

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

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

ЦМК сестринского дела

ОРГАНИЗАЦИЯ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ПРИ ЛЕЙКОЗАХ

Дипломная работа студента

**очной формы обучения
специальности 34.02.01 Сестринское дело
4 курса группы 03051501
Виниченко Артёма Игоревича**

Научный руководитель
Преподаватель Байбикова Ж.Н.

Рецензент
Заведующий центром по оздоровлению
детей и подростков ОГКУЗ
«Противотуберкулезный диспансер г.
Белгорода» Гринько И.А.

БЕЛГОРОД 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЛИТЕРАТУРЫ ПО ПРОБЛЕМЕ ЛЕЙКОЗОВ	5
1.1. Лейкоз, этиология, патогенез.....	5
1.2. Классификация, клиническая картина, диагностика лейкозов .	9
1.3. Лечение, осложнения и профилактика лейкозов.....	14
1.4. Организация и особенности сестринского ухода при лейкозах.....	17
ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ УХОДЕ ЗА ПАЦИЕНТАМИ С ЛЕЙКОЗАМИ	22
2.1. Анализ статистических данных смертности взрослого населения лейкозами в Белгородской области.....	22
2.2. Анализ анкетных данных пациентов, страдающих лейкозами...	24
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	39
СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ	42
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	44
ПРИЛОЖЕНИЕ 1	45
ПРИЛОЖЕНИЕ 2.....	47
ПРИЛОЖЕНИЕ 3.....	50

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность данной темы обуславливается тем, что на сегодняшний день заболевания с онкологической природой встречаются все чаще. При этом онкологические заболевания системы кроветворения, лейкозы, также необходимо брать во внимание. Хотя и кажется, что, согласно данным из Медицинского Информационного Центра, частота встречаемости заболеваний лейкозами находится на невысоком уровне, но ими нельзя пренебрегать. Так, по их данным, число заболеваний злокачественными новообразованиями с диагнозом, установленным впервые в жизни, составляет 7059 случаев. При этом, примерно 20 случаев – именно злокачественное поражение крови, лейкоз. Эта статистика только в Белгородской области, если же взять статистику по всей территории Российской Федерации, то, согласно данным Гематологического Научного центра, частота заболеваемости лейкозами составляет 4500-5000 случаев в год.

Необходимо отметить, что при лейкозах, как и при любых других заболеваниях онкологической природы, одной из самых распространенных и, при этом, самых важных проблем, является несвоевременное выявление патологии. Данной проблемой нельзя пренебрегать, ведь она особенно важна: когда злокачественные заболевания не выявляются на первых стадиях, то это ведет к большому распространению заболеваний в уже запущенных формах. В свою очередь, при запущенных формах онкологических патологий вероятность полноценной ремиссии значительно снижается.

Нельзя сказать, что лейкозы, как и любое другое онкологическое заболевание, появились относительно недавно. Ведь описания заболеваний, которые по симптоматике сильно напоминают лейкозы, встречались не

только в средневековых медицинских трактатах, но и в некоторых древних источниках.

Объект исследования: пациенты со злокачественным поражением крови, лейкозом.

Предмет исследования: организация деятельности медицинской сестры при лейкозах.

Цель работы: определение особенностей сестринского ухода при патологии крови – лейкозе.

Для достижения поставленной цели решались следующие **задачи:**

1. Провести теоретический анализ литературы и периодических изданий по теме работы.
2. Определить основные проблемы пациента, профессиональные и общие компетенции медицинской сестры в организации сестринской помощи пациентам с лейкозами.
3. Провести анализ статистических данных распространённости лейкозов среди пациентов Белгородской области.
4. Провести социологическое исследование проблем пациентов с лейкозами в ОГБУЗ «Городская больница №2 г. Белгорода», на основании которого разработать программу сестринских компетенций лечебно-диагностической помощи пациентам.

В соответствии с намеченной целью и задачами исследования были определены следующие **методы исследования:**

1. научно-теоретический анализ медицинской литературы;
2. статистический метод.
3. социологический метод;

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЛИТЕРАТУРЫ ПО ПРОБЛЕМЕ ЛЕЙКОЗОВ

Проблема заболеваниями лейкозами у взрослых, как мы видим, становится особенно остро в последнее время. Потому, хоть злокачественные поражения крови и не так сильно распространены, как другие виды онкологических патологий, игнорировать их нельзя. Таким образом, подходя к проблеме лейкозов, необходимо тщательно изучить и проанализировать медицинскую литературу по данному вопросу.

1.1. Лейкоз, этиология, патогенез

Лейкозы являются заболеваниями крови, имеют опухолевую природу поражения кроветворного аппарата. При лейкозах характерно безудержное размножение кроветворных элементов, явления аплазии, метаплазии, метастазирования и возникновение очагов экстрамедуллярного кроветворения.

Большое количество ученых до сих пор спорят об этиологии лейкозов. На сегодняшний день есть множество теорий об этиологии, однако, хоть и единого мнения нет, большее число сторонников получила именно концепция опухолевого происхождения лейкозов. Стоит отметить, что впервые сходства у опухолей и лейкозов были описаны еще во второй половине XIX века, причем русскими учеными: К. Славянским и А. Щастным.

Сторонники идеи опухолевого происхождения лейкозов выделяют закономерности, которые являются важнейшими аргументами в концепции. Во-первых, это возможность существования лейкозов вместе с другими онкологическими заболеваниями. Во-вторых, как уже было ранее сказано, высокое сходство лейкозных клеток и других злокачественных клеток. В-

третьих, при злокачественных опухолях, ровно как и при лейкозах, происходят некоторые специфические биохимические изменения в тканях, например, снижение окислительных процессов или нарушение нуклеопротеидного обмена, что свидетельствует об однотипности данных изменений. В-четвертых, лабораторные исследования показывают, что у пациентов со злокачественными новообразованиями снижаются канцеролитические свойства сыворотки крови, причем то же самое можно наблюдать и в сыворотке крови пациентов с лейкозами. И, в-пятых, проводились множество экспериментов по проблеме лейкозов. Так, один из них был направлен на проверку возможности вызвать лейкоз с помощью канцерогенных веществ. Данный эксперимент прошел успешно, что, в очередной раз, свидетельствует именно об опухолевом происхождении лейкозов.

Однако есть несколько причинных факторов, которые играют важную роль в развитии лейкозов, и которыми нельзя пренебрегать: онкогенные вирусы, ионизирующая радиация, химические канцерогены и различные генетические аномалии.

На сегодняшний день известно примерно сто бластомогенных вирусов. Их можно разделить на две группы: РНК-содержащие вирусы и ДНК-содержащие вирусы. Их различие состоит в том, что РНК-содержащие вирусы могут размножаться только в цитоплазме клеток, в то время как ДНК-содержащие вирусы обладают способностью размножаться как в цитоплазме, так и в ядрах клеток. [1]

Когда ДНК-содержащие вирусы начинают внедряться в организм человека или животного, происходит интеграция собственной ДНК с вирусной. Этот процесс напрямую влияет на синтез белка, тем самым нарушая его. Стоит упомянуть о важности данного процесса, ведь он влияет на метаболизм клеток, на белки-ферменты и на вещества, что являются репрессорами-регуляторами клеточного давления.

Касаемо РНК-содержащих вирусов, когда открыли фермент, обратную транскриптазу, то стало понятно их влияние на наследственность клетки. С помощью обратной транскриптазы на матрице РНК синтезируется комплементарная ей ДНК встраивающаяся в геном клетки и изменяющая ее наследственность.

Теория онкогенов была предложена еще в XX веке, в 1969 году. Эту теорию, согласно которой в теле человека или животного уже имеется геном онкогенного вируса, однако такой участок ДНК заблокирован и неактивен, предложили Р. Хьюбнер и Д. Тодаро. Они утверждали, что, хоть участок ДНК и заблокирован, но, если воздействовать буквально любым канцерогеном, то он активизируется и начнет функционировать как часть генома клетки, что впоследствии приведет к тому, что нормальная клетка преобразуется в раковую.

Ионизирующая радиация тоже влияет на развитие различных злокачественных опухолей и гемабластозов и этому есть многочисленные подтверждения. Например, аварии на атомных станциях или последствия атомных взрывов в Хиросиме и Нагасаки, где, после происшествия наблюдается существенное увеличение заболеваемости как лейкозами, так и другими онкологическими заболеваниями.

Возможность радиационного повреждения хромосом в развитии опухоли доказана в различных формах лейкозов. У клеток, которые составляют субстрат опухоли, можно заметить общее специфическое сходство: они имеют специфическое радиационное повреждение, кольцевую хромосому.[10]

Химические канцерогены играют большую роль в развитии лейкозов, поскольку они содержатся в привычной на сегодняшний день среде обитания человека: выхлопные газы автомобилей, табачный дым и смолы, даже асфальтированное покрытие дорог.

Стоит отметить возможность возникновения лейкозов и от некоторых лекарственных препаратов, а именно, препаратов цитостатического действия.

В последнее время было установлено, что препараты цитостатического действия, например, цитофосфан или азатиоприн, способны вызвать развитие острого миелобластного лейкоза и эритромиелоза. Но не только цитостатики способны вызывать злокачественное поражение крови. Так, например, описываются случаи, когда лейкозы развивались у пациентов, принимавших левомецетин и бутадиион.

Имея представление об этиологии лейкозов, можно судить и о патогенезе. Так как лейкозы имеют опухолевую природу, то и в основе их происхождения лежат опухолевые процессы: мутация и опухолевая трансформация нормальных гемопоэтических клеток под влиянием какого-либо канцерогенного фактора. Как следствие, клетки кроветворения выходят из-под контроля регулирующих систем организма, и активируется их пролиферация с подавлением дифференцировки.

Таким образом, трансформация нормальных гемопоэтических клеток в опухолевые (лейкозные) является следствием изменения в геноме, обеспечивающего «переключение» нормальной генетической программы на программу формирования опухолевого атипизма. При этом под действием канцерогена опухолевой трансформации подвергается одна гемопоэтическая клетка, дающая в последующем, в процессе пролиферации, начало клону «однотипных» опухолевых клеток. Формируется клон лейкозных клеток – потомков одной первоначально мутировавшей клетки, которые заселяют костный мозг. В моноклоновой стадии опухолевые клетки чувствительны к химиотерапии. В процессе развития лейкоза происходят качественные изменения опухолевых клеток – переход от моноклоновости, то есть, гомогенности свойств опухолевых клеток, к поликлоновости, то есть, гетерогенности свойств опухолевых клеток, на основе нестабильности генетического аппарата опухолевых клеток. Моноклоновая опухоль превращается в поликлоновую злокачественную опухоль. На этой стадии развития лейкоза опухолевые клетки становятся устойчивыми к цитостатической терапии, метастазируют в органы и ткани, в норме не

участвующие в гемопоэзе, образуют очаги внекостномозгового кроветворения.

В процессе развития лейкоза разные свойства опухолевой клетки, например, явления анаплазии, нерегулируемость роста, биохимический атипизм, способность к метастазированию и т.д., изменяются по-разному, с разной скоростью, независимо друг от друга. Высокая и постоянная изменчивость разных свойств опухолей, с одной стороны, делает их гетерогенными, а с другой – способствует их адаптации к меняющимся условиям – недостатку кислорода, субстратов обмена веществ, а в ряде случаев – к лекарственным средствам. Последнее называют ускользанием опухоли от лечения. В целом процесс опухолевой прогрессии, способствуя высокой приспособляемости лейкозов, создает условия для нарастания степени их атипизма и, следовательно, их злокачественности. [7]

1.2. Классификация, клиническая картина, диагностика лейкозов

В основу классификации лейкозов (Приложение 1) положены следующие принципы: во-первых, это гистогенетическая характеристика лейкозных клеток, другими словами, классификация в зависимости от типа кроветворных клеток, подвергшихся злокачественной трансформации. Согласно гистогенетической характеристике лейкозных клеток, выделяют:

опухоли из клеток миелоидной линии:

1. острый миелобластный лейкоз;
2. хронический миелоидный лейкоз;
3. промиелоцитарный лейкоз;
4. хронические миеломоноцитарный и моноцитарный лейкозы;
5. эритремия;
6. эссенциальная тромбоцитемия.

