроходимость (при больших размерах опухоли)
- ▶ **Анальный канал** – боли, изъязвления, свищи, непроходимость, недержание кала

Диагностика рака прямой кишки

- ▶ Жалобы, анамнез
- ▶ Пальцевое исследование прямой кишки (диагноз в 50–80% наблюдений), осмотр зеркалом.
- ▶ Ирригоскопия
- ▶ Колоноскопия
- ▶ Ректороманоскопия с биопсией
- ▶ Комплекс исследований для уточнения стадии заболевания (рентгенография легких, УЗИ, КТ, лапароскопия)

Лечение

Хирургический метод является ведущим в лечении рака прямой кишки.

Лучевая терапия. При раке прямой кишки лучевую терапию как компонент комбинированного лечения используют в двух вариантах: в виде предоперационного и послеоперационного воздействия.

Химиотерапия рака прямой кишки чаще проводится в послеоперационном периоде.



Прогноз при раке прямой кишки зависит от стадии заболевания, анатомической формы роста, гистологического строения опухоли и степени ее дифференцировки, наличия или отсутствия метастазов в регионарных лимфатических узлах, радикализма выполненного вмешательства. По обобщенным данным отечественных и зарубежных авторов, общая 5-летняя выживаемость после радикального хирургического лечения рака прямой кишки колеблется от 34 до 70 %. Наличие метастазов в регионарных лимфатических узлах снижает 5-летнюю выживаемость до 40 % против 70 % без метастазов. Пятилетняя выживаемость после хирургического лечения рака прямой кишки в зависимости от стадии опухолевого процесса составляет: при I стадии – до 80 %, при II стадии - 75 %, при III а стадии - 50 %, а при III б стадии - 40 %.

