

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Фармацевтический колледж

«Сестринское дело»

отделение

УЧЕБНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ РАБОТА СТУДЕНТА

«Роль медицинской сестры при уходе за пациентами с лейкозами»

тема

34.02.01 Сестринское дело

код и наименование специальности

Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях.

Раздел. Сестринский уход за больными детьми различного возраста.

наименование междисциплинарного курса (дисциплины)

Студент

подпись, дата

Л.А. Поташкина

В.С. Усова

инициалы, фамилия

Преподаватель

подпись, дата

Н.Л. Филенкова

инициалы, фамилия

Работа оценена:

5/10/22

(оценка, подпись преподавателя)

Красноярск 2022

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	3
ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ ЛЕЙКОЗА.....	5
КЛАССИФИКАЦИЯ ЛЕЙКОЗОВ	7
КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА	9
ДИАГНОСТИКА ЛЕЙКОЗА	11
ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА	13
ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ	16
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	19
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ.....	20

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность выбранной темы обусловлена тем, что лейкозы составляют приблизительно 8% от всех злокачественных новообразований и входят в число 6 самых частых видов злокачественных опухолей. При лейкозах, как и при любых других заболеваниях онкологической природы, одной из самых распространенных и важных проблем, является несвоевременное выявление патологии.

Данную проблему необходимо учитывать и нельзя ею пренебрегать: 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.

Заболевание лейкозом приводит к большому числу нарушений в организме, а также самолечение может вызвать ряд осложнений. Пациенты с диагнозом лейкоз часто находятся в критических состояниях, требующих оказания неотложной помощи, и очень часто именно средний медицинский персонал оказывается рядом.

Целью данной работы является определение особенностей сестринского ухода при патологии крови – лейкозе.

Объектом исследования являются пациенты с лейкозом, находящиеся в отделении онкологии и гематологии КГБУЗ КККЦОМД

Предметом исследования является организация деятельности медицинской сестры при лейкозах

Для достижения поставленных целей необходимо решить следующие **задачи:**

1. Изучить теоретический материал по данным литературных источников о рассматриваемом заболевании, его этиологию и патогенез, факторы риска, клиническую картину.
2. Сформулировать основные проблемы пациента с данной патологией.

3. Выявить особенности сестринского ухода за пациентами с лейкозами.
4. Определить современные методы лечения и профилактику.

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

1. Теоретический (анализ литературы)
2. Эмпирический (наблюдение)

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ ЛЕЙКОЗА

Лейкоз - опухолевые заболевания кроветворной ткани с поражением костного мозга и вытеснением нормальных ростков кроветворения, увеличением лимфатических узлов и селезенки, изменениями в картине крови и другими проявлениями.

Этиология. Причиной возникновения лейкоза могут быть нарушения состава и структуры хромосомного аппарата костно-мозговой клетки как наследственно обусловленные, так и приобретенные под влиянием мутагенных факторов:

- Вирусные факторы - ретровирусы (Т-клеточные лейкозы), герпес-вирус Эпштейна-Бар (лимфома Беркетта).
- Химические вещества (бензол, алкилирующие соединения, цитостатики и др.). Повышенный риск развития лейкоза имеют дети, чьи родители по работе связаны с химическими соединениями.
- Ионизирующее облучение - заболеваемость лейкозами выше у лиц, подвергшихся Rg-облучению (пациенты после лучевой терапии).
- Наследственные и генетические факторы – лейкоз чаще встречается при таких генетических заболеваниях как синдром Дауна, Блума, Клайнфельтера, Вискотта-Олдрича, анемия Фанкони. Большая вероятность развития лейкоза при этих заболеваниях связана с характерной для них нестабильностью хромосом.
- Иммунодефицитные состояния. Возникновение лейкоз при иммунодефицитах связано со снижением иммунного надзора, что приводит к нарушению разрушения потенциально неопластических гемопоэтических клеток.

