

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
**«БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**
(НИУ «БелГУ»)

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

ЦМК Сестринского дела

**ЗНАЧЕНИЕ СЕСТРИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ РЕШЕНИИ ПРОБЛЕМ
ПАЦИЕНТОВ С ЛЕЙКОЗОМ**

Дипломная работа студентки

очной формы обучения
специальности 34.02.01 Сестринское дело
4 курса группы 03051504
Фишкиной Марии Вячеславовны

Научный руководитель
преподаватель Дроздовская Е.В.

Рецензент врач-терапевт участковый,
врач общей практики (семейный врач),
ОГБУЗ «Городская поликлиника г.
Белгорода»,
поликлиническое отделение №1
Титенко Т. И.

БЕЛГОРОД 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОРГАНИЗАЦИИ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ПРИ ЛЕЙКОЗЕ.....	5
1.1. Понятие, этиология и патогенез лейкоза.....	5
1.2. Клиника и классификация лейкоза	6
1.3. Диагностика лейкозов.....	10
1.4. Лечение, уход и профилактика лейкозов	11
ГЛАВА 2. ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОБЛЕМ ПАЦИЕНТА С ЛЕЙКОЗОМ.....	20
2.1. Результаты собственного исследования проблем пациента с лейкозом	20
2.2. Рекомендации медицинским сестрам осуществляющим уход при лейкозе.....	33
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	36
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ.....	37
ПРИЛОЖЕНИЕ	39

ВВЕДЕНИЕ

Лейкозы (leucosis; от греч. leukos - белый + osis; син.: лейкемия) - заболевания опухолевой природы, протекающие с вытеснением нормальных ростков кроветворения; при этом опухоль возникает из кроветворных клеток костного мозга [3].

Уровень заболеваемости лейкозами в разных странах мира колеблется в широком диапазоне - 3-10 человек на 100 000 населения. По данным некоторых авторов, в России заболеваемость лейкозами составляет 1,0-3,1% на 100 000.

В целом, лейкозы не относятся к частым заболеваниям. Однако статистика последних лет позволяет, к сожалению, говорить о повышении уровня заболеваемости по всему земному шару. В то же время в детском возрасте лейкоз является одной из самых распространённых онкопатологий.

Мужчины болеют чаще, чем женщины. При этом всеми исследователями отмечается 2 пика заболеваемости: в 3-4 года и 60-69 лет.

Лейкозы делятся на острые и хронические по степени дифференцировки кроветворных клеток и темпам вытеснения нормального кроветворения [2].

Актуальность. Актуальность данного исследования заключается в том, что заболевание лейкозом приводит к большому числу нарушений в нормальной деятельности всех видов клеток крови и многочисленным тяжелым проявлениям заболевания, в том числе, самолечение может вызывать целый ряд серьезных осложнений.

Кровотечения, повышенная чувствительность к инфекциям, частое повышение температуры и другие проявления заболевания, также как и осложнения в ходе лечения, делают особенно актуальным тщательный и профессиональный уход среднего медицинского персонала.

Длительность лечения, высокий процент заболевших лейкозом, многочисленные ограничения, которые вынуждены соблюдать пациенты,

делают необходимым оказание медицинским персоналом психологической поддержки пациенту.

Объект исследования: пациенты с лейкозом.

Цель исследования: установление факторов, определяющих развитие лейкоза и выявление роли медсестры в организации лечения данного заболевания.

Предмет исследования: сестринский уход при лейкозе.

Для реализации цели были поставлены следующие задачи:

1. Изучить этиологию, патогенез и классификацию лейкозов;
2. Дать характеристику проблем пациентов с лейкозом;
3. Составить план решения проблем пациентов больных лейкозами.

Методы исследования:

- субъективный метод обследования пациента (анкетирование);
- эмпирический – наблюдение;
- научно-теоретический анализ медицинской литературы по данной теме;
- психодиагностический (беседа);
- статистический (метод обработки информационного массива).

База исследования: ОГБУЗ «Городская больница №2 г. Белгорода».

Время исследования: 20.04.2018 – 17.05.2019

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ПРИ ЛЕЙКОЗЕ

1.1. Понятие, этиология и патогенез лейкоза

«Лейкоз - это опухоль. В основе его лежит первичная патология клеток-предшественников костномозгового кроветворения, сопровождаемая нарушением процессов их пролиферации и дифференцировки и возникновением опухолевых, лейкозных клонов» [11].

Вопрос об этиологии лейкозов, как и других опухолей, сводится, с одной стороны, к определению наследственных или приобретенных условий, способствующих возникновению опухоли, с другой - к выяснению непосредственного события, запускающего одну клетку в безграничную пролиферацию.

В литературе достаточно широко освещена роль ионизирующей радиации в развитии лейкозов. Существует отчетливая зависимость частоты хронического миелолейкоза, острого миелобластного лейкоза, острого лимфобластного лейкоза, острого эритромиелоза от дозы воздействия ионизирующей радиации.

Причинными факторами лейкоза человека могут быть химические вещества (бензол и его производные, лекарственные препараты цитостатического действия). Рассматривается и вирусная теория.

Таким образом, возникновение лейкозов полиэтиологично. Какой - либо, безусловно вызывающей их причины до настоящего времени не установлено [3].

Патогенез лейкозов, согласно современным воззрениям, аналогичен патогенезу злокачественных опухолей.

Лейкозам свойственны следующие закономерности опухолевой прогрессии:

- Угнетение нормальных ростков кроветворения;
- Двухстадийное развитие - моноклоновое и поликлоновое;
- Постепенная замена зрелых клеток субстрата опухоли незрелыми (бластными) клетками при хронических лейкозах;
- Потеря ферментной специфичности опухолевой клетки;
- Постепенная потеря морфологической специфичности - изменение ядра и цитоплазмы (появляются клетки неправильной формы с увеличением площади ядра и цитоплазмы);
- Метастазирование процесса в другие органы и системы (печень, селезенку, лимфатические узлы, кожу, нервную ткань, легкие, яички) [8].

1.2. Клиника и классификация лейкоза

По течению процесса различают острую и хроническую формы лейкозов. В основе этой классификации лежит длительность процесса: острые лейкозы отличаются быстрым, иногда молниеносным течением и гораздо скорее, чем хронические, заканчиваются летальным исходом.

«Острый лейкоз - это быстро развивающееся заболевание костного мозга, при котором происходит неконтролируемое накопление незрелых белых клеток крови в костном мозге, периферической крови и различных внутренних органах» [6].

Он опасен именно тем, что на ранних стадиях больной не придает особого значения «лёгким» симптомам:

- усталости;
- нарушению сна;
- бледности кожи.

В результате это заболевание выявляют на более поздних стадиях, когда усложняется лечение и его прогноз.

Позднее отмечают:

- общее недомогание;
- выраженная утомляемость;
- мышечные боли и боли в суставах и костях;
- иногда боли в горле;
- небольшое увеличение подчелюстных и шейных лимфатических узлов;
- субфебрильная температура;
- возможны десневые геморрагии.

Первая «атака» характеризуется резким ухудшением общего состояния больных. Для неё типичны следующие проявления:

- выраженная общая слабость;
- высокая лихорадка;
- боли в костях;
- боли в левом подреберье в области селезёнки.

Выраженная картина острого лейкоза характеризуется: восковидной бледностью кожи и слизистых оболочек, адинамией, тахикардией, значительными геморрагиями, кровоточивостью десен, носовыми кровотечениями [3].

Также при острых лейкозах отмечаются 4 клинических синдрома:

Анемический синдром: развивается из-за недостатка выработки эритроцитов, могут присутствовать множество симптомов или некоторые из них. Проявляется в виде усталости, бледности кожи и склер, головокружение, тошнота, быстрое сердцебиение, ломкость ногтей, выпадение волос, патологическое восприятие запаха;

Геморрагический синдром: развивается в результате недостатка тромбоцитов. Проявляется следующими симптомами: вначале кровотечения из десен, образование синяков, кровоизлияния в слизистые оболочки (язык и другие) или в кожу, в виде мелких точек или пятен. В дальнейшем при прогрессировании лейкоза, развиваются и массивные кровотечения, в

результате ДВС синдрома (диссеминированное внутрисосудистое свёртывание крови).

Синдром инфекционных осложнений с симптомами интоксикации: развивается в результате недостатка лейкоцитов и с последующим снижением иммунитета, повышение температуры тела до 39⁰С, тошнота, рвота, потеря аппетита, резкое снижение веса, головная боль, общая слабость. У больного присоединяются различные инфекции: грипп, пневмония, пиелонефрит, абсцессы, и другие;

Метастазы - по току крови или лимфы опухолевые клетки попадают в здоровые органы, нарушая их структуру, функции и увеличивая их в размере. В первую очередь метастазы попадают в лимфатические узлы, селезёнку, печень, а потом и в другие органы [8].

«Хронические лейкозы наблюдаются значительно реже, чем острые, и составляют около 10% всех заболеваний» [11].

В зависимости от происхождения и клеточного субстрата опухоли, хронические лейкозы делятся на лимфоцитарные, миелоцитарные (гранулоцитарные) и моноцитарные. К группе хронических лейкозов лимфоцитарного происхождения относятся: хронический лимфолейкоз, болезнь Сезари или лимфоматоз кожи, волосато-клеточный лейкоз, парапротеинемические гемобластозы (миеломная болезнь, макроглобулинемия Вальденстрема, болезни легких цепей, болезни тяжелых цепей).

Хронические лейкозы миелоцитарного происхождения включают следующие формы: хронический миелолейкоз, эритремию, истинную полицитемию, хронический эритромиелоз и др. К хроническим лейкозам моноцитарного происхождения относятся: хронический моноцитарный лейкоз и гистиоцитозы [2].

В своем развитии опухолевый процесс при хроническом лейкозе проходит две стадии: моноклоновую (доброкачественную) и поликлоновую (злокачественную). Течение хронического лейкоза условно подразделяется на 3 стадии: начальную, развернутую и терминальную.

