

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ)

ГБПОУ РС (Я) «ЯКУТСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»

Допущена к защите

Зам. Директора по УР

\_\_\_\_\_ Степанова А.Д.

КИРИЛЛИНА ВИКТОРИЯ ЛЬВОВНА

**«РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В УХОДЕ ЗА**

**ПАЦИЕНТАМИ С ЛЕЙКОЗАМИ»**

(на примере ГАУ РС(Я) «РБ№1-НЦМ» отделения гематологии)

Выпускная квалификационная работа

по специальности 34.02.01 – Сестринское дело

Студент отделения «Сестринское дело»

Группы СД-18-4: Кириллина В. Л.

Руководитель: Романова Е. Н.

Якутск, 2021 г.

## СОДЕРЖАНИЕ:

### **ВВЕДЕНИЕ**

### **ГЛАВА 1. ПОНЯТИЕ И ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ ЛЕЙКОЗОВ**

*1.1. Определение понятия и этиологии лейкозов*

*1.2. Классификация и клинические проявления*

*1.3. Диагностика и общие принципы лечения*

### **ГЛАВА 2. РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ ЛЕЙКОЗАХ**

*2.1. Анализ статистических показателей заболеваемости лейкозом за 2018-2020 гг по Республике Саха (Якутия) и в России по выявлению лейкозов*

*2.2. Роль медицинской сестры при ранней диагностике и в профилактике лейкозов*

*2.3. Сестринский уход и профилактика больных при злокачественных опухолях кроветворной системы в ГБУ РС(Я) «РБ№1-НЦМ» в отделении гематологии.*

### **ВЫВОДЫ**

### **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

### **СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

### **ПРИЛОЖЕНИЯ**

## ВВЕДЕНИЕ

Лейкоз относят одним из злокачественных новообразований кроветворной системы, для которого характерно прогрессирующее течение, ухудшающее состояние здоровья и снижающие качество жизни пациентов. Опухолевая ткань разрастается и постепенно замещает нормальные клетки костного мозга. В результате этого процесса у больных лейкозами развиваются различные варианты цитопений, что приводит к повышенной кровоточивости, кровоизлиянием, общей слабости организма, подавлению иммунитета с присоединением различных инфекционных осложнений.

По данным ВОЗ, лейкозы встречаются с частотой 7-8 случаев на 100 тыс. населения, что в свою очередь, относят к редким заболеваниям. Однако несмотря на редкость заболевания проблема остается актуальной в современной гематологии. Статистика ВОЗ позволяет, к сожалению, говорить нам о повышении уровня заболеваемости по всему земному шару. За последние 5 лет отмечается рост злокачественных новообразований лимфатической и кроветворной ткани, что говорит о высокой летальности, несмотря на применение современных методов лечения.

При злокачественных новообразованиях наблюдаются поражения различных органов и систем организма человека, приводящие к серьезным нарушениям их функции. Кроме того, после проведения курсов химиотерапии нередко развиваются тяжелые поражения кроветворной, сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной, эндокринной системы и инфекционные осложнения. Это всё говорит нам, что роль медицинской сестры при лечении таких больных чрезвычайно велика, где эффективность лечения и качество ухода находятся в неразрывной связи с результатами лечения заболевания и его прогнозом.

## **Актуальность:**

Работы заключается в том, что количество пациентов страдающих лейкозом согласно данным ВОЗ имеет высокую частоту, не имеющей тенденции к снижению. Лейкемии составляют приблизительно 8% от всех злокачественных новообразований и входят в число 6 самых частых видов злокачественных опухолей, где взрослая лейкемия занимает первое место в структуре онкологической заболеваемости и имеет постоянную тенденцию к росту. Разрабатываются различные меры в оказании лечебной и профилактической помощи взрослым, осуществления наблюдения, обследования, реабилитации, обеспечения ухода и необходимой помощи. Однако проблема на сегодняшний день остается актуальной.

## **Цель работы:**

изучить роль медицинской сестры в уходе за больными с лейкозами в условиях ГАУ РС(Я) «РБ№1 – НЦМ» отделения гематологии).

## **Задачи:**

1. Рассмотреть теоретические аспекты лейкоза.
2. Проанализировать статистические данные за 2018-2020 гг РФ и РС(Я).
3. Рассмотреть основы сестринского ухода за пациентами с лейкозами.

**Объект:** пациент, болеющий лейкозом

**Предмет:** Роль медицинской сестры в уходе за пациентами с лейкозами

*Гипотеза:* уровень заболеваемости лейкозом в Республике Саха (Якутске) будет снижен в результате активного участия медицинской сестры в лечебной и профилактической работе медицинских учреждений, и правильной организации лечебно-диагностического и реабилитационного процесса.

## ГЛАВА 1. ПОНЯТИЕ И ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ ЛЕЙКОЗОВ.

### *1.1. Определение и этиология лейкозов.*

Лейкоз — это опухоль, которая возникает из кроветворных клеток с обязательным поражением костного мозга и вытеснением нормальных ростков кроветворения. Лейкоз относят к группе онкологических заболеваний кроветворной, лимфатической системы костного мозга. Процесс в дальнейшем распространяется на периферическую кровь, селезёнку, а также другие органы. В России, согласно статистическим данным, в 2015 году выявлено более 8 тысяч новых случаев данной патологии крови, а в США — около 33,5 тысяч. Заболеваемость лейкозом неодинакова в различных этнических и возрастных группах. Например, в основном лимфобластным лейкозом болеют дети. Пик заболеваемости приходится на возраст от 3 до 4 лет. Второй пик в зрелом возрасте — после 60—65 лет. Миелоидные лейкозы являются болезнью пожилых люди в возрасте от 65 лет и старше составляют большую часть пациентов. Лейкоз в разной пропорции поражает женское и мужское население. Мужчины болеют в 1,5 раза чаще чем женщины. В этническом отношении у афроамериканцев заболеваемость лейкозом в 1,5 раза чаще, чем у представителей белой расы. Распространенность острых лейкозов, согласно зарубежным данным, составляет на 100 тысяч населения человек. В России она составляет порядка 3 человек на 100 тысяч населения, что означает, в год заболевает данной патологией порядка 2-2,5 тысяч человек.

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 и.

Факторами развития лейкозов являются нарушения в хромосомах наследственного или мутагенного характера, вызываемые воздействием ионизирующей радиации, химическими факторами, онковирусами и рядом других причин, которые приводят к возникновению соматической мутации кроветворной клетки, дающей потомство клеток (клон), распространяющихся по кроветворной системе. А также наследственные нарушения строения и функции специфических структур (хромосом) кроветворных клеток. При этом в результате злокачественных изменений молодых родоначальных (стволовых) клеток нарушается генетически обусловленное нормальное образование и созревание клеток крови (лейкоцитов, эритроцитов, тромбоцитов). Происходит их избыточное размножение в костном мозге с последующим «расселением» в различных тканях и органах (поражаются лимфатические узлы, печень, селезенка, желудок, кишечник, головной и спинной мозг, кожа и др.)

Выделяют острые лейкозы (ОЛ), при которых основную массу костного мозга составляют незрелые (недифференцированные), так называемые бластные клетки ((лимфобласты, миелобласты, эритробласты, монобласты, промиелоцитарные и недифференцированные клетки), и хронические лейкозы (ХЛ), морфологическим субстратом кости мозга которых являются преимущественно зрелые элементы крови (промиелоцит, миелоцит, промоноцит).

Разрастание опухолевой ткани в костном мозге приводит к нарушению образования в нем нормальных элементов крови. Уменьшение количества лейкоцитов (лейкопения) обуславливает нарушение защитных иммунных реакций организма и повышение восприимчивости к инфекции; снижение содержания эритроцитов и уровня гемоглобина в крови (анемия) ведет к

недостаточному поступлению кислорода в различные органы и ткани организма, снижению содержания тромбоцитов (тромбоцитопения) - возникновению геморрагического синдрома (кровоточивости) в результате нарушений свертываемости крови.