Патогенез. Клетка-мутант утрачивает способность к созреванию и начинает безудержно размножаться. Опухолевые лейкозные клетки-потомки одной мутировавшей клетки вытесняют нормальные ростки кроветворения, расселяются по организму с развитием лейкемических инфильтратов (метастазы). В печени, селезенке, лимфоузлах появляются эмбриональные очаги кроветворения. Характерным признаком острого лейкоза является увеличение количества бластных клеток в костном мозге. В зависимости от того, каким типом бластов (миелобласты, лимфобласты, монобласты, эритробласты и не дифференцируемые бласты) представлены лейкемические инфильтраты, острые лейкозы делят на соответствующие формы. Наиболее распространенными формами заболевания у детей являются лимфобластный и миелобластный лейкозы.

КЛАССИФИКАЦИЯ ЛЕЙКОЗОВ

По типу течения:

- Острые, из незрелых клеток (бластов)
- Хронические, созревающие и зрелые клетки.

Острый лейкоз никогда не переходит в хронический, а хронический не может обостриться.

По степени дифференцировки опухолевых клеток:

- Недифференцированные,
- Бластные,
- Цитарные лейкозы.

Подавляющее большинство детских лейкозов острое, а хронические лейкозы чаще встречаются у взрослых, чем у детей. Подавляющее большинство детских лейкозов острое, а хронические лейкозы чаще встречаются у взрослых, чем у детей. Острые лейкозы обычно развиваются и ухудшаются быстро (в течение нескольких дней или недель). Хронические лейкозы развиваются в течение более медленного периода времени (месяцев), но их труднее лечить, чем острые лейкозы.

Основные типы лейкозов, которые встречаются у детей:

- **Острый лимфобластный.** Наиболее распространенной формой детской лейкемии является острый лимфоцитарный (или лимфобластный) лейкоз (ВСЕ), что составляет 75-80% диагнозов детского лейкоза. ALL - это форма лейкемии, которая влияет лимфоциты, тип белых кровяных телец, который борется с инфекцией. Когда у пациента есть ВСЕ, костный мозг производит слишком много незрелых лейкоцитов, и они не созревают правильно. Эти лейкоциты также не работают правильно, чтобы бороться инфекцией. Лейкоциты перепроизводятся, вытесняя другие клетки крови в костном мозге.

- **Острый миелогенный.** На ОМЛ приходится большинство оставшихся случаев лейкоза у детей, составляющих около 20% детского лейкоза. ОМЛ - это рак крови, при котором в костном мозге вырабатывается слишком много миелобластов (незрелых лейкоцитов). Костный мозг продолжает производить аномальные клетки, которые вытесняют другие клетки крови и не работают должным образом для борьбы с инфекцией.

- **Острый промиелоцитарный** является специфическим типом ОМЛ. При этом лейкозе промиелоциты вырабатываются и накапливаются в костном мозге. Специфическая транслокация хромосом (тип генетического изменения) обнаруживается у пациентов с АПЛ. Гены на хромосоме 15 меняются местами с генами на хромосоме 17. Это генетическое изменение препятствует правильному созреванию промиелоцитов.

- **Хронический миелогенный** - это хронический лейкоз, который развивается медленно, от месяцев до лет. ХМЛ редко встречается у детей. У пациентов с ХМЛ вырабатывается слишком много незрелых лейкоцитов, и эти клетки вытесняют другие здоровые клетки крови. Транслокация хромосом происходит у пациентов с ХМЛ. Часть хромосомы 9 отрывается и присоединяется к хромосоме 22, облегчая обмен генетическим материалом между хромосомами 9 и 22. Перестройка хромосом изменяет положения и функции определенных генов, что вызывает неконтролируемый рост клеток.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Заболевание чаще начинается незаметно. У больных появляются жалобы на утомляемость, снижение аппетита, нарушение сна, головную боль, субфебрильную температуру, бледность. Острый лейкоз нередко протекает под маской других заболеваний: ангин, анемий, тромбо- и вазопатий, гриппа, сепсиса. От начала болезни до первого анализа крови, на основании которого можно поставить диагноз лейкоза, нередко проходит от 2—3 месяцев до нескольких лет.

