

Сестринский процесс при остром и хроническом лейкозе

Острый лейкоз – это 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 и патогенез:

Причина многих случаев лейкозиев остается неизвестной.

Но в возникновении их могут быть повинны различные факторы, способные вызвать мутацию клеток кроветворной ткани.

Среди этих факторов следует отметить следующие:

Вирусы. Предполагают, что вирусы, которые вызывают лейкемию у животных, могут вызывать ее и у человека.

Ионизирующее излучение стало причиной многочисленных случаев лейкемий.

Доказано повышение заболеваемости лейкемией у детей при внутриутробном облучении, а также развитие ее у больных, которые получали лучевую терапию при лечении анкилозирующего спондилита и болезни Ходжкина.

Химические вещества. Встречались случаи, когда причиной лейкемий были мышьяк, бензол, фенилбутазон и хлорамфеникол. Те же самые цитотоксические лекарства, которые используются для лечения опухолей, могут стать причиной развития лейкемий.

При **аплазии** костного мозга любой этиологии увеличивается предрасположенность к возникновению лейкемий.

Иммунодефицитные состояния. Возникновение лейкемий при иммунодефицитах связано со снижением иммунного надзора, что приводит к нарушению разрушения потенциально неопластических гемопоэтических клеток.

Генетический фактор. Нарушения структуры хромосом довольно часто обнаруживаются у больных с лейкемиями.

При остром лейкозе отмечается диффузное поражение ткани костного мозга, опухолевые клетки вытесняют другие гемопоэтические ростки и жировую ткань.

Увеличение селезенки относительно небольшое (по сравнению с хроническими формами лейкоза), масса ее достигает 500-600 граммов. В крови пациентов наблюдается снижение количества других форменных элементов из-за вытеснения этих ростков неопластическими клетками.

При хроническом лейкозе у больных развивается общее хроническое малокровие, происходит увеличение внутренних органов в результате дистрофических изменений и инфильтрации их опухолевыми клетками (лейкемические инфильтраты). При всех хронических лейкозах происходит увеличение селезенки, генерализованное увеличение лимфатических узлов.

Клиническая картина

Острые лейкозы (лейкемии) - начинаются остро, быстро прогрессируют. В крови обычно определяется большое количество бластных клеток.

Больных жалуются на слабость, лихорадку, озноб, боли при глотании, боли в суставах, костях, мышцах, похудание, кровоточивость, явления тяжелой интоксикации.

Заболевание встречается во всех возрастных группах, включая детей и лиц пожилого возраста.

Острый недифференцированный лейкоз протекает как септическое заболевание.

Хронические лейкозы (лейкемии)

он начинаются постепенно и медленно прогрессируют. В крови выявляются обычно незрелые, но с тенденцией к созреванию клетки.

Среди хронических лейкозов в зависимости от ряда созревающих клеток гемопоэза выделяют:

1. Лейкозы миелоцитарного происхождения
2. Лейкозы лимфоцитарного происхождения
3. Лейкозы моноцитарного происхождения

По картине периферической крови:

1. Лейкемические, которые характеризуются значительным увеличением количества лейкоцитов.
2. Сублейкемические, при которых количество лейкоцитов несколько выше нормы, но в крови определяются опухолевые клетки.
3. Алейкемические, при которых количество лейкоцитов в пределах нормы, в крови не определяются опухолевые клетки.
4. Лейкопенические, при которых количество лейкоцитов ниже нормы.

5. Хронические (лейкозы) лейкомии обычно характеризуются постепенным началом, медленной прогрессией. Хроническая лимфоцитарная лейкомия чаще встречается у людей старше 60 лет.
6. Больных жалуются на боли в костях, суставах, мышцах, печени, слабость, повышение температуры, кровоточивость, симптомы нарастающей интоксикации, похудание.

Методы диагностики и подготовка к ним

1. Диагностика лейкоза производится на основе тщательного анализа крови, костного мозга и лимфатических узлов.
2. Важнейшим результатом в исследовании крови при остром лейкозе является наличие ярко атипичных клеток или выявление их только в костном мозге.
3. При хроническом лейкозе в исследовании крови является присутствие в крови незрелых элементов и типичное разрастание костного мозга.
4. С целью диагностики используют трепанобиопсию крыла подвздошной кости или пунктат костного мозга грудины.