### *1.2.Классификации и клинические проявления лейкозов.*

*1. По течению делятся на острые и хронические*

*2. По общему количеству лейкоцитов в крови:*

2.1. Лейкемические (>50000/мкл);

2.2. Сублейкемические (20000-50000/мкл);

2.3. Алейкемические (4000-20000/мкл);

2.4. Лейкопенические (<4000/мкл).

*3. По росту гемопоэза:*

3.1. Недифференцированный;

3.2. Миелобластный;

3.3. Лимфобластный;

3.4. Монобластный;

3.5. Миеломонобластный;

3.6. Эритромиелобластный;

3.7. Мегакариобластный.

Рассмотрим подробнее некоторые из этих видов:

*Недифференцированный лейкоз* – это рак крови, чаще всего встречающийся у детей. В отличие от других типов острых лейкозов, недифференцированный лейкоз имеет неблагоприятный прогноз, и, несмотря на доступность лечения,

чаще всего приводит к летальному исходу. Данное заболевание характеризуется инфильтрацией органов и тканей, таких как селезенка, почки, слизистые оболочки, стенки сосудов, а также лимфоидных образований и лимфоидных узлов. В связи с этим процессом печень и селезенка незначительно увеличиваются, а на слизистой оболочке и на миндалинах появляются некротические участки. Возможно присоединение вторичной инфекции, в связи с чем лейкоз будет протекать как септическое заболевание. Помимо инфильтрации органов недифференцированный лейкоз также характеризуется наличием геморрагического синдрома, который, в свою очередь, проявляется разрушением стенок сосудов, а также тромбоцитопенией по причине замещения костного мозга недифференцированными клетками гемопоэза. Таким образом, периодически возникают кровоизлияния в слизистых оболочках, внутренних органах и нередко в головном мозге, что приводит к смерти пациента.

*Миелобластный лейкоз* – одна из форм острого лейкоза, которая также протекает с инфильтрацией костного мозга и других органов, однако, в отличие недифференцированного лейкоза, инфильтрация лимфатических узлов и кожи происходит намного реже. Костный мозг приобретает сероватый или зеленоватый оттенок, иногда он может быть красным. Также характерна инфильтрация желудочно-кишечного тракта, в связи с чем на слизистой оболочке рта и миндалинах возникают участки некроза и язвы. Помимо инфильтрации пациенты страдают от явлений геморрагического диатеза, а также от внутримозговых кровоизлияний. Смерть чаще всего происходит от кровотечений и некротических процессов.

*Лимфобластный лейкоз* опасен тем, что может распространяться за пределы лимфатической ткани, но несмотря на это, данная форма лейкоза хорошо поддается лечению, и практически у всех пациентов, особенно детского возраста, удается получить ремиссию. Без должного лечения у больных появляются анемия, вторичные инфекции и геморрагический синдром, что в конечном итоге приводит к смерти.

*Эритромиелобластный лейкоз* – одна из редких форм острого лейкоза, составляющая не более 3% от общего числа. При данном заболевании происходит разрастание эритробластов, миелобластов и других клеток непосредственно в костном мозге.

*Мегакариобластный лейкоз* – самая редкая форма острого лейкоза, которая характеризуется наличием в крови и в костном мозге не только недифференцированных клеток, но и мегакариобластов. Также в крови повышается уровень тромбоцитов и наблюдаются мегакариоциты.

### **Клиническая картина лейкозов:**

Клиническая картина лейкозов отличается большим разнообразием. Истинное начало заболевания клинически не проявляется, а его дебют сопровождается неспецифическими симптомами.

Больных беспокоят общая слабость, снижение трудоспособности, быстрая утомляемость, повышение температуры тела, потливость. Возможны, особенно при острых лейкозах, боли в костях, суставах и животе, тошнота и рвота. По мере угнетения нормального кроветворения и инфильтрации различных тканей и органов опухолевыми клетками расширяется диапазон клинических проявлений заболевания. Развивается анемический синдром, основными признаками которого являются общая слабость, снижение трудоспособности, головокружения, сердцебиения и одышка при физической нагрузке, бледность кожи и слизистых оболочек. Наличие анемического синдрома подтверждается снижением концентрации гемоглобина в крови.

Геморрагический синдром характеризуется появлением на коже и слизистых оболочках петехий, синяков, кровоподтеков, а также кровоточивостью десен, носовыми, маточными, желудочно-кишечными и другими кровотечениями. При лабораторных исследованиях выявляют уменьшение содержания тромбоцитов в крови и увеличение времени кровотечения.

Язвенно-некротические изменения слизистой оболочки полости рта и желудочно-кишечного тракта, поражения кожи (лейкозные инфильтраты), увеличение лимфатических узлов, печени и селезенки отражают проникновение злокачественных клеток в различные ткани и органы.

Заболевание протекает на фоне интоксикационного синдрома, выраженность клинических проявлений которого значительно варьирует - от общей слабости и быстрой утомляемости до тошноты, рвоты и отсутствия аппетита.

Больные лейкозом подвержены инфекциям - часто отмечаются ангина, острые респираторные вирусные инфекции, воспаление легких, цистит, пиелонефрит, а также сепсис. Эти инфекционно-воспалительные процессы утяжеляют течение лейкоза и нередко бывают причиной летальных исходов.

### *1.3 Диагностика и лечение лейкозов*

В практике медсестры возможны 2 ситуации: пациента обследуют с неустановленным или с установленным диагнозом. В 1-м случае на основании знания перечисленных симптомов вполне возможно заподозрить лейкоз и направить больного на консультацию к врачу. Важно как можно раньше поставить диагноз и начать лечение. Лечебно-диагностические мероприятия достаточно сложны и осуществляются бригадой специалистов, в состав которой входят медсестра и врач, гематолог, онколог, радиолог, психотерапевт и др. Проведение таких мероприятий возможно, как правило, в специализированных гематологических отделениях больниц и научных центров. Роль медсестры и врача возрастает при оказании медицинской помощи больному в амбулаторных (домашних) условиях после выписки его из лечебного учреждения. Клиническое обследование позволяет медсестре оценить состояние здоровья пациента и выявить его проблемы. При планировании ухода она анализирует ситуацию в семье, определяет уровень знаний больного и его родственников о заболевании,

сообщает им сведения о принципах его диагностики и лечения. В число лабораторных исследований входят:

- клинический анализ крови с подсчетом ретикулоцитов и тромбоцитов,
- определение свертываемости крови, длительности кровотечения,
- определение протромбинового индекса, концентрации фибриногена,
- общий анализ мочи и анализ кала на скрытую кровь.

Инструментальные исследования:

- флюорография органов грудной клетки,
- УЗИ органов брюшной полости,
- пункция грудины или гребешка подвздошной кости с последующим гистологическим и гистохимическим изучением пунктате. Последнее исследование является наиболее ценным, так как оно способствует точной диагностике (верификации) лейкоза.
- По показаниям используют другие методы (биохимические, иммунологические, генетические), позволяющие диагностировать отдельные клинические формы острого и хронического лейкоза.

Клинический анализ крови при ОЛ нередко выявляет анемию в сочетании с лейкопенией и тромбоцитопенией, недифференцированные бластные клетки, а при хроническом лейкозе - анемию, увеличение количества лейкоцитов и нередко - тромбоцитов в крови. Характерно увеличение СОЭ. Картина периферической крови в определенной степени отражает морфологические изменения в пунктате костного мозга при лейкозе.

**Осложнения:**

***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.
- иногда могут возникать инфаркты селезёнки.

### ***Осложнения хронического лейкоза:***

- Развивающаяся уремия
- Миелома
- Присоединение различных инфекций
- Инфекционные осложнения при лейкоза

Инфекционные осложнения при лейкозах наблюдаются довольно часто и являются одной из основных причин смерти больных. Первое место по частоте занимают пневмонии, нередко приводящие больных к преждевременной гибели.