Клинические симптомы в разгаре заболевания связаны с ростом лейкоэмических инфильтратов в различных органах и проявляются в виде:

- Интоксикационного (повышенная утомляемость, головная боль, значительное снижение аппетита, лихорадка);
- Геморрагического (кровотечения на слизистых и коже или в суставные полости, носовые кровотечения, рвота с кровью, мелена);
- Анемического (снижение гемоглобина и числа эритроцитов в крови);
- Кардиоваскулярного (учащение частоты сердечных сокращений, нарушения ритма сердечной деятельности, расширенные границы сердца, диффузные изменения сердечной мышцы на ЭКГ);
- Иммунодефицитного (развитие тяжелой формы воспалительных процессов);
- Проллиферативного (гиперпластический - увеличение лимфоузлов, печени, селезенки);

Кожные покровы и слизистые оболочки приобретают выраженную бледность с землисто-серым или восковидным оттенком. У детей появляются боли в трубчатых костях и позвоночнике. Увеличиваются печень, селезенка, медиастинальные и периферические лимфоузлы: шейные, подчелюстные, подмышечные, паховые. Лимфоузлы плотные, эластичные, безболезненные, не спаяны с окружающей клетчаткой. Иногда наблюдается симметричное

увеличение слюнных и слезных желез. К частым проявлениям лейкоза относятся некротические поражения кожи, слизистых оболочек, кишечника с развитием гингивитов, стоматитов, энтеропатий от легких катаральных до тяжелых язвенно-некротических форм. Нередко выявляется поражение органов дыхания, сердца, почек. Проявлением основного заболевания и результатом цитостатической терапии является развитие цитопенического синдрома, сопровождающегося угнетением иммунитета и развитием инфекционных осложнений. При специфическом поражении лейкоэмическими инфильтратами нервной системы развивается нейролейкемия, клинические симптомы которой определяются локализацией и распространенностью процесса. В клинической картине отмечаются симптомы поражения оболочек и вещества головного мозга: головная боль, тошнота, рвота, сонливость, снижение зрения и слуха, нарушение психики и речи, судороги, кома, парезы и параличи черепных нервов.

В течении лейкоза выделяют **три стадии**:

I стадия - дебют заболевания, период от начала клинических проявлений до получения эффекта от проводимой терапии.

II стадия - ремиссия. Различают полную и неполную ремиссии. При полной клинико-гематологической ремиссии (длительность не менее 1 мес) клинических проявлений нет, а в миелограмме определяют не более 5% бластных клеток и не более 30% лимфоцитов. Неполная клинико-гематологическая ремиссия сопровождается нормализацией клинических показателей и гемограммы, а в пунктате красного костного мозга сохраняется не более 20% бластных клеток.

III стадия - рецидив заболевания. Чаще он начинается с появления экстрамедуллярных очагов лейкозной инфильтрации в яичках, нервной системе, лёгких на фоне нормальных показателей гемопоэза. При гематологическом рецидиве многие больные не предъявляют никаких жалоб. У некоторых детей рецидив диагностируют только на основании исследования красного костного мозга.

ДИАГНОСТИКА ЛЕЙКОЗА

Большинство симптомов лейкоза не являются специфичными. Некоторые из этих симптомов могут быть вызваны другими проблемами, например, инфекцией. По этой причине необходимо установление точного диагноза, для чего, прежде всего, нужно исследовать периферическую кровь (взять кровь из пальца). При обнаружении нарушений ребенок направляется для дальнейшего обследования в специализированное отделение.