опухоли из клеток лимфоидной линии:

1. острый лимфобластный лейкоз;
2. хронический лимфоцитарный лейкоз;
3. пролимфоцитарный лейкоз;
4. волосатоклеточный лейкоз.

Второй принцип, по которому можно классифицировать лейкозы еще называют патогенетическим принципом. Он характеризует степень дифференцировки или зрелости лейкозных клеток. В соответствии с этим лейкозы подразделяются на острые и хронические. По классификации, острые лейкозы подразделяются на следующие типы:

1. Острый лимфобластный лейкоз (ОЛЛ) – 75%;
2. Острый миелобластный лейкоз (ОМЛ), также известный как острый нелимфобластный лейкоз (ANLL) – 20%;
3. Острый недифференцированный лейкоз (ВСН) – <0,5%
4. Острый гибридный лейкоз (AMLL).

Хронический миелоидный лейкоз составляет 3% от всех детских лейкозов и в свою очередь подразделяется на:

1. Миелоидный лейкоз с выявлением Филадельфийской хромосомы (Ph1-положительный)
2. Ювенальный миеломоноцитарный лейкоз (JMML)

В зависимости от общего количества лейкоцитов и наличия бластных клеток в единице объема крови, выделяют четыре формы острых лейкозов.

1. Лейкемическая: число лейкоцитов превышает $30-50 \times 10^9$ /л., большое количество бластных форм лейкозных клеток.
2. Сублейкемическая: число лейкоцитов выше нормы (9×10^9 /л) до $30-50 \times 10^9$ /л, большое количество бластных клеток.
3. Лейкопеническая: число лейкоцитов ниже нормы (менее 4×10^9 /л), сравнительно небольшое количество бластных лейкозных клеток.
4. Алейкемическая: количество лейкоцитов в пределах нормы ($4-9 \times 10^9$ /л), бластные клетки отсутствуют (бластные лейкозные клетки находят лишь в ткани костного мозга).

Различные формы лейкоза должны подразумевать под собой и различную клиническую картину. Однако, как правило, различия больше заметны при лабораторных исследованиях крови. Потому, в первую очередь, необходимо обратить внимание на клиническую картину наиболее распространенной и, в то же время, наиболее опасной формы лейкоза – острый лейкоз. [2]

Клиническая картина острых лейкозов характеризуется следующими проявлениями. Первые симптомы обычно появляются за несколько дней или недель до установки диагноза. Нарушение гемопоэза вызывает наиболее часто встречаемые проявления заболевания, например, анемия, инфекция, кровоподтеки и кровоточивость. Другие симптомы и признаки, вроде бледности, слабости, лихорадки, общего недомогания, снижения массы тела, тахикардии, боли в груди - неспецифичны и могут быть обусловлены анемией и гиперметаболическим состоянием. Причина лихорадки обычно не ясна, хотя гранулоцитопения может приводить к развитию быстро прогрессирующих и потенциально жизнеугрожающих бактериальных инфекций. Кровоточивость обычно проявляется появлением петехий, склонностью к появлению кровоизлияний, носовых кровотечений, кровоточивости десен и нарушением менструального цикла. Гематурия и желудочно-кишечные кровотечения развиваются редко. Инфильтрация костного мозга и надкостницы может вызывать боли в костях и суставах, особенно у детей с острым лимфобластным лейкозом. Первичное поражение ЦНС или лейкозный менингит, проявляющийся головными болями, тошнотой, раздражительностью, парезами черепных нервов, судорогами и отеком соска зрительного нерва, встречается редко. Экстремедуллярная инфильтрация лейкозными клетками может вызывать лимфаденопатию, спленомегалию, гепатомегалию и появление лейкемидов (приподнятая над кожей сыпь без зуда). [6]

Говоря о клинической картине лейкозах, необходимо отметить и некоторые клинические синдромы, в которых проявляются общие нарушения организма:

1. Анемический синдром связан с вытеснением нормального эритроидного ростка из костного мозга лейкозным, то есть вследствие дисплазии, что приводит к из развитию гипо- или апластической анемии.
2. Геморрагический синдром также возникает вследствие дисплазии при лейкозах. Развивается тромбоцитопения, повышается проницаемость сосудистой стенки, нарушается сосудисто-тромбоцитарный гемостаз, что проявляется кровотечениями из мелких сосудов.
3. Инфекционный синдром обусловлен клеточным атипизмом и неспособностью к выполнению лейкозными клетками функций роста зрелых лейкоцитов. Вследствие этих причин организм больного лейкозом становится уязвимым не только для патогенной микрофлоры, но и для условно-патогенных микроорганизмов.
4. Гиперпластический синдром – увеличение размеров органов вследствие формирования в них лейкемических пролифератов (лейкозная инфильтрация). Лимфаденопатия, гепато- и спленомегалия, гипертрофия тимуса.
5. Интоксикационный синдром – отравление продуктами клеточного распада (нуклеопротеидами) в результате гибели нормальных и лейкозных клеток.
6. Остеоартропатический синдром. Болезненность костей в наибольшей мере выражена в трубчатых костях и позвоночнике, в области суставов (артралгии). Обусловлена опухолевой гиперплазией костномозговой гемопоэтической ткани.
7. Нейролейкемия – поражение ЦНС, обусловленное метастазированием лейкозных клеток в оболочки головного и спинного мозга или в вещество мозга.

Причины смерти при лейкозах: анемия и тяжелая общая интоксикация, поражение жизненно важных органов (лейкозная инфильтрация, обширные кровоизлияния). Непосредственной причиной смерти больных могут стать инфекционные осложнения (пневмонии, сепсис, перитонит).

Диагностика лейкозов осуществляется через некоторые методы исследования. Один из основных методов исследования при лейкозах – пункция костного мозга или трепанобиопсия. Данный метод применяется для подтверждения диагноза, а также для идентификации типа лейкоза.

Миелограмма или количественная характеристика всех клеточных форм костного мозга при острых лейкозах характеризуется увеличением содержания бластных клеток более 5% и до тотального бластоза.

Цитохимическое исследование проводят с целью выявления специфических для различных бластов ферментов. Так, при острых миелобластных лейкозах определяется положительная реакция на миелопероксидазу, липиды, хлорацетат эстеразу. При острых лимфобластных лейкозах определяется положительная ШИК-реакция на гликоген (реактив Шиффа); отрицательная реакция на липиды, миелопероксидазу, хлорацетат эстеразу.

Иммунофенотипический метод позволяет определить с помощью моноклональных антител наличие или отсутствие кластеров дифференцировки бластных клеток (CD-маркеры). Используется для дифференциальной диагностики острых морфологически недифференцируемых лимфобластных и миелобластных лейкозов.

Цитогенетическое исследование лейкозных клеток позволяет определить хромосомные аномалии, уточнить диагноз и прогноз. [3]

1.3. Лечение, осложнения и профилактика лейкозов

Лечение при лейкозах направлено на эрадикацию опухолевых клеток. Для достижения этого используют полихимиотерапию. При этом тактика лечения является довольно жесткой, настолько, что может даже развиваться лекарственная аплазия костного мозга. Причина такой тактики лечения состоит в том, что опухолевые клетки больше подвержены влиянию цитостатических препаратов, в отличие от здоровых клеток. Оставшиеся части опухолевых клеток в костном мозге после лечения дают начало новым, здоровым ветвям кроветворения. [5, с 124]

Основные лекарственные препараты, которые используются при лечении лейкозов можно разделить на несколько групп:

1. Антиметаболиты (циклоспецифичны, нарушают синтез в основном предшественников нуклеиновых кислот в лейкозных клетках).
2. Алкилирующие соединения (нециклоспецифичны) – подавляют синтез ДНК и РНК.
3. Алкалоиды (винкристин) – нециклоспецифичен, действует на все фазы, в основном на период митоза.
4. Ферменты (L-аспарагиназа) – разлагает аспарагин, который не может синтезировать лейкозная клетка, блокирует вступление клеток в период синтеза ДНК.
5. Антибиотики (рубомидин, даунорубидин) – нециклоспецифичны, подавляют синтез нуклеиновых кислот.
6. Гормоны (преднизолон, дексаметазон) – ингибируют синтез РНК и ДНК в клетке, действуют цитолитически только на лейкозные клетки и не вызывают разрушения нормальных лимфоцитов.

При лейкозах также проводят сопроводительную или вспомогательную терапию. Она состоит в проведении симптоматической терапии, которая обусловлена наличием прогрессирующего злокачественного лейкозного

процесса, а также в проведении цитостатической терапии с тяжелым токсическим действием, глубоким нарушением нормального гемопоэза.

Вспомогательная терапия также включает трансфузионную заместительную терапию, дезинтоксикационное лечение, иммунотерапию, профилактику и лечение инфекционных и других осложнений.

Трансфузионная терапия предполагает заместительное лечение переливаниями недостающих компонентов крови. При прогрессирующем снижении содержания гемоглобина показаны переливания эритроцитарной массы, при глубокой тромбоцитопении и развитии геморрагического синдрома – трансфузии концентрата тромбоцитов.

Одним из эффективных путей выведения больного из состояния глубокой миелодепрессии вследствие мощной цитостатической терапии и облучения является пересадка костного мозга от здорового донора, совместимого с реципиентом по антигенам системы HLA. Костный мозг вводится внутривенно после полного уничтожения своих кроветворных клеток, иначе происходит вытеснение трансплантата. Для широкого проведения трансплантации необходим большой донорский банк, кроме того, показано, что пересадка костного мозга не всегда является эффективным методом лечения.

При лейкозах могут возникнуть осложнения. Инфекционные осложнения:

1. осложнения со стороны желудочно-кишечного тракта
2. осложнения со стороны кожи, подкожной клетчатки и придатков кожи
3. осложнения со стороны верхних дыхательных путей: фарингиты, риниты, синуситы, отиты и др.
4. осложнения трахеобронхиального дерева и нижних дыхательных путей
5. осложнения со стороны мочевыводящей системы
6. осложнения со стороны органов зрения во время эпизодов нейтропении

Помимо инфекционных осложнений с развитием какой-либо клинической симптоматики, характеризующей локализацию инфекционного процесса, отмечены случаи развития фебрильной нейтропении.

Однако отмечено, что осложнения могут возникать не только на фоне самого заболевания, но и вследствие его лечения – химиотерапии. Осложнения при химиотерапии возникают из-за массивного распада опухолевых клеток в период цитостатического удара, что приводит к накоплению в организме избыточного количества промежуточных продуктов обмена, которые оказывают токсическое действие на функционирование некоторых систем организма, усугубляя эндогенную интоксикацию. Наиболее частым побочным эффектом химиотерапии является токсическое действие на гемопоэз. Из-за химиотерапии снижается гемоглобин в крови, может развиваться тромбоцитопения или поражаться органы желудочно-кишечного тракта. Также возможны поражения мочевыводящей системы, аллергические реакции и др. осложнения. [8]

Профилактика лейкоза, как и у всех других заболеваний, может быть двух видов: первичная и вторичная.

Первичная профилактика – это профилактика, осуществление которой происходит до развития болезни. Другими словами, первичная профилактика – это профилактика, нацеленная на предупреждение развития заболевания. Первичная профилактика при лейкозах включает в себя укрепление иммунитета. Это необходимо для снижения риска заражения инфекционными заболеваниями. В первичную профилактику можно включить правильное питание, здоровый образ жизни, закаливание и прочее. Помимо укрепления иммунитета, в первичную профилактику стоит отнести исключение контакта с канцерогенами, источниками ионизирующего излучения, а также потенциально опасными химическими веществами. [4]

Вторичная профилактика – это профилактика, проведение которой возможно уже после возникновения лейкоза. Цель её состоит в том, чтобы исключить возможность возникновения рецидивов заболевания, а также

предупредить возможные осложнения. Вторичная профилактика в данном случае проводится при помощи регулярных профилактических осмотров.