Высокая восприимчивость больных лейкозами к инфекционным осложнениям связана с нарушениями иммунологического статуса больных, усугубляющимися в период химиотерапии, обладающей токсическим и иммунодепрессивным действием.

### ***Общие принципы лечения лейкозов:***

Медикаментозное лечение больных лейкозом - ответственный и сложный процесс, осуществляемый группой специалистов (семейный врач, гематолог, радиолог). Оно проводится с целью достижения

ремиссии заболевания, ее закрепления и стабилизации, улучшения качества и увеличения продолжительности жизни больного.

Медсестра, выполняя назначения врача, оценивает общее состояние пациента, выявляет неблагоприятные действия лекарственных препаратов и возможные осложнения (малокровие, кровотечения, инфекции)

В самом общем виде современное лечение лейкозов включает в себя химиотерапию, лучевую и поддерживающую терапию, трансплантацию костного мозга.

#### Химиотерапевтические средства:

цитостатические препараты (цитарабин, метотрексат, циклофосфан, винкристин), противоопухолевые антибиотики (рубомидин, идарубицин), кортикостероидные гормоны (преднизолон), иммуностимулирующие вещества ( $\alpha$ -интерферон).

Большинство цитостатических препаратов действует на делящиеся клетки и не влияет на клетки, находящиеся в фазе митотического покоя. Монотерапия в настоящее время применяется крайне редко (при исходной лейкопении, пожилom возрасте больных). Широко применяется полихимиотерапия, которая рассчитана на действие цитостатических средств на клетки, находящиеся в различных фазах клеточного цикла. Перерывы между курсами лечения чаще всего составляют 10-11 дней, что соответствует времени перехода функционально неактивной покоящейся популяции бластных клеток в цикл митоза.

Результатом полихимиотерапии является ремиссия. Критериями полной ремиссии служит нормализация показателей периферической крови и миелограммы и уменьшение размеров лимфатических узлов, печени, селезенки до нормы, отсутствие у больного жалоб и симптомов болезни и нейролейкемии. Для констатации полной ремиссии такая картина должна сохраняться не менее месяца.

Достаточно широк спектр и их побочных эффектов. Цитостатические препараты угнетают функции костного мозга и приводят к развитию анемии, лейкопении, тромбоцитопении, нарушают иммунитет и способствуют возникновению инфекционных осложнений. Некоторые из них оказывают токсическое действие и поражают желудочно-кишечный тракт, нервную систему, печень и почки, способствуют нарушению половых функций и выпадению волос. Лечение гормонами (преднизолон) может привести к эндокринным нарушениям (синдром Кушинга, сахарный диабет), возникновению язв желудка и кишечника, остеопороза.

Профилактика и лечение инфекционных осложнений важны для длительного поддержания заболевания в стадии ремиссии и выживания больных. В этом отношении большую роль играют соблюдение санитарно-эпидемиологического режима, своевременное выявление и лечение инфекций с помощью антибактериальных препаратов широкого спектра действия (фторхинолоны, цефалоспорины, аминогликозиды) и противогрибковых средств (флуконазол).

Лечение малокровия, как правило, осуществляется посредством переливаний эритроцитарной массы, а терапия геморрагического синдрома на фоне тромбоцитопении - посредством инфузий концентратов тромбоцитов и свежезамороженной донорской плазмы.

Заболевшие лейкозом относятся к группе тяжелобольных, поэтому медицинская сестра должна выполнять соответствующие требования деонтологии и психологически поддерживать больного во время лечения. С большой осторожностью следует информировать его о показателях анализов крови, о возможных осложнениях. Больным хроническим лейкозом, учитывая относительно благоприятный прогноз, в большинстве случаев сообщают диагноз, предупреждая о необходимости продолжительного лечения. Следует акцентировать внимание больных на обязательном исполнении рекомендуемого режима с целью предупреждения осложнений.

### **Выводы по 1 главе:**

Лейкоз (рак крови) - это быстро развивающееся заболевание костного мозга, при котором происходит бесконтрольное накопление незрелых белых клеток крови в костном мозге, периферической крови и различных внутренних органах. Факторами развития лейкозов являются не только наследственные факторы, но и мутагенные, такие как излучения, вирусы и канцерогенные вещества.

По степени дифференцировки клеток разделяют на недифференцированные, бластные и цитарные; по течению на острые и хронические лейкозы; по цитогенетическому признаку: лимфо-бластный/цитарный, эритро-бластный/цитарный; мегакарио-бластный/ цитарный; миело-бластный/ цитарный, моно-бластный /цитарный. В клинике, в общей картине, мы увидим интоксикационные, геморрагические, гиперпластические синдромы, а также анемию, тромбоцитопению и самый опасный инфекционный синдром.

Диагностика ставится по результатам ОАК, миелограммы (стеральной пункции), трепанобиопсии, цитохимии бластных клеток и т.д. Чтобы предотвратить появлению осложнений, проводится комплексное лечение, которое происходит при помощи медикаментозных средств; химиотерапии; лучевой терапии; переливания фракций крови, пересадки костного мозга и т.д.

Таким образом, изучив литературу в теоретической части нашей работы, можно сделать вывод о том, на сколько важен сестринский уход, ведь качество и

эффективность ухода за больными находится в неразрывной связи с результатами лечения заболевания и его прогнозом.

## **ГЛАВА 2. РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ ЛЕЙКОЗАХ**

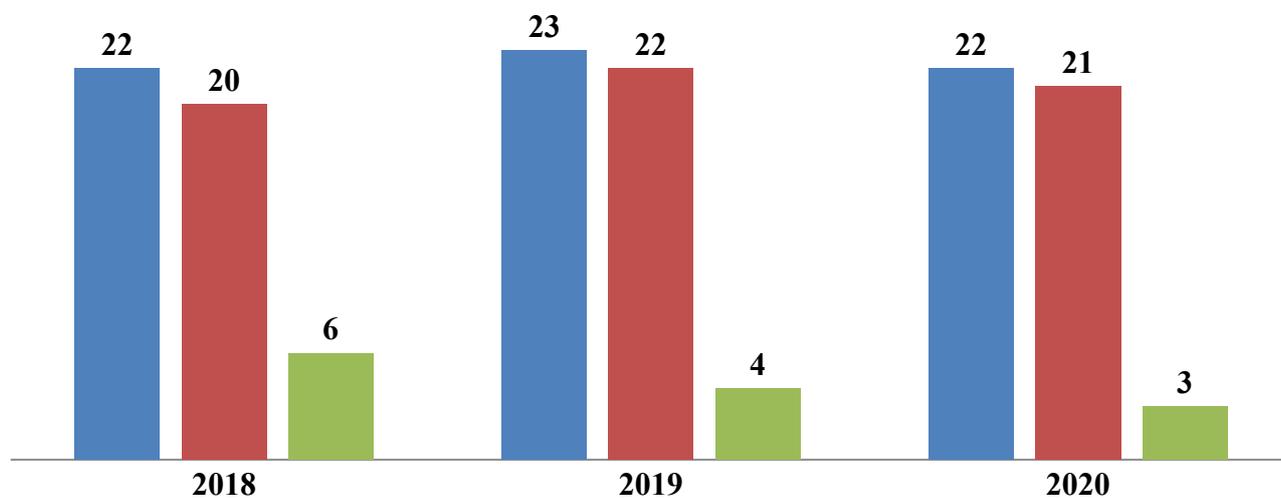
### *2.1. Анализ статистических показателей заболеваемости лейкозом*

*за 2018-2020 гг в РФ и РС(Я)*

Заболеваемость злокачественными новообразованиями лимфатической и кроветворной системы в РС (Я) и РФ занимают одно из ведущих мест в структуре общей онкологической заболеваемости. В диаграмме показано число впервые в жизни выявленных злокачественных новообразований таких как Миелолейкозы; Лимфолейкозы и Лейкозы за последние 3 года: 2018, 2019, 2020. В 2018 году выявлено 48 случаев, в 2019-м - 49 и в 2020-м 46 больных, из которых Лимфолейкозы являются ведущими онкологическими патологиями населения, далее за ним следует новообразование Миелолейкозов, и третье место занимают Лейкозы такие как острые и хронические.