Лечение

1. Острый лейкоз лечат в стационаре.
2. При хроническом лейкозе лечение может проводиться амбулаторно.
3. Больных помещают в стерильные боксы.
4. Необходим строгий санитарно-дезинфекционный режим.
5. Частая смена белья.
6. Медицинская сестра в тамбуре бокса должна менять халат, одевать маску, бахилы, перчатки, перед тем как зайти к изолированному больному.
7. Медицинская сестра должна осуществлять контроль: АД, ЧДД, Ps, массы тела, величины суточного диуреза. Необходимо следить за полостью рта больного (для предупреждения гингивита), профилактику пролежней, проводить гигиеническую обработку кожи, половых органов после физиологических отправлений.
8. Так же медсестра должна обеспечить больному режим питания: пища должна быть высококалорийной и легкоусвояемой, богатая витаминами В1, С и Р. Следует ограничить потребление углеводов и сладкого.

Острый лейкоз лечат при помощи:

- Химиотерапии - уничтожение лейкозных (бластных) клеток в организме больного.
- Цитостатиков - Винбластин, Аминопретин.
- Лучевой терапии - ионизирующее облучение.
- Гормонов - Преднизолон, Триамсинолон, Дексаметазон.
- Общеукрепляющей терапии - витамины, препараты железа, рациональная диета.
- Комплексное лечение продлевает период ремиссии и жизнь больных.
- При острых миелобластных лейкозах и при рецидивах всех острых лейкозов, в некоторых случаях проводится трансплантация.

- Если нет совместимых доноров, то используется аутотрансплантация костного мозга самого пациента периода ремиссии.
- При клинических проявлениях анемии, риске кровотечений, перед предстоящим введением цитостатиков проводят заместительную терапию, переливание эритроцитарной массы или свежей тромбоцитарной массы.
- При компенсированном состоянии больного следует ограничить показания к заместительной терапии.

В случае хронического лейкоза проводится:

1. Консервативное лечение, данное лечение не меняет продолжительность жизни.
2. Химиотерапия не используется на ранних стадиях, на поздних же применяется в сочетании с глюкокортикоидами или без них.
3. При хроническом лейкозе лечение предполагает или облучение селезенки, или лекарственную терапию.
4. Анаболические и стероидные гормоны - Миелосан, Циклофосфан, Хлорамбуцил.

Прогноз

Острый лейкоз (лейкемия) - при отсутствии лечения приводят к смерти в течение нескольких месяцев. При хорошем лечении в ряде случаев удается оборвать развитие болезни и продлить жизнь больного до нескольких лет.

Хронический лейкоз (лейкемия) - даже при отсутствии лечения больные могут прожить несколько лет.

Осложнения

Наиболее тяжелые 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 селезенки.

Хронического лейкоза:

- Развивающаяся уремия
- Миелома
- Присоединение различных инфекций.

Профилактика

1. Необходима полная изоляция пациента, строгий санитарно-дезинфекционный режим (частые влажные уборки, проветривание и кварцевание палат; использование одноразового инструментария, стерильной одежды медицинского персонала). Исключается инсоляция, физические и умственные нагрузки, вредные привычки.
2. Предупреждение простудных заболеваний и их своевременное лечение в условиях приближенных к стационарным.
3. Больные ставятся на диспансерный учет.
4. Контрольные медицинские обследования больных врачом должны проводится не реже 2 раз в год.
5. При этом выполняется клинический анализ крови. В течении 1 года после лечения больных в стационаре анализы крови и осмотры врачом необходимо проводить ежемесячно.
6. Больному следует исключить контакты с профессиональными, бытовыми и другими вредностями, а так же с инфекционными больными.

Особенности сестринского ухода при лейкозах

1. Непосредственно перед сестринскими вмешательствами необходимо расспросить пациента или его родственников, провести объективное исследование - это позволит медицинской сестре оценить физическое и психическое состояние пациента.
2. изолировать больного
3. организовать масочный режим при контакте с больным
4. следить за регулярным проветриванием помещения, проведением влажных уборок не менее 2 раза в день
5. медсестра должна обучить пациента принципам рационального питания, приема лекарственных препаратов по назначению врача. Больной должен употреблять:
6. больше свежих фруктов, овощей
7. продукты богатые витаминами С, В и Р.
8. ограничивать жиры и белки
9. исключать углеводы и сладкое
10. при организации труда и отдыха ограничить физические и эмоциональные нагрузки
11. необходимо обучить пациента уходу за кожей и слизистыми оболочками, за полостью рта, ногтями, волосами
12. проводить мероприятия по профилактике травматизма (объяснить пациенту необходимость ношения обуви без каблуков с закрытыми пятками и без шнурков)
13. медсестра должна оказывать пациенту психологическую поддержку,
14. оказывать неотложную медицинскую помощь при кровотечении.