1.4. Организация и особенности сестринского ухода при лейкозах

В любом онкологическом стационаре основные лечебные мероприятия проводит медицинская сестра, когда врач занимается назначением и контролем лечения. В связи с этим, представляется особенно важным определить обязанности медицинских сестер. Основной задачей палатной медицинской сестры является осуществления ухода и наблюдения за больными на основе принципов медицинской деонтологии. Кроме того, палатная медицинская сестра своевременно и точно выполняет назначения лечащего врача. При этом, в случае невыполнения назначений, независимо от причины, немедленно докладывает об этом лечащему врачу. Медицинская сестра в гематологическом отделении больницы должна уметь выполнять следующие манипуляции:

1. кормление ребенка через зонд, постановка зондов и промывание желудка;
2. постановка клизмы всех видов (очистительные, сифонные);
3. введение газоотводной трубки;
4. проведение катетеризации мочевого пузыря мягким катетером (у детей старше 1 года);
5. постановка горчичников, банок, компрессов;
6. втирание лекарственных средств;
7. прием лекарственных средств через рот;
8. закапывание лекарственных растворов в глаза, нос, уши;
9. накладывание пластыря;

10. проведение внутрикожных, подкожных, внутримышечных и внутривенных вливаний;
11. измерение артериального давления;
12. проведение непрямого массажа сердца;
13. взятие мазков из зева;
14. сбор материала для лабораторных исследований (моча, кал, пот, рвотные массы);
15. проведение физиотерапевтических процедур (по назначению врача);
16. проведение мониторинга за больным и фиксация отклонений на дисплее;
17. проведение дуоденального и желудочного зондирования.

Таковыми являются основные обязательные манипуляции, навыками, для выполнения которых, медицинская сестра должна владеть.

Лейкоз — тяжелое заболевание со своей спецификой. Для больных острым лейкозом характерно состояние иммунодефицита. Это означает, что пациент нуждается в тщательном соблюдении правил асептики. Зачастую присутствует реальная необходимость в смене белья и одежды несколько раз в день из-за повышенной потливости. Кровоточивость десен требует постоянной санации ротовой полости для предотвращения вторичных инфекций.[9]

Пациенты находятся в крайне подавленном состоянии, практически оторваны от окружающего мира, перемещены в абсолютно другой мир. Поэтому от медсестры требуется максимум внимания, чуткости и терпения: она остается практически единственным якорем, связывающим больного с его семьей.

Лимфобластный и клеточный лейкоз крови — данный диагноз зачастую становится приговором. Однако последние месяцы и недели могут проходить по-разному. Задача сестринского ухода — максимально поддержать пациента, окружить его заботой, до последнего поддерживать надежду на выздоровление.

Доверие к медицинской сестре вызывает ее поведение, личный пример, внимательное отношение к пациенту, человеческие качества. Спокойная, оптимистичная, аккуратная медицинская сестра, умеющая внушить пациентам мысли о том, что они сами заинтересованы и нуждаются в выполнении назначений врача, вызывает доверие пациентов.

Подавление страха, подавленности у пациентов – одна из главных и наиболее трудных задач в работе медицинской сестры. Ее решению способствует профессионализм, компетентность медицинской сестры и медицинская информированность родственников.

Вокруг много источников информации, начиная от книг, которые порой не лучшим образом переведены или адаптированы к условиям российской действительности, и до советов производителей товаров по уходу за больным. Заблудиться в море разных сведений и точек зрения очень просто. Медицинская сестра может и должна помочь родственникам пациента выбрать в потоке имеющейся информации наиболее ценную.

Уход за пациентом, кроме профессиональной подготовки, требует от медицинской сестры большого терпения.

Медицинская сестра обязана хорошо знать патогенетические особенности онкогематологических заболеваний. Пациентам порой бывает сложно указать, где локализуется боль, рассказать о характере боли или других болезненных ощущений. Опытная детская медицинская сестра по скудным жестам пациента, мимике, позе, по глазам и изменению кожи может распознать тяжесть болезни, заподозрить заболевание, предупредить об этом врача.

Палатная медсестра организует своевременное обследование больных пациентов лаборатории. Наблюдает за состоянием пациента, физиологическими отправлениями, сном. О выявленных изменениях докладывает лечащему врачу. Немедленно сообщает лечащему врачу, а в его отсутствие заведующему отделением или дежурному врачу о внезапном ухудшении состояния пациента. Участвует в обходе врачей в закрепленных

за нею палатах. Докладывает о состоянии пациентов, записывает назначенное лечение и уход за больными, следит за выполнением назначений.

Большое внимание отводится санитарно-гигиеническому обслуживанию физически ослабленных и тяжелобольных пациентов. Медицинская сестра умывает, кормит, дает питье, промывает по мере надобности рот, глаза, уши. Кроме того, она принимает и размещает в палате пациентов, проверяет качество санитарной обработки вновь поступивших больных. Следит за санитарным содержанием закрепленных за нею палат, а также личной гигиеной пациентов (уход за кожей, ртом, стрижкой волос и ногтей), за своевременным приемом гигиенических ванн, сменой нательного и постельного белья, записывает смену белья в историю болезни. Заботится о своевременном снабжении пациентов всем необходимым для лечения и ухода.

Медицинская сестра процедурного кабинета выполняет лечебно-диагностические мероприятия в соответствии со своими функциями и врачебными назначениями. Оказывает первую медицинскую помощь, проводит в случае необходимости реанимационные мероприятия в соответствии со своей ролью. Обеспечивает деятельность процедурного кабинета в соответствии с профилем отделения, оснащение кабинета набором инструментов, перевязочным материалом, набором сывороток для определения группы крови, шприцами для инъекций и вливаний, лекарственными средствами, консервированной кровью и кровезаменителями.

Процедурная медицинская сестра проводит строжайший контроль над соблюдением требований противоэпидемического контроля в процедурном кабинете. Для этого она руководствуется санитарно-гигиеническими требованиями к помещению, оборудованию и оснащению. Следит за личной гигиеной и одеждой. Соблюдает санитарно-противоэпидемический режим работы, требования дезинфекции и стерилизации, правила асептики и

антисептики при проведении медицинских процедур. В обязанности процедурной медицинской сестры входит своевременное и правильное ведение медицинской документации в соответствии с установленной в больнице формой учетной документации процедурного кабинета, соблюдение морально-правовых норм профессионального общения.

Медицинская сестра обеспечивает качество работы путем строгого выполнения требований к организации и содержанию работы процедурного кабинета, последовательности рабочего процесса. Соблюдение трудового распорядка, трудовой дисциплины, систематическое повышение квалификации – тоже обязанности процедурной медицинской сестры. [11]

ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ УХОДЕ ЗА ПАЦИЕНТАМИ С ЛЕЙКОЗАМИ

В данной главе, согласно поставленным в работе задачам, были изучены статистические данные по заболеваемости лейкозами за определенный период времени. Помимо этого, было проведено исследование, состоящее из четырех этапов. В первом этапе проводилось социологическое исследование, анкетирование, среди пациентов с лейкозами. Вторым этапом является анализ полученных результатов с применением статистического, социологического, графического методов, а также с помощью сравнительного анализа. Третьим этапом стало определение основных моментов организации сестринского ухода. В четвертом этапе были составлены практические рекомендации для пациентов, страдающих лейкозами.

2.1. Анализ статистических данных смертности взрослого населения лейкозами в Белгородской области

В данном параграфе предоставлены статистические данные, характеризующие сравнение смертности пациентов взрослого населения с лейкозами и пациентов с другими злокачественными новообразованиями по Белгородской области за период 2015-2017 года (Таблица 1, Рис. 1). Данные были получены на сайте Белгородского медицинского информационно-аналитического центра.

В таблице 1, а также на рисунке 1 можно увидеть динамику смертности пациентов как от лейкозов, так и от других злокачественных новообразований, в данном случае для примера приведены: рак желудка, рак

трахеи, бронхов, легкого, а также рак молочной железы на период с 2015 года по 2017 год в Белгородской области.

Таблица 1.

Статистические данные по смертности от различных видов злокачественных новообразований

Год	2015 (количество человек)	2016 (количество человек)	2017 (количество человек)
Лейкозы	76	55	58
Рак желудка	143	162	162
Рак молочной железы	40	40	51
Рак трахеи, ронхов, легкого	287	245	250

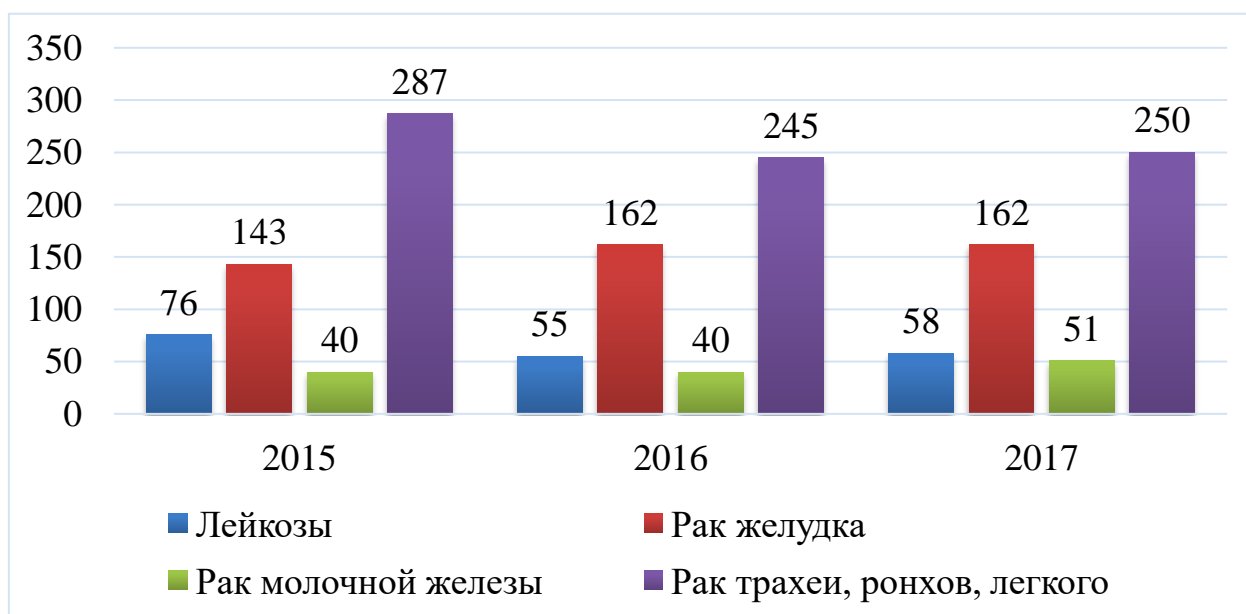


Рис. 1. Статистика смертности от различных видов злокачественных новообразований за 2015-2017 гг.

Проанализировав эти данные, можно сделать вывод, что число пациентов умерших от лейкозов значительно снизилось в 2016 году. Однако,

видя статистические данные уже следующего, 2017 года, можно заметить, что смертность от лейкозов имеет тенденцию к увеличению. Те же самые выводы можно сделать и глядя на статистические данные других злокачественных заболеваний. Помимо этого, нужно отметить, что смертность от лейкозов не так высока, как при раке желудка и раке трахеи, бронха и легкого. Однако смертность пациентов с лейкозами превышает таковую у пациентов, страдающих раком молочной железы, что говорит о высокой летальности лейкозов.

2.2. Анализ анкетных данных пациентов, страдающих лейкозами

Анкетирование проводилось среди пациентов ОГБУЗ «Городская больница №2 г. Белгорода». Всего в анкетировании участвовали 35 респондентов. Анкета состояла из 16 вопросов. Анкета для исследования представлена в Приложении 2. На основании изученных данных по анкетированию пациентов с лейкозами, мы исследовали следующие вопросы.