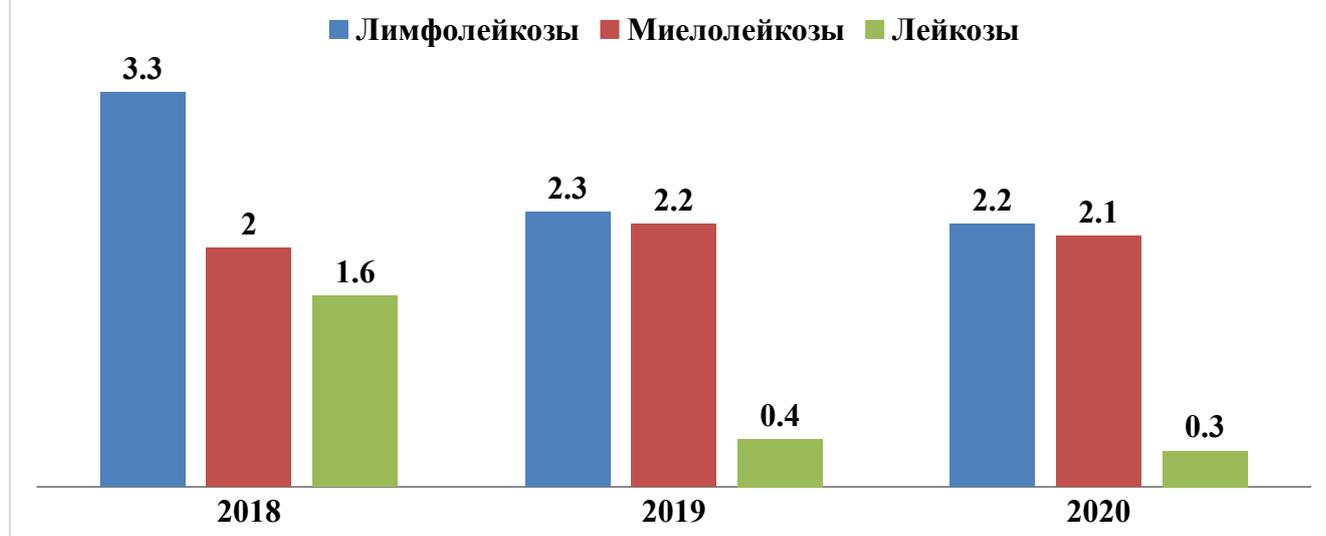
### Число впервые в жизни выявленных злокачественных новообразований:

■ Лимфолейкозы ■ Миелолейкозы ■ Лейкозы



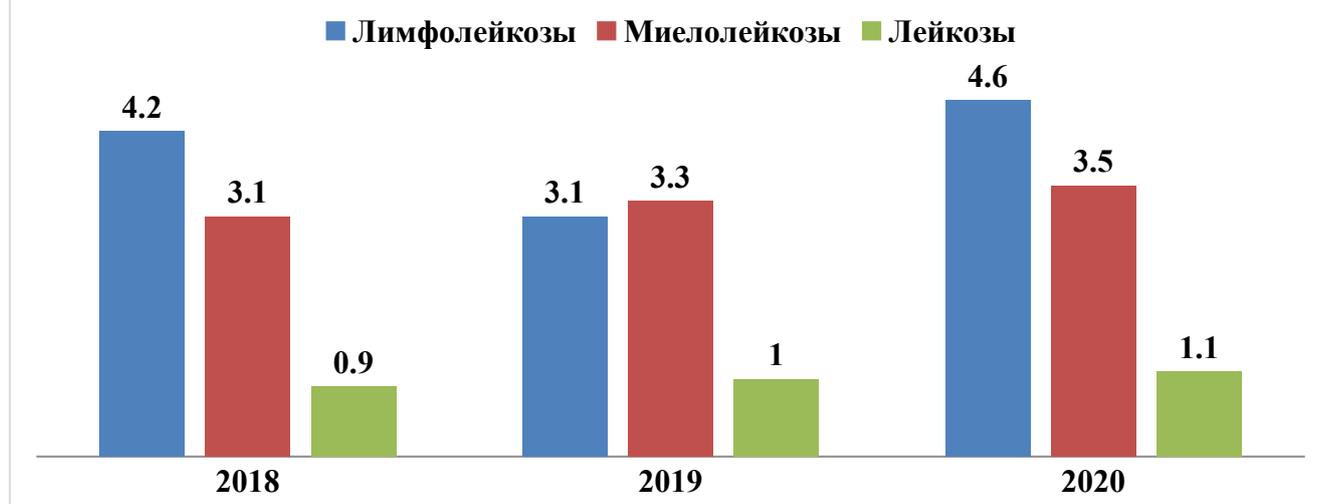
Сравнительный анализ заболеваемости взрослого населения по Республике Саха (Якутия) в период с 2018, которая составляет около 7000 тысяч выявленных, по 2020 года, которая составляет около 4600 больных показал её снижение на 3%. Как мы видим, из общей заболеваемости преобладает болезнь Лимфолейкозов, которая с предыдущим 2019 годом снизилась на 100 человек. На втором месте чаще встречается болезнь Миелолейкозов (хронических, подострых и острых). И третье место занимают лейкозы(острые и хронические), которые отмечаются у больных 2-3 раза реже, чем вышеописанные заболевания. Как мы видим, результаты 2020 года значительно стали низкими по сравнению с 2018-м годом.

**Заболеваемость взрослого населения РС(Я)  
за 2018-2020 гг  
(на 100 тыс нас-я)**



Сравнительный анализ заболеваемости взрослого населения по Российской Федерации в период с 2018 года, которая составляет около 8200 больных по 2019 года (7400), показал её снижение. Данные 2020 года выявили 9200 больных, что увеличилось на 3% по сравнению с предыдущим годом. Здесь мы видим, что из общей заболеваемости преобладает болезнь Лимфолейкозов (острых, хронических, подострых), которые за последние 3 года увеличились на 400 человек. На втором месте по встречаемости преобладают миелолейкозы (острые, хронические, подострые), которые по сравнению с предыдущими годами увеличиваются. На третьем месте остаются стабильными Лейкозы.

**Заболеваемость взрослого населения РФ  
за 2018-2020 гг  
(на 100 тыс нас-я)**



*2.2. Роль медицинской сестры при ранней диагностике и  
в профилактике лейкозов.*

Роль медицинской сестры в профилактике лейкозов начинается с работы населением. Каждому человеку необходимо знать что из себя представляет данное заболевание, знать о возможных проявлениях и симптомах заболевания.

Введения просветительной работы о важности здорового образа жизни для поддержания иммунитета: режим сна, полноценное питание, занятие спортом, отказе от вредных привычек и своевременном обращении к врачу и лечению.

Роль в раннем выявлении различных опухолей медицинских сестер очень велика, так как при проведении санитарно-просветительной работы со взрослым

населением и в личных беседах с посетителями лечебных учреждений медицинская сестра должна обязательно обратить внимание на типичную симптоматику этих видов патологии и убедить больного своевременно обратиться к врачу-онкологу для уточнения диагноза. Для этого необходимо записаться на прием к гематологу.