Начальный период данного заболевания не обнаруживают или это происходит случайно при исследовании крови. Клинические данные слабо выражены или вовсе не проявляются. Хроническая форма заболевания протекает очень медленно, и данная стадия может быть незамеченная в течение нескольких месяцев.

Развернутый период отмечается уже большим количеством симптомов, которые в основном замечаются в анализе крови. У больных отмечается быстрая утомляемость, повышенная потливость, внезапное повышение температуры, резкая потеря в весе, боль при движении в левом боку из-за увеличенной селезенки, увеличение лимфоузлов, печени, наблюдается геморрагический синдром (в редких случаях), аритмия, боль в области сердца, пневмония [11].

Симптоматика, которая в развернутой стадии была не такой открытой, в терминальной нарастает и становится сильнее:

- повышение температуры приобретает более устойчивое значение;
- геморрагический симптом проявляет себя в большинстве случаев;
- невосприимчивость к проводимому лечению;
- процесс выходит за пределы костного мозга;
- метастазирование в разные части организма;
- внутренние кровотечения;
- радикулярные боли;
- возможны вторичные инфекционные осложнения;
- гематологические изменения подобны острому лейкозу.

Хронический лейкоз начинается ещё более постепенно, чем острый. Нередко его начало трудно установить.

У части больных имеются:

- неопределённые жалобы на слабость, повышенную утомляемость;
- боли в костях и суставах;
- боли в области селезёнки.

Некоторые больные вообще никаких жалоб не предъявляют. Заболевание обнаруживают случайно при исследовании крови во время диспансеризации, отъезда в санаторий, лагерь и т.д.

Несмотря на весьма характерную клинико-гематологическую симптоматику хронического лейкоза, заболевание редко диагностируют на ранних этапах развития. Часто проходят годы, прежде чем больному ставят правильный диагноз [1].

«Основные клинические симптомы острого и хронического лейкоза одинаковы и отличаются лишь различной степенью проявления. В качестве особенностей клинических проявлений можно указать лишь на отдельные симптомы при хронических лейкозах. Постепенно у всех больных селезёнка достигает огромных размеров и становится очень плотной, несколько меньше увеличивается печень. Увеличение селезёнки и печени влечет за собой увеличение размеров живота» [3].

1.3. Диагностика и осложнения лейкозов

Диагностика острых лейкозов строится на данных цитологического исследования крови и костного мозга, обнаруживающих повышенный процент бластных клеток. На ранних этапах в крови их обычно нет, но выражена цитопения.

Диагноз лейкоза помогают поставить следующие исследования: врачебный осмотр; общий клинический и биохимический анализы крови; исследование костного мозга; специальное иммунологическое исследование - иммунофенотипирование; цитогенетическое и молекулярно-генетическое исследования; миелограмма (анализ пунктата костного мозга, аспирационной биопсии); трепанобиопсия (гистологическое исследование биоптата из подвздошной кости); УЗИ внутренних органов; рентгенологическое исследование грудной клетки [4].

«Наиболее тяжёлые осложнения острого лейкоза: кровотечение (геморрагический диатез), кровоизлияние в мозг, присоединение инфекций (сепсис), анемия, тромбоцитопения (снижение количества тромбоцитов) нейтропения (снижение количества нейтрофильных лейкоцитов), некрозы чаще всего развиваются в слизистой полости рта, миндалин (некротическая ангина), желудочно-кишечного тракта» [9].

Осложнения хронического лейкоза: развивающаяся уремия, миелома, присоединение различных инфекций.

Инфекционные осложнения при лейкозах наблюдаются довольно часто и являются одной из основных причин смерти больных. Высокая восприимчивость пациентов с лейкозами к инфекционным осложнениям связана с нарушениями иммунологического статуса больных, усугубляющимися в период химиотерапии, обладающей токсическим и иммунодепрессивным действием.

Патологические процессы в полости рта, глотки, верхних дыхательных путях и желудочно-кишечном тракте, способствуя скоплению и размножению микробов, приводят к тяжёлым септицемиям. Длительное применение цитостатиков, кортикостероидных препаратов и антибиотиков, изменяющее соотношение нормальной микрофлоры организма, благоприятствует диссеминации грибковой и грамотрицательной инфекции [4].

1.4. Лечение, уход и профилактика лейкозов

Острый лейкоз лечат в стационаре. При хроническом лейкозе лечение может проводиться амбулаторно. Больных помещают в стерильные боксы. Необходим строгий санитарно-дезинфекционный режим, частая смена белья. Медицинская сестра в тамбуре бокса должна менять халат, одевать маску, бахилы, перчатки, перед тем как зайти к изолированному больному.

Так же медсестра должна обеспечить больному режим питания: пища должна быть высококалорийной и легкоусвояемой, богатая витаминами В1, С и Р. Следует ограничить потребление углеводов и сладкого.

Острый лейкоз лечат при помощи:

- химиотерапии - уничтожение лейкозных (бластных) клеток в организме больного;
- цитостатиков - винбластин, аминопретин, преднизолон;
- лучевой терапии - ионизирующее облучение;
- гормонов - преднизолон, триамсинолон, дексаметазон;
- общеукрепляющей терапии - витамины, препараты железа, рациональная диета [5].

Комплексное лечение продлевает период ремиссии и жизнь больных.

При клинических проявлениях анемии, риске кровотечений, перед предстоящим введением цитостатиков, проводят заместительную терапию - переливание эритроцитарной массы или свежей тромбоцитарной массы. При компенсированном состоянии больного, следует ограничить показания к заместительной терапии.

В случае хронического лейкоза проводится:

- химиотерапия – на поздних стадиях применяется в сочетании с глюкокортикостероидами, на ранних стадиях не применяют;
- медикаментозная терапия анаболическими и стероидными гормонами - миелосан, циклофосфан, хлорамбуцил;
- лучевая терапия - при выраженной спленомегалии проводится локализационное облучение пораженного органа. Хотя данная терапия не приводит к полному выздоровлению, но способствует торможению развития заболевания и отсрочивает бластный криз. Также возможно облучение лимфоузлов, кожи.
- трансплантация – полное излечение чаще всего достигается при помощи трансплантации костного мозга. Это осуществляется при помощи

собственного материала или донорского. При этом донорский костный мозг может быть использован от близких родственников или от человека, близкого по анализам. Забор материала производят из подвздошной кости. После его фильтрации и обработки вводят внутривенно кроветворные клетки [3], [5].

Общие рекомендации, фитотерапия при лейкозе:

Всем больным лейкозами рекомендуется рациональный режим труда и отдыха, питание с высоким содержанием животного белка (до 120 г), витаминов и ограничением жиров (до 40 г). В рационе должны быть свежие овощи, фрукты, ягоды, зелень. В основном все лейкозы сопровождаются анемиями, поэтому рекомендуется фитотерапия, богатая железом и аскорбиновой кислотой.

Применяют настой плодов шиповника и лесной земляники по 1/4-1/2 стакана 2 раза в день. Отвар листьев лесной земляники принимают по 1 стакану в день.

Рекомендуется барвинок розовый, в траве содержится более 60 алкалоидов. Вводят внутривенно 1 раз в неделю, в дозе 0,025-0,1 мг/кг.

Также витаминный чай: плоды рябины - 25 г; плоды шиповника - 25 г. Принимают по 1 стакану в день. Настой плодов шиповника - 25 г, ягод черной смородины - 25 г. Принимают по 1/2 стакана 3-4 раза в день. Плоды абрикоса содержат большое количество аскорбиновой кислоты, витаминов В, Р, провитамина А. 100 г абрикоса влияют на процесс кроветворения так же, как 40 мг железа или 250 мг свежей печени, что и определяет их лечебную ценность для людей, страдающих анемией [10].

Авокадо американское, употребляют в свежем виде, а также подвергают различной обработке. Из него готовят салаты, приправы, используют как масло для бутербродов. Принимают для лечения и профилактики анемии.

Вишня обыкновенная, используют в сыром, сушенном и консервированном виде (варенье, компоты). Она улучшает аппетит, рекомендуется как общеукрепляющее средство при анемии. Употребляют в виде сиропа, настойки, наливки, вина, фруктовой воды.

Свекла обыкновенная, употребляют ее в сушеном, соленом, маринованном и консервированном виде. Основным достоинством плода является низкое содержание ферментов, разрушающих аскорбиновую кислоту, поэтому она служит ценным источником витаминов. Рекомендуется при гипохромной анемии.

Черешня, плоды можно замораживать и сушить, из нее готовят компоты, варенья, джемы. Эффективна при гипохромной анемии. Шелковицу употребляют в пищу в виде сиропов, компотов, десертных блюд и наливок [9].

Шпинат огородный, его листья содержат белки, сахара, аскорбиновую кислоту, витамины В1, В2, Р, К, Е, Д2, фолиевую кислоту, каротин, минеральные соли (железо, магний, калий, фосфор, натрий, кальций, йод). В пищу употребляют листья, из которых готовят салаты, пюре, соусы и др. блюда. Особенно полезны листья шпината больным гипохромной анемией.

В пищевой рацион больных анемией включают овощи, ягоды и фрукты в качестве носителей "факторов" кроветворения. Железо и его соли содержат: картофель, тыква, брюква, лук, чеснок, салат, укроп, гречиха, крыжовник, земляника, виноград. Аскорбиновую кислоту и витамины группы В содержат: картофель, капуста белокочанная, баклажаны, кабачки, дыня, тыква, лук, чеснок, шиповник, облепиха, ежевика, земляника, калина, клюква, боярышник, крыжовник, лимон, апельсин, абрикос, вишня, груша, кукуруза и др.

Можно использовать различные лекарственные растения, в том числе следующие: собирают цветки гречихи посевной и готовят настой: 1 стакан на 1 л кипятка. Пьют без ограничения.