- Исследование мазков крови под микроскопом позволяет заподозрить лейкоз.
- Исследование пунктата костного мозга и биопсия. При биопсии костного мозга получают маленький кусочек кости и костного мозга. Эта процедура выполняется при первичной диагностике и в последующем для оценки эффективности лечения.
- Биохимический анализ крови. Исследование крови дает возможность диагностировать инфекцию, которая может возникнуть из-за ослабленной иммунной системы.
- Спинномозговая пункция. Эта процедура выполняется с целью диагностики поражения головного и спинного мозга.
- Биопсия лимфатического узла.
- Цитохимия. При специальном окрашивании опухолевых клеток уточняется тип лейкоза.
- Иммуноцитохимия. При этом исследовании анализируется изменение окраски лейкозных клеток, по которой устанавливается тип лейкоза.
- Цитогенетика
- Ультразвуковое исследование (УЗИ). При этом методе используются звуковые волны и их отражение для получения изображения внутренних органов или опухолевых образований.

- Компьютерная томография (КТ) позволяет получать множественные рентгеновские поперечные срезы тела. При этом можно выявить поражение органов при лейкозном процессе. Применение радиоконтрастного вещества, вводимого внутривенно, дает возможность лучше оценить структуру органов.
- Магнитно-резонансная томография (МРТ). При данном методе применяются радиоволны и сильные магниты. Получаемые изображения продольных срезов тела можно усилить за счет введения контрастного вещества, как и при обычной КТ.
- Сканирование костей. Во время исследования слаборадиоактивное вещество вводится внутривенно и накапливается в опухолевой ткани и области воспаления. Метод применяется при наличии болей в костях для дифференцирования инфекционного процесса в костях или опухолей, поражающих кости.

ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА

Больные лейкозом и с подозрением на лейкоз подлежат госпитализации в гематологическое отделение. Задачей терапии острых лейкозов является максимальное уничтожение лейкозных клеток, достижение ремиссии и ее продление. Этого достигают путем использования современных, принципиально новых программ (протоколов) лечения острых лейкозов у детей, включающих применение цитостатиков, глюкокортикоидов, лучевой терапии, трансплантации гемопоэтических стволовых клеток, иммунотерапии. Можно выделить четыре основных направления терапии.

1. Специфическая химиотерапия, направленная на достижение и закрепление ремиссии заболевания. Состоит из нескольких этапов, различна для лимфобластного и миелобластного лейкозов.
2. Сопроводительная поддерживающая терапия, проводимая для снижения интоксикации при лизисе опухолевого субстрата и уменьшения побочных токсических эффектов химиопрепаратов.
3. Заместительная терапия, необходимая при угрожающей тромбоцитопении и тяжёлой анемии.
4. Трансплантация красного костного мозга и стволовых кроветворных клеток.

Арсенал противолейкозных средств составляют препараты 6 фармакологических групп:

- антиметаболиты (метотрексат, 6-меркаптопурин, цитозин-арабинозид); алкилирующие соединения (циклофосфан, ми-лосан);
- алкалоиды растений (винкристин);
- ферментные препараты (L-аспарагиназа);
- противоопухолевые антибиотики (рубомицин);
- гормоны (преднизолон).

Для каждого варианта острого лейкоза существуют различные программы лечения. Комбинации препаратов максимально уничтожают активные (на разных стадиях деления) лейкозные клетки и не действуют на неактивные "дремлющие" субпопуляции, которые могут давать рецидивы лейкоза. Это требует активного лечения не только в период развернутых клинических проявлений, но и проведения закрепляющей терапии (консолидации) и продолжения лечения в стадии ремиссии. Параллельно проводится профилактика и лечение нейролейкемии и осложнений цитопенического синдрома. Лечение нейролейкоза проводится на фоне общей полихимиотерапии и регидратации. Эндолюмбально вводят цитостатики (метотрексат и цитозар). При отсутствии эффекта показан курс лучевой терапии. Для специфической пассивной иммунотерапии используются аутоплазма и аутолейкоциты, полученные у детей в период ремиссии. Эффективны гемосорбция, плазмаферез, трансплантация костного мозга. При выраженной анемии, геморрагическом синдроме, резкой лейкопении, тромбоцитопении показано переливание компонентов крови.