Медицинская сестра на приеме у гематолога должна сообщить пациенту о предстоящем биохимическом исследовании накануне; объяснить цель и порядок проведения процедуры: утром, строго натощак, до проведения медик-диагностических процедур, а после взятия материала, должна спросить пациента, есть ли у них вопросы. Информировать пациента о том, когда он сможет забрать результат исследования, напомнить о важности результата исследования.

Для уточнения диагноза врач может направить пациента на дополнительное обследование таких как миелограмма костного мозга; гистологическое исследование костного мозга (трепанобиопсии). В этом случае нужно объяснить когда, где и с какой целью он должен пройти это обследование, больной перед манипуляцией должен быть обследован (общий анализ крови, коагулограмма); за несколько дней отменяется антикоагулянты и антиагреганты, а также все другие лекарства, кроме жизненно необходимых, за несколько часов пациенту нельзя кушать и пить (если процедура назначена на вторую половину дня, пациенту с утра необходим легкий завтрак); за 2 часа до манипуляции нужно опорожнить кишечник, а непосредственно перед ней — мочевой пузырь; если в месте будущего прокола кожи имеются волосы, их нужно сбрить. Акцентировать внимание на важности прохождения дополнительного обследования.

Медицинская сестра должна попросить больного посодействовать прийти на скрининговое обследование членов ее семьи, подруг, знакомых.

Когда женщина придет за результатом исследования, объяснить, что означает полученный результат и какие должны быть ее дальнейшие действия.

- если тест отрицательный (негативный) следует попросить ее прийти на это обследование в следующий раз через 1 год;

- в других случаях необходимо принять меры, о которых описано дальше.

Если женщина не пришла за результатом исследования, необходимо пригласить ее.

Таким образом, установлено, что роль медицинской сестры в вопросе профилактики лейкоза взрослого населения имеет огромное значение. Основной функцией медицинской сестры является информационно-просветительская работа. Своевременное информирование взрослого населения о причинах и профилактике данного заболевания.

### *2.3. Сестринский уход и профилактика больных при злокачественных опухолях кроветворной системы в ГБУ РС(Я) «РБ№1-НЦМ» в отделение гематологии.*

Отделение гематологии имеет 25 коек стационарной помощи больным с заболеваниями крови, лимфоидной и 10 коек дневного стационара. В условиях отделения оказывается специализированная, в том числе высоко технологическая, медицинская помощь по профилю "гематология". Основной задачей является оказание высокоспециализированной медицинской помощи (ВМП), и специализированной медицинской помощи больным с заболеваниями крови лимфоидной и родственным им тканям с улусов РС(Я), г. Якутска и пригородных посёлков. В отделении проходят лечение больные с онко-гематологической патологией:

1. Гемобластозами, т.е. острыми лейкозами, хроническими лейкозами.

2. ЛПЗ (лимфопролиферативными заболеваниями): хроническим лимфолейкозом, множественной миеломой, лимфомами - лимфомой Ходжкина и неходжкинскими лимфомами.

3. ХМПЗ (хронические миелопролиферативные заболевания): хронический миелолейкоз, эссенциальная тромбоцитемия, сублейкемический миелоз.

4. Депрессиями кроветворения: апластическая анемия, МДС-миелодиспластический синдром, агранулоцитозом, аутоиммунной тромбоцитопенией, аутоиммунными, гемолитическими анемиями тяжёлой степени тяжести, эритремиями.

5. Заболевания связаны с нарушением синтеза гемма - порфирии: ОПП-острая перемежающаяся порфирия, печеночная форма порфирии.

6. Нарушение обмена железа-гемохроматозы.

7. Нарушения врождённые гемостаза:гемофилия А и В, болезнь Виллибранда, врождённый дефицит факторов тромбофилии: дефицит АТЗ, PS, РС.

Медицинская сестра гематологического отделения осуществляет уход за пациентами и наблюдение за санитарный содержанием закрепленных за сестрой палат. Она записывает и точно выполняет лечебные и гигиенические назначения лечащего врача. Присутствует при обходе больных врачом, сообщает ему сведения о состоянии здоровья больных, получает дальнейшие указания по уходу за больными. В обязанности входит внесение результатов измерения температуры в температурный листок, подсчет пульса ; по назначению врача палатная медсестра собирает материал для анализов (моча, кал, мокрота, слизь и др), передаёт их в лабораторию, своевременно получает результаты исследований и подклеивает их в историю болезни. Она направляет больных по назначению врачей на рентгенологические и другие исследования, следит за возвращением из

рентгенологического кабинета, в истории болезни вносит в них результаты исследований и так далее.

В отделении имеются: 4 специализированных кабинета: 2 процедурных и 2 манипуляционных кабинета, 2 поста, 15 палат, кабинет заведующей отделения; 2 ординаторских; кабинет старшей медсестры; комната сестры-хозяйки; клизменная комната; комната персонала; инвентарная комната.

### ***Работа медицинской сестры в отделении гематологии***

Роль медсестры при осуществлении лечебно-диагностических мероприятий невелика, но на ее плечи ложится не менее ответственный груз - квалифицированный уход за больным. Она способствует созданию спокойной, доброжелательной и доверительной атмосферы в окружении пациента, уделяет ему достаточное внимание и выполняет его просьбы и пожелания, разумно ограничивает физическую активность, обеспечивает полноценный отдых и сон. Самочувствие больного улучшают посещения родственников и близких людей, занятия любимым делом (чтение, прослушивание музыки, просмотр телепередач). Пристального внимания заслуживают мероприятия, направленные на предупреждение кожных геморрагии, кровоточивости десен, носовых, желудочно-кишечных, маточных и других кровотечений, раздражений, повреждений и инфицирования кожи и слизистых оболочек. Медсестра следит за соблюдением пациентом правил личной гигиены, ежедневно осматривает кожные покровы и видимые слизистые оболочки, рекомендует чистить зубы мягкой

щеткой, постоянно полоскать рот холодным физиологическим раствором или водой, употреблять часто и небольшими порциями термически и механически щадящую пищу, использовать белье и постельные принадлежности из мягкой ткани, а также исключать применение некоторых лекарственных средств (нестероидные противовоспалительные препараты - аспирин, индометацин и др., антиагреганты - курантил, трентал, тиклид и др.). Определенную роль в предупреждении кровотечений и инфекций играют ограничение использования или исключение внутримышечных инъекций, ректального измерения температуры, применения клизм и свечей, борьба с запорами и использование послабляющих средств. При осуществлении различных медицинских манипуляций соблюдают универсальные принципы гигиены: необходимы мытье рук, применение одноразовых шприцев, стерильных салфеток и др. Исключают контакты больного с родственниками и обслуживающим персоналом при наличии у них признаков инфекционного заболевания. Медсестра постоянно измеряет температуру тела больного и при ее повышении под контролем врача осуществляет забор крови, мокроты, мочи, кала для соответствующих лабораторных исследований. Она информирует больного и его родственников о противоинфекционных мероприятиях в больничных и домашних условиях; в случае кровотечений оказывает пациенту доврачебную медицинскую помощь и своевременно информирует об этом врача. Больной должен знать об опасности возникновения у него кровотечений и владеть общедоступными способами их остановки. Пациента могут беспокоить тошнота, рвота, боли в животе, снижение или отсутствие аппетита, похудение. Уменьшение выраженности или ликвидация этих неблагоприятных клинических симптомов - достаточно сложная задача. Питание должно быть высококалорийным, с достаточным содержанием животных и растительных белков, жиров и углеводов. Учитывают пристрастия пациента - в рацион включают блюда, которые ему нравятся. Исключают свежие овощи и фрукты в связи с возможностью инфицирования, ограничивают употребление алкогольных напитков, копченостей, жареных блюд и тугоплавких жиров. Рекомендуют легкие закуски между основными приемами пищи, а также

подливки, соусы и приправы для мяса, рыбы, птицы и овощей. Ежедневно измеряют массу тела, количество выпитой и выделенной жидкости. По назначению врача используют противорвотные средства (мотилиум, реглан, трописетрон), а в связи с возможным, особенно - на фоне рвоты, обезвоживанием организма следят за достаточным (2-3 л/сут) употреблением жидкости в виде чая, разбавленных фруктовых и овощных соков, минеральных вод. Болевой синдром купируют с помощью анальгетиков, в том числе - наркотического происхождения. Полное отсутствие аппетита у тяжелого больного с выраженными поражениями слизистой оболочки полости рта, желудка и кишечника и связанными с ними нарушениями всех видов обмена веществ является показанием для парентерального питания. В этих случаях применяют концентрированные растворы глюкозы, аминокислотные препараты и жировые эмульсии.