Так же готовят сбор №1: ятрышник пятнистый, любка двулистная, донник лекарственный, цвет гречихи посевной - все по 4 ст. л., паслен дольчатый, хвощ полевой - по 2 ст. л. На 2 л кипятка взять 6 ст. л. сбора, принимать утром первую порцию 200 г, а затем по 100 г 6 раз в день.

Сбор №2: донник лекарственный, хвощ полевой, крапива двудомная - все по 3 ст. л. На 1 литр кипятка взять 4-5 ст. л. сбора. Принимать по 100 г 4 раза в день [1].

Организация сестринского ухода при лейкозах заключается в следующем:

1. Острый лейкоз является показанием для госпитализации больного в гематологический стационар. Больного помещают в асептическую палату, ограничивают посещение родственников (чтобы уменьшить риск инфицирования больного и развития тяжелых инфекционных заболеваний на фоне сниженного иммунитета).

2. Ограничивать контакт больного с окружающими людьми и посещение им мест большого скопления людей, часто менять положение лежащего больного в постели, регулярно проветривать комнату, укрывая в это время лежащего больного и прикрывая ему голову.

3. Питание больного должно быть калорийным, легкоусвояемым, витаминизированным. Кормить его нужно маленькими порциями, пища не должна быть грубой.

4. Прием цитостатиков нередко осложняется развитием рвоты. В этом случае необходимо регулярно давать больному противорвотные средства. При возникновении акта рвоты нужно подать больному посуду для сбора рвотных масс, поддержать голову (если пациент лежащий, повернуть его на бок и слегка опустить голову вниз для профилактики попадания рвотных масс в дыхательные пути). После окончания рвоты надо помочь ему прополоскать рот теплой водой, отваром ромашки.

5. Важно следить за чистотой кожных покровов, регулярностью проведения гигиенических процедур.

6. При повышенной температуре тела обеспечить уход согласно алгоритму ухода за лихорадящим больным.

7. Лежачим больным требуются тщательный уход за кожей, профилактика образования пролежней.

8. При выраженных обширных кровоизлияниях, мацерации кожи следует присыпать пораженные участки тальком.

9. Учитывая повышенную вероятность инфекционного поражения слизистых оболочек, особое внимание необходимо уделить уходу за полостью

рта. Его надо регулярно полоскать дезинфицирующими растворами (бледным раствором перманганата калия, 2-ух процентным раствором борной кислоты).

10. Больным лейкозом тепловые процедуры противопоказаны.

11. Контроль за приемом лекарственных средств, выполнением назначений врача, сдачей анализов.

12. У пациентов, больных лейкозами, необходимо измерение температуры не менее 2 раз в сутки. Особенно важно измерять температуру у больных без лихорадки, так как повышение температуры является грозным симптомом начала инфекционного процесса [4].

Профилактика. «В настоящее время не существует каких-либо четких мер для профилактики лейкоза. Заболевание обнаруживают и у людей, следящих за здоровьем» [10].

Тем не менее, врачи рекомендуют соблюдать общие принципы профилактики:

Исключить взаимодействие с канцерогенами. Чаще всего негативное влияние на организм человека оказывают канцерогенные соединения, содержащиеся:

- в средствах для борьбы с насекомыми – их поражающее действие в малых дозах практически не опасно, однако, регулярное проникновение в органы дыхания опасных паров ядов, предназначенных для нейтрализации насекомых, приводит к скоплению токсинов и развитию патологических процессов;
- в удобрениях – не секрет, что практически все фрукты и овощи, привезенные из зарубежных стран, выглядят привлекательнее отечественных как раз по причине избыточного насыщения их удобрениями.

Накапливаясь в организме, эти добавки, достигают предельной концентрации и провоцируют атипичные процессы клеточного деления – вызывают рак органов, в том числе, и крови; продукты перегонки нефти – относятся к категории высокотоксичных соединений. Их влияние на организм

характеризуется высокой поражающей степенью, поскольку человек не в состоянии справиться с влиянием промышленных токсинов и своевременно вывести их естественными путями.

Уменьшить случаи радиационного облучения. Научные разработки в области эпидемиологии выявили, что радиационное облучающее действие носит в себе проявления канцерогенного влияния и может при определенных обстоятельствах спровоцировать рак крови. По предварительным оценкам ученых, около 4% онкологических заболеваний происходят по этой причине. Дозированное пребывание на солнце, ограничение в посещениях солярия – все это минимизирует поражающее действие лучевых потоков на ткани организма и минимизирует риск развития их структурных изменений на клеточном уровне, поскольку результатом таких мутаций чаще всего является озлокачивание [6].

Отказ от курения. В составе никотиновых паров выявлено более 30 токсичных ядов и примесей, большинство из которых являются летучими соединениями первой, наиболее опасной группы. Сюда также входят нитрозосодержащие элементы, поражающее действие которых доказано ВОЗ.

Основываясь на достижениях множественных исследований негативного воздействия никотина на процессы кроветворения, ученые пришли к выводу, что пассивное курение не менее опасно в данном смысле, чем прямое. Систематическое вдыхание паров никотина и производных от него смол, по поражающему фактору не уступает активной сигаретной зависимости. Отказ от курения способен не только сохранить здоровье курильщика, но и минимизировать риск развития лейкоза у его близких.

Отказ от некоторых лекарств. Из-за нарушений в составе крови, специалисты рекомендуют относиться с осторожностью к некоторым препаратам класса цитостатики. К ним относятся:

Левомецетин – лекарство группы антибиотиков, вызывающее при регулярном или слишком длительном его применении серьезные изменения в

составе плазмы, что напрямую связано с угрозой для жизни людей, предрасположенных к лейкозу;

Бутадион – может стать причиной возникновения агранулоцитоза, меняющего процентное содержание уровня тромбоцитов в крови. По мере прогрессирования патология приобретает морфологический характер.

Эти вещества содержат фрагменты химического происхождения, являющиеся канцерогенами. В норме для организма они вреда не несут, но на инкубационном этапе формирования лейкоза, когда процессы еще латентны, рассматриваемые препараты могут спровоцировать развитие заболевания, причем в острой и довольно агрессивной форме [2].

Переезд в экологически благоприятную среду. Очень часто смена региона проживания является единственной альтернативой людям, входящим в группу риска развития рака крови. Большинство крупных городов – это объекты с большим количеством перерабатывающих или добывающих предприятий, химических заводов и компаний с высокой степенью токсичности отходов их производственной деятельности.

Отходы, попадая в атмосферные слои, концентрируются в их нижних частях, накапливаются и их фрагменты попадают в организм в процессе дыхания. У человека, склонного к злокачественным патологиям, на почве фактора наследственности, а также при наличии проблем с кроветворением, в течение нескольких лет пребывания в экологически неблагоприятной зоне, может развиваться хроническая форма заболевания. Болезнь даст о себе знать только на стадии, когда недуг активно прогрессирует, а необратимые процессы в системе кровоснабжения уже запущены. Вот почему важно не затягивать с переездом при малейших признаках развития любых заболеваний крови.

Заниматься спортом. Дозированные физические нагрузки – хорошее подспорье профилактики лейкоза. Особенно это касается людей старшей возрастной группы и пациентов, страдающих избыточной массой тела. Как правило, в обоих этих случаях подвижная деятельность этих групп лиц ограничена.

Полное мышечное бездействие провоцирует ослабление тканей, снижает концентрацию соединений кислорода в крови человека и нарушает ее структурное содержание, вызывая, таким образом, различные заболевания системы, способные впоследствии привести к одной из форм лейкоза.

Спортивная активность – прекрасный противоопухолевый толчок. Кроме того, доказано цитотоксичное действие физического напряжения на формирование онкологических процессов, ведущее к недопущению их развития. Физическая активность препятствует загустеванию крови, образованию застойных явлений и нормализации процессов питания и кровоснабжения тканей [7].

Правильное питание. Это залог не только отсутствия заболеваний желудочно-кишечного тракта, но и отличная профилактика онкологии крови. Каждый третий диагноз лейкоза в своей основе несет «кулинарную» подоплеку.

Связь между тем, что человек ест и развитием злокачественных опухолевых новообразований доказана научно. Потребление жирных продуктов животного происхождения положительно контактирует с раковыми процессами. Чрезмерная суточная доза калорий так же способствует активизации злокачественной деятельности клеток.

Напротив, пища, богатая клетчаткой, витаминами и микроэлементами, является защитным барьером на пути атипичного развития клеток и формирования раковых опухолей. Чтобы такая защита эффективно работала, человеку требуется не менее 60% от суточного объема пищи заменить на овощи, фрукты и злаковые культуры. Особенное значение для сохранения качественного состава плазмы имеет содержание витаминов группы А, Е, С, бета-каротина, селена, фолиевой кислоты и фитоэстрогенов.

Изменение рациона в сторону полезных продуктов надежно защитит кровеносную систему от атипичных процессов и сохранит необходимую концентрацию основных ее элементов [5].

ГЛАВА 2. ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОБЛЕМ ПАЦИЕНТА С ЛЕЙКОЗОМ

2.1. Результаты собственного исследования проблем пациента с лейкозом

Целью данного исследования являлось установление роли медицинской сестры в уходе за пациентами с лейкозом.

Для этого был проведен опрос методом анонимного анкетирования, на базе ОГБУЗ «Городская больница №2 г. Белгорода».

Была составлена анкета, состоящая из 24 вопросов.

На момент исследования в отделении лежали 38 человек, из которых в анкетировании приняли участие 15 человек с лейкозом.

По итогам анкетирования сложилась следующая оценка.

Распределение пациентов по полу: мужчины – 60%, женщины – 40% (Рис. 1).