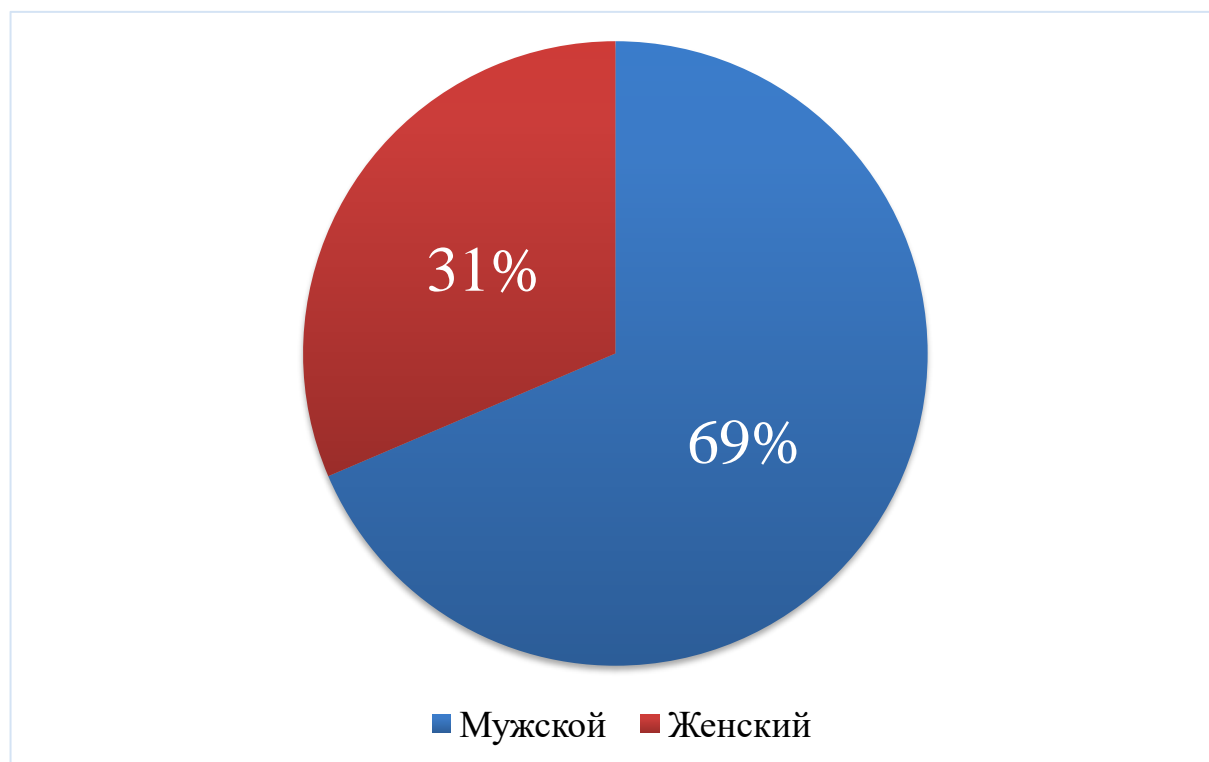


Рис. 2. Пол пациентов

В первом вопросе анкеты респонденту предлагается выбрать свой пол. Изучив данную диаграмму, нами выяснено, что 69% - это пациенты мужского пола, а 31% - женского пола (Рис. 2).

Исходя из этой диаграммы, можно сделать вывод о том, что лейкозы больше распространены среди мужчин и меньше – среди женщин.

На второй вопрос анкеты, где предстояло выяснить возраст пациентов, 10% респондентов ответили, что им меньше 25 лет, 33% - от 26 до 60 лет и 57% ответили, что они старше 61 года (Рис. 3).

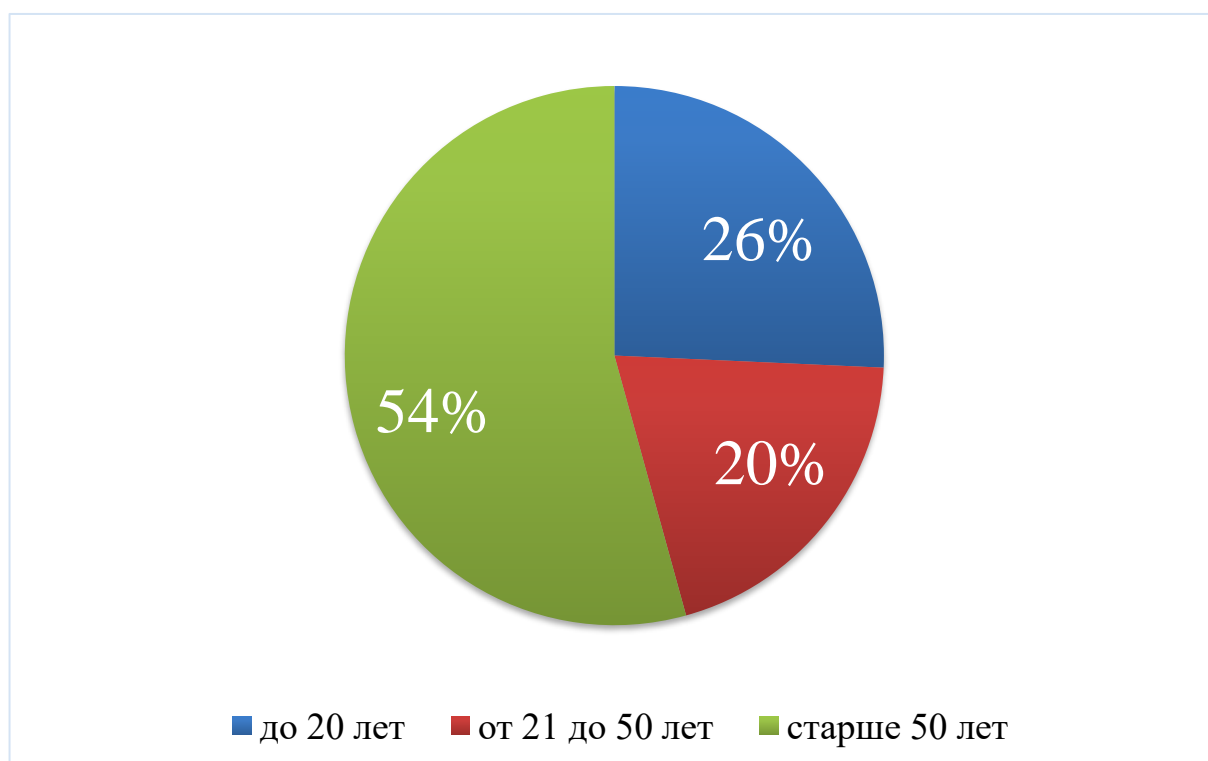


Рис. 3. Возраст пациентов

Судя по данным в диаграмме, можно понять, что больше половины всех респондентов имели возраст старше 50 лет. Исходя из этого, можно сделать вывод, что лейкоз более распространен у людей среднего и пожилого возраста.

В следующем вопросе респондентам предлагалось выбрать тип лейкоза, которым те заболели. Так, согласно полученным данным, 46%

респондентов ответили, что имеет хроническую форму лейкоза. Остальные же, 54% опрошенных имеют острую форму лейкоза. (Рис. 4).



Рис. 4. Тип лейкоза респондентов

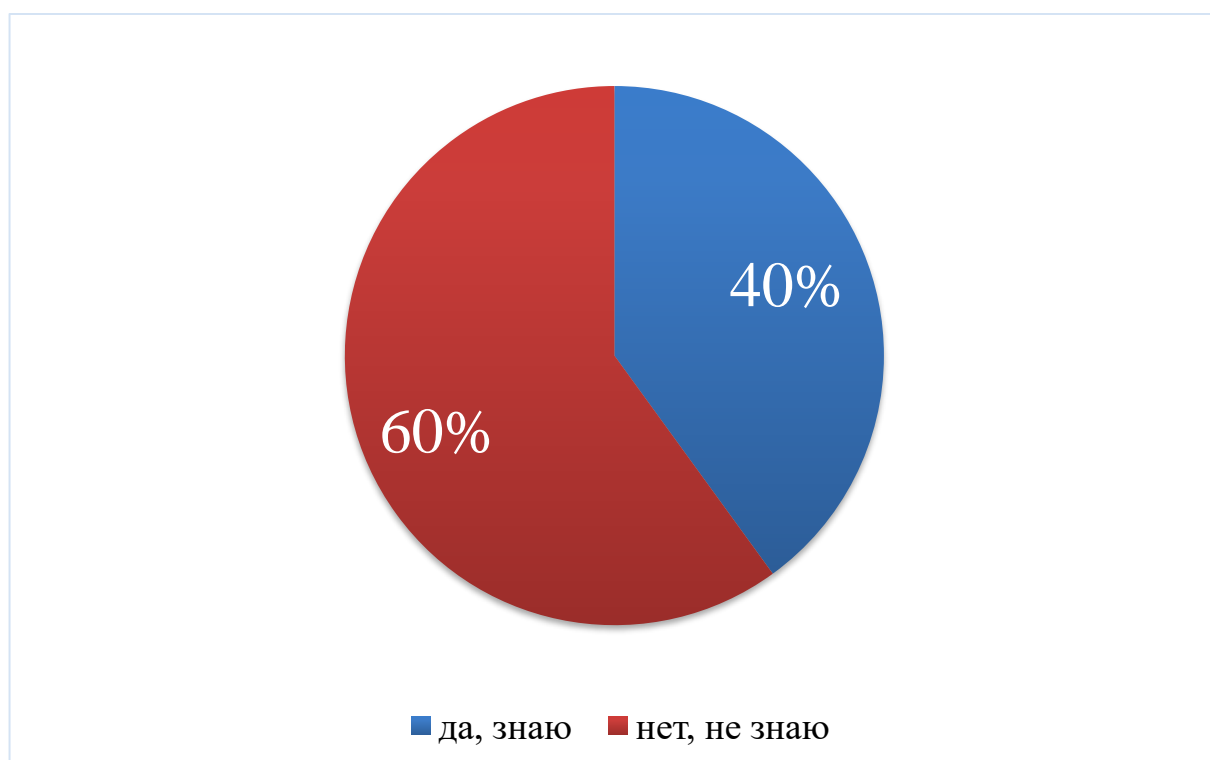


Рис. 5. Осведомленность респондентов о причинах возникновения лейкоза

На следующий вопрос анкеты, «Знаете ли Вы причины возникновения лейкоза?», 40% пациентов ответили утвердительно, а 60% - отрицательно.

Таким образом, видно, что большая часть пациентов недостаточно осведомлены насчет причин, вызывающих данное заболевание. (Рис. 5).

Исходя из этих данных, можно сделать вывод, что большая часть пациентов нуждаются в проведении беседы о причинах возникновения лейкозов.

В следующем вопросе респондентам предлагалось ответить на вопрос о том, откуда они узнали о лейкозе. Так, согласно результатам исследования, 49% респондентов узнали о заболевании благодаря СМИ, 37% - благодаря своему ближайшему окружению и только 14% узнали информацию о лейкозе благодаря участковой медсестре. (Рис. 6).



Рис. 6. Информированность респондентов о причинах возникновения сахарного диабета

Судя по представленной диаграмме, большинство пациентов получают информацию о своем заболевании лишь благодаря СМИ. Чуть меньшее

количество респондентов получают информацию благодаря своему ближайшему окружению. Большую роль в этом играют беседы с родственниками, благодаря которым пациенты становятся более информированы о своем заболевании. Из-за высокой занятости медицинских работников, лишь малая часть пациентов получают от них информацию.

В следующем вопросе респондентом предлагалось ответить: «Было ли у Ваших родственников данное заболевание?». Благодаря этому вопросу мы узнали о наследственности данного заболевания у пациентов. 66% респондентов ответили на вопрос утвердительно, 34% респондентов - отрицательно. (Рис. 7).