Медицинская сестра, работающая с такими пациентками должна быть максимально внимательной, чуткой, терпеливой и доброжелательной. Важной особенностью деятельности медицинской сестры в гематологическом отделении является проведение санитарно-просветительной работы, что несет в себе профилактику кроветворных и лимфатических заболеваний и их осложнений. Данная обязанность включает проведение бесед и лекций среди пациентов по актуальным в настоящее время медицинским вопросам.

Предоставление больной правдивой информации о диагнозе. Пациент имеет право знать, что у него имеется злокачественный процесс, который угрожает его жизни, однако, сообщая об этом больному, необходимо тщательно выбирать не только объем, но и саму форму предоставления информации, привести ему данные о современных возможностях лечения, морально поддержать его. Твердо убеждена, что сведения о неизбежно плохом прогнозе можно сообщать только отдельным пациентам со строгим учетом их психического и эмоционального статуса и многих привходящих обстоятельств, например, если они отказываются от операции, которая может оказаться

радикальной, или специального лечения. С другой стороны, мы знаем немало примеров, когда больным, в том числе и врачам, перенесшим операции по поводу онкологических заболеваний, при которых были обнаружены неудалимые метастазы, сообщали другие диагнозы, заводили дубликат истории болезни, где фигурировали ложные диагнозы и данные обследования. В течение достаточно длительного времени эти люди жили с твердой надеждой на выздоровление, полноценной активной жизнью. Сторонники предоставления больному полной и правдивой информации о его здоровье ссылаются на право каждого человека на получение таких сведений, а также на то, что, зная о близкой кончине, больной успеет привести в порядок свои дела, в частности - распорядиться своим имуществом. Но давайте не забывать, что у юриста и врача несколько разные задачи. Для врача высшим приоритетом является благо больного, в том числе защита его от психической травмы, а интересы его родственников, сотрудников и друзей должны стоять на втором месте и ими можно иногда и пренебречь.

**Сочувствие, милосердие медицинской сестры облегчает тревогу фатальности заболевания.** Психологическая работа должна начинаться со среды, окружающей пациента. Те стереотипы поведения, что сложились у персонала, не всегда удачны в случаях. Индивидуальность подхода к каждому больному с учетом его представлений о болезни, опасений, установок. Вот первое правило. И оно требует не готовых рецептов, как себя вести, но выслушивания и понимания больного. Как часто больной и не ждет излечения, но нуждается в понимании, сочувствии и поддержке. Здесь выступает второе правило - это терапия присутствием. Нередко мы размышляем, что и как сказать больному, что ему принести, а по большому счету каждый подходящий к нему человек в белом халате, сам уже является лекарством. Вспомним, что в присутствии другого легче переносится боль. Обычно выделяют физический и психический компонент боли. Наше сочувствие, милосердие облегчает и тревогу, и тоску и чувство одиночества. Транс ситуационная информация о нашей установке мгновенно

передается больному, и тут необходимо вспомнить, что лекарство действует во времени. Подарить пациенту кусочек своего времени, коснуться его руки, улыбнуться или поправить одеяло так важно. И это не просто жест вежливости или сочувствия. Проблемы времени для общения с пациентом должны учитывать и проблемы пространства. Здесь, помимо простора палаты, эстетики, учитывающей настроение больного, должно вспомнить о совместимости. Все проблемы несовместимости некоторых пациентов друг с другом и персоналом, естественны. И требуют своего разрешения для создания "психологического климата" в палате.

Например, многие знают о трудности общения с людьми пожилого возраста с тугоухостью, нарушением памяти. Молитва священника или сестры милосердия дает очень серьезную духовную помощь и порой наталкивает на проблемы о смысле жизни.

Создание комфортной психологической обстановки, **сестринский уход** – это уверенность больной в благоприятном исходе болезни. Злокачественные образования в мире сохраняют тенденцию к росту, занимая второе место среди причин смертности населения. Мало кто задумывался о том, что продлить жизнь человеку способны не только радикальные хирургические вмешательства и применение лекарственных препаратов, но и профессиональный уход, создание комфортной психологической обстановки, ежедневная кропотливая работа с пациентом.

От поведения медицинских работников онкогинекологического отделения, их умения вселить оптимизм и уверенность в успехе лечения в значительной степени зависят настроение и самочувствие больного и, соответственно, качество его жизни. В настоящее время в России все больше больных получают лечение в дневных стационарах клиник, так как сеть амбулаторной специализированной онкологической помощи развита недостаточно, и поэтому на медперсонал онкологических клиник возложена огромная задача - обучение пациентов и их родственников самоуходу,

самоконтролю, самоанализу. Активное проведение клинических испытаний делает пациента активным участником лечебного процесса. Перед началом лечения пациент знакомится с планом проведения диагностических процедур и схемой лечебного процесса.

Медицинская сестра онко-гематологического отделения обучает пациента правилам подготовки к проведению диагностических процедур, информирует его о возможных нежелательных явлениях, которые могут возникнуть во время диагностики. После ознакомления со всеми аспектами лечебного процесса больной подтверждает свое участие в лечебном процессе письменным добровольным согласием.

## **ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ**

### *Наблюдение из практики № 1:*

Пациентка М, 45 год поступила в гематологическое отделение на стационарное лечение с диагнозом острый миелобластный лейкоз. Предъявляет жалобы на быструю утомляемость, похудание, склонность к появлению подкожных кровоизлияний, сильные боли в полости рта и глотки. Из-за болей при глотании затруднён приём пищи и жидкости. Отмечает отсутствие вкуса у пищи, хотя аппетит сохранён.

На конечностях множественные мелкие подкожные кровоизлияния. Слизистые полости рта и глотки гиперемированы, кровоточат при дотрагивании, на деснах изъязвления, язык обложен, гнойный налет на миндалинах.

Температура 37,5 Пульс 88 уд. в мин. удовлетворительных качеств, АД 120/80 мм рт. ст. частота дыхания 18 в мин.

### Проблемы пациента:

Настоящие проблемы: испытывает трудности при приёме пищи и жидкости из-за воспаления и нарушения целостности слизистой оболочки ротовой полости.

Приоритетная проблема: боль в полости рта и глотки

Потенциальная проблема: риск присоединения вторичной инфекции.

Цели:

*Краткосрочные:* боли уменьшатся через 3 дня.

*Долгосрочные:* боль и изъязвления исчезнут к концу недели, у пациента не будет инфекционных осложнений.

Сестринский уход:

<u>План</u>	<u>Мотивация</u>
Независимые:	
1. Обеспечили Лечебно-Охранительный режим;	Для улучшения психоэмоционального состояния пациента;
2. Обеспечили прием полужидкой негорячей легкоусваиваемой пищи;	Для максимального щажения слизистой рта и глотки;
3. Обеспечили прием обильного количества витаминизированной пищи;	Для уменьшения интоксикации;
4. Поместили пациента в изолированную боксированную палату;	Для уменьшения риска инфицирования;
5. Обеспечили частое проветривание палаты,	Для обеспечения инфекционной

<p>кварцевание и влажную уборку с дезсредством;</p> <p>6. Выделили пациентке отдельную посуду и обеспечили дезинфекцию всех предметов ухода;</p> <p>7. Провели беседу с родственниками о необходимости дополнительного питания;</p> <p>8. Обработывали пациентке ротовую полость Фурациллином, растворами антисептиков утром и вечером и после каждого приема пищи;</p>	<p>безопасности пациента;</p> <p>Для обеспечения инфекционной безопасности пациента;</p> <p>Для повышения защитных сил организма;</p> <p>Для подавления патогенной микрофлоры;</p>
<p><u>Зависимые:</u> Обеспечили введение лекарственных препаратов по назначению врача (в/в введение цитостатиков)</p>	<p>Для эффективного лечения.</p>

Оценка эффективности: у пациента исчезли боль во рту и глотке, нет язвенно-некротических поражений слизистых. Приём пищи и жидкости возможен.