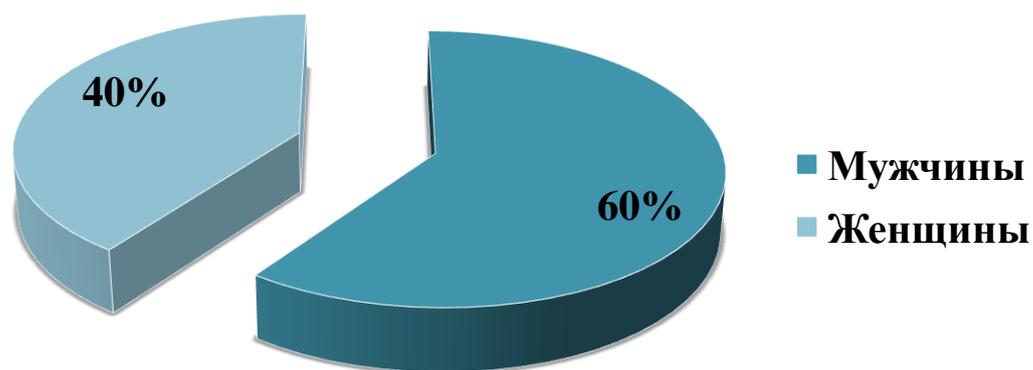


Рис. 1. Распределение по полу

Распределение пациентов по возрасту: 18 – 30 лет – 20%, 31 – 40 лет – 17%, 41 – 50 лет – 40%, 51 – 60 лет – 23% (Рис. 2).

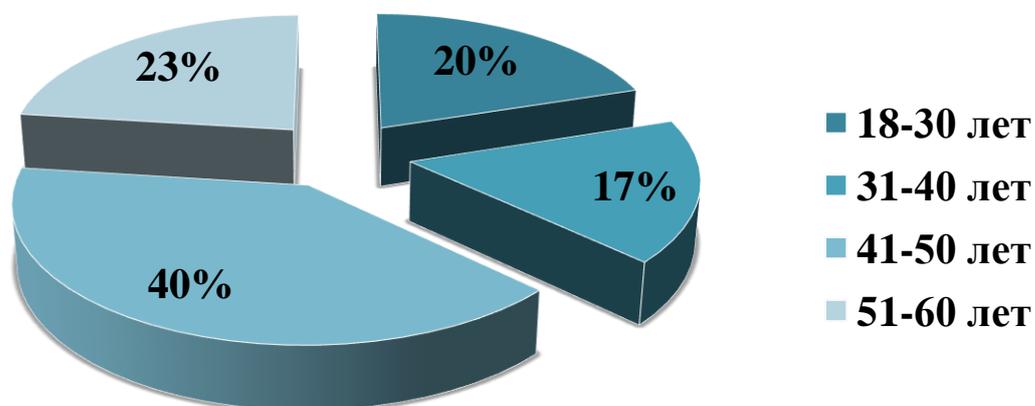


Рис. 2. Распределение по возрасту

Вес опрошенных распределился следующим образом: 50 – 60 кг – 48%, 61 – 70 – 37%, 71 – 80 – 10%, 81 – 90 – 5% (Рис. 3).

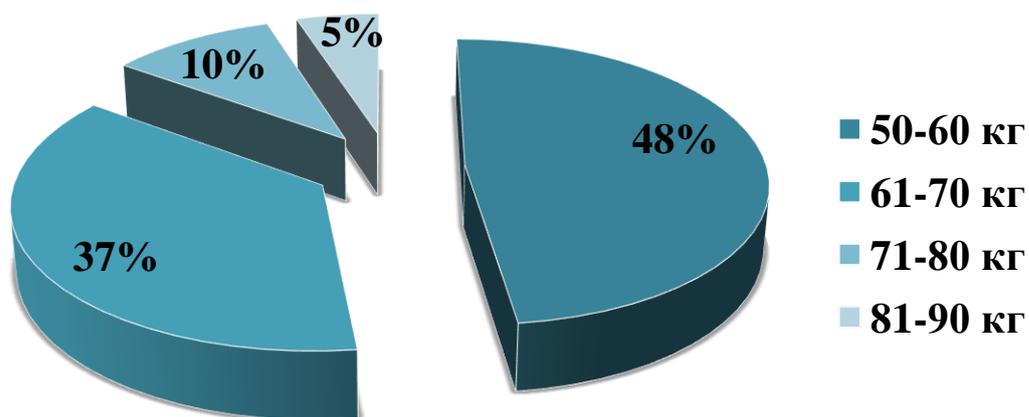


Рис. 3. Распределение по весу

Распределение по месту жительства: город – 93%, село – 7% (Рис. 4).

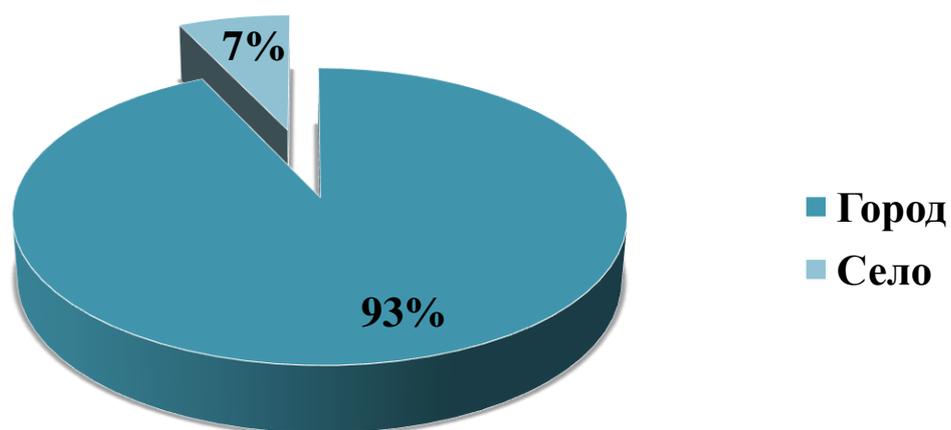


Рис. 4. Распределение по месту жительства

По наличию стресса пациенты распределились следующим образом: регулярно – 46%, редко – 39%, нет - 15% (Рис. 5).

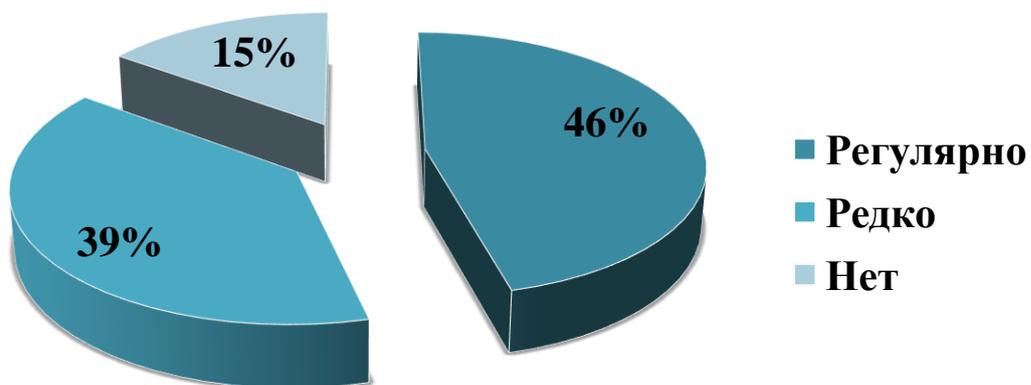


Рис. 5. Распределение по наличию стресса

По наличию профессиональных вредностей пациенты распределились следующим образом: да – 70%, нет – 30% (Рис. 6).

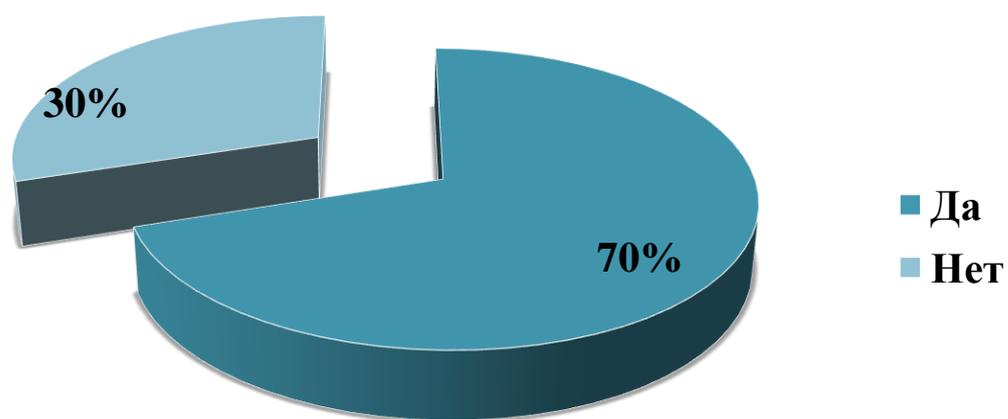


Рис. 6. Распределение по наличию профессиональных вредностей

Стаж заболевания пациентов распределился следующим образом: 1 - 5 лет – 32%, 6 – 10 лет – 43%, 11 и более – 25% (Рис. 7).

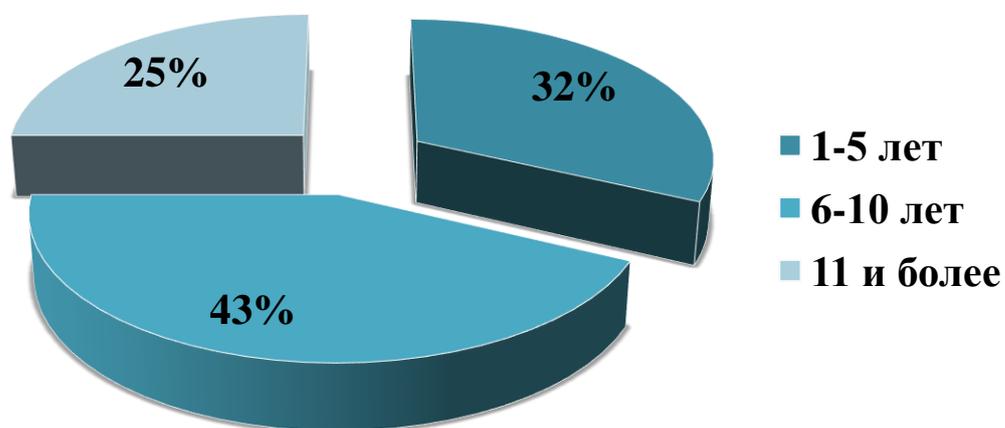


Рис. 7. Стаж заболевания

Распределение по форме лейкоза: острая – 36%, хроническая – 64% (Рис. 8).