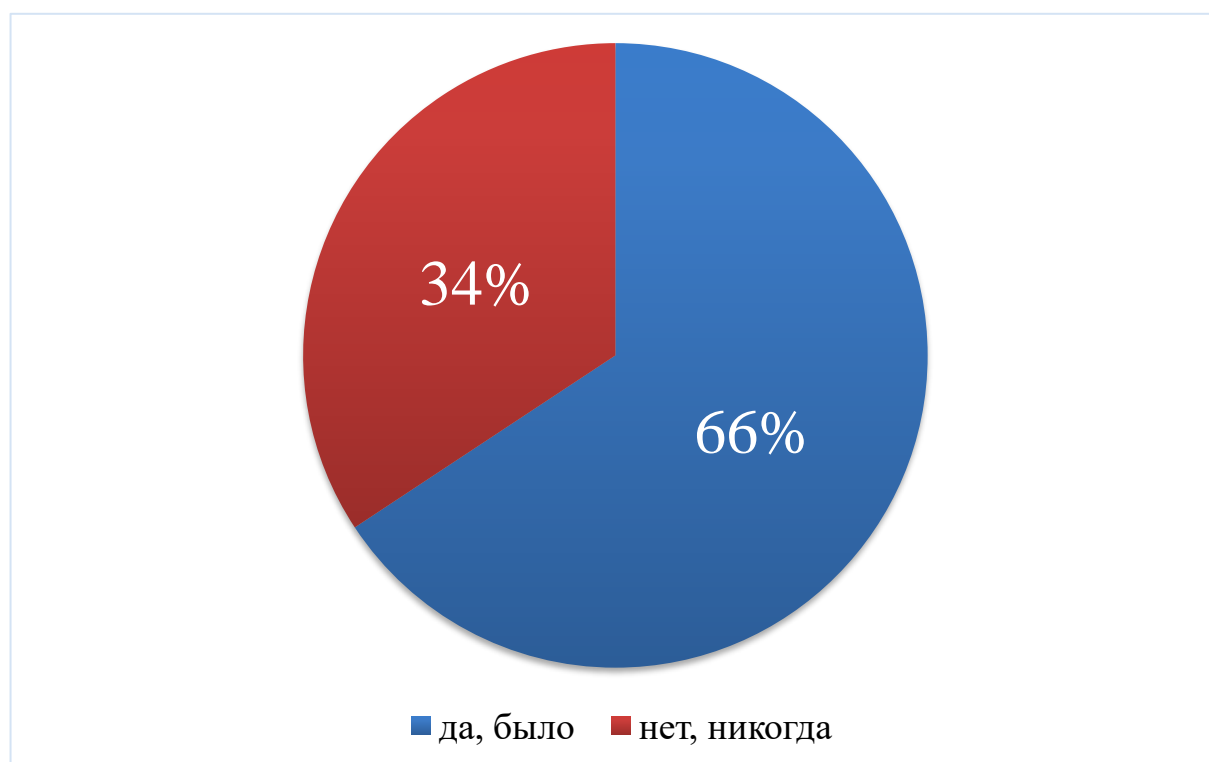


Рис. 7. Наследственность лейкозов

Данная диаграмма свидетельствует о том, что большинство респондентов имели в своем роду данное заболевание, потому мы можем судить о наследственности лейкозов.

В следующем вопросе респонденту предлагалось ответить на вопрос: «Знаете ли Вы, какие меры необходимо предпринимать для предупреждения

развития лейкозов?». Согласно ответам на данный вопрос, 43% респондентов знают о мерах предупреждения развития лейкозов. Остальные же, 57% не владеют данной информацией. (Рис. 8).

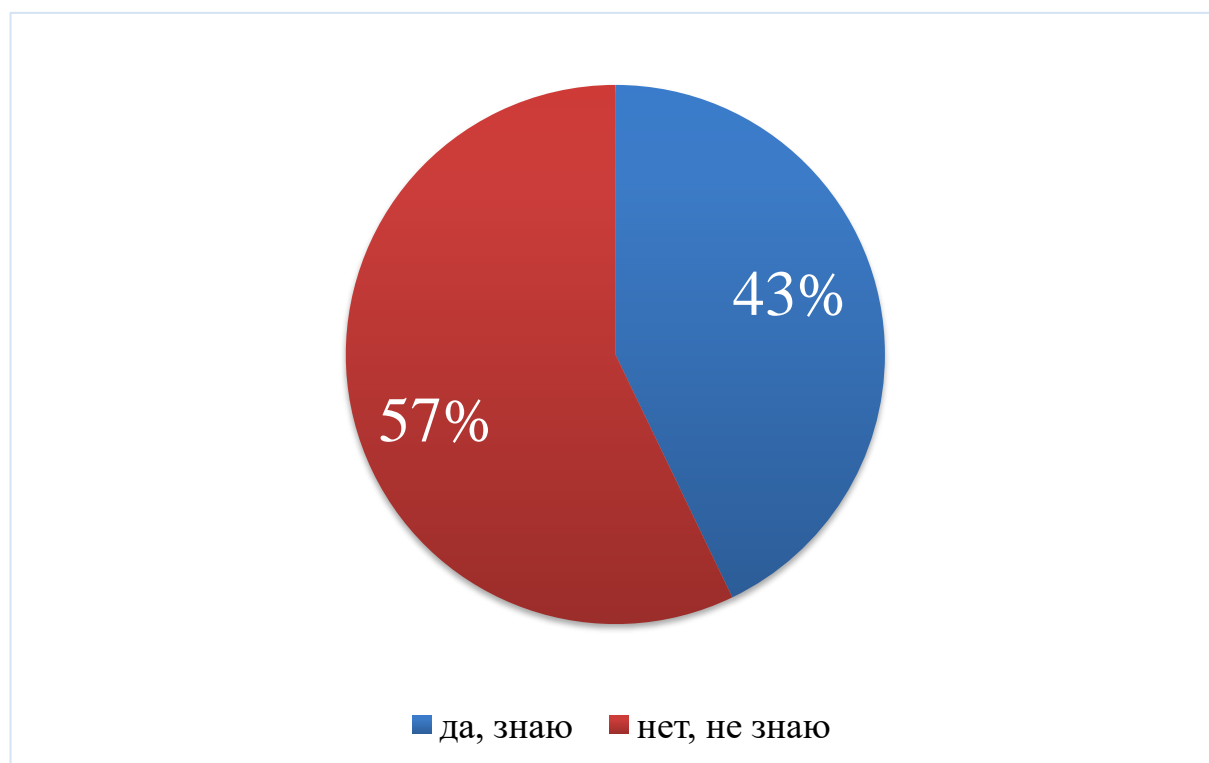


Рис. 8. Информированность пациентов о мерах для предупреждения развития лейкозов

Более половины пациентов, принявших участие в опросе, не знают о том, каким образом можно предупредить развитие лейкозов, другими словами, о первичной профилактике лейкозов.

В восьмом вопросе анкеты у респондента спрашивается, получал ли он от врача или медсестры какие-либо рекомендации по профилактике лейкозов. Более половины респондентов ответили на вопрос утвердительно, что свидетельствует о наличии проведенных бесед с пациентами. (Рис. 9).

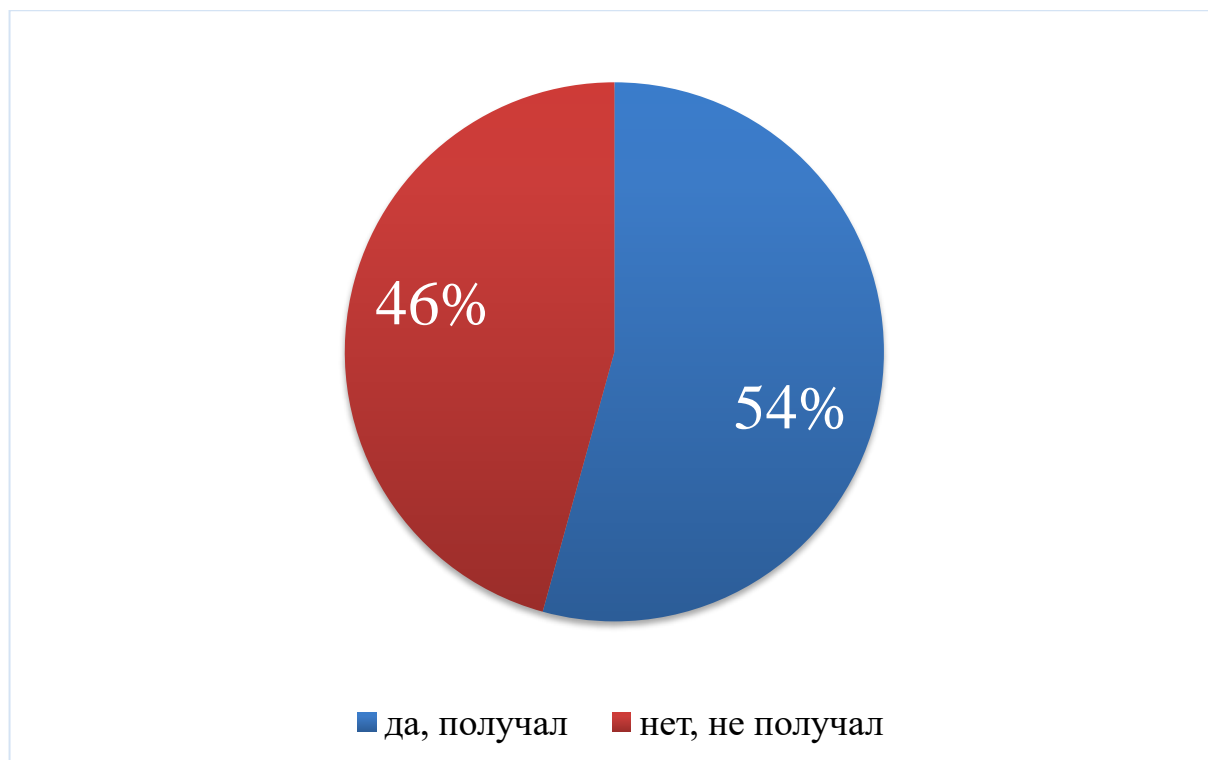


Рис. 9. Получение рекомендаций по профилактике лейкозов

С другой стороны, 46% респондентов не знают о профилактике лейкозов. Для таких пациентов обязательно необходимо провести беседу о пользе профилактики лейкозов.

Следующий вопрос основан на предыдущем. Здесь респондентам, которые ответили утвердительно в предыдущем вопросе, предлагается ответить, следуют ли они данным им рекомендациям. 57% респондентов ответили, что не всегда следуют данным им рекомендациям. 29% ответили утвердительно, что они регулярно следуют рекомендациям. И только 14% ответили отрицательно. (Рис. 10).