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.

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.

ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

Мы провели исследование, в ходе которого наблюдали в течении недели за пациенткой возрастом 2 года, с диагнозом лейкоз, которая находится в отделении онкологии и гематологии КГБУЗ Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства. Поступила 10.06.22. Таким образом мы выявили следующие проблемы пациентки:

Настоящие проблемы: слабость, озноб, проливные поты, лихорадка, подкожные кровоизлияния, потеря аппетита

Приоритетные проблемы: лихорадка

Потенциальные проблемы: риск развития инфекционных осложнений, риск кровотечения. Риск снижения массы тела из-за лихорадки.

№	Сестринские вмешательства	Мотивация
1	М/с обеспечит постельный режим, смену положения в постели, лечебно-охранительный режим.	Для улучшения общего самочувствия, профилактики пролежней
2	М/с обеспечит помощь при лихорадке (прием обильного количества витаминизированной жидкости, смена нательного и постельного белья)	Для улучшения состояния
3	М/с обеспечит пациентке соблюдение санитарно-гигиенических мероприятий (влажная уборка, кварцевание, проветривание)	Для комфортного состояния пациента
4	М/с обеспечит уход при физиологических отправлениях, при кормлении, проводить утренний туалет, обрабатывать кожу	Для улучшения состояния
5	М/с обеспечит прием полужидкой, легко усвояемой пищи	Для улучшения состояния

6	М/с обеспечит контроль приема лекарственных препаратов	Для эффективного лечения
7	М/с обеспечит подготовку к различным видам исследования	Для качественной диагностики
8	Контроль за состоянием (внешний вид, пульс, АД)	Для динамического наблюдения за пациентом
9	Выполнять назначения врача	Для эффективного лечения

Таблица 1- план сестринских вмешательств

Оценка: пациент чувствует себя хорошо, температура тела понижена и не поднимается до высоких цифр, отмечается улучшение аппетита, удалось избежать инфицирования.

СИМПТОМЫ ДЕТСКОГО ЛЕЙКОЗА



Первичные симптомы



Синяки или мелкие красные точки на теле ребенка, не связанные с травмами



Ребёнок часто и подолгу болеет



Снижение аппетита, быстрая утомляемость, апатия



Беспричинные носовые кровотечения, кровоточивость десен при чистке зубов



Боли в суставах



Бледность или неестественный цвет кожи (желтушный, землистый оттенок)



Что делать, если у ребенка наблюдаются сразу несколько симптомов?



1. Обратиться к педиатру



2. Подробно описать все симптомы



3. Провести общий анализ крови



4. Проконсультироваться о результатах анализа с педиатром, который примет решение о терапии либо направить на дальнейшие обследования

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Анализ деятельности нашей работы продемонстрировал, что цель работы достигнута и результат - улучшение качества жизни пациентов при лечении в стационаре, является именно результатом глубоких теоретических знаний и практических навыков. У всех пациентов посредством верно организованного сестринского процесса удалось добиться позитивной динамики в течении болезни, а также удалось избежать развития осложнений.

Изучив научно-медицинскую литературу, этиологию, патогенез и факторы риска при лейкозах, клиническую картину и особенности диагностики, принципы лечения и профилактики и проанализировав один случай из практики, можно сделать следующие выводы:

1. Эти факторы помогают медсестре осуществлять все этапы сестринского процесса, а именно: сбор информации, определение проблем пациентов, план сестринского вмешательства, непосредственно сестринское вмешательство, оценка состояния пациентов.
2. Больные лейкозом, независимо от метода лечения, нуждаются в сестринском уходе.
3. Деятельность медсестры очень важна при данной патологии, ведь ей нужно быть еще чуткой и понимающей, а так же должно быть повышенное внимание в сторону таких пациентов, чтобы предотвратить осложнения.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ 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. 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>
5. 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>