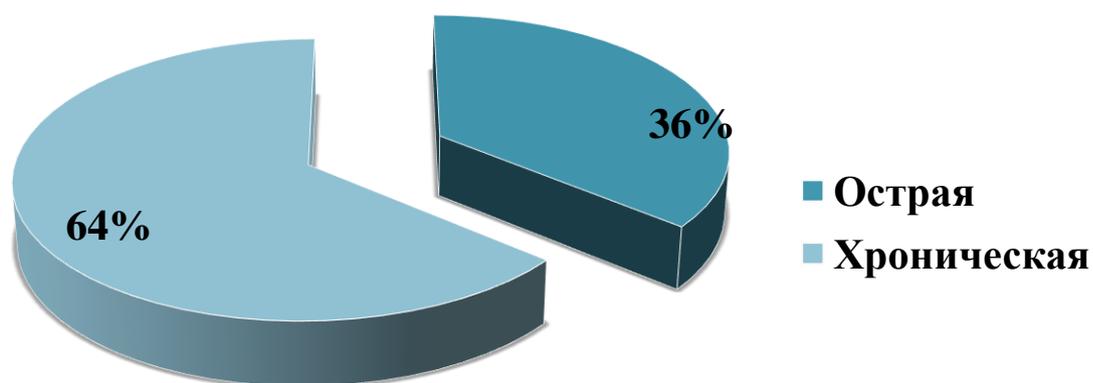


Рис. 8. Распределение по форме лейкоза

Распределение по наличию никотиновой зависимости: курят – 49%, иногда курят – 16%, не курят – 35% (Рис. 9).

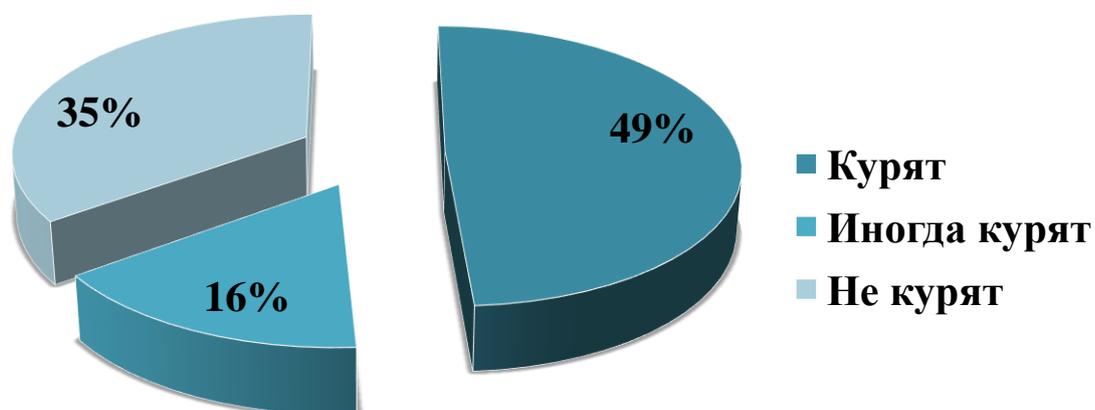


Рис. 9. Распределение по наличию никотиновой зависимости

Распределение по наличию алкогольной зависимости: да – 11%, нет – 17%, иногда – 72% (Рис. 10).

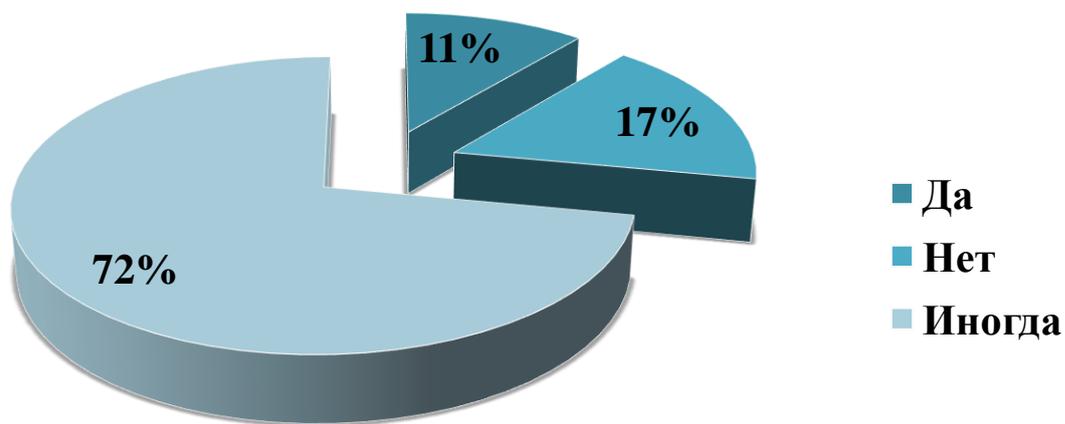


Рис. 10. Распределение по наличию алкогольной зависимости

Распределение по наличию аллергических реакций: да – 67%, нет – 33% (Рис. 11).

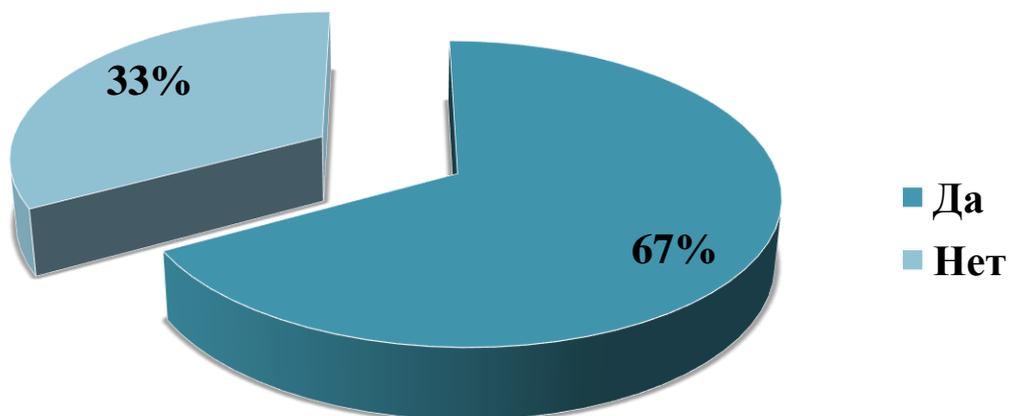


Рис. 11. Распределение по наличию аллергических реакций

На вопрос «Знаете ли Вы, что такое лейкоз?» 89% пациентов ответили «Да» и 11% ответили «Нет» (Рис. 12).

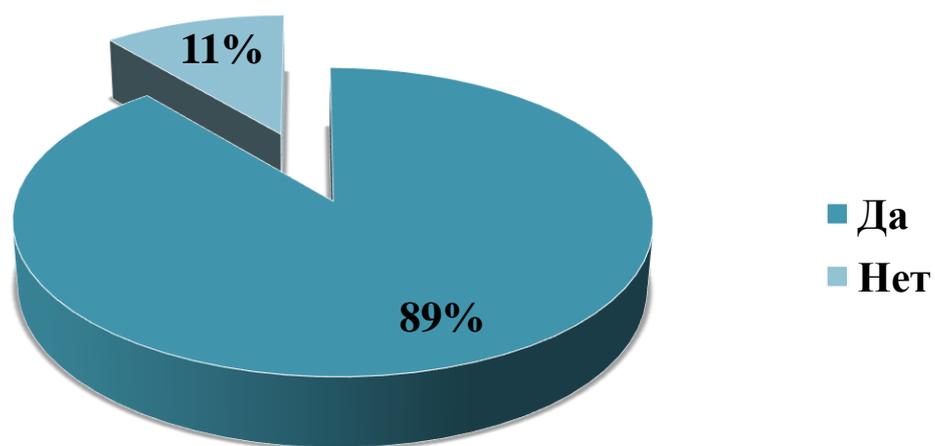


Рис. 12. Что такое лейкоз

По наличию наследственной предрасположенности пациенты распределились следующим образом: имеют – 81%, не имеют – 19% (Рис. 13).

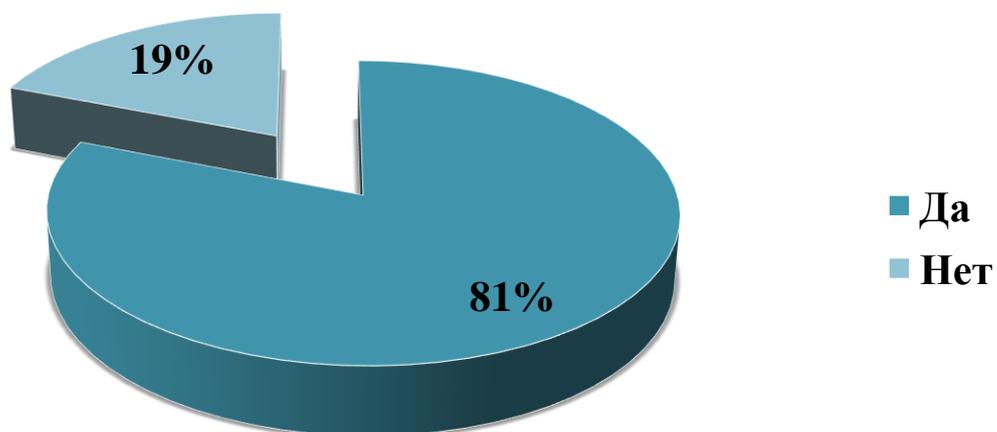


Рис. 13. Наследственная предрасположенность

На вопрос «Болеет ли кто-то из Ваших близких родственников данным заболеванием?» 62% ответили «Да» и 38% ответили «Нет» (Рис. 14).