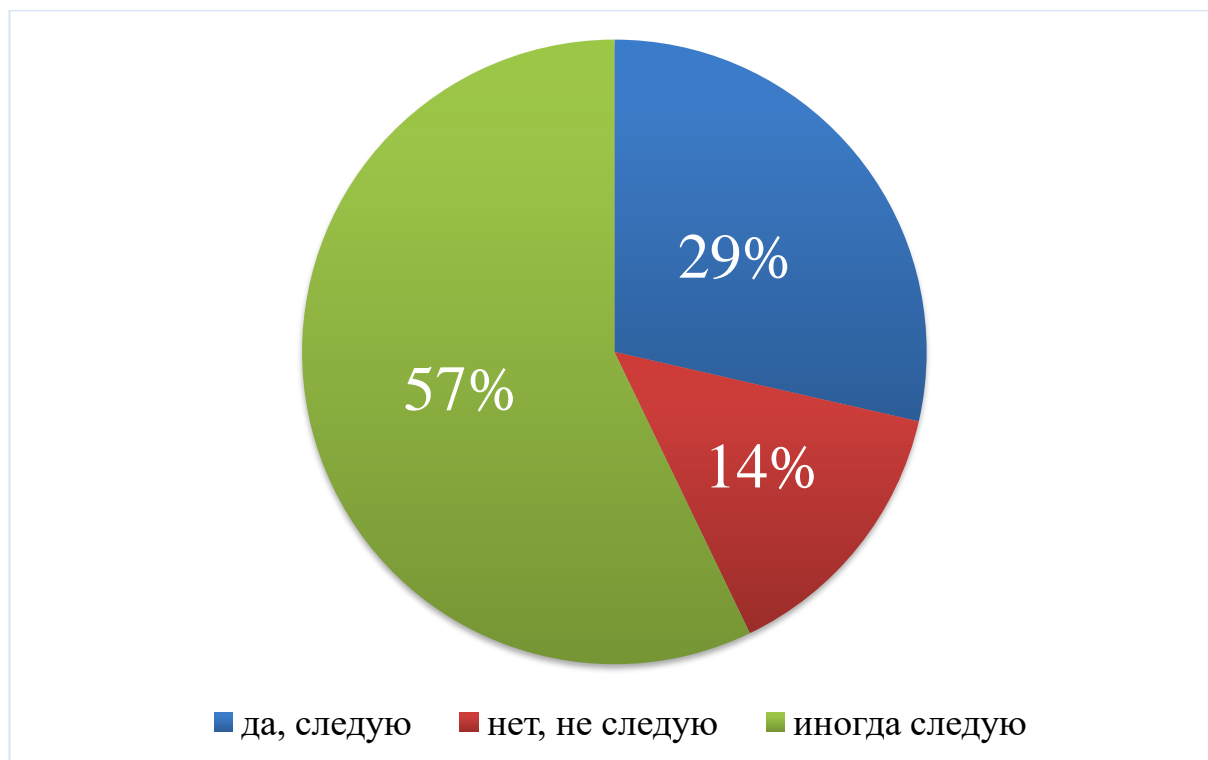


Рис. 10. Следование рекомендациям по профилактике лейкозов

Большинство пациентов следуют данным им рекомендациям, пусть и не регулярно. Таким образом, можно сделать вывод, что важно не только дать определенные рекомендации по профилактике во время беседы, но и объяснить их высокую значимость.

В следующем вопросе анкеты респондентам был задан вопрос: «Впервые ли Вы болеете данным заболеванием?». Этот вопрос был необходим для того, чтобы узнать о том, являлись ли респонденты впервые заболевшими данным заболеванием или же заболевание являлось рецидивом. 80% пациентов ответили утвердительно. Оставшиеся 20% пациентов ответили отрицательно. (Рис. 11).



Рис. 11. Количество впервые и не впервые заболевших пациентов

Исходя из данных диаграммы, большинство респондентов заболели лейкозом впервые и лишь малая часть пациентов имеют рецидивы. Для того, чтобы предупредить развитие рецидивов, в случае с лейкозами, врачи рекомендуют регулярные профилактические осмотры. Благодаря таким осмотрам вероятность появления рецидивов значительно снижается.

В дополнение к предыдущему вопросу, мы выяснили у пациентов, болеющих лейкозами не впервые, следовали ли те данным им рекомендациям и проходили ли профилактические осмотры. 29% ответили утвердительно и 71% - отрицательно.(Рис. 12).

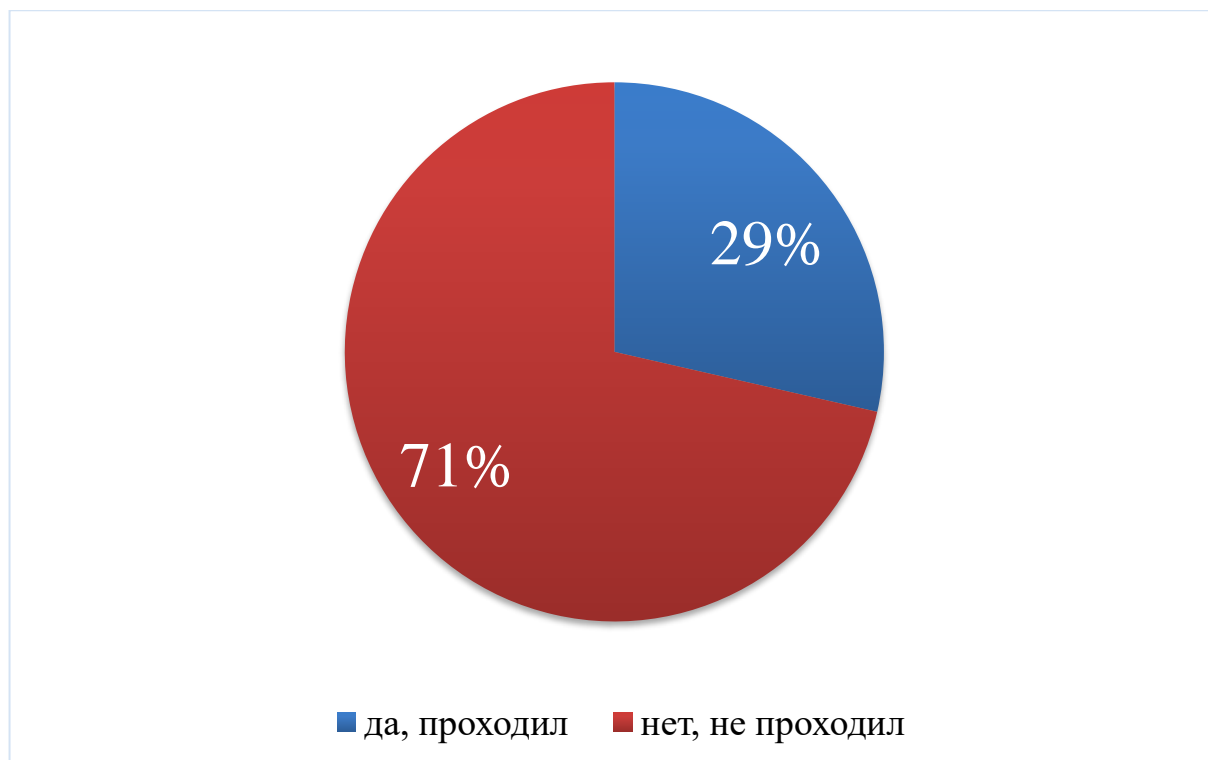


Рис. 12. Сведения о прохождении пациентами профилактических осмотров

На диаграмме видно, что более половины пациентов не проходили регулярные профилактические осмотры. Таким образом, можно сделать вывод, что недостаточно просто дать пациенту рекомендацию проходить регулярные профилактические осмотры, но и дать понять ему, насколько они важны.

Далее в анкете шел следующий вопрос: «По Вашему мнению, выполняет ли медицинская сестра свои обязанности по уходу?». 77% респондентов ответили, что медицинская сестра полностью выполняет свои обязательства по уходу, 14% ответили, что не полностью и лишь 9% ответили, что не выполняет. (Рис. 13).

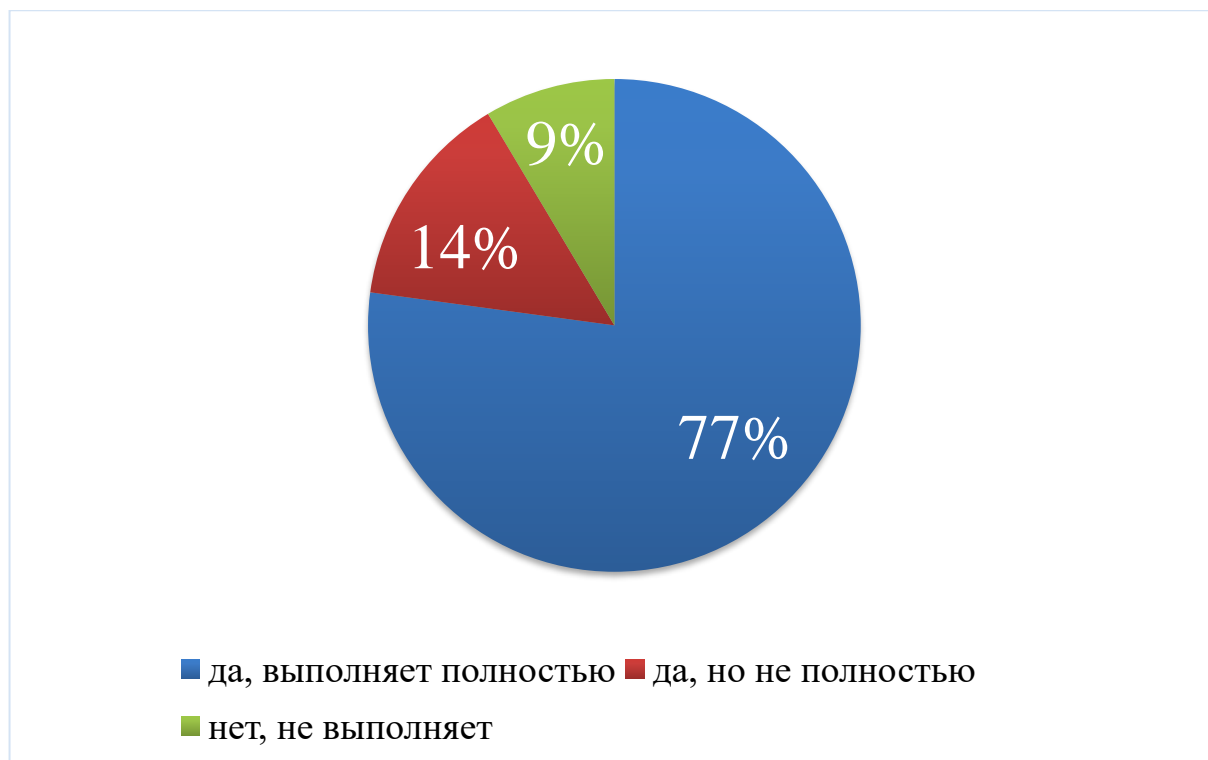


Рис. 13. Выполнение медицинской сестрой своих обязанностей по уходу за пациентами

Можно сделать вывод, что большинство пациентов удовлетворены тем, что медицинская сестра полностью выполняет свои обязанности по уходу. Примерно седьмая часть пациентов считает, что медсестра выполняет не все свои обязанности по уходу. Роль медицинской сестры в уходе за пациентами, а, в особенности, за пациентами с онкологиями имеет очень высокую значимость.

Дальше респондентам предстояло ответить на вопрос, знают ли они как следует питаться при лейкозе. Более половины, 69% респондентов ответили утвердительно. 31% ответили, что не знают, как правильно питаться при данном заболевании. (Рис. 14).