Цель достигнута.

*Наблюдение из практики № 2:*

В стационаре 2-е сутки находится пациентка М., 30 л., врачебный диагноз:

о. лейкоз. Жалобы на выраженную слабость (не может встать с кровати), ознобы, проливные поты, боли во рту и в горле при глотании.

Объективно: кожа бледная, влажная, с обильной геморрагической сыпью. На слизистой полости рта и небных миндалинах – гнойно-некротические изменения. Т – 39,20С, пульс – 98 в 1 минуту, АД 110/60, ЧДД – 22 в мин., в крови Hb 90 г/л, лейкоциты – 26 x 10<sup>9</sup>, СОЭ – 40 мм/час. У пациентки - подключичный катетер справа. Назначено проведение стерильной пункции.

Нарушенные потребности: есть, пить, двигаться, в безопасности, поддержание температуры тела.

Настоящие проблемы:

- Выраженная слабость (не может встать с кровати);
- Озноб
- Проливные поты
- Боли во рту и в горле при глотании
- Обильная геморрагическая сыпь
- Температура тела 39,2 С

Потенциальные проблемы:

- Развитие возможных осложнений (сепсис, кровотечение)

Приоритетные проблемы: Температура 39,2 С

Цели:

*Краткосрочные:* снижение температуры тела в течение 3-5 дней;

*Долгосрочные:* поддерживание в норме температуры тела к концу недели.

Сестринский уход:

<u>План:</u>	<u>Мотивация:</u>
Независимые:	Контроль за температурой тела для

1. Измерили температуру тела каждые 2-3 часа;	ранней диагностики осложнений и оказания соответствующей помощи больному.
2. Согрели больную (тепло укрыли и дали теплый сладкий чай);	Осуществляется в период падения температуры для согревания больной, уменьшения теплоотдачи.
3. Обеспечили витаминизированное питье;	Для снижения интоксикации
4. Орошали слизистую рта и губ водой, смазали вазелиновым маслом, 20% р-ром буры в глицерине трещины на губах;	Для ликвидации сухости слизистой рта и губ.
5. Измеряли АД, пульс и частоту дыхания;	Для ранней диагностики тяжелой дыхательной и сердечной недостаточности.
6. Обеспечили смену нательного и постельного белья, туалет кожи.	Для предупреждения нарушений выделительной функции кожи, профилактики пролежней.
7. Положили холодный компресс на шею и голову при гипертермии.	Для снижения отечности мозга, предупреждения нарушений сознания, судорог и других осложнений со стороны ЦНС.

Оценка эффективности: через 3 дня температура пациентки М. снизилась без осложнений.

Цель достигнута.

**В ходе практического исследования, которая проводилась методом наблюдения мы выяснили, что:**

- Роль медицинской сестры – это не только качество и эффективность оказания квалифицированной помощи пациентам, но и психологическая поддержка и создание комфортной, психологической обстановки;
- Медицинская сестра, работающая с такими пациентками должна обладать не только практическими компетенциями, но и быть максимально внимательной, чуткой, терпеливой и доброжелательной. Иметь такие качества как сочувствие, милосердие по отношению к больным облегчает тревогу фатальности заболевания.

### **Клинический разбор историй болезни**

**П. М, 41 лет**

**Субъективное исследование.**

**Дата и время поступления: 03.06.2021 11:41:42**

**Пол: мужской**

**Дата рождения: 23.10.1979 41 год**

**Жалобы:** слабость, вздутие живота, кашицеобразный стул, боли в перианальной области.

**Анамнез болезни:** Считает себя больным с августа 2018 г. когда постепенно стала нарастать общая слабость, утомляемость. За медицинской помощью не обращался, анализ крови не сдавал. Анализы крови не сдавал.

06.03.2019 поступил в ОГ КЦ, где верифицирован диагноз ОМЛ М-1 вариант без значимых аномалий кариотипа. С 12.03.2019 в связи с подтвержденным диагнозом инициирована терапия по универсальному протоколу лечения больных ОМЛ моложе 60 лет с достижением клинико-гематологической ремиссии после первого индукционного курса.

Страховой анамнез: не работает

**Анамнез жизни:** Гемотрансфузии: многократно

Вредные привычки- курил более 20 лет, алкоголь- периодически пьет пиво.

**Перенесенные заболевания:** ХВГ С(2016г), хр.гастрит, миопия

**Травмы:** перелом локтевой кости, разрыв сухожилия (в детстве).

**Перенесенные операции:** искусств. Хрусталик (2007г, 2018г)

**Наследственность:** онкология по отцов линии(у бабушки, дедушки).

**Аллергологический анамнез:** цитарабиновый синдром

**ОБЪЕКТИВНЫЙ СТАТУС:** рост -173 см, вес-80 кг, ИМТ- 26.730, ППТ-1.960725 м2, температура -36,5, ЧД- 18/мин, АД – 120/80 мм.рт.ст. **Состояние** удовлетворительное. Телосложение: нормостеническое. Положение больного: активное. Кожные покровы чистые физиологической окраски. Периферические лимфатические узлы не увеличены.периферические отеки: нет.

Костно-мышечная система: без видимой патологии.

**Органы дыхания:** Форма грудной клетки: правильная. Тип дыхания: смешанный. Перкуторный звук над легкими: ясный легочный. Аускультация легких: дыхание везикулярное, проводится по всем полям, хрипов нет.

**Органы кровообращения:** Предсердечная область: не изменена. Верхушечный толчок: на уровне 5-го межреберья. Аускультация сердца: тоны приглушены, ритмичные.

**Органы пищеварения:** Глотание: не затруднено. Ротоглотка: без особенностей. Язык: влажный, чистый. Аускультация живота: живот увеличен за счет ПЖК, умеренно подвздут, безболезненный. Печень и селезенка пальпаторно не увеличены. Стул кашицеобразный.

**Мочеполовая система:** поясничная область: не изменена. Пальпация почек: не пальпируются. Поясничная область при поколачивании: болезненность справа. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Моча темного цвета. Диурез сохраненный.

**Нейро-эндокринная система:** Сознание: ясное. Память: сохранена. В позе Ромберга: устойчив

### **Инструментальные и лабораторные исследования**

**ОАК + Лейкоформула от 18.03.2020:** - лейкоциты 2,5, эритроциты 3,90, гемоглобин 123, гематокрит 36,20, тромбоциты 145

**-Миелограмма от 26.03.2020 г:** бласты 0.6%, клеточный пунктат Км с усилением пролиферации элементов эритроидного ростка с нарушением созревания.

**ОАК от 20.08.2020:** эритроциты 3,27, лейкоциты 2,20, гемоглобин 107, гематокрит 31, 6%, тромбоциты 94, бласты 4%, лимфоциты 42%, моноциты 6 %, нормобласты 3%.

Миелограмма от 21.08.2020: по данным миелограммы отмечается клеточный пунктат КМ в бластной инфильтрацией до 44, 2% усиление пролиферации элементов эритроидного ростка с нарушением созревания.

**ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ:**

**Общеклинические:**

1. ОАК + ретикулоциты
2. ОАМ
3. Биохимический анализ крови
4. Калий, натрий, кальций ионизирующий, хлор, сахар = КОС

## **Свертывающая система крови:**

1. Анализ крови на свертывающую систему крови – коагулограмма

## **Гематологические:**

1. Миелограмма

**ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ:** 6й курс ХТ по протоколу Aza+Ven+ сопроводительная терапия

Диетический стол: 5,4-кратное, с 01.06.2021

Добровольное информированное согласие на назначения обследования и лечение получено

## **ВЫВОДЫ:**

1. Рассмотрели теоретические аспекты лейкоза и поняли, что это быстро развивающееся заболевание костного мозга, при котором происходит бесконтрольное накопление незрелых белых клеток крови в костном мозге, периферической крови и различных внутренних органах. Факторами развития лейкозов являются не только наследственные факторы, но и мутагенные, такие как излучения, вирусы и канцерогенные вещества.
2. Проанализировали заболеваемость злокачественными новообразованиями лимфатической и кроветворной системы в РС(Я) и РФ и выяснили, что болезнь занимает одно из ведущих мест в структуре общей онкологической заболеваемости. Сравнительный анализ заболеваемости взрослого населения по Республике Саха (Якутия) в период с 2018, которая составляет примерно 7000 тысяч, по 2019 года- 5000 показал её снижение. Показатели 2020 года (4600), что снизилось на 2% по сравнению с предыдущими годами. По Российской

Федерации в период с 2018 по 2020 показатели заболеваемости увеличилось на 4% по сравнению с предыдущими годами.

3. Рассмотрели основы сестринского ухода в практической исследовании, которая проводилась методом наблюдения и выяснили, что роль медицинской сестры – это не только качество и эффективность оказания квалифицированной помощи пациентам, но и психологическая поддержка и создание комфортной, психологической обстановки; Медицинская сестра, работающая с такими пациентками должна обладать не только практическими компетенциями, но и быть максимально внимательной, чуткой, терпеливой и доброжелательной. Иметь такие качества как сочувствие, милосердие по отношению к больным облегчает тревогу фатальности заболевания

## **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Подводя итог, можно сказать, что без лечения лейкоз приводит к гибели больного в течение нескольких месяцев или даже недель.

Не зависимо от формы лейкоза, выбора схемы лечения все пациенты нуждаются в соответствующем уходе, при грамотной организации которого шансы на выздоровление повышаются. Поэтому главной задачей сестринского ухода при лейкозах является создание комфортной и безопасной атмосферы вокруг больного.

Роль медсестры в осуществлении лечебно-диагностических мероприятий невелика, но на ее плечи ложится не менее ответственный груз квалифицированный уход за больным. Она способствует созданию спокойной, доброжелательной и доверительной атмосферы в окружении пациента, уделяет ему достаточное внимание, выполняет его просьбы и пожелания, разумно ограничивает физическую активность, обеспечивает полноценный отдых и сон. Самочувствие больного улучшают посещения родственников и близких людей,

занятия любимым делом (чтение, прослушивание музыки, просмотр телепередач). Пристального внимания заслуживают мероприятия, направленные на предупреждение кожных геморрагий, кровоточивости десен, носовых, желудочно-кишечных, маточных и других кровотечений, раздражений, повреждений и инфицирования кожи и слизистых оболочек.

Медсестра следит за соблюдением пациентом правил личной гигиены, ежедневно осматривает кожные покровы и видимые слизистые оболочки, рекомендует чистить зубы мягкой щеткой, постоянно полоскать рот холодным физиологическим раствором или водой, употреблять часто и небольшими порциями термически и механически щадящую пищу, использовать белье и постельные принадлежности из мягкой ткани, а также исключать применение некоторых лекарственных средств (нестероидные противовоспалительные препараты - аспирин, индометацин и др., антиагреганты - курантил, трентал, тиклид и др.).

Определенную роль в предупреждении кровотечений и инфекций играют ограничение использования или исключение внутримышечных инъекций, ректального измерения температуры, применения клизм и свечей, борьба с запорами и использование послабляющих средств. При осуществлении различных медицинских манипуляций соблюдают универсальные принципы гигиены: необходимы мытье рук, применение одноразовых шприцев, стерильных салфеток и др. Исключают контакты больного с родственниками и обслуживающим персоналом при наличии у них признаков инфекционного заболевания.

Медсестра постоянно измеряет температуру тела больного и при ее повышении под контролем врача осуществляет забор крови, мокроты, мочи, кала для соответствующих лабораторных исследований. Она информирует больного и его родственников о противоинфекционных мероприятиях в больничных и домашних условиях; в случае кровотечений оказывает пациенту доврачебную медицинскую помощь и своевременно информирует об этом врача. Больной должен знать об опасности возникновения у него кровотечений и владеть общедоступными способами их остановки. Пациента могут беспокоить тошнота, рвота, боли в животе, снижение или отсутствие аппетита, похудение. Уменьшение выраженности или ликвидация этих неблагоприятных клинических симптомов - достаточно сложная задача.

Питание должно быть высококалорийным, с достаточным содержанием животных и растительных белков, жиров и углеводов. Учитывают пристрастия пациента - в рацион включают блюда, которые ему нравятся. Исключают свежие овощи и фрукты в связи с возможностью инфицирования, ограничивают употребление алкогольных напитков, копченостей, жареных блюд и тугоплавких жиров. Рекомендуют легкие закуски между основными приемами пищи, а также подливки, соусы и приправы для мяса, рыбы, птицы и овощей. Ежедневно измеряют массу тела, количество выпитой и выделенной жидкости.

По назначению врача используют противорвотные средства (мотилиум, реглан, трописетрон и др.), а в связи с возможным, особенно - на фоне рвоты, обезвоживанием организма следят за достаточным (2-3 л/сут) употреблением жидкости в виде чая, разбавленных фруктовых и овощных соков, минеральных вод. Болевой синдром купируют с помощью анальгетиков, в том числе - наркотического происхождения. Полное отсутствие аппетита у тяжелого больного с выраженными поражениями слизистой оболочки полости рта, желудка и кишечника и связанными с ними нарушениями всех видов обмена веществ является показанием для парентерального питания. В этих случаях применяют концентрированные растворы глюкозы, аминокислотные препараты и жировые эмульсии.

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.

Это требует от медсестры работы по укреплению, продлению и сохранению здоровья, а также по профилактике заболеваний.

Медицинская сестра, не только должна компетентно выполнять врачебные назначения и осуществлять сестринский процесс, уход за больными, но так же высоким требованиям должны отвечать её теоретические знания того или иного заболевания

### **Список используемой литературы:**

1. «Сестринское дело в терапии», Смолева Э.В, 2015 год.
2. «Сестринское дело в терапии», Лычев В.Г., Карманов В.К., 2014 год.
3. «Сестринское дело в терапии с курсом первичной медицинской помощи», Маколкин В.И., Овчаренко С.И., Семенов Н.Н., 2014 год.
4. «Терапия», Огороков А.Н., 2010 год.
5. Гуляева И.Л., Веселкова М.С., Завьялова О.Р. Этиология, патогенез, принципы патогенетической терапии лейкозов. Научное обозрение. Педагогические науки. – 2019. - №5 (часть 3) – с. 47-50.
6. Смолева Э.В. Сестринское дело в терапии. М: Феникс – 2016. – 336 с.
7. Лычев В.Г., Карманов В.К. Сестринское дело в терапии. М: Форум – 2016. – 282 с.

8. Никитина Ю.П. Энциклопедия медицинской сестры. М: ИД ГЭОТАР-МЕД - 2007. – 698 с.

"Терапия", Антропова Т.О., 2010год

9. "Терапия", Бабак О.А., 2011год

10. "Терапия", Бокарев И.Н., 2008год

11. "Терапия", Губергриц Н.Б., 2009год

12. "Терапия", Кукеса В.Г., 2009год