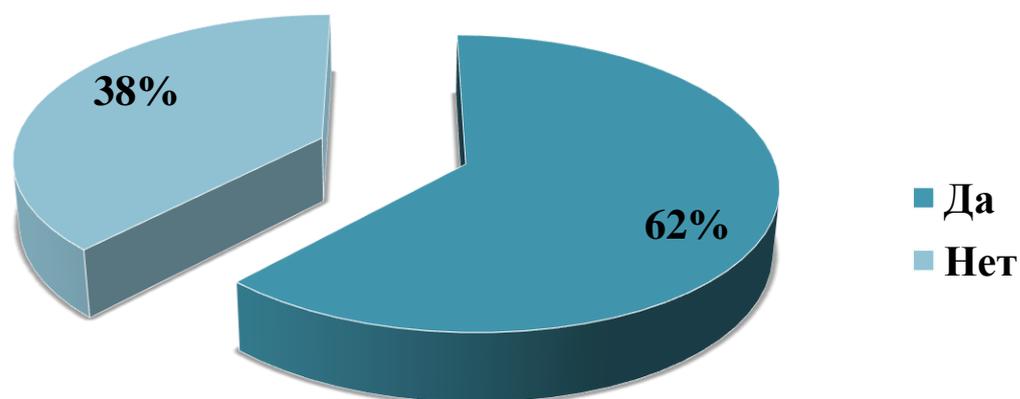


Рис. 14. Болеют ли ваши родственники

Распределение по соблюдению рекомендаций врача: 93% - соблюдают, 7% - не соблюдают (Рис. 15).

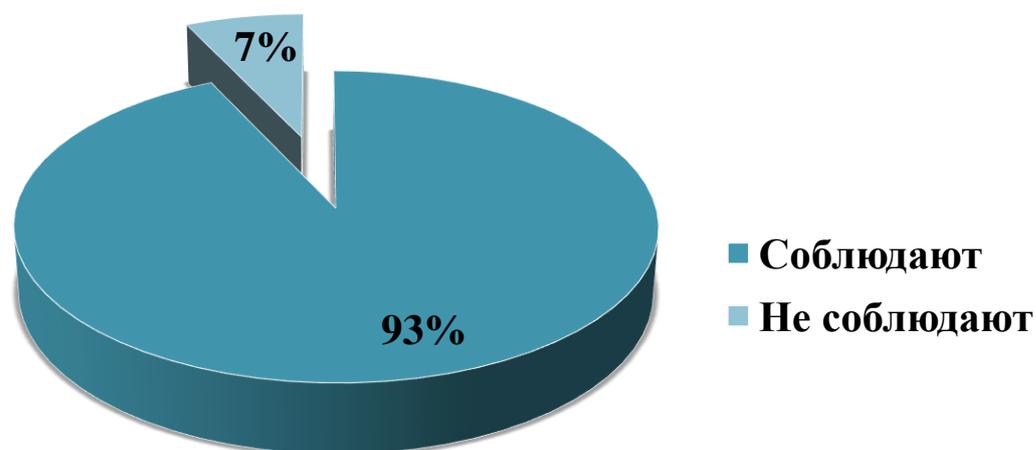


Рис. 15. Соблюдение рекомендаций врача

На вопрос «Улучшается ли Ваше самочувствие после помощи/совета медицинской сестры» 71% ответили «Да», 19% ответили «Частично» и 10% ответили «Нет» (Рис. 16).

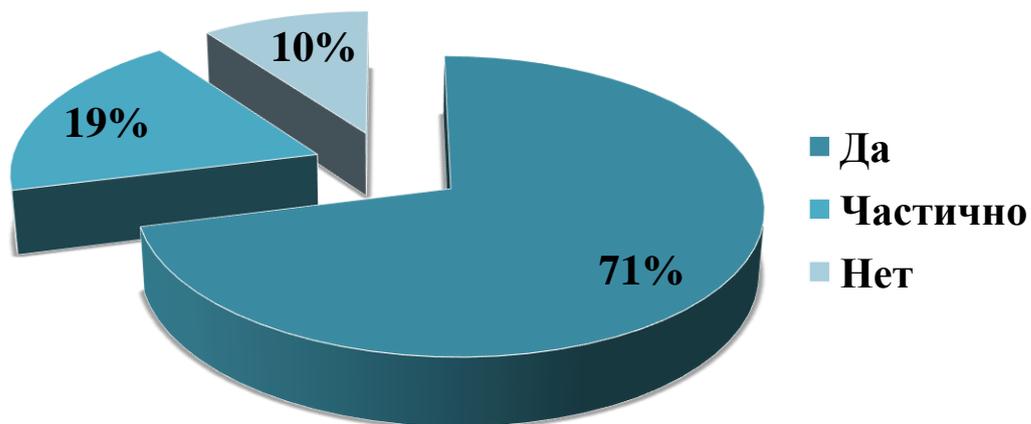


Рис. 16. Улучшение самочувствия после помощи

На вопрос «Если Вы обращаетесь к медицинской сестре за помощью/советом, получаете ли Вы необходимую помощь» 95 % ответили «Да» и 5% «Нет» (Рис. 17).

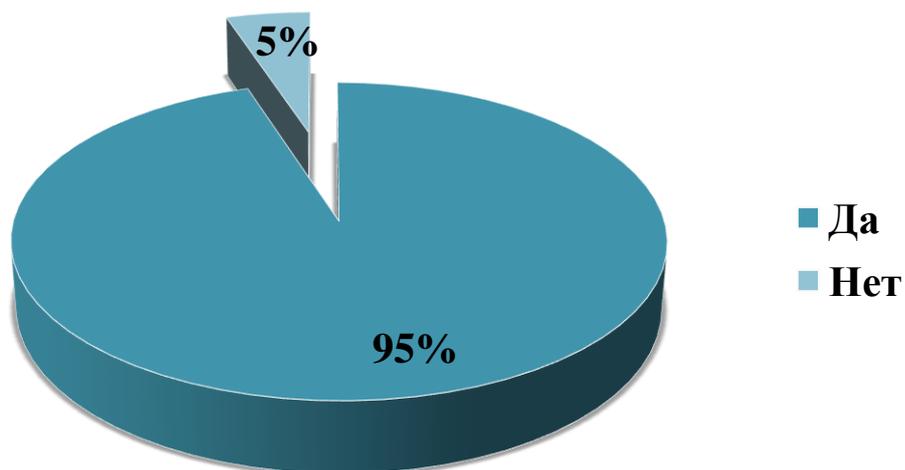


Рис. 17. Обращение к медицинской сестре

На вопрос «Объясняла ли Вам медицинская сестра особенности диеты при лейкозе» 82% ответили «Да» и 18% ответили «Нет» (Рис.18).

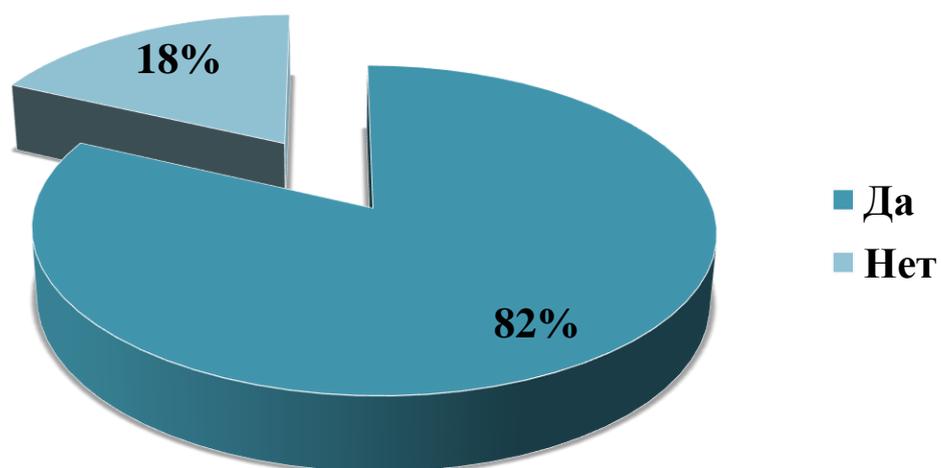


Рис. 18. Объяснение диеты

На вопрос «Оказывает ли Вам медицинская сестра психологическую поддержку» 57% ответили «Да» и 43% ответили «Нет» (Рис. 19).

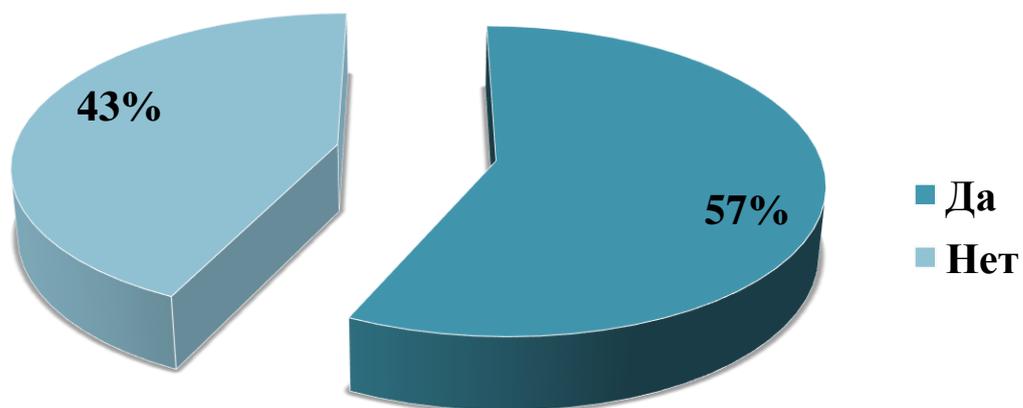


Рис. 19. Психологическая поддержка

Распределение по стационарному лечению: 91% респондентов ответили «Да» и 9% «Нет» (Рис. 20).