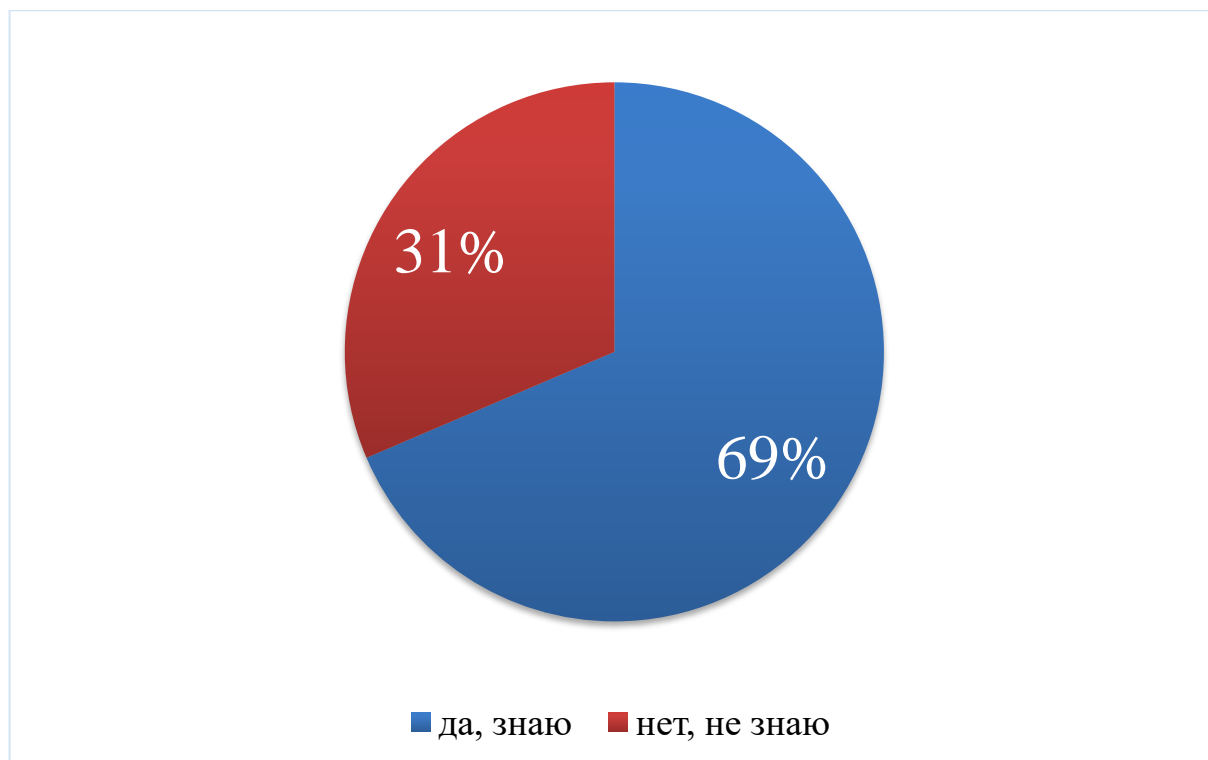


Рис. 14. Питание при лейкозе

На данной диаграмме видно, что большая часть пациентов знают о диете при лейкозе. Однако более 31% респондентов не знают о том, как правильно питаться при данном заболевании. При лейкозах, как и при некоторых других заболеваниях, применяется диета №11, в которой большой внимание уделяется именно стимуляции аппетита пациента. [Приложение 1].

В анкете, следом за этим вопросом, шел следующий, в котором респондентом предлагалось ответить, как часто те нарушают предписанную им диету. Так, согласно данным исследования, 34% респондентов ответили, что нарушают диету редко, 29%, что иногда. 26% пациентов ответили, что никогда не нарушают предписанной им диеты, а оставшиеся 11% респондентов ответили, что нарушают диету часто. (Рис. 15).



Рис. 15. Нарушение диеты при лейкозе

Исходя из данных диаграммы, можно сделать вывод, что большинство пациентов, в той или иной степени, нарушают диету. Питание согласно диете при лейкозах – один из важных моментов для скорейшего выздоровления. Большинство пациентов с лейкозами страдают отсутствием аппетита, а диета, которую используют при данном заболевании, как раз направлена на его стимуляцию.

В следующем вопросе респонденту предстояло ответить, есть ли у него какое-либо или какие-либо осложнения из предложенных вариантов. Так, у 4 респондентов (8%) присутствуют осложнения со стороны кожи. У 5 респондентов (10%) наблюдаются осложнения со стороны органов зрения. 9 респондентов (17%) ответили, что у них имеются осложнения со стороны ЖКТ. У 8 пациентов (15%) появились осложнения со стороны верхних и нижних дыхательных путей. Со стороны мочевыводящей системы осложнения имеют 5 пациентов (9%). У 15 пациентов (28%) наблюдаются осложнения в виде анемии. И лишь 7 респондентов (13%) не имеют осложнений или они пока не выявлены (Рис. 16).

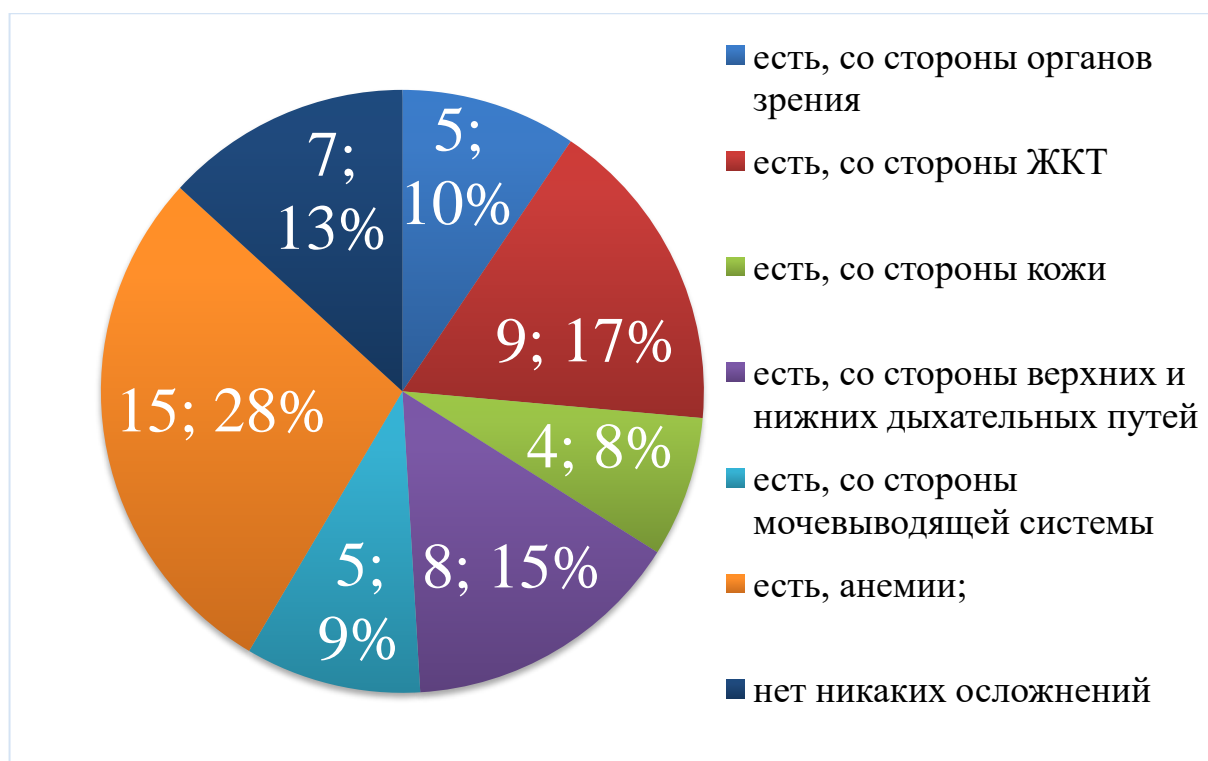


Рис. 16. Осложнения со стороны других органов

На данной диаграмме видно, что практически у всех пациентов с лейкозами имеются те или иные осложнения. Наиболее распространенными оказались именно анемии, однако совокупное количество остальных осложнений остается высоким. Большинство осложнений вызываются одним из методов лечения лейкоза, а именно – химиотерапией. Самое распространенное побочное действие химиотерапии – токсическое действие на гемопоэз. Из-за химиотерапии поражаются органы ЖКТ, мочевыводящей системы и другие.

В последнем вопросе пациентом предлагалось выбрать, информация по какой из предложенных тем им будет более полезна и интересна. Так, 77% респондентов ответили, что им больше будет интересна информация об отдыхе и физических нагрузках при лейкозе. Остальные, 23% респондентов выбрали тему «правильное питание при лейкозе». (Рис. 17).

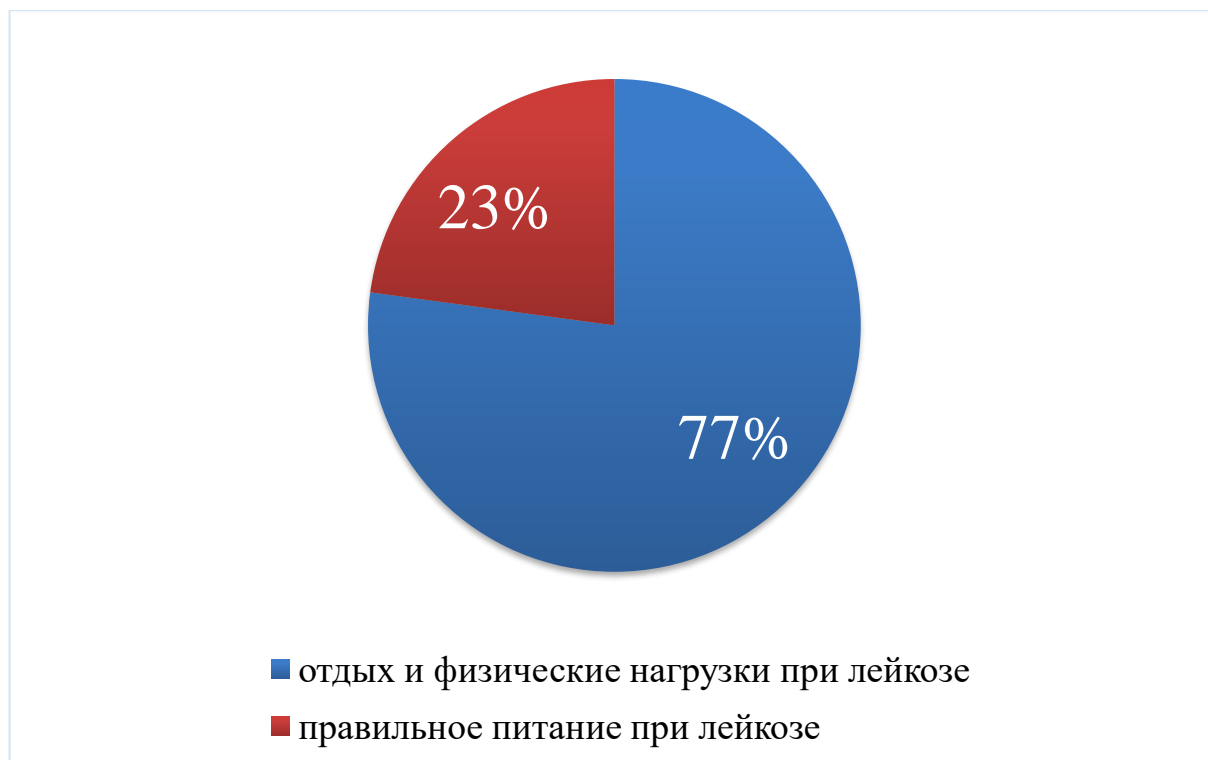


Рис. 17. О чем бы респонденты хотели узнать больше

Исходя из данной диаграммы, видно, что больше половины опрошенных считают более полезной и важной информацией именно информацию об отдыхе и физических нагрузках при данном заболевании. Основываясь на данном исследовании, была составлена памятка на тему «Отдых и физические нагрузки при лейкозе». [Приложение 3].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В данной дипломной работе была рассмотрена организация сестринского ухода при лейкозах. Медицинская сестра относится к среднему медицинскому персоналу, однако именно она играет главную роль в организации сестринского ухода. Ведь именно медицинская сестра проводит все перечисленные манипуляции: измерение артериального давления, пульса, температуры; контролирует прием лекарственных средств; выполняет назначения врача; создает комфортную среду в палате; производит смену белья тяжелобольным пациентам; контролирует диету и её соблюдение; заботится об эмоциональном спокойствии пациента.

Большую значимость в профессии медицинской сестры играет не что иное, как санитарно-просветительная работа с населением. С различными пациентами медицинская сестра должна проводить беседы. Количество тем для подобных бесед очень велико, например, о пользе здорового образа жизни, отдых и физическая активность для пациентов с лейкозами, правила питания для пациентов с данной патологией и многие другие. Очень большое значение при организации процесса лечения имеет именно правильно организованный сестринский уход. При правильной организации, сестринский уход имеет положительный эффект в лечении.