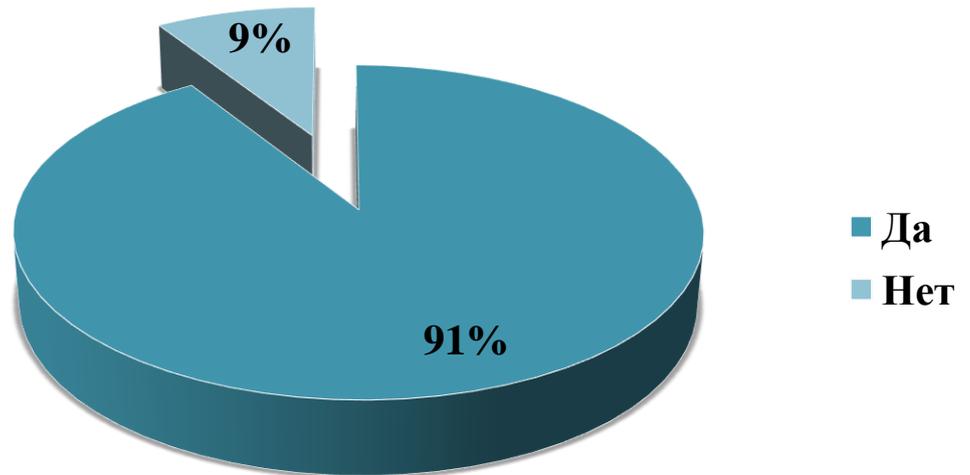


Рис. 20. Стационарное лечение

Распределение по амбулаторному лечению: 45% пациентов ответили «Да», 35% ответили «Иногда» и 20% «Нет» (Рис. 21).

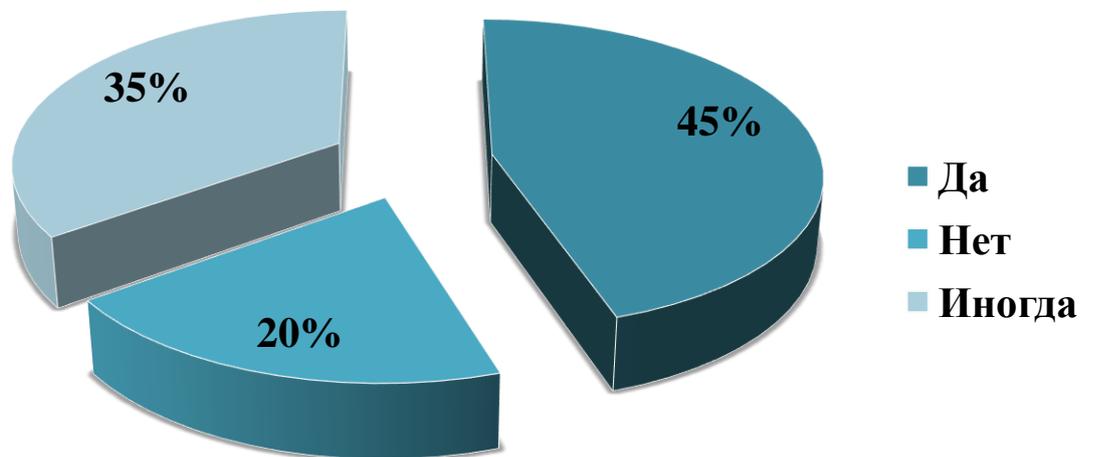


Рис. 21. Амбулаторное лечение

По необходимости получения дополнительной информации от медицинского работника респонденты распределились следующим образом: 44% ответили «Да», 46% «Иногда» и 10% ответили «Нет» (Рис. 22).

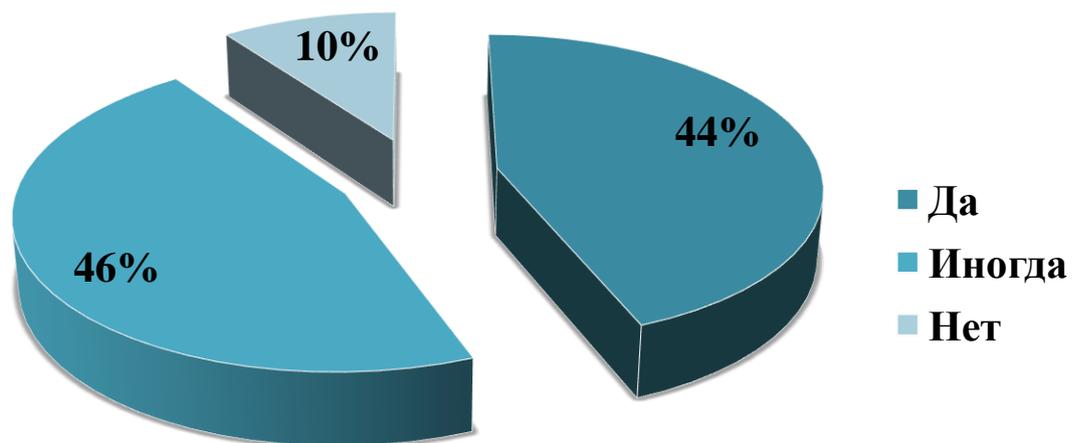


Рис. 22. Дополнительная информация

На вопрос «Удовлетворены ли Вы медицинской помощью?» 93% пациентов ответили «Да» и 7% ответили «Нет» (Рис. 23).

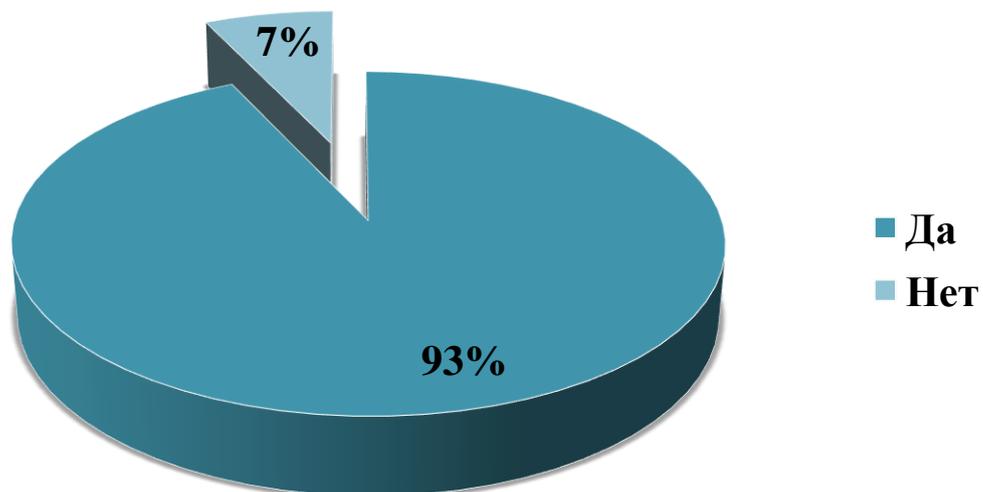


Рис. 23. Удовлетворенность медицинской помощью

На вопрос «Пожелание медработникам» респонденты распределились следующим образом: 27% ответили «Быть добрее», 32% «Быть внимательнее», 25% «Быть аккуратнее» и 16% ответили «Быть опрятнее» (Рис. 24).

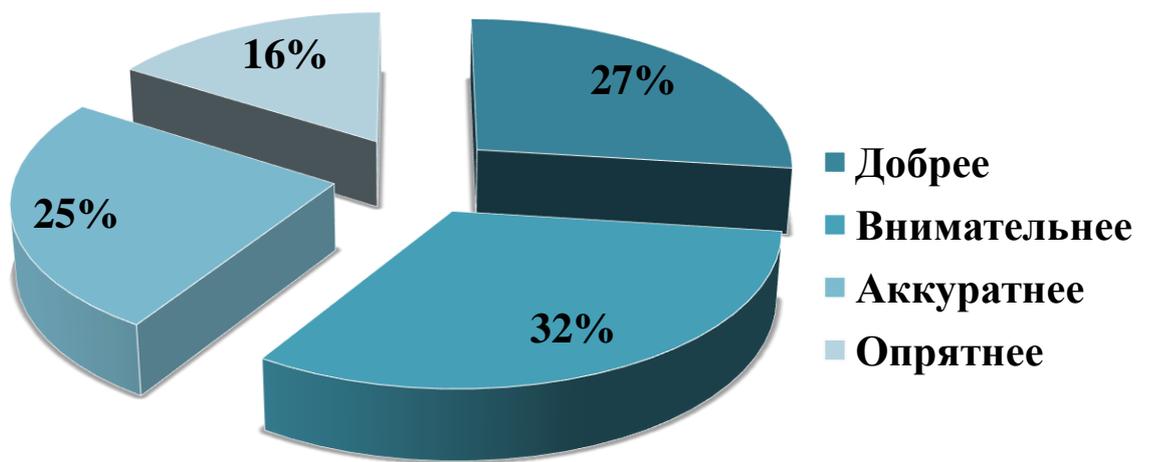


Рис. 24. Пожелание медработникам

На основании проведенного исследования можно сделать вывод, что:

1. Наибольшая часть людей заболевших лейкозом (40%) находятся в возрасте 41-50 лет и мужчины (60%) заболевают лейкозом чаще женщин (40%);
2. Так же мы выяснили, что 46% пациентов испытывают регулярный стресс и 70% имеют профессиональные вредности;
3. У 64% пациентов хроническая форма лейкоза;
4. Большинство людей заболевших лейкозом курят (49%) и иногда употребляют алкогольные напитки (72%);
5. Мы выяснили, что 81% респондентов имеют наследственную предрасположенность к лейкозу;
6. У 67% пациентов есть аллергические реакции;
7. Наибольшая часть пациентов (89%) знает о своем заболевании и у 62% родственники болеют лейкозом;
8. Так же мы выяснили, что 93% соблюдают рекомендации врача.
9. Наибольшая часть респондентов (95%) получают необходимую помощь от медицинской сестры и у (71%) улучшается самочувствие после ее помощи/совета;

10. Выявлено, что 82% пациентов проинформированы медицинской сестрой об особенностях диеты при лейкозе;

11. На основе полученных данных 57% людей с лейкозов получают психологическую поддержку от медицинской сестры;

12. У 44% пациентов возникло желание получить дополнительную информацию о своем заболевании от медицинских работников.

13. Так же 32% опрошиваемых пожелали медработникам быть внимательнее.

2.2. Рекомендации медицинским сестрам осуществляющим уход при лейкозе

Основные проблемы, возникающие у больных лейкозом, можно разделить на группы в зависимости того, какие области жизнедеятельности человека они затрагивают. Сестринский процесс при лейкозах должен охватывать все группы возникающих проблем.

1. Физиологические. Касаются неприятных ощущений, возникающих в организме.

2. Психологические. Связаны со страхом, неизвестностью, ощущением собственной беспомощности.

3. Социальные. Боязнь потерять работу, длительное отсутствие привычного окружения, переживания о благосостоянии семьи.

4. Духовные. Связаны с ощущением собственной нереализованности, невозможностью завершить начатые дела, выполнить взятые на себя обязательства.

«Очень важно понимать, что среди возникающих проблем нет главных и второстепенных. Важность каждой проблемы для пациента является функцией его взгляда на вещи и жизненных принципов» [3].

Выраженность физиологических проблем пациента зависит от скорости развития заболевания и его индивидуальных особенностей. Основной уход за больным должен осуществляться таким образом, чтобы он испытывал минимально возможные неудобства.

Болевые ощущения могут не проходить, несмотря на назначенное лечение. Эффективность применяемых препаратов должна быть доведена до сведения лечащего врача. Также возможно применение дополнительных седативных средств растительного происхождения, ароматических масел, травяных отваров.

Помимо банального кормления через зонд, возможна организация кормления пациента его любимыми блюдами. К ней привлекаются родственники и близкие пациенту люди, заинтересованные в его здоровье и качестве жизни.

Следует ознакомить их с основными запретами при составлении меню и объяснить их причины. Алкоголь, жирные и жареные блюда, копчености, повышают нагрузку на печень и могут стать причиной резкого ухудшения состояния больного.

Очень полезны закуски между основными приемами пищи, а мясо с рыбой лучше готовить под соусами, стимулирующими аппетит [9].

Повышенное потоотделение и кожные проблемы требуют частой смены постельного белья. При некоторых формах лейкозов может возникать сильный непрекращающийся зуд, приводящий к образованию трещин, расчесов и появлению гнойничков, что потребует местного лечения.

При длительном постельном режиме необходимо проводить весь комплекс мер по борьбе с пролежнями.

К проблемам с сердечно-сосудистой системой относятся: повышение или снижение артериального давления, тахикардия, появление отеков. Уход медицинской сестры в этом случае заключается в контроле давления, частоты пульса, дыхания, а также динамики отеков.

Для борьбы с угрозой возникновения инфекций у больного медицинская сестра систематически кварцует, проветривает и проводит влажную уборку палаты.

Также необходимо контролировать массу тела и количество выпитой воды пациента. Это особенно актуально при привычной рвоте и отсутствии аппетита. Важно подобрать травяные чаи и минеральную воду, вкус которых нравится больному, и следить, чтобы он выпивал достаточное количество жидкости каждый день [4].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В заключение можно сделать вывод, что современное представление о развитии сестринского дела в обществе состоит в том, чтобы помочь отдельным людям, семьям и группам развить свой физический, умственный и социальный потенциал и поддерживать его на соответствующем уровне вне зависимости от меняющихся условий проживания и работы.

Лечение, проводимое больным с острым лейкозом, будет малоэффективным или вообще неэффективным без соответствующего ухода.

Ведь целью ухода за такими больными является поддержание их «человеческого» существования на уровне принятых обществом стандартов, создание максимального уровня качества жизни. Огромная роль принадлежит медицинской сестре в обеспечении эмоциональной и психологической поддержки пациентов, обучение больных и их родственников, координирование действий социальных работников. Медицинская сестра должна сочетать в себе не только аккуратность, приветливость, милосердие, трудолюбие, но и образование, интеллект, организаторские способности, порядочность, творческое мышление, профессиональную компетентность. Выступая в роли исполнителя, она контролирует уход за пациентом, помогает ему выполнять назначения, предписанные врачом. Также планирует и реализует полную программу сестринских действий, направленных на улучшение здоровья, реабилитацию после болезни или поддержку в необратимых случаях.

Все мероприятия, проводимые медицинской сестрой пациентам с лейкозом, дают определённый качественный эффект: удаётся существенно продлить жизнь таким больным и значительно улучшить качество жизни.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Вершинина, С.Ф. Руководство для пациентов с онкологическими заболеваниями [Текст] / С.Ф. Вершинина, Е.В. Потявина. - М.: Бином, 2014. – 252 с. 73 с.
2. Давыдов, М.И. Онкология [Электронный ресурс] : учебник / М. И. Давыдов, Ш. Х. Ганцев. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 920 с. с. 759-763
3. Давыдкин, И. Л. Болезни крови в амбулаторной практике [Текст] / И.Л. Давыдкин, И. В. Куртов, Р. К. Хайретдинов, Т. Ю. Степанова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 184 с. с. 94
4. Кулешова, Л.И. Основы сестринского дела : курс лекций, сестринские технологии [Электронный ресурс] : учебник / Л.И. Кулешова, Е.В. Пустоветова ; под ред. В.В. Морозова. - Изд. 3-е. - Ростов н/Д : Феникс, 2018. - 716 с. (Среднее медицинское образование) - ISBN 978-5-222-29749-0 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785222297490.html>
5. Лычев, В.Г. Сестринский уход в терапии. Участие в лечебно-диагностическом процессе : учебник [Электронный ресурс] / Лычев В.Г., Карманов В.К. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 544 с. - ISBN 978-5-9704-4724-6 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970447246.html>
6. Маршак, В. В. Онкологические заболевания: профилактика и методы лечения [Текст] / В.В. Маршака. М.: Новый издательский дом, 2015. – 352 с. с. 141
7. Мухина, С.А. Теоретические основы сестринского дела [Электронный ресурс]: учебник / Мухина С.А., Тарновская И.И. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 368 с. - ISBN 978-5-9704-4997-4 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970449974.html>
8. Обуховец, Т.П. Основы сестринского дела [Электронный ресурс]: практикум / Т.П. Обуховец - Ростов н/Д : Феникс, 2016. - 603 с. (Среднее

медицинское образование) - ISBN 978-5-222-26372-3 - Режим доступа:
<http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785222263723.html>

9. Островская, И.В., Основы сестринского дела [Электронный ресурс] : учебник / Островская И.В., Широкова Н.В. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 320 с. - ISBN 978-5-9704-3940-1 - Режим доступа:
<http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970439401.html>

10. Смолева, Э.В., Сестринский уход в терапии с курсом первичной медицинской [Электронный ресурс] / Э.В. Смолева; под ред. к.м.н. Б.В. Кабарухина - Ростов н/Д : Феникс, 2018. - 473 с. (Среднее медицинское образование) - ISBN 978-5-222-29997-5 - Режим доступа:
<http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785222299975.html>

11. Сединкина, Р. Г. Сестринская помощь при патологии системы крови с основами трансфузиологии [Электронный ресурс] : учебник / Р.Г. Сединкина, Е.Р. Демидова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016.- 448с. - Режим доступа:
<http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970436073.html>

ПРИЛОЖЕНИЕ

Анкета

Данное анкетирование проводится с целью выявления особенностей сестринского ухода при лейкозе.

Ваше мнение особенно ценно, так как полученная в ходе исследования информация позволит выявить дефекты сестринского ухода и определить мероприятия по его улучшению.

Заполняя анкету (анонимно), внимательно ознакомьтесь с формулировкой вопросов и обведите или подчеркните вариант ответа, наиболее полно отражающий Вашу точку зрения. Данные анкетирования будут использованы только в обобщенном виде. Содержание отдельных анкет не разглашается.

1. **Пол:** а) муж. б) жен.
 2. **Возраст**____
 3. **Вес**_____
 4. **Место жительства:** а) город, б) село
 5. **Наличие стресса:** а) регулярно, б) редко, в) нет.
 6. **Профессиональные вредности:** а) да, б) нет
 7. **Стаж заболевания:** _____
 8. **Форма лейкоза:** а) острая, б) хроническая
 9. **Курение:** а) да, б) нет, в) иногда
 10. **Алкоголь:** а) да, б) нет, в) иногда
 11. **Наличие аллергических реакций:** а) да, б) нет
 12. **Знаете ли Вы, что такое лейкоз:** а) да, б) нет
 13. **Наследственная предрасположенность к возникновению лейкоза:** а) да, б) нет
 14. **Болеет ли кто-то из Ваших близких родственников данным заболеванием:** а) да, б) нет, в) не знаю
 15. **Соблюдаете ли Вы рекомендации врача:** а) да, б) нет, в) иногда
 16. **Улучшается ли Ваше самочувствие после помощи/совета медицинской сестры:** а) да, б) частично, в) нет
 17. **Если Вы обращаетесь за помощью/советом к медицинской сестре, получаете ли Вы необходимую помощь:** а) да, б) нет
 18. **Объясняла ли Вам медицинская сестра особенности диеты при лейкозе:** а) да, б) нет
 19. **Оказывает ли Вам медицинская сестра психологическую поддержку:** а) да, б) нет
 20. **Стационарное лечение:** а) да, б) нет
 21. **Амбулаторное лечение:** а) да, б) нет; в) иногда
 22. **Необходимость дополнительной информации от медработника:** а) да, б) нет; в) иногда
 23. **Удовлетворенность медицинской помощью при обращении:** а) да, б) нет
 24. **Пожелание медработникам**_____
- Благодарим за сотрудничество!**