Во время изучения особенностей сестринского ухода при лейкозах, был проведен теоретический анализ литературы, а также периодических изданий по теме дипломной работы. Помимо этого, был проведен и анализ статистических данных по смертности взрослым населением от лейкозов за определенный промежуток времени. Помимо этого, было проведено собственное исследование, где мы выявили осведомленность пациентов о своем заболевании, а также узнали о имеющихся у них осложнениях, их мнении о работе медицинских сестер.

Основываясь на проведенном нами исследовании, были сделаны следующие выводы: пациентов мужского пола, страдающих лейкозами, намного больше, нежели пациентов женского, причем, чаще всего это люди среднего и пожилого возраста, то есть, старше 50 лет. Немного чаще встречаются острые формы лейкозов, в отличие от хронических форм лейкозов. Помимо этого, было выяснено, что более половины пациентов не осведомлены насчет причин возникновения данного заболевания. Более половины пациентов имели в своем роду данное заболевание. Это подтверждает, что наследственность, в случае с лейкозам, играет такую же немаловажную роль, как в случае и с другими заболеваниями. Также, было выявлено, что более половины пациентов не знают о мерах, которые направлены на предупреждение развития лейкозов. Оказалось, что большая часть пациентов заболели этим заболеванием впервые, у остальных же – рецидив. Так же, было выявлено, что не все пациенты проходили рекомендованные им регулярные профилактические осмотры. Многие пациенты знают о том, как правильно питаться при лейкозе, то есть, о предписанной им диете. Однако довольно много тех, кто нарушает данные диеты, пусть и нерегулярно. Так же, выяснено, что треть пациентов не осведомлены о питании при сахарном диабете, и треть нарушают диету, прописанную им. Практически все пациенты с лейкозами имели те или иные осложнения. Более всего распространенными осложнениями при лейкозе оказались именно анемии. Также присутствовали и осложнения со стороны других органов: со стороны органов зрения, ЖКТ, кожи, верхних и нижних дыхательных путей, мочевыводящей системы. Большая часть пациентов хотела бы больше узнать о физической активности и отдыхе при лейкозах.

На основании проведенного нами исследования были даны следующие рекомендации: проведение профилактики, своевременная диагностика данного заболевания, диагностика осложнений при лейкозах, уход за кожей и слизистыми оболочками для предотвращения осложнений, своевременное лечение, отказ от вредных привычек, правильное, сбалансированное питание.

Многим пациентам было интересно узнать больше информации о своем заболевании, а именно, об отдыхе и физических нагрузках при лейкозах. Именно поэтому мы и составили памятку на эту тему. [Приложение 3].

СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бизенкова, М.Н. Лейкозы: гематологическая характеристика и особенности течения отдельных форм острых лейкозов [Электронный ресурс] / М.Н. Бизенкова, Н.В. Полутова - Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований, 2015. Режим доступа: <https://applied-research.ru/ru/article/view?id=6989>
2. Бизенкова, М.Н. Лейкозы: этиология и патогенез, общие закономерности развития [Электронный ресурс] / М.Н. Бизенкова - Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований, 2015. Режим доступа: <https://applied-research.ru/ru/article/view?id=6987>
3. Кузнецова Е.Ю. Анализ начальных проявлений острого лейкоза и его осложнений в ходе лечения [Электронный ресурс] / Е.Ю. Кузнецова, М.А. Михалев - Электронный научный журнал «Современные проблемы науки и образования», 2014. Режим доступа: <https://www.science-education.ru/ru/article/view?id=16807>
4. Лычев, В.Г Сестринский уход в терапии. Участие в лечебно-диагностическом процессе: учебник [Электронный ресурс] / В.Г. Лычев, В.К. Карманов - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970447246.html>
5. Мухина С.А., Теоритические основы сестринского дела, [Текст] / С.А. Мухина, И.И. Тарновская - М., 2016 – 336 с
6. Петерсон, С.Б. Онкология [Электронный ресурс]: учебник / под общей ред. С. Б. Петерсона. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970440704.html>
7. Рукавицын, А.О. Гематология. Национальное руководство [Электронный ресурс] / А.О. Рукавицын - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. Режим доступа: <http://www.fesmu.ru/elib/Book.aspx?id=161381>

8. Сазыкина О.Ю., Лейкоз (лейкемия): виды, признаки, прогнозы, лечение, причины возникновения [Электронный ресурс] / О.Ю. Сазыкина. – Журнал о здоровье и лечении сердечно-сосудистой системы, 2015. Режим доступа: <https://sosudinfo.ru/krov/lejkoz-ostryj-i-xronicheskiy/>

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

10. Смолева Э.В., Сестринский уход в терапии: [Электронный ресурс] / Э.В. Смолева; под ред. Б.В Кабарухина. - Ростов н/Д : Феникс, 2017. Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785222285671.html>

11. Шмаков, Р.М. Лимфопролиферативные заболевания. Диагностика и определение эффективности лечения [Электронный ресурс] / Р.М. Шмаков - Справочник врача общей практики – 2018. Режим доступа: <http://www.fesmu.ru/elib/Article.aspx?id=375102>

ПРИЛОЖЕНИЯ

ДИЕТА №11

Показания: туберкулез, лейкозы, анемии различной этиологии, истощение, ожоговая болезнь и период выздоровления после пневмонии

Общая характеристика: Диета № 11 полностью удовлетворяет физиологические потребности человека в пищевых веществах и энергии при умеренном ограничении потребления соли и легкоусваиваемых углеводов. Механические и химические раздражители желудка и желчевыводящей системы также ограничены. Калорийность рациона умеренно повышенная, предусмотрено повышенное потребление животных белков и растительных пищевых волокон. Пищу готовят на пару, в отварном, тушеном, запеченном виде, при необходимости протирают. В рацион необходимо вводить продукты, богатые витаминами и солями кальция. Большое внимание уделяется стимуляции аппетита пациента, в том числе сервировке блюд.

Режим питания: Диета № 11 предусматривает дробный режим приема пищи 6 раз в сутки.

Исключают: из рациона следует исключить очень жирные сорта мяса и птицы, сало, кулинарные жиры, очень жирные мясные и рыбные бульоны, острые приправы и соусы. Также исключают торты и пирожные с кремом.

Рекомендуемые продукты и блюда:

1. Хлеб: пшеничный (в том числе бессолевой), ржаной, с отрубями, различные мучные изделия.
2. Супы: любые.
3. Мясные блюда: любые (за исключением очень жирных) сорта мяса и птицы, субпродукты, отварные, запеченные, жареные, тушеные – куском, рубленые.
4. Рыбные блюда: нежирные сорта рыбы отварные куском, рубленые, запеченные. Рекомендованы различные морепродукты.

5. Гарниры: крупы, разнообразные макаронные изделия, овощи, бобовые – в любом виде.
6. Молочные продукты: молоко, молочные и кисломолочные продукты, творог и блюда из него, сыры.
7. Яйца: в виде парового белкового омлета.
8. Закуски: заливное, колбасы, ветчина, салаты из свежих и отварных овощей, рыбные закуски (сельдь, балык, икра, рыбные консервы), сыры.
9. Соусы: овощные, молочные, сметанные, фруктовые. Разрешено добавление специй и приправ. Рекомендуется исключать очень острые и жирные соусы.
10. Сладкие блюда: фруктовые десерты, салаты, свежие фрукты и ягоды, мед, сахар, варенье, сухофрукты, меренги.
11. Напитки: любые; рекомендованы отвар шиповника, свежие соки.
12. Жиры: свежее растительное масло, свежее несоленое сливочное масло.

Анкетирование

Анкетирование проводится студентом Медицинского колледжа НИУ БелГУ и мы выражаем Вам искреннюю благодарность за то, что Вы согласились ответить на вопросы данной анкеты и уделите этому свое время.

Обращаем Ваше внимание на то, что проводимое анкетирование является анонимным. Убедительная просьба - отвечайте на вопросы предельно искренне, так как от этого зависят результаты исследования.

Социологический опрос пациентов с лейкозами.

1. Укажите Ваш пол:
 - a) женский;
 - b) мужской.
2. Ваш возраст:
 - a) до 20 лет;
 - b) от 21 лет до 40 лет;
 - c) старше 41 года.
3. Лейкоз какого типа у Вас?
 - a) острый;
 - b) хронический.
4. Знаете ли Вы причины возникновения лейкоза?
 - a) да, знаю;
 - b) нет, не знаю.
5. Откуда Вы узнали о таком заболевании, как лейкоз?
 - a) участковая медсестра;
 - b) СМИ и интернет;
 - c) ближайшее окружение.
6. Было ли у Ваших родственников данное заболевание?
 - a) да, было;

- b) нет, никогда.
7. Знаете ли Вы, какие меры необходимо предпринимать для предупреждения развития лейкозов?
- a) да, знаю;
- b) нет, не знаю.
8. Получали ли Вы от Вашего врача или медсестры какие-либо рекомендации по профилактике лейкозов?
- a) да, получал;
- b) нет, не получал;
9. Если да, то следуете ли Вы данным рекомендациям?
- a) да, следую;
- b) нет, не следую;
- c) иногда следую;
10. Впервые ли Вы болеете данным заболеванием?
- a) да, впервые
- b) нет, не впервые
11. Если на предыдущий вопрос Вы ответили «нет», то проходили ли Вы ежегодные медицинские осмотры?
- a) да, проходил
- b) нет, не проходил
12. По Вашему мнению, выполняет ли медицинская сестра свои обязанности по уходу?
- a) да, выполняет полностью;
- b) да, но не полностью;
- c) нет, не выполняет.
13. Знаете ли Вы как необходимо питаться при лейкозе?
- a) да, знаю;
- b) нет, не знаю.
14. Часто ли Вы нарушаете диету, прописанную Вам?
- a) часто;

- b) редко;
- c) иногда.

15. Выберите один или несколько вариантов ответов. Есть ли у Вас осложнения со стороны других органов?

- a) есть, со стороны органов зрения;
- b) есть, со стороны ЖКТ;
- c) есть, со стороны кожи;
- d) есть, со стороны верхних и нижних дыхательных путей;
- e) есть, со стороны мочевыводящей системы;
- f) есть, анемии;
- g) нет никаких осложнений.

16. Какую информацию Вы бы хотели получить про данное заболевание?

- a) отдых и физические нагрузки при лейкозе;
- b) правильное питание при лейкозе;

Отдых и физические нагрузки при лейкозе

Памятка студента

Лейкоз – это тяжелое злокачественное заболевание крови. В народе его еще часто называют «рак крови».

Одним из негативных последствий лечения при остром лейкозе является упадок сил. Это не обычная усталость, а настоящее физическое истощение. Слабость и быстрая утомляемость представляют собой побочный эффект химиотерапии, они также могут быть следствием анемии, которая развилась на фоне лечения. Эти явления могут длиться достаточно долго. Они ухудшают качество жизни и ограничивают возможность заниматься деятельностью, требующей физической выносливости (например, спортом).

Однако, физические упражнения оказались такими же полезными, как и полноценный отдых. Если Вы чувствуете усталость, позвольте себе отдохнуть и набраться энергии. Это изменение в привычном распорядке тяжело дается тем, кто до болезни вел активный образ жизни, много работал и привык к перегрузкам. В то же время, совсем отказываться от физических нагрузок не стоит. Регулярные физические упражнения, особенно если они выполняются в компании друзей, обладают рядом преимуществ:

1. повышают настроение, избавляют от тревоги и депрессии
2. придают заряд бодрости
3. улучшают самооценку
4. укрепляют мышцы
5. положительно влияют на деятельность сердечно-сосудистой системы

В долгосрочной перспективе привычка к регулярным занятиям спортом сослужит Вам хорошую службу.

Однако не стоит забывать, что прежде чем перейти к физическим упражнениям, сперва необходимо проконсультироваться с лечащим врачом.